



Seguradora Líder - DPVAT

Rio de Janeiro, 16 de Dezembro de 2014

Carta nº: 5936967

A/C: MARIA MEIRE DA COSTA SILVA

Sinistro: 3140131024
Vitima: MARIA MEIRE DA COSTA SILVA
Data Acidente: 15/12/2012
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

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.dpvatsegurodotransito.com.br, ou ligue para o 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.dpvatsegurodotransito.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 de origem onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





Seguradora Líder - DPVAT

Rio de Janeiro, 30 de Dezembro de 2014

Carta nº: 6023564

A/C: MARIA MEIRE DA COSTA SILVA

Sinistro: 3140131024
Vítima: MARIA MEIRE DA COSTA SILVA
Data Acidente: 15/12/2012
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

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.dpvatsegurodotransito.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, 22 de Janeiro de 2015

Carta nº: 6129188

A/C: MARIA MEIRE DA COSTA SILVA

Sinistro: 3140131024
Vítima: MARIA MEIRE DA COSTA SILVA
Data Acidente: 15/12/2012
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

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 MEIRE DA COSTA SILVA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 001

Agência: 000001105-3

Conta: 000010028403-5

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros 25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 =	R\$	1.687,50
---	-----	----------

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.dpvatsegurodotransito.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS

CERTIDÃO DE CASAMENTO

NOMES:

JOSÉ ANACELIO ALVES DA SILVA
MARIA MEIRE DA COSTA

MATRÍCULA:

0182420155 1990 2 00003 280 0000785 98

— Nomes completos de solteiro, datas e locais de nascimento, nacionalidades e filiação dos conjuges
JOSÉ ANACELIO ALVES DA SILVA, nascido em Quixadá-CE a 28 de setembro de 1966, brasileiro, filho de **LUIZ VIRGILIO DA SILVA** e **MARIA ALVES DA SILVA**; **MARIA MEIRE DA COSTA**, nascida em Pacajus-CE a 12 de janeiro de 1965, brasileira, filha de **JOSÉ RIBAMAR DA COSTA** e **MARIA DOMINGOS DA COSTA**

— DATA DO REGISTRO DO CASAMENTO POR EXTENSO
 vinte e oito de julho de um mil e novecentos e noventa

DIA

28

MÊS

07

ANO

1990

— REGIME DE BENS DO CASAMENTO
 Comunhão Parcial de Bens

— NOME QUE CADA UM DOS CONJUGES PASSOU A UTILIZAR (QUANDO HOUVER ALTERAÇÃO)

MARIA MEIRE DA COSTA SILVA

OBSERVAÇÕES / AVERBAÇÕES

Ato registrado no livro B-3, às folhas nº 280, sob o nº 785.

MBM
SEGURADORA

16 DEZ 2014

DPVAT/RJ

CARTÓRIO LOPES MENEZES

A Oficiala, **TEREZINHA F. LOPES MENEZES**

ITAIPABA, PACAJUS - Ceará

Tel. 00000000

O conteúdo da certidão é verdadeiro. Dou fé.

ITAIPABA, PACAJUS, 04 de setembro de 2012.

TEREZINHA F. LOPES MENEZES

CARTÓRIO ARRUDA BEZERRA
 1º OFICIAL DE REGISTRO CIVIL
 Assina e Assinada S. Lm
 Escreveria Autorizada
 Pacajus, Ceará

CARTÓRIO ARRUDA BEZERRA	TRIBUNAL DE JUSTIÇA
	PROVIMENTO 06/10
	Envelopes: 20,03
	FERRÃO: 2,52
	FERRÃO: 4,68
TOTAL: 27,23	



GOV. DO ESTADO DO CEARÁ
 SECRETARIA DE JUSTIÇA
 REGISTRO CIVIL
 PACAJUS - CE



Nº DO CLIENTE

1293102-6

coelce

Sociedade por Ações

Rua Pedro Ladeira, 100 - CEP 20131-000 - Funchos CB

CNPJ nº 04.733.000/0001-75 - FONE 24 130 0400

A Tarifa Social de Energia Elétrica foi criada pela Lei nº 10.438, de 28 de abril de 2003

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B BAIXA RENDA

Rua 09 20030 59 055400 - 0 15/10/2014

Nome MARIA HEIRE DA COSTA E SILVA

End. Postal PV PAJE 00000

BANQUE I - PACAJUS - 62870000

Medidor 6603581

Posto 0000 B77E

Classe 01-RESIDENCIAL MONOFASICO BAIXA RENDA

PG: CNP / CNPJ 321112403-97

CGF

Nome do Responsável

DADOS

Data de Apresentação

15/10/2014

Data de Vencimento

15/11/2014

INDICADORES DE CONTINUIDADE

Consumo PACAJUS

Mês Ago/2014

DEB 15,19

Padrão de Referência

Padrão de Referência

Mês de Referência

Mês de Referência

Mês de Referência

Mês de Referência

Mês de Referência

Mês de Referência

Mês de Referência

Mês de Referência

Mês de Referência

Mês de Referência

Mês de Referência

Mês de Referência

Mês de Referência

Mês de Referência

Mês de Referência

Mês de Referência

Mês de Referência

Mês de Referência

Mês de Referência

Mês de Referência

Mês de Referência

Mês de Referência

Mês de Referência

Mês de Referência

Mês de Referência

Mês de Referência

Mês de Referência

Mês de Referência

Mês de Referência

Mês de Referência

Mês de Referência

Mês de Referência

Mês de Referência

Mês de Referência

Mês de Referência

Mês de Referência

Mês de Referência

Mês de Referência

Mês de Referência

Mês de Referência

Mês de Referência

Mês de Referência

Mês de Referência

Mês de Referência

Mês de Referência

Mês de Referência

Mês de Referência

Mês de Referência

Mês de Referência

Mês de Referência

Mês de Referência

Mês de Referência

Mês de Referência

Mês de Referência

Mês de Referência

Mês de Referência

Mês de Referência

Mês de Referência

Mês de Referência

Mês de Referência

Mês de Referência

Mês de Referência

Mês de Referência

Mês de Referência

Mês de Referência

importante

PREZADO(A) CLIENTE: A SUA CONTA DE LUZ, APÓS O VENCIMENTO, DEVERÁ SER PAGUA, PREFERENCIALMENTE, NAS AGÊNCIAS, CORRESPONDENTES OU CANAIS ELETRÔNICOS DOS BANCOS SANTANDER, BRABESCO OU BANCO DO BRASIL.

Consta desta fatura R\$ 9,69 referente a PIS e COFINS.

End. 9 Rua 103-2005 - ABBE, 4 Tel: 11 18.637-02 e 18.603-02





Dr. Raimundo Nonato Torres de Melo

CRM 2867

ATESTADO MÉDICO

Attesto que a cláudia dos Reis MARIA
mãe de lois de oliveira vítima de acidente
de trânsito (DTC) no dia 15.12.2014 em
rua 9 de Outubro (E) sofreu lesões
60% de incapacidade permanente, Elétrico com
lesão total, para a parte superior
do corpo, para a parte superior do corpo
e a mão (E), não levantando o m. s. e
doente 40% B. Attesto de lois de oliveira
22.11.2014

[Handwritten signature]

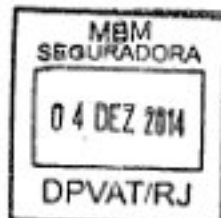
Dr. Raimundo N. Torres de Melo
MÉDICO
CRM 2867

Assinatura vítima: maria mel de castro Silva

OBS: Art. 299 - Omitir, em documento público ou particular, declaração que dele devia constar, ou nele inserir ou fazer inserir declaração falsa ou diversa da que devia ser escrita, com o fim de prejudicar direito, criar obrigação ou alterar a verdade sobre fato juridicamente relevante:

Pena - reclusão, de um a cinco anos, e multa, se o documento é público, e reclusão de um a três anos, e multa, se o documento é particular.

Centro Comercial Bezerra de Menezes
Av. Bezerra de Menezes, 2071, Sala 409 - Parquelândia
Fortaleza- Ceará



RTP: 2135. Inscricao: 1002018482
 PREFEITURA MUNICIPAL DE PACAJUS
 SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE
 Pacajus Prevenir, Atender e Cuidar
 HOSPITAL JOSE MARIA PHILOMENO GOMES

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL

DATA ATENDIMENTO
 15/10/12

PACIENTE
 Manoel Vieira da Costa Silva

DATA NASCIMENTO 12.01.65 IDADE 47 TELEFONE SEXO ☐ M ☒ F RAÇA/COR ☐ Branco ☐ Amarela ☐ Preto ☐ Indígena ☒ Parda ☐ Sem Inform.

DOCUMENTO NATURALIDADE Pacajus - CE

Pai José Ribamar da Costa

Mãe Glória Domingos da Costa

LOGRADOURO (Rua, Avenida, Travessa, etc.) Rua Proletária

PONTO DE REFERÊNCIA Banquet

AGENTE DE SAÚDE

CIDADE Pacajus UF CE SETOR / CLÍNICA MOTIVO DO ATENDIMENTO

ORD.	PROCEDIMENTOS	CÓDIGO	ID
01			
02			

SINAIS VITAIS	PRESSÃO ARTERIAL	TEMPERATURA	PESO
	mm/hg	°C	Kg.

HISTÓRIA CLÍNICA

Leu em MS 5

11:45 com a própria

STÓRIO ARRUDA BEZERRA
 26 NOV. 2014

ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
 SECRETARIA DE SAÚDE
 04 BEZ 2014
 DPVAT/RJ



PREFEITURA MUNICIPAL DE PACAJUS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
Prevenir, Atender e Cuidar
CENTRAL DE MARCAÇÃO DE CONSULTA

1 - preencher a ficha em 3 vias;
2 - Ao terminar a consulta ou tratamento, entregar 2 vias ao usuário, orientando-o para retornar com a 1 via à Unidade de origem.

Unidade de Origem: Secretaria Municipal de Saúde de Pacajus

Microregional de Saúde: 1ª CERES

Município: Pacajus

Nome: Maria Tereza de Jesus Prontuário: _____
Sexo: M ☐ F ☒ Data de nascimento: _____ Ocupação: _____
Endereço: _____ Bairro: _____ Telefone: _____
Ponto de Referência: _____ Nome da ACS: _____

Motivo do encaminhamento:

Revisão de caso

Resultados de Exames:

no momento de entrega

Conduta já realizada:

Impressão diagnóstica:

[Assinatura]

23/11/2014 10:23

Assinatura do encaminhante - Nº do registro

Função

Data

Hora

AGENDAMENTO

Encaminhamento para atendimento:

Ambulatorial ☐

Hospitalar ☐

Auxílio diagnóstico ☐

Procedimento:

Unidade de referência: _____ Data: _____ Hora: _____

FICHA DE CONTRA-REFERÊNCIA

Unidade de Referência: _____

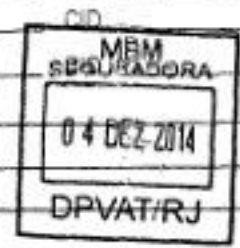
Município: _____ Prontuário nº: _____ Alta: _____

Resumo clínico/cirúrgico:

Resultado de exames:

Diagnóstico: Principal: _____ CID _____
Secundário 1: _____ CID _____
Secundário 2: _____

Proposta de conduta de seguimento:



O Problema justificou a referência? Sim ☐ Não ☐ O motivo da referência coincide com o diagnóstico? Sim ☐ Não ☐

Assinatura do encaminhante - Nº do registro

Função

Data



MULTI-CLÍNICAS

Rua: Raimundo Nogueira Lopes, 236 - Centro - Horizonte - CE
Fone: 3336-1676 / 9201-4878

PACIENTE: MARIA MEIRE DA COSTA SILVA

EXAME: U.S. OMBRO ESQUERDO

DATA: 05/01/2013.

O RASTREAMENTO ULTRASSONICO DO OMBRO ESQUERDO, UTILIZANDO-SE TRANSDUTOR DE ALTA FREQUENCIA, E COM CORTES CORONAL, SAGITAL E AXIAL, REVELOU:

- ✓ TENDÃO DA CABEÇA LONGA DO BICEPS COM ECOGENICIDADE E ESPESSURA PRESERVADAS.
- ✓ MANGUITO ROTADOR APRESENTANDO HETEROGENEIDADE TEXTURAL EM SUBESCAPULAR E SUPRA-ESPINHAL, NA PROJEÇÃO DA ZONA CRÍTICA, ÀS CUSTAS DE FOCOS ECOGÊNICOS DE FIBROSE E ÁREAS ANECÓICAS DE NECROSE, ALÉM DE REDUÇÃO DA ESPESSURA TENDÍNEA, ASPECTO COMPATÍVEL COM TENDINOPATIA SUBESCAPULAR E SUPRA-ESPINHAL (TENDINOSE POR SÍNDROME DO IMPACTO?).
- ✓ TENDÃO INFRA-ESPINHAL E REDONDO MENOR COM ECOGENICIDADE E ESPESSURA PRESERVADAS.
- ✓ BURSA SUBACRÔMIO-DELTOIDEA ESPESSADA, OCUPADA POR LÍQUIDO FINAMENTE HETEROGÊNEO.

CONCLUSÃO:

- TENDINOPATIA SUBESCAPULAR E SUPRA-ESPINHAL, CONFORME DESCRIÇÃO ACIMA.
- BURSITE SUBACRÔMIO-DELTÓIDE.



Dr. CÉSAR ALVES GOMES DE ARAÚJO
ULTRA-SONOGRAFISTA - CRM 7180
MEMBRO TITULAR DO C.B.R.

DATA DA AVALIAÇÃO: 01/03/13 ATENDIMENTO: 10 DATA DA ALTA: 15/03/13

CM

MÊS	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
JANEIRO				*																											
FEVEREIRO	✓					*					*		*	*				*		*					*		*				
MARÇO				*		*					*		*	*																	
ABRIL																															
MAIO																															
JUNHO																															
JULHO																															
AGOSTO																															
SETEMBRO																															
OUTUBRO																															
NOVEMBRO																															
DEZEMBRO																															





REFEITURA MUNICIPAL DE PACAJUS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - SUS

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

Identificação do Emitente	
Nome Completo: _____	
CRM _____	UF _____ N° _____
Endereço Completo e Telefone: _____	
Cidade: _____	UF: _____

Dr. Nelson Silva de Azevedo Médico CRM/RJ 13.671
Carimbo e assinatura do médico

Paciente: Maria Helena da Costa Silva

Endereço: Proprietária Nº 111 Banqueiro

Prescrição: uso oral

31 Amilid 25mg - 30 cp

tonica 00 cp 00 dias

Identificação do Comprador
Nome: _____
Ident: _____ Org. Emissor: _____
End: _____
Cidade: _____ UF: _____
Telefone: _____

Identificação do Fornecedor
Nº 097
Assinatura do farmacêutico _____ Data: <u>11</u>

Rua Tenente Joaquim Nogueira de Queiroz, s/n Centro - Pacajus / FONE/FAX: (85) 3348.3487
Email: secsaudepacajus@yahoo.com.br



HJMPG

no meu corte de...

- Suprimento de sangue
e com 9/12/14


Dr. Paulo D. Paulo dos Reis
Médico
CREF: 12.565

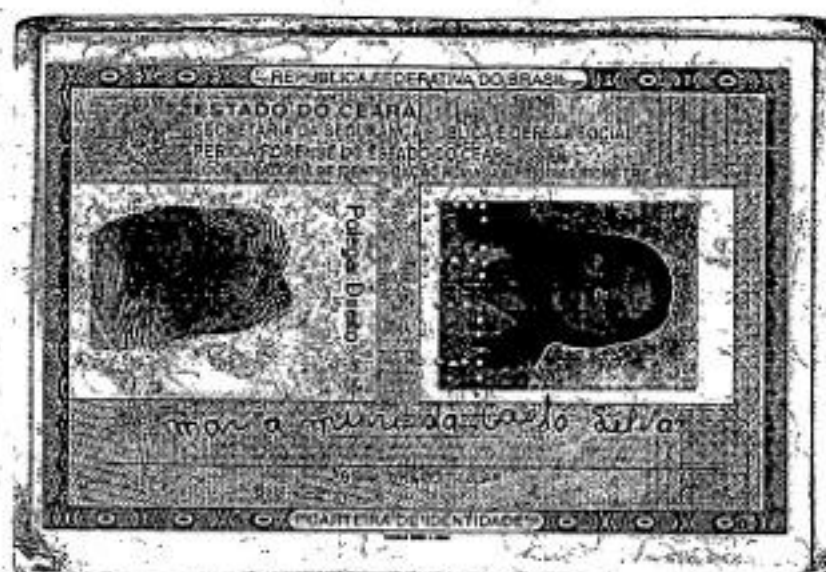
23/11/14

DENGUE

- *Sabe que a DENGUE tem cura espontânea;
- *Evite tomar AAS, Diclofenaco;
- *Beba bastante água;
- *Evite esforços físicos;
- *Elimine os focos de sua casa;
- *Procure o hospital se surgirem sinais como:

- 1 - Dor de Barriga que não passa;
- 2 - Vômitos frequentes em poucas horas;
- 3 - Desmaios e suor frio com tonturas;
- 4 - Muita sede que não passa;
- 5 - Sangramento do nariz, boca, vômitos, urina em poucas vezes pretas.





Contato para Dúvidas e Agendamento de Perícias

(85) 3287.7167

(85) 3082.9115

(85) 9607.7920

Sanya Veras



MINISTÉRIO DA FAZENDA

C/C

DE

Nome Completo

MARIA MEIRE DA COSTA

Nascimento

12.01.65

Assinatura

Maria Meire da Costa

Este documento somente tem a apresentação de documentos de identificação

VALIDO EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

Este documento comprova o registro de identificação no cadastro de pessoas físicas - CPF - emitido pelo Ministério da Fazenda, sob o número 237/1507-5, em 08/01/88, para a pessoa física MARIA MEIRE DA COSTA, inscrita no CPF nº 30000/1389, residente e domiciliada em [illegible], cidade de [illegible], Estado de [illegible].

237/1507-5

08 / 01 / 88

BRASIL

L 30000/1389

Este documento somente tem a apresentação de documentos de identificação

MINISTÉRIO DA FAZENDA

C/C

SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL

CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

CPF

MARIA MEIRE DA COSTA

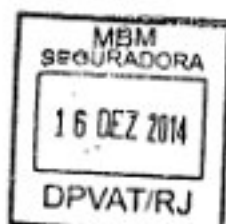
Nascimento

12.01.65

Assinatura

Maria Meire da Costa

Este documento somente tem a apresentação de documentos de identificação



PROTOCOLO DE AVISO PROVISÓRIO

Seguradora Lider des
Consórcios do Seguro DPVAT

0020

SINISTRO

Número do Protocolo: ASP-785939/2014

Natureza: Invalidez

QUALIFICAÇÃO DO EVENTO

Vítima: MARIA MEIRE DA COSTA
SILVA
Seguradora: MBM SEGURADORA S/A
CPF da Vítima: 321.112.403-97Data de Nascimento: 12/01/1965
Dependência: 772
CPF de: PróprioData do Sinistro: 15/12/2012
Titular do CPF: MARIA MEIRE DA COSTA
SILVA

DOCUMENTOS SINISTRO

Documento	Data	Status	Observação
Boletim de ocorrência	05/12/2014	Entregue	
Certidão de casamento	05/12/2014	Dispensado	
Certidão de inexistência de IML	05/12/2014	Dispensado	
Certidão de nascimento	05/12/2014	Dispensado	
Comprovação de ato declaratório	05/12/2014	Dispensado	
Documentação médico-hospitalar	05/12/2014	Entregue	
Documentos de identificação	05/12/2014	Pendente	
DUT	05/12/2014	Entregue	
Laudo do IML - Lesões corporais	05/12/2014	Dispensado	
Outros	05/12/2014	Entregue	

DOCUMENTOS BENEFICIÁRIO

Documento	Data	Status	Observação
Alvará judicial	05/12/2014	Dispensado	
Autorização de pagamento	05/12/2014	Entregue	
Comprovante de residência	05/12/2014	Entregue	

CONTATO

Nome:

Telefone:

Celular:

Aviso de sinistro provisório por insuficiência na documentação mínima para o seu cadastramento total. Os documentos ora protocolados no anexo, ficarão aguardando os demais necessários à continuidade da regulação do sinistro.

Data de emissão deste aviso provisório: 05/12/2014

DECLARAÇÃO

Eu, Francisco Arino dos Santos, Vereador e Presidente da Câmara Municipal de Pacajus/Ce, portador do RG 2007010268365, SSP/Ce, CPF 262.418.113-04, DECLARO PARA OS DEVIDOS FINS, que no Município de Pacajus/Ce não existe remoção de vítimas de acidentes de trânsito por parte dos seguintes órgãos: Corpo de Bombeiro, Anjos dos Asfaltos, Concessionária de Vias Públicas, SAMU, Defesa Civil, Polícia Rodoviária Federal, sendo que Polícias Militar e Civil em nosso município não tem estrutura para o devido atendimento, e que a Polícia Rodoviária Estadual comparecem ao local apenas em caso de vítimas fatais.



Francisco Arino dos Santos
Francisco Arino dos Santos
Vereador Presidente



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, Maria Meire da Costa Silva, portador da carteira de identidade nº 94.024.017-165 e inscrito no CPF/MF sob o nº 321.112.403-93, residente e domiciliado na PV. Paxe, SIN, Barque I, Cidade Pacapurus, 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
- (☐) O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (nóventa) 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 autorização permita o prosseguimento à 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 discordar de seu conteúdo.

Maria Meire da Costa Silva

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

Pacapurus - Ce 03/12/2014

Local e data

WOM
SEGURADORA
04 DEZ 2014
DPVAT/RJ



Seguradora Líder - DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO



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 MEIRE DA COSTA SILVA, PORTADOR(A) DO RG Nº 94024017165 EXPEDIDO POR SSP/CE EM 20/09/2012 E CPF / CNPJ 321.112.403-97, PROFISSÃO AGRICULTORA E RENDA MENSAL DE R\$ 740,00 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA MARIA MEIRE DA COSTA SILVA, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER 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:

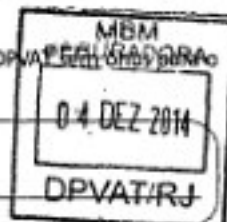
- Conta salário e/ou benefício – nos documentos podem aparecer termos: SALÁRIO, FUNCIONAL, INSS, BOLSA FAMÍLIA, BOLSA ESCOLA, PREVIDÊNCIA SOCIAL ou AGRICULTURA FAMILIAR.
- Conta Empresarial – conta pessoal cadastrada em um CNPJ – nos documentos podem aparecer termos: CNPJ, ME, MEI, EPP, COMER ou LTDA normalmente ao final do nome do titular.
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for o titular;
- Conta tipo FÁCIL e/ou com limite de movimentação financeira mensal;
- Qualquer conta da CEF se não for apresentado algum documento do banco indicando que não existem quaisquer impedimentos para fins de depósito de indenização de DPVAT;
 - Para este banco (CEF), a conta corrente pode ser identificada com cópia simples rasurada de folha de cheque como comprovante de dados bancários do titular.
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta;
- 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;
- Conta não pertencente à vítima/beneficiário.

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.

Os meios possíveis para identificar/verificar a documentação recebida na fase de regulação do sinistro DPVAT é responsabilidade do agente regulador (seguradora ou reguladora).

Os bancos BRADESCO, ITAÚ e SANTANDER disponibilizam, em consulta simples no site, informações sobre a titularidade da conta, se conta empresa e/ou salário ou ainda inexistência da mesma.

Os bancos BRADESCO e ITAÚ têm acordo junto à Seguradora Líder-DPVAT para abertura de conta POUPANÇA para fins de DPVAT. Para mais informações, consulte o requerente. Carta de abertura disponível no endereço eletrônico: www.dpvatsegurodotransito.com.br



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 001 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 1105 - 3 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 28.403 - 3

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.

Fortaleza - CE, 11 de Novembro de 2014.

Maria Meire da Costa Silva
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.

conferente Gomes

SISBB - SISTEMA DE INFORMAÇÕES BANCO DO BRASIL
27/11/2014 - Autoatendimento - 16:12:54
110575563 0424

COMPROVANTE DE ENTREGA DE ENVELOPE
DEPOSITO EM POUPANCA - DINHEIRO

=====

FAVORECIDO	
CLIENTE	MARIA MEIRE COSTA SILVA
AGENCIA: 1105-3	CONTA: 28.403-3
VARIACAO	51
VALOR TOTAL *	2.313.274,140
NR. ENVELOPE	

* Valor sujeito a conferencia.

* Dados do Envelope: n° 2.313.274.140

* acolhido em: 27/11/2014, na Agencia 1105-3.

=====

DECLARO-ME CIENTE E DE ACORDO QUE OS
CREDITOS EM POUPANCA EFETUADOS A PARTIR
DE 04/05/2012 ESTAO DISCIPLINADOS
PELA MEDIDA PROVISORIA 567/2012.

GUARDE ESTE COMPROVANTE ATÉ A OPERACAO
SER PROCESSADA.

Leia no verso como conservar este documento,
entre outras informacoes.





GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE PACAJUS



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 514 - 4654 / 2014

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: ACIDENTES - OUTROS
Data / Hora da Comunicação: 26/11/2014 13:52:51
Data / Hora da Ocorrência : 15/12/2012 09:42:00
Endereço da Ocorrência:

NAO INFORMADO PACAJUS / CE

Ponto de Referência:



Dados da(s) Vítima(s)

Nome: MARIA MEIRE DA COSTA SILVA
Nascimento : 12/01/1965
RG: 94024017165 Órgão Emissor: SSPDS UF: CE - CPF:
Filiação: JOSE RIBAMAR DA COSTA
MARIA DOMINGOS DA COSTA
Endereço: R PROJETADA PAJEU 2
BANGUE I
PACAJUS CE BRASIL
Telefone: 85-92358457

Histórico

Narra a vítima que na data supra, vinha na garupa de sua motocicleta HONDA/CG 150 TITAN KS, COR VERMELHA, PLACA HYG6055, CHASSI 9C2KC0810SR041721, RENAVAM 937101567, com seu esposo conduzindo; quando uma outra motocicleta veio e colidiu lateralmente. A vítima caiu no chão, e o condutor da outra moto não parou para prestar socorro. O próprio esposo da vítima lhe levou até o Hospital Municipal de Pacajus, onde recebeu os atendimentos médicos necessários.

Nada mais disse.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE PACAJUS

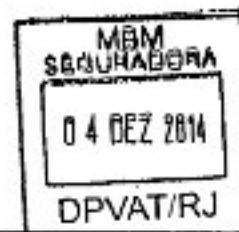
RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

ESCRIVÃO AD HOC

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO : maria meire da costa silva

VISTO DO DELEGADO(A):

LEILIANE FREITAS ALMEIDA WENZEL - MAT.: 133840-1-0



DELEGACIA MUNICIPAL DE PACAJUS

Pág. 1 de 1

Impresso em: 26/11/2014 01:53

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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Nome do(a) Examinado(a): **MARIA MEIRE DA COSTA SILVA** Sinistro: **3140131024** Data: **15/12/2012**

Endereço do(a) Examinado(a): **PV PAJE, SN - BANGUE I - Pacajus - CE - CEP 62870-000**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSPDS /CE**] **9402417165**

Data local do exame: [**08/01/2015**] **Fortaleza** [**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)
ENTORSE NO OMBRO ESQUERDO. . DOR NO OMBRO ESQUERDO COM LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS.

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.
RECEBEU TRATAMENTO CONSERVADOR COM IMOBILIZAÇÃO POR TIPOIA ORTOPÉDICA. FEZ 15 SESSÕES DE FISIOTERAPIA.

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.

LIMITAÇÃO FUNCIONAL DO OMBRO 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"
Esta avaliação médica deve ser repetida em ____ dias

() "Exame não permite conclusão"
Vide motivo do impedimento no campo das observações

() "Sem sequela permanente" (Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):
OMBRO ESQUERDO

% do dano: () 10% residual (**X**) 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

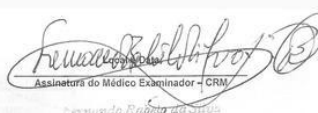
Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 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 do Médico Examinador - CRM
Fernando Rabelo da Silva
CRM: 3630 - CE

Fernando Rabelo da Silva - CRM: 3630 - CE

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3140131024 **Cidade:** Pacajus **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARIA MEIRE DA COSTA SILVA **Data do acidente:** 15/12/2012 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: ENTORSE NO OMBRO ESQUERDO. .

Descrição do exame médico pericial: DOR NO OMBRO ESQUERDO COM LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR COM IMOBILIZAÇÃO POR TIPOIA ORTOPÉDICA. FEZ 15 SESSÕES DE FISIOTERAPIA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL DO OMBRO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 08/01/2015

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Fernando Rabelo da Silva

CRM do médico: 3630

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 de um dos ombros	25 %	Em grau médio - 50%	12,5 %	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PRESTADOR

ACE Gestão de Saúde Ltda.

Médico revisor: DEQUITIER MACHADO

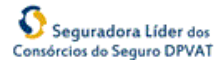
CRM do médico: 52.93843-2

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

Dequitier Rabelo Machado

PARECER DE ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL



DADOS DO SINISTRO

Número: 3140131024**Cidade:** Pacajus**Natureza:** Invalidez**Vítima:** MARIA MEIRE DA COSTA SILVA**Data do acidente:** 15/12/2012**Emissor do parecer:** Juliana dos S Wanis**Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A**Prestadora:** Visão Médica Ltda**CRM do médico:** 52.88043-4

PARECER

Data da análise: 30/12/2014**Valoração do IML:** 0,00**Perícia médica:** Sim**Diagnóstico:** TRAUMA EM MS ESQUERDO**Resultados terapêuticos:** A ESCLARECER**Sequelas permanentes:****Sequelas:****Conduta mantida:****Quantificação das sequelas:****Documentos complementares:****Observações:** PERICIA PARA MELHOR AVALIAÇÃO**Valor pleiteado:** 13.500,00**Médico avaliador:****UF do CRM do médico:**

DANOS

Dano

Danos não definidos.

% Dimensão Graduação**Valor avaliado:** 0,00

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 16/01/2015

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MARIA MEIRE DA COSTA SILVA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 01105-3

CONTA: 000010028403-5

Nr. da Autenticação C2C2A15C6D8F2230