

Rio de Janeiro, 20 de Novembro de 2018

Aos Cuidados de: **MARIA BEZERRA DOS SANTOS OLIVEIRA**

Nº Sinistro: **3180540602**

Vítima: **MARIA BEZERRA DOS SANTOS OLIVEIRA**

Data do Acidente: **12/06/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180540602**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 dias, a partir do recebimento pela seguradora de toda a documentação necessária**.

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 13608908



Rio de Janeiro, 26 de Novembro de 2018

Aos Cuidados de: **MARIA BEZERRA DOS SANTOS OLIVEIRA**

Sinistro: **3180540602**

Vítima: **MARIA BEZERRA DOS SANTOS OLIVEIRA**

Data do Acidente: **12/06/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: **INTERRUPÇÃO DE PRAZO**

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3180540602** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 18 de Dezembro de 2018

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3180540602

Vítima: MARIA BEZERRA DOS SANTOS OLIVEIRA

Data do Acidente: 12/06/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), MARIA BEZERRA DOS SANTOS OLIVEIRA

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Foi verificado que o dano pessoal evoluiu sem sequela definitiva, razão pela qual não foi caracterizada a invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores orientações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou AS:

CPF da Vítima

042221864-22

Nome completo da vítima

MARIA BEZERRA DOS SANTOS

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo MARIA BEZERRA DOS SANTOS		CPF titular da conta 04222186422	Profissão AUTONOMO
Endereço RUA ST MACAUBA DE CIMA		Número 3269	Complemento
Bairro DISTRITO ARAZARA	Cidade BARBALHA	Estado CEARA	CEP 63180-000
Email luizcazuma@gmail.com		Telefone (DDD) (88) 988570453	

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00	
<input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) <input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAU (341)		<input checked="" type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos)	
AGENCIA 1957 (Informar dígito se existir)		BANCO NOME NRO AGÊNCIA NRO D/V CONTA NRO D/V (Informar dígito se existir)	

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

João NORTE 13 de NOVEMBRO de 2018

Local e Data:

x Maria Bezerra dos Santos Oliveira

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



603689 0010 64147 3970

MARIA BEZERRA DOS SANTOS

10/24

1957 013 00008745-7

MasterCard

débito

**GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ**

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA MUNICIPAL DE BARBALHA



Impresso nº 201812546

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 421 - 2238 / 2018

Dados da OcorrênciaNatureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**Data / Hora da Comunicação: **19/09/2018 14:34:51**Data / Hora da Ocorrência: **12/06/2018 16:30:00**Endereço da Ocorrência: **SITIO TABULEIRO**

Complemento:

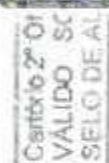
Bairro:

Município: **BARBALHA/CE**Ponto de Referência: **PRÓXIMO DA VILA ARAJARA****Dados da(s) Vítima(s)**Nome: **MARIA BEZERRA DOS SANTOS**Nascimento: **29/10/1980** CPF: **042.221.864-22**RG: **98029097224** Órgão Emissor: **SSP**UF: **CE**Filiação: **BALBINA BEZERRA DOS SANTOS****JOAO LUIZ DOS SANTOS**Endereço: **SITIO MACAUBA**Bairro: **ZONA RURAL**Município: **BARBALHA/CE**

CEP:

País: **BRASIL**Telefone: **(88) 98126-9546**Nome: **ANGELA MARIA BEZERRA OLIVEIRA**Nascimento: **24/11/1998** CPF: **074.670.723-17**RG: **2008723235-3** Órgão Emissor: **SSP**UF: **CE**Filiação: **MARIA BEZERRA DOS SANTOS OLIVEIRA****JOAQUIM ANTONIO DE OLIVEIRA PESSOA**Endereço: **SITIO MACAUBA DE CIMA, 3269**Bairro: **ZONA RURAL**Município: **BARBALHA/CE**CEP: **63.180-000**País: **BRASIL**Telefone: **(88) 98133-3308****Noticiante(s)**Nome: **MARIA BEZERRA DOS SANTOS**Nascimento: **29/10/1980** CPF: **042.221.864-22**RG: **98029097224** Órgão Emissor: **SSP**UF: **CE**Filiação: **BALBINA BEZERRA DOS SANTOS****JOAO LUIZ DOS SANTOS**Endereço: **SITIO MACAUBA**Bairro: **ZONA RURAL**

CEP:

Município: **BARBALHA/CE**País: **BRASIL**Telefone: **(88) 98126-9546****Dados do(s) Veículo(s)**1) Placa: **PNF1619** Uf: **CE** Município: **BARBALHA** Chassi:**9C2KD0810GR474793** Renavam: **1101916009** Tipo do Veículo:**MOTOCICLETA** Marca / Modelo: **HONDA/NXR160 BROS ESDD** AnoFabricação: **2016** Ano Modelo: **2016** Combustível: **GASOLINA/ALCOOL**Cor: **PRETA** Proprietário: **JOAQUIM ANTONIO DE OLIVEIRA PESSOA**Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **NORMAL**



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

Impresso nº 201812546

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 421 - 2238 / 2018



Histórico

AFIRMA A NOTICIANTE ADVERTIDA NAS PENALIDADES DOS ARTS 340 E 342 DO CP QUE SOFREU ACIDENTE DE TRÂNSITO NO LOCAL E HORÁRIO MENCIONADOS; QUE NO DIA DO FATO ERA CONDUTORA DO VEÍCULO PN 1619; QUE O VEÍCULO ENCONTRA-SE EM NOM E DE SEU ESPOSO JOAQUIM ANTÔNIO DE OLIVEIRA PESSOA; QUE NÃO INGERIU BEBIDA ALCOÓLICA; QUE BOSSUI CNH; QUE ESTAVA NA CONDIÇÃO DE PASSAGEIRA SUA FILHA ANGELA MARIA BEZERRA OLIVEIRA, RESIDENTE COM A NOTICIANTE; QUE ESTAVA TRAFEGANDO NA VELOCIDADE PERMITIDA QUANDO A CÂMARA DE AR DO PNEU DIANTEIRO DE SEU VEÍCULO ESTOUROU E NO MEIO DE UMA CURVA PERDEU O CONTROLE DA MOTO; QUE POR ISSO ACABARAM ENTRANDO NUM MATAGAL VINDO A CAIR EM UM BURCAO; QUE NO MOMENTO QUEBROU O PÉ, MAS CONSEGUIU LEVANTAR E GRITAR POR SOCORR; QUE POPULARES QUE PASSARAM NO LOCAL AS SOCORRERAM PARA O HOSPITAL; QUE A NOTICIANTE FOI ATENDIDA NO HOSPITAL SÃO VICENTE DE PAULO EM BARBALHA-CE, COM UM FRATURA NO PÉ DIREITO; QUE SUA FILHA FOI SOCORRIDA E LAVADA PARA O HOSPITAL SANTO ANTÔNIO DE BARBALHA-CE, COM FRATURA NO NARIZ E ESCORIAÇÕES PELOS CORPO; QUE FORAM APRESENTADAS NA DELEGACIA FICHA DE ATENDIMENTOS HOSPITALARES, BEM COMO DEMAIS DOCUMENTOS AUTENTICADOS; QUE TESTEMUNHAM O FATO MARIA DO SOCORRO DE OLIVEIRA PESSOA, RESIDENTE NO SÍTIO MACAÚBA DE CIMA, Nº 3265, ZONA RURAL DE BARBALHA-CE E LARISSA PESSOA ALENCAR, RESIDENTE NO SÍTIO MACAÚBA, 3269, ZONA RURAL DE BARBALHA-CE; QUE REGISTRA A OCORRÊNCIA PRA FINS DE DPVAT; E NADA MAIS DISSE.//////////

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE BARBALHA

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

ANA PAULA GONÇALVES AVELINO - MAT.: 301119-1-5

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

Maria Bezerra das Santos Oliveira

VISTO DO DELEGADO(A) :

FRANCISCO MARCELO MOURA DE ALMEIDA - MAT.: 133829-1-3

x Angela Maria Bezerra Oliveira

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos - O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interdita com curador - Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

MARIA BEZERRA DOS SANTOS

CPF da Vítima

042221864-22

Data do Acidente

12/06/2018

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

E-mail

Telefone (DDD)

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:

Assinalar uma das opções abaixo:

- ☐ Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- ☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- ☒ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência 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 da 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 contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

João do NORTE 13 de NOVEMBRO de 2018

Local e Data

Maria Bezerra dos Santos Oliveira

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

16.11.18



12/06/2018
Data de Emissão

Ficha de Anamnese de Urgência/Emergência

Unidade Prestadora: HOSPITAL MATERNIDADE SAO VICENTE DE PAULO

SENHA:

Dados do Paciente

Usuário do Cadastro: DBAMV
Usuário do Atendimento: CCOELHO

Nome: **MÁRIA BEZERRA DOS SANTOS OLIVEIRA**

Paciente: 46038

Atendimento

3322440

Nome da Mãe: BALBINA BEZERRA DOS SANTOS

Sexo: FEMININO Data Nascimento: 29/10/1980 Idade: 37 Anos / 7 Meses / 14 Dias

Endereço: SÍTIO MACAUBA

Bairro: ZONA RURAL

CEP: 63180000

Cidade: BARBALHA

Telefone: 88(88) (88)88150009

Profissão Declarada: DO LAR

Número:

Dados do Atendimento

Data: 12/06/2018 Hora: 18:19:21

CONVÊNIO: SUS - AMBULATORIO

Especialidade: CLINICO GERAL

Serviço: CLINICA GERAL

Queixas:

T:	PA:	P:
----	-----	----

FARMACOVIGILÂNCIA Alérgico: () Sim () Não A que?

Hora médica: _____

*Hs do trauma a mãe foi 4h
e pariu em 7horas, limitação de
movimento de mto e joelho*

Hipótese Diagnóstica: *torçao*

Cód. COD 10: ☐☐☐☐☐☐

☒ Imagem: *Bx 1*
☐ Laboratório:
☐ Outros:

Procedimento

Conduta

*Uteromiotoma 10mg / 8.35
Vigilância fetal e mto. EV: 10.35
Dr. G. G. G. G.*

W. W. W. W.
Assinatura do Paciente ou Responsável



AUTENTICAÇÃO

A presente cópia confere com o original exibido em Notas..

Dr. W. W. W. W.

MAXIMILIANO MOURATO ELEOTERIO (HMSVP)

H12825

16/11/18

2862256

Conta de Energia Elétrica Grupo B1 Série B-4 | RP: 55333667

Rev. 51 13013 00 339400 - 5 Data de Emissão: 15/07/2018

Nome: JOAQUIM ANTONIO DE OLIVEIRA PESSOA

End. Titular: ST MACAURA DE CIMA 23269

OCISTETU ARAJARA - BARBAHENA - 63160000

Medidor: 22360755 Poder: 0000-0000

Classe: 01-RESIDENCIAL 10-RES: RURAL MONOFÁSICO BAIXA RENDA

RU/OP/ONPA: 149175544-04 COP

Nome do Responsável:

DADOS

Mês de Referência	Data de Apresentação	Próxima Apresentação
Jul/2018	15/08/2018	16/09/2018

ÍNDICE DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

Nota de Qualidade do Fornecedor

Índice	Nota
Qualidade de Energia	99,99
Qualidade de Serviço	99,99
Qualidade de Atendimento	99,99

ÁREA RESERVADA AO CONTRATO FISCAL

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Descrição	Valor
Consumo do mês residencial normal	52,79
Desconto tarifa social - baixa renda	-25,29
Multa moratória ref 04/2018	0,10
PIS-COFINS COMPLEMENTAR-TARIFA BAIXA RENDA	1,47
Saldo para pagamento futuro	-29,36
ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA MES (R\$ 2,02)	

VENCIMENTO

23/08/2018

TOTAL A PAGAR (R\$)

0,00

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)

Jul/18	52,79
Jun/18	52,79
Mai/18	52,79
Abr/18	52,79
Mar/18	52,79
Fev/18	52,79
Jan/18	52,79
Dez/17	52,79
Nov/17	52,79
Out/17	52,79
Sep/17	52,79
Ago/17	52,79

Jul/18	52,79
Jun/18	52,79
Mai/18	52,79
Abr/18	52,79
Mar/18	52,79
Fev/18	52,79
Jan/18	52,79
Dez/17	52,79
Nov/17	52,79
Out/17	52,79
Sep/17	52,79
Ago/17	52,79

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÃO DE CO₂ (kg/kWh)

Consumo por unidade de consumo de energia elétrica

Consumo de CO₂ Compensação (kg)Consumo de CO₂ Compensação (kg)Consumo de CO₂ Compensação (kg)Consumo de CO₂ Compensação (kg)Consumo de CO₂ Compensação (kg)Consumo de CO₂ Compensação (kg)

RECEBIDO EM

16/11/18

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Juáquin Antonio de Alencar Pessoa
 RG nº 200889511, data de expedição 22.10.8.2014
 Órgão SSP/CE, portador do CPF nº 249125548-04, com
 domicílio na cidade de Barbalha, no Estado de
CEARA, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Sítio Macauba, nº —,
 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 Bezerra dos Santos Oliveira o condutor era
Maria Bezerra dos Santos Oliveira

Veículo: Honda/NXR 160 Bros
 Modelo: Bros 160 ESDD
 Ano: 2016
 Placa: PNE 1619 CE
 Chassi: 9C2K D08106R 124793
 Data do Acidente: 12-06-2018
 Local e Data: BARBALHA-CE 18/09/2018

Juáquin Antonio de Alencar Pessoa
 Assinatura do Declarante
 (Com reconhecimento de firma por autenticidade e —fidejussão—)

Maria Bezerra dos Santos Oliveira
 Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)
 (Sem reconhecimento de firma)



RECEBIDO EM:
16.11.18



12/06/2018
Data de Emissão

Ficha de Anamnese de Urgência/Emergência

Unidade Prestadora: HOSPITAL MATERNIDADE SAO VICENTE DE PAULO

SENHA:

Dados do Paciente

Usuário do Cadastro:
Usuário do Atendimento:

DBAMV
CCOELHO

Nome: **MÁRIA BEZERRA DOS SANTOS OLIVEIRA**

Paciente: **46038**

Atendimento



3322440

Nome da Mãe: **BALBINA BEZERRA DOS SANTOS**

Sexo: **FEMININO**

Data Nascimento: **29/10/1980**

Idade: **37 Anos / 7 Meses / 14 Dias**

Endereço: **SÍTIO MACAUBA**

Bairro: **ZONA RURAL**

CEP: **63180000**

Cidade: **BARBALHA**

Telefone: **88(88) (88)88150009**

Profissão Declarada: **DO LAR**

Número:

Dados do Atendimento

Data: **12/06/2018**

Hora: **18:19:21**

CONVÊNIO: **SUS - AMBULATORIO**

Especialidade: **CLINICO GERAL**

Serviço

CLINICA GERAL

Queixas:

T:

PA:

P:

FARMACOVIGILÂNCIA Alérgico: () Sim () Não A que?

Hora médica: _____

*Hx do trauma da mãe foi 4h
e encoraçou em terra, limitando
movimento de mto e pé D*

Hipótese Diagnóstica:

torçao

Cód. COD 10: ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Procedimento

☒ Imagem: *Bx 1*

☐ Laboratório:

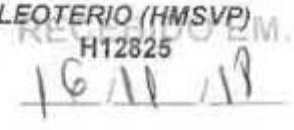
☐ Outros:

Conduta

*Ultrassom de abdome / 8:35
Exame físico: 4h, EV: 4h / 8:35
Ar. ortopédica*

J. Weverton Vieira

Assinatura do Paciente ou Responsável





Hospital Maternidade São Vicente de Paulo

Radiologia - HMSVP

Atendimento: 3322440

Paciente.....: 46038 - MARIA BEZERRA DOS SANTOS OLIVEIRA

Solicitante.....: PAULO CESAR DAMASCENO SOLON (HMSVP)

Convênio.....: SUS - AMBULATORIO

Bloco.....: PRONTO SOCORRO ADULTO

Pedido.....: 834010

Idade.....: 37a 7m 28d

Atendido.....: 12/06/2018

Laudo.....: 12/06/2018

PÉ DIREITO

- Fratura no terço distal no 3º metatarso do pé direito.





Hospital Maternidade São Vicente de Paulo

Radiologia - HMSVP

Atendimento: 3328700

79658 - ANGELA MARIA BEZERRA OLIVEIRA

Pedido...: 835498

Idade.....: 19a 7m 10d

Paciente.....:

Solicitante....: HOSPITAL MATERNIDADE SAO VICENTE DE PAUL

Atendido.: 20/06/2018

Convênio.....: SUS - AMBULATORIO

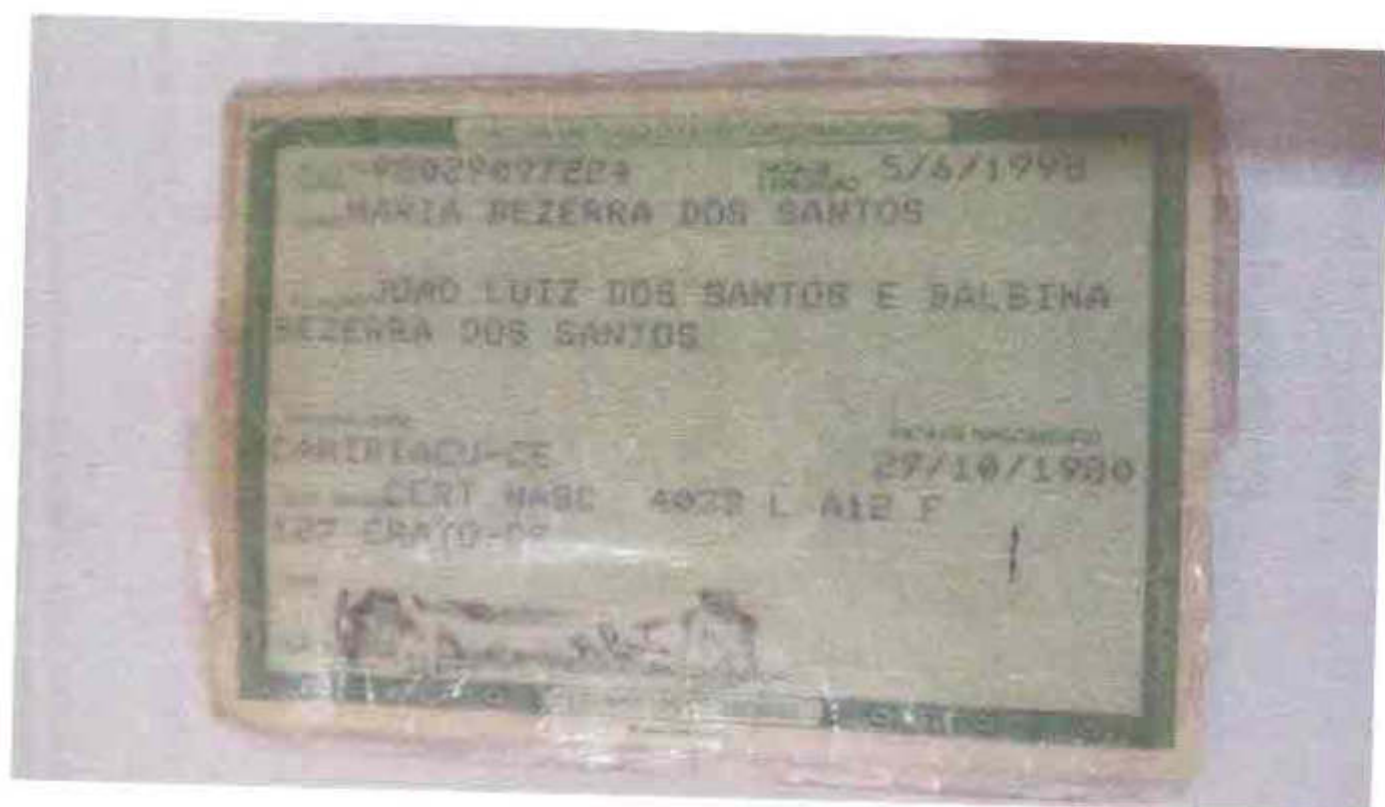
Laudado...: 20/06/2018

Bloco.....: SERVICO DE TRAUMA/ORTOPEDIA

SEIOS DA FACE FN -MN-LAT-HIRTZ

- Alterações morfoestruturais em osso próprio do nariz, podendo estar associado a fratura. Correlacionar com exame físico.

ESAU NICODEMOS DA CRUZ SANTANA
CRM 10682



RECEBIDO EM:
16 / 11 / 18

CNPJ - CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

MARIA BEATRIZ DOS SANTOS OLIVEIRA

CPF

042221664-22

Data de Nascimento

28/10/80



05/05/90

inscrição

VALIDO EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

Assinatura: Maria Beatriz dos Santos Oliveira

Este documento é válido para a inscrição no CNPJ. Deve ser apresentado em todo momento em que for solicitado.



RECEBIDO EM:
16/11/18

CPF - CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

MARIA BEZERRA DOS SANTOS OLIVEIRA

CPF do Contribuinte

042221664-22

Data da Nascimento

28/10/80



05/05/90 em vigor

VÁLIDO EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

Assinatura: Maria Bezerra dos Santos Oliveira

Este documento é propriedade do contribuinte e deve ser guardado com cuidado. Não é permitido a reprodução ou a utilização para fins não autorizados.

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180540602 **Cidade:** Barbalha **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARIA BEZERRA DOS SANTOS OLIVEIRA **Data do acidente:** 12/06/2018 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 18/12/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA NO TERÇO DISTAL DE 3º METATARSO DE PÉ DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR. ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: **DOCUMENTO MÉDICO, DA PÁGINA 3 - NÃO PERTENCE A VÍTIMA.

*EM TODOS OS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

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

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ1

Nome: MARTHA MARIA RAUSCH DE QUEIROGA

CRM: 5245228-1

UF do CRM: RJ

Assinatura:

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180540602 **Cidade:** Barbalha **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARIA BEZERRA DOS SANTOS OLIVEIRA **Data do acidente:** 12/06/2018 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 18/12/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA NO TERÇO DISTAL DE 3º METATARSO DE PÉ DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR. ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: **DOCUMENTO MÉDICO, DA PÁGINA 3 - NÃO PERTENCE A VÍTIMA.

*EM TODOS OS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

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

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ1

Nome: MARTHA MARIA RAUSCH DE QUEIROGA

CRM: 5245228-1

UF do CRM: RJ

Assinatura:

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180540602 **Cidade:** Barbalha **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARIA BEZERRA DOS SANTOS OLIVEIRA **Data do acidente:** 12/06/2018 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 18/12/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA NO TERÇO DISTAL DE 3º METATARSO DE PÉ DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR. ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: **DOCUMENTO MÉDICO, DA PÁGINA 3 - NÃO PERTENCE A VÍTIMA.

*EM TODOS OS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

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

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ1

Nome: MARTHA MARIA RAUSCH DE QUEIROGA

CRM: 5245228-1

UF do CRM: RJ

Assinatura:

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180540602 **Cidade:** Barbalha **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARIA BEZERRA DOS SANTOS OLIVEIRA **Data do acidente:** 12/06/2018 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 18/12/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA NO TERÇO DISTAL DE 3º METATARSO DE PÉ DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR. ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: **DOCUMENTO MÉDICO, DA PÁGINA 3 - NÃO PERTENCE A VÍTIMA.

*EM TODOS OS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180540602 **Cidade:** Barbalha **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARIA BEZERRA DOS SANTOS OLIVEIRA **Data do acidente:** 12/06/2018 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 18/12/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA NO TERÇO DISTAL DE 3º METATARSO DE PÉ DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR. ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: **DOCUMENTO MÉDICO, DA PÁGINA 3 - NÃO PERTENCE A VÍTIMA.
*EM TODOS OS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

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-0416743/18

Vítima: MARIA BEZERRA DOS SANTOS OLIVEIRA

CPF: 042.221.864-22

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

Data do acidente: 12/06/2018

Titular do CPF: MARIA BEZERRA DOS SANTOS OLIVEIRA

CPF de: Próprio

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

MARIA BEZERRA DOS SANTOS OLIVEIRA : 042.221.864-22

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

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: 16/11/2018
Nome: MARIA BEZERRA DOS SANTOS OLIVEIRA
CPF: 042.221.864-22

MARIA BEZERRA DOS SANTOS OLIVEIRA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 16/11/2018
Nome: LEVI OLIVEIRA AMANCIO
CPF: 167.398.762-15

LEVI OLIVEIRA AMANCIO

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0416743/18

Vítima: MARIA BEZERRA DOS SANTOS OLIVEIRA

CPF: 042.221.864-22

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

Data do acidente: 12/06/2018

Titular do CPF: MARIA BEZERRA DOS SANTOS OLIVEIRA

CPF de: Próprio

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

MARIA BEZERRA DOS SANTOS OLIVEIRA : 042.221.864-22

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

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: 16/11/2018
Nome: MARIA BEZERRA DOS SANTOS OLIVEIRA
CPF: 042.221.864-22

MARIA BEZERRA DOS SANTOS OLIVEIRA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 16/11/2018
Nome: LEVI OLIVEIRA AMANCIO
CPF: 167.398.762-15

LEVI OLIVEIRA AMANCIO