

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 **Data do acidente:** 23/03/2017 **Seguradora:** ALIANÇA DO BRASIL
SOUZA

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 PREJUIZO 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 n°: 12565611

A/C: ANTONIA KARINA DE FREITAS SOUZA

Nº Sinistro: 3180073212
Vitima: 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





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



Documentos da Identificação



BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 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** Orgão 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 da(s) Veículo(s)

1) Placa: **PMY3601** Uf: **CE** Município: **CRATEUS** Chassi:

9C2KC2200GR108361 Renavam: **1077175652** Típo 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 ESCORIAÇÕES 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

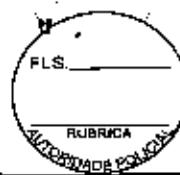
José Hilton Alves Sampaio
Escrivão da Polícia Civil
Mat: 404574-1-0

Pág. 1 de 2

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



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
PÓLICIA CIVIL
DELEGACIA REGIONAL DE CRATEÚS



BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 445 - 3602 / 2017

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

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: *Antonia Krenna de Britto 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**

3.0 468604

BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

01 - INSCRIÇÃO
2612017
02 - FOLHA
01

03 - RUA, AVENIDA, CRUZAMENTO, RODOVIA, KM, TRECHO DA RODOVIA		04 - MUNICÍPIO		
ITUMBIARÉS DE CAMPOS S/N		CREATEUS		
05 - PRÓXIMO, CRUZAMENTO, PONTE, PASSAGEM DE NÍVEL, ETC.		06 - UF		
A RODOVIA É DA MUNICIPAL		CE		
11 - CLASSIFICAÇÃO		13 - NATUREZA DO ACIDENTE		
BEM VITIMA	COM VITIMA	ABALOAMENTO	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> 1	<input checked="" type="checkbox"/> 2	ATROPELAMENTO	<input type="checkbox"/> 1	
12 - N.º DE VITIMAS		COLISÃO	<input checked="" type="checkbox"/> 3	
MORTOS	FERIDOS	TOMBAMENTO OU CAPOTAGEM	<input type="checkbox"/> 5	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 02	CHOQUE COM OBJETO FIXO	<input type="checkbox"/> 7	
14 - TIPO DE PAVIMENTO		15 - CONDIÇÕES DA VIA		
16 - CONDIÇÕES DA VIA		17 - ENVOLVIDOS NO ACIDENTE (quadrado)		
ASFALTO		<input checked="" type="checkbox"/> 1	SECA	<input checked="" type="checkbox"/> 1
CONCRETO		<input type="checkbox"/> 3	MOLHADA	<input type="checkbox"/> 3
PARALELIPÍPEDO		<input type="checkbox"/> 5	OLEOADA	<input type="checkbox"/> 5
CASCALHO		<input type="checkbox"/> 7	ENLAÇADA	<input type="checkbox"/> 7
TERRA		<input type="checkbox"/> 9	DANIFICADA	<input type="checkbox"/> 9
AREIA		<input type="checkbox"/> 2	EM OBRAS	<input type="checkbox"/> 2
18 - CONTROLE DO TRÂNSITO DAS RODOVIAS		19 - DADOS DO ACIDENTE		
CURVA FECHADA		<input type="checkbox"/> 1	CURVA EM RAMPA	<input type="checkbox"/> 9
TANGENTE EM NÍVEL		<input type="checkbox"/> 2	TANGENTE EM LOMBADA	<input type="checkbox"/> 2
CURVA EM NÍVEL		<input type="checkbox"/> 5	OUTRO (especificar)	<input type="checkbox"/> 4
PISTA ESTREITA		<input type="checkbox"/> 7		
17 - ENVOLVIDOS NO ACIDENTE (quadrado)		18 - CONTROLE DO TRÂNSITO DAS RODOVIAS		
Automóvel ou Caminhão		<input type="checkbox"/> 1	CURVA FECHADA	<input type="checkbox"/> 1
Estado Tce		<input type="checkbox"/> 2	CURVA EM RAMPA	<input type="checkbox"/> 9
TAG		<input type="checkbox"/> 3	TANGENTE EM NÍVEL	<input type="checkbox"/> 2
CAMINHÃO		<input type="checkbox"/> 1	TANGENTE EM LOMBADA	<input type="checkbox"/> 2
ÔNIBUS OU MICRO ÔNIBUS		<input type="checkbox"/> 2	CURVA EM NÍVEL	<input type="checkbox"/> 5
MOTOCICLETA OU MOTONETA		<input checked="" type="checkbox"/> 3	OUTRO (especificar)	<input type="checkbox"/> 4
CICLOMOTOR		<input type="checkbox"/> 1		
19 - DADOS DO ACIDENTE		18 - CONTROLE DO TRÂNSITO DAS RODOVIAS		
Automóvel ou Caminhão		<input type="checkbox"/> 1	CURVA FECHADA	<input type="checkbox"/> 1
Estado Tce		<input type="checkbox"/> 2	CURVA EM RAMPA	<input type="checkbox"/> 9
TAG		<input type="checkbox"/> 3	TANGENTE EM NÍVEL	<input type="checkbox"/> 2
CAMINHÃO		<input type="checkbox"/> 1	TANGENTE EM LOMBADA	<input type="checkbox"/> 2
ÔNIBUS OU MICRO ÔNIBUS		<input type="checkbox"/> 2	CURVA EM NÍVEL	<input type="checkbox"/> 5
MOTOCICLETA OU MOTONETA		<input checked="" type="checkbox"/> 3	OUTRO (especificar)	<input type="checkbox"/> 4
CICLOMOTOR		<input type="checkbox"/> 1		

19 - NOME FRANCISCO GAIRO BEZERRA FERREIRA		20 - SEXO <input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	21 - NASCIMENTO 210308121
22 - ENDERECO FRANCISCO LESTAÇÔ Bonfim Barros n° 272			
23 - 1ª MANTENÇÃO 316071101	24 - CATEGORIA A13	25 - PRONTUÁRIO N° 194995733307	26 - UF CE
27 - EX. MÉDICO EM DIA <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO	28 - USAVA CINTO <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO	29 - USAVA CAPACETE <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO	
30 - EXAME DE EMBRIAGUEZ ALCOÓLICA			
SIM <input type="checkbox"/> 1 <input checked="" type="checkbox"/> 3		NÃO <input type="checkbox"/> 2	
REALIZADO NO LOCAL		ENCAMINHADO P/ EXAME <input type="checkbox"/> 5 <input checked="" type="checkbox"/> 7	
31 - COMPORTAMENTO DO CONDUTOR			
SIM <input type="checkbox"/> 1 <input checked="" type="checkbox"/> 3		NÃO <input type="checkbox"/> 2	
PERMANECEU NO LOCAL <input checked="" type="checkbox"/> X <input type="checkbox"/> 3		ATENDEU A VÍTIMA <input type="checkbox"/> 5 <input checked="" type="checkbox"/> 7	
EVADIU-SE <input type="checkbox"/> 6 <input checked="" type="checkbox"/> 2			
32 - AÇÃO DO CONDUTOR			
FORÇAR PASSAGEM P/ ODOVIA <input type="checkbox"/> 11		NÃO MANTEVE A DISTÂNCIA DE SEGURANÇA <input type="checkbox"/> 21	
DESVIOU DE OBSTÁCULO <input type="checkbox"/> 13		CONVERSAO INCORRETA OU EM LOCAL PROIBIDO <input checked="" type="checkbox"/> X 23	
ULTRAPASSAGEM PROIBIDA OU INCORRETA <input type="checkbox"/> 15		MUDANÇA SÚBITA DE FAIXA OU DIREÇÃO <input type="checkbox"/> 25	
EXCESSO DE VELOCIDADE <input type="checkbox"/> 17		LUZ ALTA <input type="checkbox"/> 27	
CONTRAMÃO DE DIREÇÃO <input type="checkbox"/> 19		OUTRA <input type="checkbox"/> 29 (especificar) _____	

CARTÓRIO MARTINS
Setor: Edson Alves/que Hachamento
Substituto Legal - CRA/4809
Ceará - Ceará

VEÍCULO Nº 01	66 - MARCA HONDA/FAN 160	68 - ESPÉCIE PASSEIROS	62 - PLACA Pmy3603	61 - MUNICÍPIO CRATÉUS	63 - UF CE
	64 - ENDEREÇO ANA LUCIA DE FREITAS SOUZA	65 - SEGURADORA	66 - SÍLHETE	67 - DATA DE EMISSÃO 1231031717	
	68 - DEFETOS FAROL DIANTEIRO <input checked="" type="checkbox"/> 1 LANTERNA TRASEIRA <input type="checkbox"/> 2 LANTERNA DE FREIO <input type="checkbox"/> 3 LIMPADOR DE PARA-brisas <input type="checkbox"/> 4 SETA DIRECIONAL <input type="checkbox"/> 5 FREIO <input type="checkbox"/> 6 PNEU GASTO <input type="checkbox"/> 7 OUTRO (ESPECIFIQUE) <input type="checkbox"/> 8	69 - NOME ANTÔNIA FARINA DE FREITAS SOUZA	70 - SEXO <input type="checkbox"/> M 1 <input checked="" type="checkbox"/> F 3	71 - NASCIMENTO 1980 05 19 21	
	72 - ENDEREÇO LEONCIDO ARARI VÉRAS Nº 900	73 - FERIMENTOS LEVES <input type="checkbox"/> 1 GRAVES <input type="checkbox"/> 2 FATAIS <input type="checkbox"/> 3	74 - VIAJAVAM NO VEÍCULO Nº <input type="checkbox"/> 1	75 - USAVA CINTO SIM <input type="checkbox"/> 1 NÃO <input checked="" type="checkbox"/> 3	
	76 - CONDIÇÕES DA VÍTIMA CONDUTOR <input checked="" type="checkbox"/> 1 PASSAG <input type="checkbox"/> 2 PEDESTRE <input type="checkbox"/> 3	77 - CONDUZIDA PARA HOSPITAL DE REFERÊNCIA SÃO CAMIL	78 - NOME	79 - SEXO <input type="checkbox"/> M 1 <input checked="" type="checkbox"/> F 3	80 - NASCIMENTO
	81 - ENDEREÇO	82 - FERIMENTOS LEVES <input type="checkbox"/> 1 GRAVES <input type="checkbox"/> 2 FATAIS <input type="checkbox"/> 3	83 - VIAJAVAM NO VEÍCULO Nº <input type="checkbox"/> 1	84 - USAVA CINTO SIM <input type="checkbox"/> 1 NÃO <input checked="" type="checkbox"/> 3	
	85 - CONDIÇÕES DA VÍTIMA CONDUTOR <input type="checkbox"/> 1 PASSAG <input type="checkbox"/> 2 PEDESTRE <input type="checkbox"/> 3	86 - CONDUZIDA PARA	87 - OUTRA CAMPANHANDO AO LONGO DA CE <input type="checkbox"/> 1 BRINCAR NA CE <input type="checkbox"/> 2 TRABALHANDO NA CE <input type="checkbox"/> 3	88 - SEXO <input type="checkbox"/> M 1 <input checked="" type="checkbox"/> F 3	89 - NASCIMENTO
	90 - ATRAVESSANDO AS RODOVIAS 2 FAIXAS DE ROLAMENTO <input type="checkbox"/> 1 4 FAIXAS DE ROLAMENTO <input type="checkbox"/> 3 CROZ OU ENTRONC DE CS COM BR <input type="checkbox"/>	91 - ATRAVESSANDO AS RODOVIAS POR TRAS DE VÉHICULO ESTACIONADO <input type="checkbox"/> 1 COM AUSÊNCIA DE VÉHICULO ESTACIONADO <input type="checkbox"/> 3	92 - OUTRA SAINDO OU ENTRANDO EM VÉHICULO <input type="checkbox"/> 1 OUTRA (ESPECIFIQUE) <input type="checkbox"/> 2	93 - IDENTIDADE Nº <input type="checkbox"/> 1	94 - ÓRGÃO EMISSOR <input type="checkbox"/> 1 UF <input type="checkbox"/> 2
	95 - TESTIMUNHAS Nº 1 Nº 2 - ENDEREÇO	96 - IDENTIDADE Nº <input type="checkbox"/> 1	97 - IDENTIDADE Nº <input type="checkbox"/> 2	98 - ÓRGÃO EMISSOR <input type="checkbox"/> 1	99 - UF <input type="checkbox"/> 1
	100 - ENDEREÇO	101 - IDENTIDADE Nº <input type="checkbox"/> 3	102 - ÓRGÃO EMISSOR <input type="checkbox"/> 2	103 - UF <input type="checkbox"/> 3	
104 - DIAGRAMA DO ACIDENTE 	SÍMBOLOGIA O CAPOTAGEM <input type="checkbox"/> AUTOMÓVEL O CAPOTAGEM <input type="checkbox"/> ÔNIBUS OU CAMINHÃO X ANHOL <input type="checkbox"/> TREM OBJETO FIXO <input type="checkbox"/> VÉHICULO DE 2 RODAS INCÊNDIO <input type="checkbox"/> MARCHA A FRENTE				
INFORMAÇÕES ADICIONAIS					
<p>105 - DESCRIÇÃO SUMÁRIA DO ACIDENTE O Condutor DI TRAFEGAVA NA RUA NÚMERO DE CAMPOS S/N PROXIMO A REDE VÍTIMA INVESTIGADA, RUA NOME ROBERTA VIEIRA, RUA PROBLEMA NA VÍA, VÍTIMA ASSIM A COLIDIR COM O VÉHICULO DI, QUE TRAFEGAVA EM SENTIDO CONTRA- RÍO NA VÍA.</p>					
106 - NOME <u>Monique Souza de Souza</u>			107 - FUNÇÃO AGENTE DE TRÂNSITO		
108 - NOME <u>Monique Souza de Souza</u>			109 - DATA 23/03/2017		
110 - ASSINATURA			111 - HORÁRIO ADICIONALMENTE 9:00		
112 - HORÁRIO ADICIONALMENTE 9:00			113 - HORÁRIO DE CHEGADA AO LOCAL 9:30		
114 - HORÁRIO DE CONCLUSÃO DA Ocorrência 9:30					



Guia de atendimento - EMERGÊNCIA

Prontuário: 081720
Atendimento: 0011
Nome do Paciente: ANTONIA KARINA DE FREITAS SOUZA
Documento(s): Identidade: 2008005275846
Data de Nascimento: 08/05/1992
Local: CRATEUS/CE
Pai: FRANCISCO CARLOS GONCALVES SOUZA
Endereço: RUA FRANCISCO DENIS DE MACEDO, 305
Profissão: AGRICULTORA
Responsável: ANTONIA KARINA DE FREITAS

CNP: 700000319881601

Guia de Autorização

Estado Civil:
Solteiro(a)

Sexo:

Feminino

Idade:
24 Ano(s)

UF: CE
Telefone: CE: 88 84071930

UF:
CE

Data Atendimento: 23/03/2017
Hora: 09:07
Centro: SUS

Profissional do Atendimento:
GILVAN MELO MARQUES
Indicador de Acidente:
Trânsito
Observação:

CRM/UF:
10784/CE
Paciente:
MARIA APARECIDA SOARES XIMENES

Tipo Atendimento:
CONSULTA COM PROCEDIMENTO
Município:
CRATEUS

DADOS DO ATENDIMENTO

Matrícula:

CID:

Sala:

Sinais Vitais:
Peso (kg):
Altura (cm):

Data/Hora Liberação: _____ às _____ hs.
T (°C): _____ P (bpm): _____ R (impm): _____ PA (mmHg): _____

Tipo de Saida:
() Alta
() Internação
() Óbito

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

Caca de Mão (src)

Re fundo algé. Tensão e
Braço (D) - flogos 15.

1. Profissional + (ml) (E) 09:00/
2. Dextrobol + (ml) (E) 09:00/
3. Tropisol + (ml) (E)

REGISTRA: LIDER DRPT 5 23/03/2017 09:35 - 00000257480

GILVAN MELO MARQUES - CRM: 10784

Assinatura Paciente/Responsável
Responsável: ANTONIA KARINA DE FREI

4. Rx TBG/Coombes pr.
5. 100ml - S. RIN (E)
6. Control 250ml



AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

DPVAT

Nº DO SINISTRO

CAMPO PREENCH. - 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, ANTÔNIA KARINA DE FREITAS SOUZA,
PORTADOR(A) DO RG N° 2006005275849 EXPEDIDO POR SSP/CEC EM 11/01/2014 E
CPF 014588832-00 /CNPJ 00000000000000000000. PROFISSÃO AGRICULTORA
E RENDA MENSAL DE R\$ 200,00 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO
SEGURADO PVAT DA VÍTIMA ANTÔNIA KARINA DE FREITAS, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO
PVAT 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 POUPIANÇA 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 há devery 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)

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

Nº do BANCO 104 Nº da AGÊNCIA (com dígitos, se existir) 07 Nº da CONTA (com dígitos, se existir) 075254

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

24-705 14 de 09

de 2017, Antonio Karina de Trieter Freyre

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago acys legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidade 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 da pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.

SEOTech.com, LLC 2017-09-22 09:36 - 6000025467



SEGUIMENTO LIGER DATA 5/22/09/2017 09:36 - 0000000257487



AUTO-ATENDIMENTO - GRAETUS
DATA: 05/07/2012 HORA: 11:11:25
TERMINAL: 00171067 CONTROLE: 074716878413

AGÊNCIA: 0747 - GRAETUS
CONTA: 011.00015569-8
CLIENTE: ANTONIA KARINA DE FREITAS SOUZA

ESTRATO PARA SÍMULAS DE REFERÊNCIA

SALDOS POR DATA E LÍMITE
DEPÓSITOS FECHADOS ATÉ 03/05/2012

DATA	VALOR
22/06	0,89
04/07	0,00
05/07	110,00
11/06	2,17
22/06	50,00
26/06	290,00
01/07	223,34
04/07	

VALOR TOTAL

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

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

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 08/02/2019

Valorização 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 médica-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

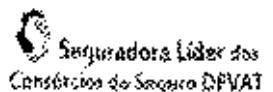
Data do cadastramento: 08/02/2018

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

Data do acidente: 23/03/2017

CPF: 417.588.878-00

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ANTONIA KARINA DE FREITAS SOUZA

Seguradora: ALIANÇA DO BRASIL SEGUROS S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médica-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.dpvalseguro.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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data da entrega: 05/02/2019

Data do cadastramento: 05/02/2019

Nome: ANTONIA KARINA DE FREITAS SOUZA

Nome: ALEXANDRE TAVARES BELFORT

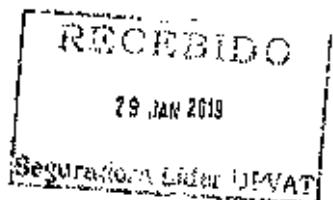
CPF: 417.588.878-00

CPF: 024.208.707-86

ANTONIA KARINA DE FREITAS SOUZA

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 COMPRENSÃO E ATENÇÃO DE TODOS.

RAIMUNDO NONATO DE OLIVERIA.

Raimundo Nonato de Oliveira