

Rio de Janeiro, 17 de Março de 2017

Carta nº: 10676198

A/C: MARIA SILVANI DE FREITAS GONCALVES

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170146747 ASL-0094495/17
Vítima: MARIA SILVANI DE FREITAS GONCALVES
Data Acidente: 07/06/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: ORLANDO OLIVEIRA DA SILVA

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site www.seguradoralider.com.br, ou ligue para a SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site www.seguradoralider.com.br, não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez, é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à MBM SEGURADORA S/A onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 20 de Março de 2017

Carta nº: 10687578

A/C: MARIA SILVANI DE FREITAS GONCALVES

Sinistro: 3170146747 ASL-0094495/17
Vítima: MARIA SILVANI DE FREITAS GONCALVES
Data Acidente: 07/06/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: ORLANDO OLIVEIRA DA SILVA

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

Em relação sinistro acima referenciado, comunicamos que após análise da documentação apresentada, foi detectada a necessidade de informações complementares, razão pela qual está sendo interrompido o prazo regulamentar para o pagamento da indenização.

Pedimos aguardar novo pronunciamento o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as averiguações cabíveis.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 13 de Abril de 2017

Carta nº: 10832403

A/C: MARIA SILVANI DE FREITAS GONCALVES

Sinistro: 3170146747 ASL-0094495/17
Vítima: MARIA SILVANI DE FREITAS GONCALVES
Data Acidente: 07/06/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: ORLANDO OLIVEIRA DA SILVA

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

Em relação sinistro acima referenciado, comunicamos que após análise da documentação apresentada, foi detectada a necessidade de informações complementares, razão pela qual está sendo interrompido o prazo regulamentar para o pagamento da indenização.

Pedimos aguardar novo pronunciamento o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as averiguações cabíveis.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 10 de Maio de 2017

Carta nº: 10953275

A/C: MARIA SILVANI DE FREITAS GONCALVES

Sinistro: 3170146747 ASL-0094495/17
Vítima: MARIA SILVANI DE FREITAS GONCALVES
Data Acidente: 07/06/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: ORLANDO OLIVEIRA DA SILVA

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: **MARIA SILVANI DE FREITAS GONCALVES**

Valor: **R\$ 2.362,50**

Banco: **104**

Agência: **000000032**

Conta: **000001272-2**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 =	R\$	2.362,50
---	-----	----------

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Nº DO SINISTRO

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com **dados do beneficiário** da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, Maria Silvani de Freitas Gonçalves
PORTADOR(A) DO RG Nº 0557117114 EXPEDIDO POR Detran. Ce EM 14/08/13 F
CPF 016.796.359-72 /CNPI 000000000000000000 PROFISSÃO modelista
E RENDA MENSAL DE R\$ Recluso (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA A mesma, AUTORIZO A SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados **não devem** ser apresentados de forma alguma, e são considerados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL, ou similar ou fundatária;
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL, operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POLIPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 5.000,00;
- Conta bloqueada, nativa ou em proposta (neste momento revoga-se a acatização de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

IMPORTANTE: Também **não devem** ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

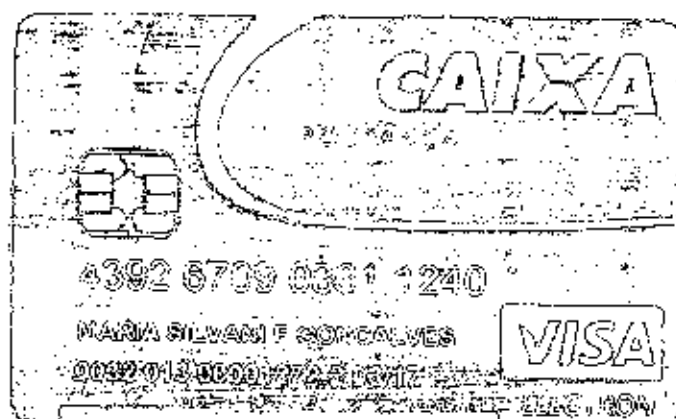
Nº do BANCO 204 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0032 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 3272-2

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

Detran. Ce 27 de dezembro de 2016 Maria Silvani de F. Gonçalves
LOCAL E DATA ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de **R\$13.500,00** em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até **R\$13.500,00** em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até **R\$ 2.700,00** em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.





Nº DO SINISTRO _____

CAMPO PREENCHIDO PELO BENEFICIÁRIO

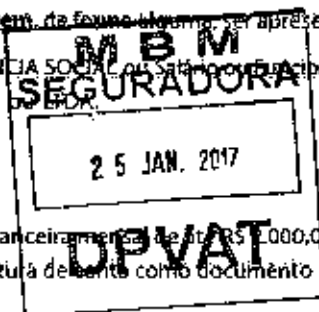
Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com **dados do beneficiário** da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, MARIA SILVANI DE FREITAS GONCALVES
PORTADOR(A) DO RG Nº CNH-05571137114 EXPEDIDO POR Detran-ce EM 44/08/13 E
CPF 9671963593-72 / CNPJ 000000000-0000-00, PROFISSÃO modulista
E RENDA MENSAL DE R\$ Quilho (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO
SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Maria Silvani de Freitas Gonçalves AUTORIZO A SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO
DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir Cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados **não devem, de forma alguma, ser apresentados**:

- Conta salário e/ou benefício - nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional;
- Conta Empresarial - nos documentos aparecerem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou EPP;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéticas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, litigiosa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.



IMPORTANTE: Também **não devem** ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0032 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 3272-2

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

João Mont-ce 20 de jan de 2017
LOCAL E DATA

Maria Silvani de Freitas Gonçalves
ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de **R\$13.500,00** em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até **R\$13.500,00** em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até **R\$ 2.700,00** em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguradotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0271204.

**Comprovante de transferência entre contas da CAIXA - TEV**

Via Internet Banking CAIXA

Emitente:	FABIANO DE MOURA RIBEIRO
Conta origem:	0032 / 001 / 00005811-7
Conta destino:	0032 / 013 / 00001272-2
Nome destinatário:	MARIA SILVANI FREITAS GONCALVES
Valor:	
Data de débito:	24/01/2017
Data/hora da operação:	24/01/2017 17:18:56
Código da operação:	00291140
Chave de segurança:	M66UKK51NP9R5Z8Q

Quando a data de débito coincidir com dia não útil e/ou com o último dia útil do ano, a transferência será feita no primeiro dia útil subsequente.

DEBITO REALIZADO COM SUCESSO. A PREVISAO DO CREDITO NA CONTA DESTINO E DE 30 MINUTOS.

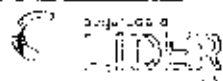
SAC CAIXA: 0800 726 0101

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

Ouvldoria: 0800 725 7474

Help Desk CAIXA: 0800 726 0104





AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO



Nº DO SINISTRO: **3170/024512**

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com **dados do beneficiário** da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar o atraso no recebimento da indenização no banco.

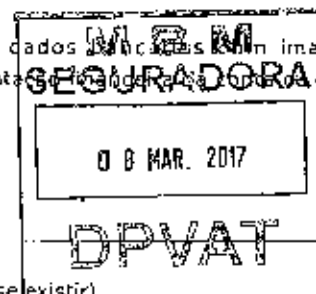
EU, **MARIA SILVANI DE FREITAS GONCALVES**, PORTADOR(A) DO RG Nº **CNH:05571117114** EXPEDIDO POR DETRAN-CE EXPEDIDO EM 14/08/2013 E CPF **967.963.593-72**, PROFISSÃO **MODELISTA**, CUJA RENDA MENSAL NÃO QUIS INFORMAR (*), NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA **MARIA SILVANI DE FREITAS GONCALVES**, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Busep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados não devem, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício - nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional;
- Conta Empresarial - nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FACIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FACIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

IMPORTANTE: Também não devem ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários em imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira, ou uma cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.



PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº DO BANCO _____ Nº DA AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº DA CONTA (com dígito, se existir) _____

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº DO BANCO **104** Nº DA AGÊNCIA (com dígito, se existir) **0032** Nº DA CONTA (com dígito, se existir) **1272-2**

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE, UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

J. DO NORTE - CE 09 de Março de 2017
LOCAL E DATA

Maria Silvani de Freitas Gonçalves
ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO



ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de **R\$13.500,00** em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo a legislação vigente na data do acidente), indenização de **até R\$13.500,00** em caso de **invalidez permanente** (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de **até R\$ 2.700,00** em caso de **despesas médico-hospitalares**.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.

CAIXA

Comprovante de transferência entre contas da CAIXA - TEV

Via Internet Banking CAIXA

Emittente:	FABIANO DE MOURA REDEIRO
Conta origem:	0032 / 001 / 00005811-7
Conta destino:	0032 / 013 / 00001272-2
Nome destinatário:	MARIA SILVANI FREITAS GONCALVES
Valor:	
Data de débito:	24/01/2017
Data/hora da operação:	24/01/2017 17:16:56
Código da operação:	00291140
Chave de segurança:	M66UKK51NP9R5Z8Q

Quando a data de débito coincidir com dia não útil e/ou com o último dia útil do ano, a transferência será feita no primeiro dia útil subsequente.

DEBITO REALIZADO COM SUCESSO. A PREVISAO DO CREDITO NA CONTA DESTINO E DE 30 MINUTOS.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
 Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
 Ouvidoria: 0800 725 7474
 Help Desk CAIXA: 0800 726 0104



**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vitimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Nome do(a) Examinado(a): Maria Silvani de Freitas Goncalves
Endereço do(a) Examinado(a): Avenida José Bezerra de Menezes, 722
Pio XII Juazeiro do Norte CE CEP: 63020-294
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [MTE / CE] 3301401
Data local do exame: [29/04/2017] Juazeiro do Norte [CE]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)
**TRAUMA NO JOELHO E PÉ ESQUERDO.
MARCHA CLAUDICANTE, EDEMA RESIDUAL DO PÉ ESQUERDO, CREPITAÇÃO DO JOELHO ESQUERDO E LIMITAÇÃO LEVE DOS MOVIMENTOS DO JOELHO E PÉ ESQUERDO.**
- a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação?
(X) Sim () Não
Caso a resposta seja "Não", favor NÃO preencher os demais campos abaixo, exceto o das observações (item V(*)), se necessário
- b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico?
(X) Sim () Não
Caso a resposta seja "Não", prosseguir SOMENTE se houver alguma correlação entre a queixa e o histórico do acidente, justificando-a nas observações (item V(*))
- II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações.
**ATENDIDA NA EMERGÊNCIA, IMOBILIZADA E LIBERADA. A PACIENTE FEZ FISIOTERAPIA.
Data da alta: OUTUBRO DE 2016.
QUADRO TRATADO DE FORMA CONSERVADORA, COM IMOBILIZAÇÃO. MARCHA CLAUDICANTE, EDEMA RESIDUAL DO PÉ ESQUERDO, CREPITAÇÃO DO JOELHO ESQUERDO E LIMITAÇÃO LEVE DOS MOVIMENTOS DO JOELHO E PÉ ESQUERDO.
Complicações: SEM.**
- III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)?
(X) Sim () Não
Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.
DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MIE, PELA CREPITAÇÃO DO JOELHO E LIMITAÇÃO DO JOELHO E PÉ ESQUERDO.
Caso a resposta seja "Não", concluir dentre as opções no item IV "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item IV opções "b" ou "c"
- IV. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.
- a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).
() "Vítima em tratamento" () "Sem sequela permanente"
Esta avaliação médica deve ser repetida em dias *(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)*
() "Exame não permite conclusão"
Vide motivo do impedimento no campo das observações
- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.
- | | |
|---|---|
| Região Corporal (Sequela): | Região Corporal (Sequela): |
| MEMBRO INFERIOR - Esquerdo | |
| % do dano: () 10% residual (X) 25% leve | % do dano: () 10% residual () 25% leve |
| () 50% médio () 75% intensa () 100% completo | () 50% médio () 75% intensa () 100% completo |
| Região Corporal (Sequela): | Região Corporal (Sequela): |
| % do dano: () 10% residual () 25% leve | % do dano: () 10% residual () 25% leve |
| () 50% médio () 75% intensa () 100% completo | () 50% médio () 75% intensa () 100% completo |
- c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações (*).
() Total = "100% da IS"
- V. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com Nome e CRM


SaúdeSEG André de Oliveira Leal
CRM 16566

92.35



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA REGIONAL DE JUAZEIRO DO NORTE



Boletim de Ocorrência
 0007

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 488 - 11410 / 2016

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: ACIDENTE DE TRÂNSITO
Data / Hora da Comunicação: 21/07/2016 15:57:37
Data / Hora da Ocorrência: 07/06/2016 17:30:00
Endereço da Ocorrência: RUA SÃO BERNARDO
Complemento: COM RUA SÃO PAULO
Bairro: CENTRO **Município: JUAZEIRO DO NORTE/CE**
Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: MARIA SILVANI DE FREITAS GONÇALVES
Nascimento: 07/03/1985 CPF: 967.963.593-72
RG: 2001034025064 Orgão Emissor: SSP
Filiação: JOCILIA DE FREITAS GONÇALVES
MANOEL GONÇALVES DE LIMA

MEM SEGURADORA	
UF: CE	04 JAN. 2017
DPVAT	

Endereço: AVENIDA JOSE BEZERRA DA SILVA, 722
Bairro: PIO XII **CEP:**
Município: JUAZEIRO DO NORTE/CE
País: BRASIL **Telefone: (88) 99944-0231**

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: NQU2202 Uf: CE Município: JUAZEIRO DO NORTE Chassi:
9CZKC15209R013569 Renavam: 126930040 Tipo do Veículo: MOTOCICLETA Marca /
Modelo: HONDA/CG 150 TITAN ES Ano Fabricação: 2009 Ano Modelo: 2009
Combustível: GASOLINA Cor: VERMELHA Proprietário: MANOEL GONÇALVES DE
LIMA Situação: NÃO INFORMADO Envolvimento: COLISAO

Histórico

AFIRMA O NOTICIANTE/VÍTIMA QUE NA DATA ACIMA INFORMADOS ESTAVA PARADA NA ESQUINA, DO LADO ESQUERDO DA RUA, COM A MOTOCICLETA SUPRA DESCRITA, QUANDO UM CARRO SIENA DE COR VERMELHA DE PLACA E CONDUTOR NÃO IDENTIFICADO, AO FAZER A CONVERSÃO À ESQUERDA, ACABOU COLIDINDO LATERALMENTE COM A VÍTIMA; QUE O CAUSADOR DO ACIDENTE NÃO PRESTOU SOCORRO; QUE FOI SOCORRIDA POR POPULARES E ENCAMINHADO PARA A UPA DE JUAZEIRO DO NORTE. SOFRENDO DOR EM PÉ ESQUERDO, CONFORME RELATÓRIO MÉDICO DE Nº 39026. QUE APRESENTOU CÓPIAS DOS SEGUINTE DOCUMENTOS, OS QUAIS SÃO ANEXADOS AO BO: CNH, CRLV, RELATÓRIO MÉDICO DA UPA E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA. As informações contidas neste Boletim de Ocorrência são de inteira responsabilidade da noticiante, sendo ao mesmo informado que a comunicação de crime não ocorrido ou fato inexistente é crime punível na forma da Lei (art. 339 e 340 da CPB).

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE JUAZEIRO DO NORTE

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO:

Maria Juliete

MARIA JULIETE PEREIRA SAMPAIO - MAT.: 300414-1-0

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

Maria Silvani de F. Gonçalves

VISTO DO DELEGADO(A):



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 488 - 11410 / 2016

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **21/07/2016 15:57:37**
Data / Hora da Ocorrência: **07/06/2016 17:30:00**
Endereço da Ocorrência: **RUA SÃO BERNARDO**
Complemento: **COM RUA SÃO PAULO**
Bairro: **CENTRO** Município: **JUAZEIRO DO NORTE/CE**
Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **MARIA SILVANI DE FREITAS GONÇALVES**
Nascimento: **07/03/1985** CPF: **967.963.593-72**
RG: **2001034025064** Órgão Emissor: **SSP** UF: **CE**
Filiação: **JOCILIA DE FREITAS GONÇALVES**
MANOEL GONÇALVES DE LIMA
Endereço: **AVENIDA JOSE BEZERRA DA SILVA, 722**
Bairro: **PIO XII** CEP:
Município: **JUAZEIRO DO NORTE/CE**
País: **BRASIL** Telefone: **(88) 99944-0231**

Dados da(s) Veículo(s)

1) Placa: **NQU2202** UF: **CE** Município: **JUAZEIRO DO NORTE** Chassi:
SGCR13209R013569 Renavam: **120930040** Tipo do Veículo: **MOTOCICLETA** Marca:
Modelo: **HONDA/CG 150 TITAN ES** Ano Fabricação: **2009** Ano Modelo: **2009**
Combustível: **GASOLINA** Cor: **VERMELHA** Proprietário: **MANOEL GONÇALVES DE LIMA** Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **COLISÃO**

Histórico

AFIRMA O NOTICIANTE/VÍTIMA QUE NA DATA ACIMA INFORMADOS ESTAVA PARADA NA ESQUINA, DO LADO ESQUERDO DA RUA, COM A MOTOCICLETA SUPRA DESCRITA, QUANDO UM CARRO SIENA DE COR VERMELHA DE PLACA E CONDUTOR NÃO IDENTIFICADO, AO FAZER A CONVERSÃO À ESQUERDA, ACABOU COLIDINDO LATERALMENTE COM A VÍTIMA; QUE O CAUSADOR DO ACIDENTE NÃO PRESTOU SOCORRO; QUE FOI SOCORRIDA POR POPULARES E ENCAMINHADO PARA A UPA DE JUAZEIRO DO NORTE, SOFRENDO DOR EM PÉ ESQUERDO, CONFORME RELATÓRIO MÉDICO DE Nº 39026, QUE APRESENTOU CÓPIAS DOS SEGUINTE DOCUMENTOS, OS QUAIS SÃO ANEXADOS AO BO: CNH, CRLV, RELATÓRIO MÉDICO DA UPA E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA. As informações contidas neste Boletim de Ocorrência são de inteira responsabilidade do noticiante, sendo o mesmo informado que a comunicação de crime não ocorre ou fato insuscetível de crime punível na forma da Lei (art. 339 e 340 do CPB).

M.B.M.
SEGURADORA

08 MAR. 2017

POLÍCIA CIVIL DO ESTADO DO CEARÁ - DELEGACIA REGIONAL DE JUAZEIRO DO NORTE

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO: *Maria Juliete*

MARIA JULIETE PEREIRA SAMPAIO - M.D. 1308912-1-0

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: *Maria Silvana de Freitas*

VISTO DO DELEGADO(A):

DELEGACIA REGIONAL DE JUAZEIRO DO NORTE

Pág. 1 de 1

Impresso em 21/07/2016 15:04:34

ORIGINAIS JA ENCONTRA-SE NO PROCESSO.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML



Eu, MARIA SILVANI DE FREITAS GONCALVES, portador da carteira de identidade nº 3301401 e inscrito no CPF/MF sob o nº 967.963.593-72, residente e domiciliado na AV. JOSÉ BEZERRA DA SILVA 722, Cidade J. do Norte, Estado Ceará, declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- () Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
- () O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- (x) O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

Maria Silvani de Freitas Gonçalves

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

Juazeiro do Norte CE, 27/12/16

Local e data





DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, **MARIA SILVANI DE FREITAS GONCALVES**, portador(a) do RG nº CNH:05571117114, expedido por DETRAN-CE, expedido em 14/08/2013 e inscrito no CPF sob o nº 567.953.593-72, residente e domiciliado à José Bezerra de Menezes, 722, Plo XII, CEP: 63.020-294, JUAZEIRO DO NORTE - CE, declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado(a) de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei no 6.194/74), uma vez que:

() Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou

() O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

☒ O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei no 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.



JUAZEIRO DO NORTE - CE 08.03.2017
Local / Data

Maria Silvani de Freitas Gonçalves
Assinatura do declarante
Conforme documento de identificação



UPA 24h Juazeiro do Norte
RUA CAPITÃO DOMINGOS, S/N
JUAZEIRO DO NORTE



39026

CNPJ: 19.622.733/0001-46

Telefone: () -

Data: 07/06/2016

Hora: 18:27

Relatório Médico

Paciente

Nome: 3588

MARIA SILVANI DE FREITAS GONCALVES

Segurado: MARIA SILVANI DE FREITAS GONCALVES

Nasc: 07/03/1985

Idade: 31

Queixas do Paciente

ACIDENTE MOTOCICLISTICO. REFERE DOR EM PÉ ESQUERDO. NEGA PERCA DE CONSCIENCIA

Exame Físico

Conclusão Diagnóstica

CID-10 R520

Tratamento

RX E VOLTAREN

Alta



Comprovação do ato declaratório

Dr. Louyse Sales Landim Cruz

CRM: 17195

LOUYSE SALES LANDIM CRUZ
CRM: 17195 / CE



UPA 24h Juazeiro do Norte

Av. Antônio de Albuquerque, 518

CEP: 63000-000



39026

CNPJ: 06.908.000/0001-45

Telefone: (85) 3333-1111

Data: 27/03/2016

Hora: 18:27

Relatório Médico

Paciente

Nome: MARIA SILVANI DE FREITAS GONCALVES

Seguro: MARIA SILVANI DE FREITAS GONCALVES

Nasc: 07/03/1985

Idade: 31

Queixas do Paciente

ACIDENTE MOTOCICLISTICO REFERE DOR EM PÉ ESQUERDO. NEGA PERCA DE CONSCIENCIA

Exame Físico

Conclusão Diagnóstica

CID-10 R520

Tratamento

RX E VOLTAREN

Alta



Imprevista do ato declaratório

→
07/03/2016

LOUYSE SALES LANDIM CRUZ
CRM: 17195 / CE



6044569-6

Para adquirir seu atendimento, utilize o nº de sua
senha que estará em seu cartão de acesso.

A forma Social de Energia Elétrica
foi criada pela Lei nº 10.088
de 26 de abril de 2002

Companhia Energética de Ceará
Rua Padre Vitorino, 150
CEP 60135-140 - Fortaleza - CE
CNPJ 07042251/0001-70 | CGF 06.195.840-3

Cópia
nº 08

Contatos:

(88) 3572-0398

(88) 99779-2255

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE B-4 | Nº

457776582

Revista 00 13000 24 114500 - 1

Data de Emissão 16/12/2016

Nome MARIA SILVANI DE FREITAS GONÇALVES

End. Postal AV JOSE BEZERRA 00722

63020-294

PIO XII - JUAZEIRO DO NORTE -

CEP 63000000

Metrodora 1730928

Classe 01-RESIDENCIAL MONOFASICO BAIXA RENDA

Força de Potência 0,00
CGF

88/CPF/CNPJ 967963593-72

Nome do Responsável

DATAS

Mês de
Referência

Data da
Apresentação

Período
Próxima Leitura

Dez/2016 16/12/2016 14/01/2017

ÍCIMS

Base de Cálculo (R\$) Alíquota Valor da Imposta

114,50 27,00% 30,91

ÁREA RESERVADA AO CONTRÔLE FISCAL

01/05/2016 01/05/2017 01/05/2017 01/05/2017

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Let. Atual Let. Anterior Const. Consumo (MWh) Const. Inicial - Const. Tar. Tarifa (R\$/MWh) Valor (R\$)

049 300 1,00 14 6,00 0,00 0,00

16/12/16 16/12/16

00 000

101

VALORES

DESCRIÇÃO

VALOR CONSUMO DO MÊS

ICMS COMPLEMENTAR BAIXA RENDA-CONV CONF 42 079

MULTA MORATORIA REF 11/2016

ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL

DOACAO APAE - TEL 0800-095-0703 2/12

PIS-COFINS COMPLEMENTAR-TARIFA BAIXA RENDA

76,38

10,29

0,88

15,69

1,00

2,43



DPVAT

0015

[illegible]

Encoder by (COJ)	Compressor by (COJ)	Compressor Encoder (COJ)
72.81	8.00	

CONTAS EM ATRASO		DEBITOS ANTERIORES	
Paralela Suíça		Mes/Ano	Valor R\$
MUNIFICACAO DE SUSPENSA DO FORNECIMENTO DE ENERGIA ELÉTRICA		12-2016	207,90
Tratado Clima, concessão de novos contratos concessão de energia.		Total	207,90
Soma e detalhamento do Debito. O seu pagamento de Debito limita			
na possibilidade de suspensão do fornecimento de energia em 15 dias			
após a entrega desta, conforme previsto no REG. INTER. 414-11, Art. 172			
até 170, bem como o prazo das informações aos ÓRGÃO DE FISCALIZACAO			
DO CREDITO E CANCELAMENTO DE PROTESTO. Caso ja tenha efetuado o pagamento,			
favor descreditar o debito.			

Conta desta fatura No 7.82 referente a PIS e COFINS.

Art. 9 Rev. 120.2005 - valor a taxa n. 10.637-02 e 10.632-02

Nº do Cliente:	00010044-2	Referência:	Jan/2017
Data do Emissão:	16/01/2017	Total a Pagar (R\$):	142,67
Nº da Nota Fiscal:	461837481	Nº do Controle:	0000001044 00022 39372 58

3112000001-0 4267001000-1 00005110440-0 00221037200-0





DECLARAÇÃO

Circular Susep nº 445/12 – Prevenção à Lavagem de Dinheiro

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações e documentos requisitados neste formulário não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

¹ Superintendência de Seguros Privados - SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados do seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras - COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.813/98

Pelo exposto, eu, Orlando Oliveira da Silva, portador(a) do

RG nº 1864317, expedido por SSP-AL, em

16 / 07 / 1996, CPF/CNPJ nº 030.026.784-30

na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário(a) Maria

Silvani de Freitas Gonçalves, sinistro de DPVAT da natureza INVALIDAÇÃO

da vítima Maria Silvani de Freitas Gonçalves, e conforme

determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

Profissão: Recuso Informar Renda Mensal: R\$ Recuso Informar

Documentos comprobatórios: Recuso Comprovar

Orlando Oliveira da Silva
ASSINATURA - PROCURADOR/INTERMEDIÁRIO





DECLARAÇÃO
Circular Susep nº 445/12 – Prevenção à Lavagem de Dinheiro

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações e documentos requisitados neste formulário não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Orlando Oliveira da Silva, portador(a) do RG nº 1664317, expedido por SSP-AL, em 16 / 07 / 1996, CPF/CNPJ nº 030.026.784-30, na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário (a) MARIA SILVANI DE FREITAS GONCALVES do sinistro de DPVAT da natureza QUALIDADE da vítima MARIA SILVANI DE FREITAS GONCALVES, e conforme determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

Profissão: Recuso Informar Renda Mensal: R\$ Recuso Informar

Documentos comprobatórios: Recuso Comprovar


ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO





Declaração do Proprietário do Veículo

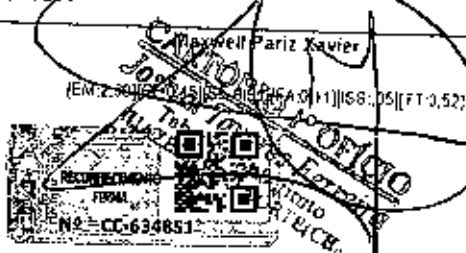
Eu, MANOEL GONÇALVES DE LIMA,
RG nº 1.282.519, data de expedição 20/10/78,
Órgão SSP-CE, portador do CPF nº 600.493.823-98 com
domicílio na cidade de JUAZEIRO DO NORTE no Estado de
CEARA, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
CORONEL RAUL nº 200,
complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima MARIA SILVANI DE FREITAS GONÇALVES, cujo o condutor era
MARIA SILVANI DE FREITAS GONÇALVES

Veículo: MOTO
Modelo: HONDA CG 150 TITAN ES
Ano: 2009
Placa: MAU 2202
Chassi: 9C2KC152DGR013569
Data do Acidente: 04-06-2016
Local e Data: RUA SÃO PAULO COM SÃO BERNARDO
JUAZEIRO DO NORTE CE, 23/12/16

Manoel Gonçalves de Lima
Assinatura do Declarante
(Com reconhecimento de firma por autenticidade ou verdadeira)

Maria Silvani de Freitas Gonçalves
Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)
(Sem reconhecimento de firma)

REC. 11
CARTÓRIO PARIZ
Reconhecimento (POR AUTENTICIDADE) a firma de: MANOEL
GONÇALVES DE LIMA, DOU FE. Juazeiro do Norte-Ceará,
23/12/2016.





Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, MANOEL GONÇALVES DE LIMA

RG nº 1.282.519, data de expedição 20/10/78.

Órgão SSP-CE, portador do CPF nº 600.193.823-98 com

domicílio na cidade de JUAZEIRO DO NORTE no Estado de

CEARA, onde reside na (Rua/Avenida/Estrada)

CORONEL RAUL nº 200.

complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

mentionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a

vítima MARIA SILVANI DE FREITAS GONÇALVES cujo o condutor era

MARIA SILVANI DE FREITAS GONÇALVES

Veículo: MOTO

Modelo: HONDA CE 150 TITAN ES

Ano: 2009

Placa: AGL 2202

Chassi: 9C2KC15209D13569

Data do Acidente: 24-06-2016

Local e Data: RUA SÃO PAULO COM SÃO BERNARDO
JUAZEIRO DO NORTE CE, 23/12/16

Manoel Gonçalves de Lima
Assinatura do Declarante

(Com reconhecimento de firma por autenticidade ou verdadeira)

Maria Silvani de Freitas Gonçalves
Assinatura do Condutor (Caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

(Sem reconhecimento de firma)

CARTÓRIO PARIZ
Reconheço (POR AUTENTICIDADE) a Firma de: MANOEL
GONÇALVES DE LIMA. DOU FE. Juazeiro do Norte-Ceará.
23/12/2016





UPA 24h Juazeiro do Norte

RUA CAPITÃO DOMINGOS, S/N

JUAZEIRO DO NORTE



39026

CNPJ: 19.622.700/0001-48

Telefone: () -

Data: 07/06/2016

Hora: 18:27

Relatório Médico

Paciente

Nome: 3586

MARIA SILVANI DE FREITAS GONCALVES

Segurado: MARIA SILVANI DE FREITAS GONCALVES

Nasc: 07/03/1985

Idade: 31

Queixas do Paciente

ACIDENTE MOTOCICLISTICO. REFERE DOR EM PÉ ESQUERDO. NEGA PERCA DE CONSCIENCIA

Exame Físico

Conclusão Diagnóstica

CID-10 R520

Tratamento

RX E VOLTAREN

Alta



Dr. Louyse S. Landim Cruz de Sáezado
[Signature]
CRM-CE 17195

LOUYSE SALES LANDIM CRUZ
CRM: 17195 / CE

**Relatório Médico****Paciente**

Nome: 3588

MARIA SILVANI DE FREITAS GONCALVES

Nasc: 07/03/1985

Idade: 31

Seguro: MARIA SILVANI DE FREITAS GONCALVES

Queixas do Paciente

ACIDENTE MOTOCICLISTICO. REFERE DOR EM PÉ ESQUERDO. NEGA PERCA DE CONSCIENCIA

Exame Físico**Conclusão Diagnóstica**

CID-10 R520

Tratamento

RX E VOLTAREN

Alta

Dr. Louyse Sales Landim Cruz

CRM: 17195

LOUYSE SALES LANDIM CRUZ
CRM: 17195 / CE

02/03/2017
Dr. J. B. E. de Caldas

Especialidade em Medicina de Família e Comunidade.
Pós-Graduação (Residência Médica em Clínica Geral)

Relatório médico

A paciente Maria Silveira
de Freitas Gacalhas refere
acidente de trânsito no dia 07
de Junho de 2016 que resul-
tou em trauma no joelho
e perna esquerda. Recebeu
tratamento imobilizante
com gesso e fisioterapia.
Apresenta sequelas motoras
diminuídas de 80% no mo-
vimentos do joelho e per-
na esquerda. Também está so-
frendo no dia 13/09/2016.

02/03/2017

Dr. J. B. E. de Caldas
MÉDICO
CREMEC: 6795

Av. Ailton Gomes, 2478 - Pirajá - Juazeiro do Norte-CE - Pq. do Banco do Brasil
Anexo Laboratório Vicariense

(88) 3571.1449 / 0800.0791461 / 9 8829.6724 / 9 9689.5332





ಕರ್ನಾಟಕದ ಗ್ರಾಮೀಣ ಜನತೆಗೆ, ಬೆಂಗಳೂರು ನಗರದ ಜನತೆಗೆ

819297454

உதாரணமாக எட்டையூர்

31.9297454

MBM
SEGUROADORA
04 JAN. 2017
DPVAT



Ministério da Fazenda
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **967.963.593-72**

Nome da Pessoa Física: **MARIA SILVANI DE FREITAS GONCALVES**

Data de Nascimento: **07/03/1985**

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data da Inscrição: **27/03/2001**

Digito Verificador: **00**

Comprovante emitido às: **16:06:54** do dia **03/01/2017** (hora e data de Brasília).

Código de controle do comprovante: **66C3.215F.6A33.AD09**

A autenticidade deste comprovante deverá ser confirmada na página da Secretaria da Receita Federal do Brasil na Internet, no endereço www.receita.fazenda.gov.br.

Este documento não substitui o "Comprovante de Inscrição no CPF".

(Modelo aprovado pela IN/RFB nº 1.548, de 13/02/2015.)





Ministério da Fazenda
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **030.026.784-30**

Nome da Pessoa Física: **ORLANDO OLIVEIRA DA SILVA**

Data de Nascimento: **28/05/1979**

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data da Inscrição: **17/12/1996**

Dígito Verificador: **00**

Comprovante emitido às: **15:13:01**: do dia **03/01/2017** (hora e data de Brasília).

Código de controle do comprovante: **FC3D.BB05.D775.45EF**

A autenticidade deste comprovante deverá ser confirmada na página da Secretaria da Receita Federal do Brasil na Internet, no endereço www.receita.fazenda.gov.br.

Este documento não substitui o "Comprovante de Inscrição no CPF".

(Modelo aprovado pela IN/RFB nº 1.548, de 13/02/2015.)





Ministério da Fazenda
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **967.963.593-72**

Nome da Pessoa Física: **MARIA SILVANI DE FREITAS GONCALVES**

Data de Nascimento: **07/03/1985**

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data da Inscrição: **27/03/2001**

Dígito Verificador: **00**

Comprovante emitido às: **16:06:54** do dia **03/01/2017** (hora e data de Brasília).

Código de controle do comprovante: **66C3.215F.6A33.AD09**

A autenticidade deste comprovante deverá ser confirmada na página da Secretaria da Receita Federal do Brasil na Internet, no endereço www.receita.fazenda.gov.br.

Este documento não substitui o "Comprovante de Inscrição no CPF".

(Modelo aprovado pela IN/RFB nº 1.548, de 13/02/2015.)





0012

Cartão de Identificação de ID

REGISTRO NACIONAL DE BRASILEIROS
SECRETARIA NACIONAL DE TRÁFICO
SECRETARIA NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO

CLASSE: OLIVEIRA DA SILVA

IDENTIFICAÇÃO

CPF: 028.028.794-30

DATA DE NASCIMENTO: 25/08/1974

LOCAL: OLIVEIRA, SANTOS DA

NOME: JOSE DA CONCEIÇÃO

SEXO: M

RAÇA: BRANCO

ESTADO: SP

CIDADE: SÃO PAULO

CEP: 01100-000

ASSINATURA: [Assinatura]

DATA DE EMISSÃO: 02/03/2017

VALIDADE: 02/03/2027

PROTEÇÃO CLASSE 1157865574

DETRAN - SP (SPARA)

MBM
SEGURADORA

08 MAR. 2017

DPVAT



Ministério da Fazenda
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **030.026.784-30**

Nome da Pessoa Física: **ORLANDO OLIVEIRA DA SILVA**

Data de Nascimento: **28/05/1979**

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data da Inscrição: **17/12/1996**

Dígito Verificador: **00**

Comprovante emitido às: **15:13:01** do dia **03/01/2017** (hora e data de Brasília)

Código de controle do comprovante: **FC3D.BB05.D776.45EF**

A autenticidade deste comprovante deverá ser confirmada na página da Secretaria da Receita Federal do Brasil na Internet, no endereço www.receita.fazenda.gov.br.

Este documento não substitui o "Comprovante de Inscrição no CPF".

(Modelo aprovado pela IN/RFB nº 1.546, de 13/02/2015.)



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADANIA

SECRETARIA DE TRANSPORTES
DEPARTAMENTO DE REGISTRO DE VEÍCULOS



RECEBUE
0007

DETTRAN - CE Nº 012460185342
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

CE Nº 012460185342 BILHETE DE Seguro DPVAT

VIA CÓD. RENAVAM RMTIC. EXERCÍCIO
PPT 01 00126930040 0000000000 2016

ESTE É O SEU BILHETE DO Seguro DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LIGUE NO VERDE
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.dpvatsegurocooperativa.com.br
SÃO PAULO 0800 022 1304

NOME
MANOEL GONCALVES DE LIMA
JUAZEIRO DO NORTE /CE

CPF/CNPJ PLACA
60079382398 NDU2202/CE

PLACA ANT. /UF CHASSI
/CE 9C2KC15209R013549

EXERCÍCIO DATA EMISSÃO
2016 2/04/2016

ESPÉCIE TIPO CONDIÇÃO DE USO
PAS/MOTOCICLO/MAD APL. 15. 2ª

VIA CÓD. RENAVAM PLACA
01 60079382398 NDU2202

MARCA/MODELO ANO/MES
HONDA/CG 150 TITAN E 2009

RENAVAM MARCA/MODELO
00126930040 HONDA/CG 150 TITAN E

CAP. POT./CL. CATEGORIA CATEGORIA DE VEÍCULO
EP70CV/14902 150 150

ANO/MES Nº CHASSI
2009 09 9C2KC15209R013549

COTA ÚNICA VALOR DO BILHETE
R\$ 143,38

PRÊMIO TARIFÁRIO

TAXA LEVA. PARCELAMENTO
R\$ 143,38

FMS (R\$) DENATRAM (R\$) CUSTO DO SEGURO (R\$)
129,04 14,34 143,38

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) IOF (R\$) DESPESAS
R\$ 143,38

CUSTO DO BILHETE (R\$) IOF (R\$) CLASSIFICAÇÃO DE RISCO
4,15 1,11 292,01

DATA DE EMISSÃO DATA DE VENCIMENTO
2/04/2016 11/04/2016

EMITIDO POR
PACCELADO DATA DE QUITAÇÃO
11/04/2016

LOCAL
JUAZEIRO DO NORTE

SEGURODORA LIDER - DPVAT
CNPJ 04.641.200/0001-90
www.segurocooperativa.com.br

15/04/2016

03307

M B M
SEGURODORA
04 JAN. 2017
DPVAT

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3170146747 **Cidade:** Juazeiro do Norte **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARIA SILVANI DE FREITAS **Data do acidente:** 07/06/2016 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A
GONCALVES

PARECER

Diagnóstico: TRAUMA NO JOELHO E PÉ ESQUERDO.

Descrição do exame médico pericial: MARCHA CLAUDICANTE, EDEMA RESIDUAL DO PÉ ESQUERDO, CREPITAÇÃO DO JOELHO ESQUERDO E LIMITAÇÃO LEVE DOS MOVIMENTOS DO JOELHO E PÉ ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: QUADRO TRATADO DE FORMA CONSERVADORA, COM IMOBILIZAÇÃO. MARCHA CLAUDICANTE, EDEMA RESIDUAL DO PÉ ESQUERDO, CREPITAÇÃO DO JOELHO ESQUERDO E LIMITAÇÃO LEVE DOS MOVIMENTOS DO JOELHO E PÉ ESQUERDO.
SEM COMPLICAÇÕES.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL LEVE DO MIE.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 29/04/2017

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Andre de Oliveira Leal

CRM do médico: 16566

UF do CRM do médico: CE

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

PRESTADOR

SAUDESEG SISTEMAS DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: LEONARDO NEVE

CRM do médico: 17742

UF do CRM do médico: PE

Assinatura do médico:



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3170146747 **Cidade:** Juazeiro do Norte **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARIA SILVANI DE FREITAS **Data do acidente:** 07/06/2016 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E
GONCALVES PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 13/04/2017

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: Fratura do joelho e pé à esquerda

Resultados terapêuticos: Submetido à tratamento conservador

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: Encaminhado para Perícia Médica para melhor esclarecimento das sequelas definitivas que tenham persistido após o término do tratamento.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00

PRESTADOR

IBMES INST.BRAS DE MEDICINA ESPEC.EM SEGUROS LTDA

Nome do médico: LUIS FELIPE FRANKLIN FORNELOS

CRM do médico: 52877859

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3170146747 **Cidade:** Juazeiro do Norte **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARIA SILVANI DE FREITAS **Data do acidente:** 07/06/2016 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A
GONCALVES

PARECER

Diagnóstico: TRAUMA NO JOELHO E PÉ ESQUERDO.

Descrição do exame médico pericial: MARCHA CLAUDICANTE, EDEMA RESIDUAL DO PÉ ESQUERDO, CREPITAÇÃO DO JOELHO ESQUERDO E LIMITAÇÃO LEVE DOS MOVIMENTOS DO JOELHO E PÉ ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: QUADRO TRATADO DE FORMA CONSERVADORA, COM IMOBILIZAÇÃO. MARCHA CLAUDICANTE, EDEMA RESIDUAL DO PÉ ESQUERDO, CREPITAÇÃO DO JOELHO ESQUERDO E LIMITAÇÃO LEVE DOS MOVIMENTOS DO JOELHO E PÉ ESQUERDO.
SEM COMPLICAÇÕES.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL LEVE DO MIE.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 29/04/2017

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Andre de Oliveira Leal

CRM do médico: 16566

UF do CRM do médico: CE

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

PRESTADOR

SAUDESEG SISTEMAS DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: LEONARDO NEVE

CRM do médico: 17742

UF do CRM do médico: PE

Assinatura do médico:



PROCURAÇÃO PARTICULAR



Comunicação de sua assinatura

OUTORGANTE:

Nome: Maria Silvana de Freitas Gonçalves, brasileiro(a), estado civil: Solteira
Profissão: Modelista, portador(a) do RG 3301401 (CPF) órgão expedidor MTE
e do CPF: 967.963.593/2 residente no(a) Av. José Bezerra nº 722
nº 722, bairro: Pau d'Assi, município: Juazeiro do Norte / CE

OUTORGADO:

Nome: Orlando Oliveira da Silva, brasileiro(a), estado civil: Casado
Profissão: Recuso informar, portador(a) do RG 1664317, órgão expedidor SSP-AL
e do CPF: 030.026.784-30, residente no(a) Av. Presidente Castelo Branco
nº 2001, bairro: Limoeiro, município: Juazeiro do Norte / Ce.

PODERES: pelo presente instrumento particular de procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a **SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT**, a fim de que o outorgado dê entrada em meu pedido de indenização do seguro DPVAT a ser creditada em conta bancária de minha titularidade conforme ficha de Autorização de Pagamento e poderes para acompanhar toda a tramitação do referido processo junto a esta seguradora, podendo para tanto requerer o que necessário for, assinar, substabelecer esta, dar quitação e praticar, enfim, todos os atos de direito, permitindo para perfeito cumprimento deste mandato, da vítima Maria Silvana de Freitas Gonçalves
Local e Data: rua São Paulo com São Bráulio
JUAZEIRO DO NORTE CE, 23/12/16

12º OFÍCIO Maria Silvana de Freitas Gonçalves
Assinatura do outorgante
(Reconhecer firma por autenticidade)

CARTÓRIO PARIZ
Reconheço (POR AUTENTICIDADE) a Firma de: MARIA SILVANA DE FREITAS GONÇALVES DOU FE. Juazeiro do Norte - Ceará.
23/12/2016.

Maxwell Pariz

[EM: 2,30][FE: 0,15][SE: 0,95][TA: 0,11][SS: 0,55][TT: 1,52]



0026

Nome: Maria Silveira de Fátima Gonçalves brasileiro(a), estado civil: Solteira
Profissão: Modelista portador(a) do RG 330401 (CPS) órgão expedidor MTE
e do CPF 967.963.59372 residente no(a) Av. José Bezerra n.º 722
n.º 722 bairro: Rio XXI município: Juazeiro do Norte / CE

Nome: Orlando Oliveira da Silva, brasileiro(a), estado civil: Casado
 Profissão: Recuso informar, portador(a) do RG 1664317, órgão expedidor SSP-AL
 e do CPF: 030.026.784-30, residente no(a) Av. Presidente Castelo Branco
 nº 2001, bairro: Limoeiro, município: Juazeiro do Norte / Ce

PODERES: pelo presente instrumento particular de procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a **SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT**, a fim de que o outorgado dê entrada em meu pedido de indenização do seguro DPVAT a ser creditada em conta bancária de minha titularidade conforme ficha de Autorização de Pagamento e poderes para acompanhar toda a tramitação do referido processo junto a esta seguradora, podendo para tanto requerer o que necessário for, assinar, substabelecer esta, dar quitação e praticar, enfim, todos os atos de direito, permitindo para perfeito cumprimento deste mandato, da vítima MARIA SIBRAX DE FREITAS SANTOS
Local e Data: RUA SÃO PAULO COM SÃO BERNARDO
JURUEIRO DO NORTE CE, 23/12/16

Assinatura do outorgante
(Reconhecer firma por autenticidade)

1
CARTORIO PARIZ
Mecanografo (POR AUTENTICIDADE) E TITULO de: MARIA ALVES
DE FREITAS GONCALVES. DOB PE. Juazeiro do Norte - Ceara
23/12/2016.

(EAT:2.30)FE:0.15TSE:0.05D:1HISE:0.65HTL:1.52

MBM
SEGURADORA

08 MAR. 2017

DPVAT