

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 20/03/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ANTONIA KARINA DE FREITAS SOUZA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00747

CONTA: 000000015559-8

Nr. da Autenticação 243AD6389410CC56

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180073212 **Cidade:** Crateús **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANTONIA KARINA DE FREITAS SOUZA **Data do acidente:** 23/03/2017 **Seguradora:** ALIANÇA DO BRASIL SEGUROS S/A

PARECER

Diagnóstico: TRAUMA CONTUSO TORACO-LOMBAR. RNM: ABAULAMENTO DISCAL DIFUSO L1-L2; L2-L3; L3-L4; L4-L5.; HEMANGIOMA NO CORPO DE L2; NÓDULOS SCHMORL DIFUSOS NA COLUNA LOMBAR
TRAUMA CONTUSO NO PUNHO DIREITO

Descrição do exame médico pericial: LIMITAÇÃO LEVE/MODERADA DE FLEXO-EXTENSÃO, ROTAÇÃO E LATERALIZAÇÃO DO TRONCO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR COM MEDICAÇÃO, REPOUSO, SEM FISIOTERAPIA. RESULTOU EM LESÃO LIGAMENTAR COM PREJUÍZO DA MOBILIDADE DO TRONCO SEM COMPLICAÇÕES.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL LEVE DA COLUNA LOMBAR.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 13/03/2018

Conduta mantida:

Observações: SEM SEQUELA NO PUNHO DIREITO

Médico examinador: Greive Freitas Cavalcante

CRM do médico: 9050

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 completa da mobilidade do segmento lombar da coluna vertebral	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

PRESTADOR

SAUDESEG SISTEMAS DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: LUIZ DE LIMA CASANOVA NETO

CRM do médico: 17761

UF do CRM do médico: PE

Assinatura do médico:

Rio de Janeiro, 24 de Março de 2018

Carta nº: 12565611

A/C: ANTONIA KARINA DE FREITAS SOUZA

Nº Sinistro: 3180073212
Vítima: ANTONIA KARINA DE FREITAS SOUZA
Data do Acidente: 23/03/2017
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: JOKARLA DIOGO LEITAO

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: ANTONIA KARINA DE FREITAS SOUZA

Valor: R\$ 843,75

Banco: 104

Agência: 000000747

Conta: 0000015559-8

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	843,75

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade do segmento lombar da coluna vertebral 25%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 25%) 6,25%

Valor a indenizar: 6,25% x 13.500,00 =	R\$	843,75
--	-----	--------

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





SOCIEDADE BENEFICENTE SAO CAMILO
HOSPITAL SAO LUCAS

Impressão: 23/03/2017 09:08

Guia de atendimento - EMERGENCIA

A70 DECLA

Página 1
v2017001

DADOS DO PACIENTE

Paciente: 081720 0011 ANTONIA KARINA DE FREITAS SOUZA
Documento(s): 2006005275849
Data de Nascimento: 08/05/1992 Local: CRATEUS/CE
Pai: FRANCISCO CARLOS GONCALVES SOUZA Mãe: ANA LUCIA DE FREITAS
Endereço: RUA FRANCISCO DENIS DE MACEDO, 305 Bairro: FATIMA I CEP: 63700-000 Município: CRATEUS
Profissão: AGRICULTORA Empresa: Conjuge: UF: CE Telefone: 88 84071930
Responsável: ANTONIA KARINA DE FREITAS CPF do Responsável: Endereço: RUA FRANCISCO DENIS DE MACEDO, 305 Município: CRATEUS UF: CE

DADOS DO ATENDIMENTO

Data Atendimento: 23/03/2017 Hora: 09:07 Convênio: SUS
Profissional de Atendimento: GILVAN MELO MARQUES
Indicador de Atendimento: Trânsito
Observação:
CRM/UF: 10784/CE Tipo Atendimento: CONSULTA COM PROCEDIMENTO
Funcionário: MARIA APARECIDA SOARES XIMENES

Sinais Vitais: Peso (kg) Altura (cm) T (°C) P (bpm) R (rpm) PA (mmHg)
Data/Hora Liberação: ____ às ____ hs Tipo de Saída: () Alta () Internação () Óbito

Motivo do Atendimento e Sumário de Atendimento (Histórico, Diagnóstico, Exames Solicitados e Conduta)

Caca de rato (S.C.)

Refeição algie taro cica e

Brasão (D) - glosa 15.

(S) São Paulo
São Paulo

1. Profunial + 100ml (E) 09:30

2. Deco shan + 100ml (E) 09:30
+ Dipirona

3. Tio Mol p/ 100ml (E)

GILVAN MELO MARQUES - CRM: 10784

Assinatura Paciente/Responsável
Responsável: ANTONIA KARINA DE FREITAS

4. RX Tio G (bambas) m.
5. 100ml S. Rina (E)

6. Cont. 25 (E)

SEGUROSA LUCAS INDI 7 23/03/2017 14:32 - 100003381

10/15/73

10/15/73

10/15/73

10/15/73

10/15/73

10/15/73

10/15/73

10/15/73

10/15/73

10/15/73

10/15/73

10/15/73

10/15/73

10/15/73

10/15/73

10/15/73

10/15/73

10/15/73

10/15/73

10/15/73

10/15/73

10/15/73

10/15/73



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



Documentação de identificação

RUBRICA
AUTORIDADE POLICIAL

BOLETIM DE Ocorrência Nº 445 - 3602 / 2017

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **06/09/2017 11:02:05**
Data / Hora da Ocorrência: **23/03/2017 08:50:00**
Endereço da Ocorrência: **RUA HUMBERTO DE CAMPOS**
Complemento:
Bairro: **FATIMA I** Município: **CRATEUS/CE**
Ponto de Referência: **RODOVIÁRIA**

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **ANTONIA KARINA DE FREITAS SOUZA**
Nascimento: **08/05/1992** CPF: **417.588.878-00**
RG: **2006005275849** Órgão Emissor: **SSP** UF:
Filiação: **ANA LUCIA DE FREITAS**
FRANCISCO CARLOS GONÇALVES SOUZA
Endereço: **RUA HERMELINO BALÉ, 431**
Bairro: **FATIMA I**
Município: **CRATEUS/CE** CEP: **63.700-000**
País: **BRASIL** Telefone: **(88) 99988-6544**

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **PMY3601** Uf: **CE** Município: **CRATEUS** Chassi:
9C2KC2200GR108361 Renavam: **1077175652** Tipo do Veículo:
MOTOCICLETA Marca / Modelo: **HONDA/CG 160 FAN ESDI** Ano
Fabricação: **2015** Ano Modelo: **2016** Combustível: **GASOLINA/ALCOOL**
Cor: **PRETA** Proprietário: **ANA LUCIA DE FREITAS SOUZA** Situação:
NÃO INFORMADO Envolvimento: **COLISAO**

Histórico

A DECLARANTE AFIRMA QUE NO DIA, HORA E LOCAL, FOI VÍTIMA DE ACIDENTE, QUANDO CONDUZIA O VEÍCULO ACIMA DESCRITO; QUE RELATA A DECLARANTE QUE SEGUIA NA RUA HUMBERTO DE CAMPOS QUANDO COLIDIU COM UMA OUTRA MOTOCICLETA QUE INVADIU A VIA PREFERENCIAL; QUE NÃO SABE INFORMAR OS DADOS DO CONDUTOR DO OUTRO VEÍCULO, BEM COMO OS DADOS DA MOTOCICLETA; QUE DO ACIDENTE A DECLARANTE FICOU DESACORDADA, SOFRENDO ESCORIAÇÃO PELO CORPO; QUE O CORPO DE BOMBEIROS MILITAR SOCORREU A DECLARANTE PARA O HOSPITAL SÃO LUCAS NESTA CIDADE ONDE RECEBEU ATENDIMENTO MÉDICO; QUE A GUARDA CIVIL MUNICIPAL SE FEZ PRESENTE NO LOCAL DO SEU ACIDENTE; QUE APRESENTA NESTE ATO AS CÓPIAS DOS ATENDIMENTOS DOS REFERIDOS ÓRGÃOS ACIMA MENCIONADOS. E NADA MAIS DISSE.

As informações contidas neste Boletim de Ocorrência são de inteira responsabilidade do queixoso, 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 do CPB).

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE CRATEUS

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

DELEGACIA REGIONAL DE CRATEUS

José Milton Alves Sampaio
Escrivão da Polícia Civil
Matr. 404574-1-0

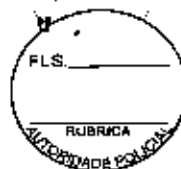
Pág. 1 de 2

Impresso em: 06/09/2017 11:11:55

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
22/09/2017 09:35 - 00000257477



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



BOLETIM DE Ocorrência N° 445 - 3602 / 2017

JOSÉ HILTON ALVES SAMPAIO - MAT.: 404574-1-0

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: Antônia Kátia de Freitas Souza

VISTO DO DELEGADO(A) :

ANA PAULA ALVES SCOTTI - MAT.: 300817-1-4



PREFEITURA MUNICIPAL DE CRATEÚS
GUARDA CIVIL MUNICIPAL
DEPT - DEPARTAMENTO MUNICIPAL DE TRÂNSITO

BOLETIM DE ACIDENTE
DE TRÂNSITO

01 - NÚMERO
2612017
 02 - FOLHA
01

30468604

DADOS DO ACIDENTE

03 - RUA, AVENIDA, CRUZAMENTO, RODOVIA, KM, TRECHO DA RODOVIA
HUMBERTO DE CAMPOS S/N

04 - MUNICÍPIO
CRATEÚS

05 - UF
CE

06 - PROXIMO, CRUZAMENTO, PONTE, PASSAGEM DE NÍVEL, ETC.
A RODOVIA RIA MUNICIPAL

07 - HORA DA OCORRÊNCIA
23:00

08 - ZONA RURAL URBANA
☒ RURAL ☐ URBANA

09 - DATA
12/3/2017

10 - DIA DA SEMANA
QUINTA

11 - CLASSIFICAÇÃO

SEM VÍTIMA	COM VÍTIMA
<input type="checkbox"/> 1	<input checked="" type="checkbox"/> 2

12 - Nº DE VÍTIMAS

MORTOS	FERIDOS
<input type="checkbox"/> 1	<input checked="" type="checkbox"/> 02

13 - NATUREZA DO ACIDENTE

ABALROAMENTO	<input type="checkbox"/> 1
ATROPELAMENTO	<input type="checkbox"/> 1
COLISÃO	<input checked="" type="checkbox"/> 2
TOMBAMENTO OU CAPOTAGEM	<input type="checkbox"/> 3
CHOQUE COM OBJETO FIXO	<input type="checkbox"/> 4
OUTRA (especificar)	<input type="checkbox"/> 5

14 - TIPO DE PAVIMENTO

ASFALTO	<input checked="" type="checkbox"/> 1
CONCRETO	<input type="checkbox"/> 2
PARALELEPÍPEDO	<input type="checkbox"/> 3
CASCALHO	<input type="checkbox"/> 4
TERRA	<input type="checkbox"/> 5
AREIA	<input type="checkbox"/> 6

15 - CONDIÇÕES DA VIA

SECA	<input checked="" type="checkbox"/> 1
MOLHADA	<input type="checkbox"/> 2
OLEOSA	<input type="checkbox"/> 3
ENLAMEADA	<input type="checkbox"/> 4
DANIFICADA	<input type="checkbox"/> 5
EM OBRAS	<input type="checkbox"/> 6

16 - CONDIÇÕES DA VIA

BOM	<input checked="" type="checkbox"/> 1
CURVA	<input type="checkbox"/> 2
NEBLINA	<input type="checkbox"/> 3
GARÇA	<input type="checkbox"/> 4

17 - ENVOLVIDOS NO ACIDENTE (quantidade)

Automóvel ou Camionete	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3
TAXI	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3
CAMINHÃO	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3
ÔNIBUS OU MICRO ÔNIBUS	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3
MOTOCICLETA OU MOTONETA	<input checked="" type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3
CICLOMOTOR	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3
BICICLETA	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3
TREM	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3
VEÍCULO TRACÇÃO ANIMAL	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3
ANIMAL	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3
PEDESTRE	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3
OUTRO (especificar)	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3

18 - CONTROLE DO TRÁFEGO DAS RODOVIAS

CURVA FECHADA	<input type="checkbox"/> 1	CURVA EM RAMPA	<input type="checkbox"/> 2
TANGENTE EM NÍVEL	<input type="checkbox"/> 3	TANGENTE EM LOMBADA	<input type="checkbox"/> 4
CURVA EM NÍVEL	<input type="checkbox"/> 5	OUTRO (especificar)	<input type="checkbox"/> 6
PISTA ESTREITA	<input type="checkbox"/> 7		

CONDUTOR Nº 01

19 - NOME
FRANCISCO JAIRO BEZERRA FERREIRA

20 - SEXO
☒ M ☐ F

21 - NASCIMENTO
10/08/82

22 - ENDEREÇO
FRANCISCO LELTÃO BONFIM BARROS Nº 212

23 - HABILITAÇÃO
261071101

24 - CATEGORIA
A1

25 - PRONTUÁRIO Nº
04995733300

26 - UF
CE

27 - EX. MÉDICO EM DIA
☒ SIM ☐ NÃO

28 - USAR CINTO
☒ SIM ☐ NÃO

29 - USAR CAPACETE
☒ SIM ☐ NÃO

30 - EXAME DE EMBRIAGUEZ ALCOÓLICA

REALIZADO NO LOCAL	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3
ENCAMINHADO P/EXAME	<input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6

31 - COMPORTAMENTO DO CONDUTOR

PERMANECER NO LOCAL	<input checked="" type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3
ATENDEU A VÍTIMA	<input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6
EVADIU-SE	<input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9

32 - AÇÃO DO CONDUTOR

FORÇAR PASSAGEM RODOVIA	<input type="checkbox"/> 11	NÃO MANTER A DISTÂNCIA DE SEGURANÇA	<input type="checkbox"/> 21
DEBUIOU DE OBSTÁCULO	<input type="checkbox"/> 12	CONVERSÃO INCORRETA OU EM LOCAL PROIBIDO	<input checked="" type="checkbox"/> 22
ULTRAPASSAGEM PROIBIDA OU INCORRETA	<input type="checkbox"/> 13	MUDANÇA SÚBITA DE FAIXA OU DIREÇÃO	<input type="checkbox"/> 23
EXCESSO DE VELOCIDADE	<input type="checkbox"/> 14	LUZ ALTA	<input type="checkbox"/> 24
CONTRAMÃO DE DIREÇÃO	<input type="checkbox"/> 15	OUTRA	<input type="checkbox"/> 25

CONDUTOR Nº 02

33 - NOME
ANTONIA KARINA DE FREITAS SOUZA

34 - SEXO
☒ M ☐ F

35 - NASCIMENTO
07/09/81

36 - ENDEREÇO
LEONILDO ARAÚJO VERAS Nº 900

37 - HABILITAÇÃO
1211013116

38 - CATEGORIA
A

39 - PRONTUÁRIO Nº
06588715707

40 - UF
CE

41 - EX. MÉDICO EM DIA
☐ SIM ☐ NÃO

42 - USAR CINTO
☐ SIM ☐ NÃO

43 - USAR CAPACETE
☐ SIM ☐ NÃO

44 - EXAME DE EMBRIAGUEZ ALCOÓLICA

REALIZADO NO LOCAL	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3
ENCAMINHADO P/EXAME	<input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6

45 - COMPORTAMENTO DO CONDUTOR

PERMANECER NO LOCAL	<input checked="" type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3
ATENDEU A VÍTIMA	<input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6
EVADIU-SE	<input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9

46 - AÇÃO DO CONDUTOR

FORÇAR PASSAGEM RODOVIA	<input type="checkbox"/> 11	NÃO MANTER A DISTÂNCIA DE SEGURANÇA	<input type="checkbox"/> 21
DEBUIOU DE OBSTÁCULO	<input type="checkbox"/> 12	CONVERSÃO INCORRETA OU EM LOCAL PROIBIDO	<input type="checkbox"/> 22
ULTRAPASSAGEM PROIBIDA OU INCORRETA	<input type="checkbox"/> 13	MUDANÇA SÚBITA DE FAIXA OU DIREÇÃO	<input type="checkbox"/> 23
EXCESSO DE VELOCIDADE	<input type="checkbox"/> 14	LUZ ALTA	<input type="checkbox"/> 24
CONTRAMÃO DE DIREÇÃO	<input type="checkbox"/> 15	OUTRA	<input type="checkbox"/> 25

VEÍCULO Nº 01

47 - MARCA
YAMAHA/YBR

48 - ESPÉCIE
PASSEGEIRO

49 - PLACA
HXT 3348

50 - MUNICÍPIO
CRATEÚS

51 - UF
CE

52 - NOME DO PROPRIETÁRIO

53 - ENDEREÇO

54 - SEGURADORA

55 - BILHETE

56 - DATA DE EMISSÃO
12/3/2017


57 - DEFRETO

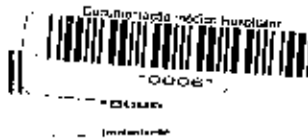
FAROL DIANTEIRO	<input checked="" type="checkbox"/> 1
LANTERNA TRASEIRA	<input type="checkbox"/> 2
LANTERNA DE FREIO	<input type="checkbox"/> 3
LIMPADOR DE PARA-BRISA	<input type="checkbox"/> 4
SETA DIRECIONAL	<input type="checkbox"/> 5
FREIO	<input type="checkbox"/> 6
PNEU BASTO	<input type="checkbox"/> 7
OUTRO (especificar)	<input type="checkbox"/> 8

CARTÓRIO MARTINS
 Bel Edmar Albuquerque Nascimento
 Substituto Legal - CRA/4808
 Crateús - Ceará

8 JUL 2017

CRATEÚS

VEICULO Nº 02	58 - MARCA HONDA/FAN 160		59 - ESPÉCIE PASSAGEIRO		60 - PLACA PMY3603		61 - MUNICÍPIO CRATEUS		62 - UF CE					
	63 - NOME DO PROPRIETÁRIO ANA LUCIA DE FREITAS SOUZA					64 - ENDEREÇO								
VÍTIMA Nº 01	65 - SEGURADORA					66 - BILHETE		67 - DATA DE EMISSÃO 12/31/2017						
	68 - DEFEITO FAROL DIANTEIRO <input type="checkbox"/> 1 LANTERNA TRASEIRA <input type="checkbox"/> 2 LANTERNA DE FREIO <input type="checkbox"/> 3 LIMPA-VIDRO PARA-BRISA <input type="checkbox"/> 4 SETA DIRECIONAL <input type="checkbox"/> 5 FREIO <input type="checkbox"/> 6 PNEU GASTO <input type="checkbox"/> 7 OUTRO (especificar) <input type="checkbox"/> 8													
VÍTIMA Nº 02	69 - NOME ANTONIA KARINA DE FREITAS SOUZA					70 - SEXO <input type="checkbox"/> M <input checked="" type="checkbox"/> F		71 - NASCIMENTO 08/05/92						
	72 - ENDEREÇO LEONCIO ARANHA VERAS Nº 900					73 - FERIMENTOS LEVES <input type="checkbox"/> 1 GRAVES <input type="checkbox"/> 2 FATAIS <input type="checkbox"/> 3		74 - VIAJAVIA NO VEÍCULO Nº		75 - USAVA CINTO SIM <input type="checkbox"/> 1 NÃO <input checked="" type="checkbox"/> 2				
	76 - CONDIÇÕES DA VÍTIMA CONDUCTOR <input checked="" type="checkbox"/> 1 PASSAG. <input type="checkbox"/> 2 PEDESTRE <input type="checkbox"/> 3					77 - CONDUZIDA PARA HOSPITAL DE REFERÊNCIA SÃO CAMILO								
	78 - NOME					79 - SEXO <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		80 - NASCIMENTO						
VÍTIMA Nº 03	81 - ENDEREÇO					82 - FERIMENTOS LEVES <input type="checkbox"/> 1 GRAVES <input type="checkbox"/> 2 FATAIS <input type="checkbox"/> 3		83 - VIAJAVIA NO VEÍCULO Nº		84 - USAVA CINTO SIM <input type="checkbox"/> 1 NÃO <input checked="" type="checkbox"/> 2				
	85 - CONDIÇÕES DA VÍTIMA CONDUCTOR <input type="checkbox"/> 1 PASSAG. <input type="checkbox"/> 2 PEDESTRE <input type="checkbox"/> 3					86 - CONDUZIDA PARA								
	87 - ATRAVESSANDO AS RODOVIAIS 2 FAIXAS DE ROLAMENTO <input type="checkbox"/> 1 4 FAIXAS DE ROLAMENTO <input type="checkbox"/> 2 CRUZ OU ENTORNO DE CE COM BR. <input type="checkbox"/> 3					88 - ATRAVESSANDO AS RODOVIAIS POR TRÁS DE VEÍCULO ESTACIONADO <input type="checkbox"/> 1 COM AUSÊNCIA DE VEÍCULO ESTACIONADO <input type="checkbox"/> 2		89 - OUTRA CAMINHANDO AO LONGO DA CE <input type="checkbox"/> 1 SAINDO OU ENTRANDO EM VEÍCULO <input type="checkbox"/> 2 BRINCANDO NA CE <input type="checkbox"/> 3 TRABALHANDO NA CE <input type="checkbox"/> 4						
	90 - NOME					91 - SEXO <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		92 - NASCIMENTO						
PEDESTRE	93 - ENDEREÇO					94 - IDENTIDADE Nº		95 - ÓRGÃO EMISSOR		96 - UF				
	97 - NOME					98 - SEXO <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		99 - NASCIMENTO						
	100 - ENDEREÇO					101 - IDENTIDADE Nº		102 - ÓRGÃO EMISSOR		103 - UF				
TESTEMUNHAS	104 - DIAGRAMA DO ACIDENTE													
	 <p>Carteira não a presente cópia entregue com o original respectivo. Dou fé. Cartório 08/JUL 2017 2ª Tabelião Pública</p> <p>CARTÓRIO MARTINS R. Eneide Nogueira 100 Substituto Legal - Crato - Ceará</p>					<p>105 - NOME</p>						106 - SEXO <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		107 - NASCIMENTO
108 - ENDEREÇO					109 - IDENTIDADE Nº		110 - ÓRGÃO EMISSOR		111 - UF					
INFORMAÇÕES ADICIONAIS	112 - DESCRIÇÃO SUMÁRIA DO ACIDENTE O CONDUTOR DO TRAFEGAVA NA RUA HUMBERTO DE CAMPOS S/N PROXIMO A RODOVIA MUNICIPAL, QUANDO O MESMO REALIZOU UM RETORNO PROIBIDO NA VIA, SENDO ASSIM A COLIDIR COM O VEICULO QUE TRAFEGAVA EM SENTIDO CONTRARIO NA VIA.					<p>113 - HORÁRIO DE CHEGADA AO LOCAL 9:30</p> <p>114 - HORÁRIO DE CONCLUSÃO DA OCORRÊNCIA 9:30</p>								
	115 - ASSINATURA Daniel Moura de Souza					116 - FUNÇÃO AGENTE DE TRÁFEGO								
117 - DATA 23/03/2017														



DADOS DO PACIENTE

Prontuário 081720 Atendimentos 0011 Nome do Paciente ANTONIA KARINA DE FREITAS SOUZA

Documento(s) Identidade: 2008005275849
Data de Nascimento 08/05/1992

Local CRATEUS/CE

Nome FRANCISCO CARLOS GONCALVES SOUZA

Endereço RUA FRANCISCO DENIS DE MACEDO, 305

Profissão AGRICULTORA

Responsável ANTONIA KARINA DE FREITAS

Nome ANA LUCIA DE FREITAS

CEP 63700-000

Município CRATEUS

CNS 720000319881801

Estado Civil Solteiro(a)

Guia de Autorização

Sexo Feminino

Idade 24 Ano(s)

UF CE Telefone 88 94071930

CPF do Responsável Endereço RUA FRANCISCO DENIS DE MACEDO, 305

Município CRATEUS

UF CE

DADOS DO ATENDIMENTO

Matrícula

CID

CRM/UF 10784/CE

Funcionário

MARIA APARECIDA SOARES XIMENES

Tipo Atendimento CONSULTA COM PROCEDIMENTO

Data Atendimento 23/03/2017 Hora 08:07 Convênio SUS

Profissional do Atendimento GILVAN MELO MARQUES

Indicador de Atendimento

Trânsito

Observação

Selo

Data/Hora Liberação

às hs.

Tipo de Saída

() Alta () Internação () Óbito

Sinais Vitais

Peso (kg)

Altura (cm)

T (°C)

P (bpm)

R (rpm)

PA (mmHg)

HO X 15

Motivo do Atendimento e Sumário de Atendimento (Histórico, Diagnóstico, Exames Solicitados e Conduta)

Caca de rato (sc)

Refeição algo toxica e

Braco (D) - glespiu 15.

1. Profenid + 100ml (E) 09:30

2. Dico alvan + 100ml (E) 09:30

+ Dipirona

3. Tio Mol 01/100ml (E)

GILVAN MELO MARQUES - CRM: 10784

4. RX TIOG/lobes m.

5. 100ml S. RIN (E)

Assinatura Responsável Responsável: ANTONIA KARINA DE FREITAS

6. Control 25m 09:30

SEMPRE LIGAR PARA 5 22/09/2017 09:35 - 00000257480

Autenticação no documento
-0014-



AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

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 ANTONIA KARINA DE FREITAS SOUZA
PORTADOR(A) DO RG Nº 2006005275849 EXPEDIDO POR SSP/CE EM _____ E
CPF 04145888882-00 / CNPJ _____ PROFISSÃO AGRICULTORA
E RENDA MENSAL DE R\$ 2000,00 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO
SEGURO DPVAT DA VÍTIMA ANTONIA KARINA DE FREITAS SOUZA 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 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 POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéticas 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 SISPDPVAT 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, ITAU, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)
Nº do BANCO 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0797 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 075554-8

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.

CRATEÚS, 14 de 09 de 2017 Antonia Karina de Freitas Souza
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.

SEGURADORA LIDER DPVAT 5 22/09/2017 09:36 - 08000221204



SEMPRE EM LÍDER EMQUANTO 22/09/2017 03:36 - 000000257487

CAIXA

AUTO-ATENDIMENTO: 05.03.0105

DATA: 05/07/2017

TERMINAL: 00071007

HORA: 11:11:25

CONTROLE: 074716870419

AGENCIA: 0747 - CRATEUS

CONTA: 019.00015569-8

CLIENTE: ANTONIA KARINA DE FREITAS SOUZA

EXTRATO PARA SIMPLES CONFERENCIA

SALDO POR DATA LIMITE

DEPOSITOS REALIZADOS ATÉ 03/05/2012

DATA	VALOR
22/06	0,00
04/07	0,00

DEPOSITOS REALIZADOS A PARTIR DE 04/05/2012

DATA	VALOR
17/06	110,00
22/06	2,17
26/06	50,00
01/07	290,00
04/07	223,34

ENCERRADO

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180073212 **Cidade:** Crateús **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANTONIA KARINA DE FREITAS SOUZA **Data do acidente:** 23/03/2017 **Seguradora:** ALIANÇA DO BRASIL SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 08/02/2019
Valoração do IML: 0
Perícia médica: Não
Diagnóstico: NÃO DEFINIDO.
Resultados terapêuticos: NÃO DEFINIDO.
Sequelas permanentes:
Sequelas: Sem sequela
Conduta mantida: Sim
Quantificação das sequelas:
Documentos complementares:
Observações: DEVERÁ SER REVISADO PELA ÁREA TÉCNICA.

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

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0052323/18

Vítima: ANTONIA KARINA DE FREITAS SOUZA

CPF: 417.588.878-00

Data do Acidente: 23/03/2017

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ANTONIA KARINA DE FREITAS SOUZA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência

Comprovação de ato declaratório

Declaração de Inexistência de IML

Declaração do Proprietário do Veículo

Documentação médico-hospitalar

Documentos de identificação

DUT

Outros



ANTONIA KARINA DE FREITAS SOUZA : 417.588.878-00

Autorização de pagamento

Comprovante de residência

JOKARLA DIOGO LEITAO : 057.883.143-05

Comprovante de residência

Declaração Circular SUSEP 445/12

Documentos de identificação

Procuração

ATENÇÃO:

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 30/01/2018

Nome: ANTONIA KARINA DE FREITAS SOUZA

CPF/CNPJ: 417.588.878-00

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 08/02/2018

Nome: JORGE MARCIO NOVAES SOARES

CPF: 014.880.947-21

ANTONIA KARINA DE FREITAS SOUZA

JORGE MARCIO NOVAES SOARES

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0052323/18

Número do Sinistro: 3180073212

Vítima: ANTONIA KARINA DE FREITAS SOUZA

CPF: 417.588.878-00

Seguradora: ALIANÇA DO BRASIL SEGUROS S/A

Data do acidente: 23/03/2017

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ANTONIA KARINA DE
FREITAS SOUZA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

Outros

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 05/02/2019

Nome: ANTONIA KARINA DE FREITAS SOUZA

CPF: 417.588.878-00

ANTONIA KARINA DE FREITAS SOUZA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

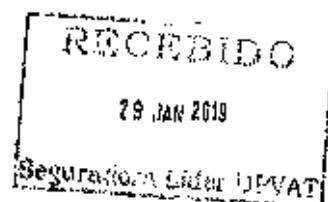
Data do cadastramento: 05/02/2019

Nome: ALEXANDRE TAVARES BELFORT

CPF: 024.208.707-86

ALEXANDRE TAVARES BELFORT

CRATEÚS – CE, 21 de JANEIRO de 2019.



SENHORES ANALISTA DE SEGUROS VENHO ATRAVÉZ DESTA CARTA SOLICITAR A REANALISE DO MEU PROCESSO UMA VEZ QUE TIVE UMA FRATURA NO MEU PUNHO ESQUERDO E NÃO ENTENDI O MOTIVO DO VALOR TÃO INSIGUINIFICANTE DO MEU PROCESSO, POIS JÁ ENVIEI UM PRONTUARIO HOSPITALAR COMPLETO E VOU ENVIANDO AGORA UM NOVO RELATÓRIO DIZENDO MINHA SEQUELA ENTÃO PEÇO QUE SEJA RETIRADO ESSA PENDÊNCIA, POIS NESCESSITO MUITO DESSE DINHEIRO PARA CONTINUAR FAZENDO MEU TRATAMENTO ATÉ HOJE ME ENCONTRO COM SEQUELA DE CARATER PERMANTE ENTÃO PEÇO ENCARECIDAMENTE PARA SER ATENDIDO EM CARATER DE URGÊNCIA VEIO UM AUDITOR DA SEGURADORA LIDER EM MINHA RESIDÊNCIA E CONSTATOU A GRAVIDADE DA LESÃO EM MEU PUNHO ENTÃO FICO GRATO PELA COMPREENSÃO E ATENÇÃO DE TODOS.

RAIMUNDO NONATO DE OLIVERIA.

Raimundo Nonato de Oliveira