
Rio de Janeiro, 09 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: MARIA VIDAL

Nº Sinistro: 3180471257

Vitima: MARIA VIDAL

Data do Acidente: 05/12/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180471257**.

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





AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

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 ASL

CPF da Vítima

Nome completo da vítima

141 575.433-00

Maria Vidal

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo		CPF titular da conta	Profissão
Maria Vidal		141 575.433-00	
Endereço	Rua João Batista	Número	Complemento
Bairro	Jagatu	Estado	CEP
Email		Telefone (DDD)	

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	

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
 BRADESCO (237) BANCO DO BRASIL (001) ITAÚ (341)
 CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA NRO. 283 D/V 08489 D/V
(Informar dígito se existir)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO Nome _____ NRO. _____

AGÊNCIA NRO. _____ D/V _____ CONTA NRO. _____ D/V _____
(Informar dígito se existir) (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.

Iguatu, 10 de Maio de 2018.
Local e Data

REC. 03 MAI 2018
Name:
COMPREV SEGUROS
E PREVIDÊNCIA S/A.

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



AUTO-ATENDIMENTO - AG. IGUATU

DATA: 26/07/2018 HORA: 13:14:21
TERMINAL: 06131818 CONTROLE: 061318188298

COMPROVANTE PROVISÓRIO DE
DEPÓSITO EM DINHEIRO

CONTA CREDITADA: 0613.013.00015688-0
NOME: MARIA VIDAL

VALOR TOTAL EM DINHEIRO: 50,00

NÚMERO DO ENVELOPE: 4314295582
NÚMERO DE CONTROLE: 287138336

A confirmação do depósito se dará pelo
lançamento do valor na conta do favorecido após
a abertura do envelope e a verificação dos
valores contidos.

Informações, reclamações, sugestões e elogios

SAC CAIXA: 0800-726 0101

Duvidoria da CAIXA: 0800-725 7474

www.caixa.gov.br



Capítulo I - Assinatura do Beneficiário

182

12

Local e Data

Seguradora Lider a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência, contra a pessoa que os dados bancários são de minha titularidade, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a

FÁIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

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.

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL	
Nome completo	WILMAR VIEIRAS DE SOUZA
CPF / Número da conta	343.513.515-00
Profissão	Advogado
Endereço	Av. das Flores, 1375 - Centro
Número	322
Cidade	Estrela
CEP	63500-000
E-mail	wilmar.vieiras@estrela.com.br
Situação	Ativo
Complemento	
Barra	WILMAR VIEIRAS DE SOUZA
Telefone (DDO)	(63) 3200-0000
Decretos que descrevem o beneficiário	

358039996
Nome completo da vítima
CPF da Vítima
R\$ 325.533,00

Assinatura digitalizada

Número de Síntese ou ASL CPF da Vítima

O formulário deve ser preenchido com cuidado. Apesar de precisar assinar o formulário (no campo "Assinatura do Legal" (Pal, Mae, Tutor ou Curador). Além disso, é 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" (Pal, Mae, Tutor). Formulariô deve ser assinado por seu "Representante Legal" (Pal, Mae, Tutor).

E Organizatoro Représentante Legal para: _____
Benevolos entre O - I - L - E - S

desbloqueada e sem impedimento para o credito de indenizaçao/reembolso.

A conta informada precisa estar de acordo com os termos e condições do contrato de crédito.

E necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL para correta análise do seu pedido de indenização. Dados Pessoais

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

INFOGRAPHICES PARA PREENCHIMENTO:

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

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12



AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

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 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 com 16 ou 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 ASL

3180199446

CPF da Vítima

142.575.433-00

Nome completo da vítima

Maria Vidal

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo <i>Maria Vidal</i>	CPF titular da conta <i>142.575.433-00</i>	Profissão <i>Representante Legal</i>
Endereço <i>José Potista</i>	Número <i>122</i>	Complemento
Bairro <i>novo diplomata</i>	Cidade <i>Iguatu</i>	Estado <i>Ceará</i>
Email	CEP <i>63500000</i>	Telefone (DDD)

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider – 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"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

BRADESCO (237) BANCO DO BRASIL (001) ITAÚ (341)

CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA

NRO.

D/V

CONTA

NRO.

D/V

0615

15608

0

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO

Nome

NRO.

AGÊNCIA

NRO.

D/V

CONTA

NRO.

D/V

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Lider 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.

Iguatu-CE, 18 de agosto de 2018
Local e Data

Maria Vidal

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal





AUTO-ATENDIMENTO - AG. IGUATU

DATA: 26/07/2018 HORA: 13:14:21
TERMINAL: 06131018 CONTROLE: 061310180298

COMPROVANTE PROVISÓRIO DE
DEPÓSITO EM DINHEIRO

CONTA CREDITADA: 0613.013.00015688-8
NOME: MARIA VIDAL

VALOR TOTAL EM DINHEIRO: 50,00

NÚMERO DO ENVELOPE: 4314295502
NÚMERO DE CONTROLE: 207130338

A confirmação do depósito se dará pelo
lançamento do valor na conta do favorecido após
a abertura do envelope e a verificação dos
valores contidos.

Informações, reclamações, sugestões e elogios

SAC CAIXA: 0800-726 0101

Ouvidoria da CAIXA: 0800-725 7474

www.caixa.gov.br





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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 479 - 867 / 2018

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: ACIDENTE DE TRÂNSITO

Data / Hora da Comunicação: 08/02/2018 17:02:13

Data / Hora da Ocorrência: 05/12/2017 13:11:00

Endereço da Ocorrência: RUA PROJETADA

Complemento:

Bairro:

Município: IGUATU/CE

Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: MARIA VIDAL

Nascimento: 15/01/1958 CPF: 141.575.433-00

RG: 20160638849 Órgão Emissor: SSP

UF: CE

Filiação: FRANCISCA VIDAL

JOSE VIDAL

Endereço: RUA JOSÉ BATISTA

Bairro: NOVO ALTIPLANO

Município: IGUATU/CE

CEP:

País: BRASIL

Telefone: (88) 99651-4753

Dados do(s) Veículo(s)

1º Place: 01A6797 UF: CE Município: IGUATU Chassi:

9C2JC4110DR75B292 Renavam: 486821846 Tipo do Veículo:

MOTOCICLETA Marca / Modelo: HONDA/CG 125 FAN KS Ano

Fabricação: 2012 Ano Modelo: 2013 Combustível: GASOLINA Cor:

VERMELHA Proprietário: CICERO DE SOUZA CAMPOS Situação: NÃO INFORMADO Envolvimento: NORMAL

Histórico

Compareceu a esta delegacia A DECLARANTE e informado de que falsa comunicação de crime e contravenção penal Art 340, do CPP, informou que no local e horário supracitado, trafegava de garupa, e tendo como CONDUTOR: CICERO SOUZA CAMPOS, que nada sofreu, na moto acima cadastrada, quando de repente o condutor colidiu com a moto em um meio fio vindo a cair; que a declarante foi socorrida pelo Corpo de Bombeiros para o Hospital Regional de Igatu, e sendo atendido pelo Dr. CARLOS ATILA LIMA SILVA; que segundo o laudo médico QUEBROU O OMBRO DIREITO; que veio registrar o fato para dar entrada no seguro DPVAT.

Vale salientar que as informações prestadas são de inteira responsabilidade do declarante,

DELEGIADA DESTINOU: DELEGIADA REGIONAL DE IGUATU

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO:

[Signature] ROBERTO GOMES DO SANTOS - MAT.: 500074

COMPREV SEGUROS
E PREVIDÊNCIA S/A.

REC. 03 MAI 2018

Nome: _____

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: *Maria Vidal*

VISTO DO DELEGADO(A):

JERFFISON PEREIRA DA SILVA - MAT.: 198810-1-8

DELEGIADA REGIONAL DE IGUATU



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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 479 - 867 / 2018

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: ACIDENTE DE TRÂNSITO

Data / Hora da Comunicação: 08/02/2018 17:02:13

Data / Hora da Ocorrência: 05/12/2017 13:11:00

Endereço da Ocorrência: RUA PROJETADA

Complemento:

Bairro:

Município: IGUATU/CE

Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: MARIA VIDAL

Nascimento: 15/01/1958 CPF: 141.575.433-00

RG: 20160638849 Órgão Emissor: SSP

UF: CE

Filiação: FRANCISCA VIDAL

JOSE VIDAL

Endereço: RUA JOSÉ BATISTA

Bairro: NOVO ALTIPLANO

Município: IGUATU/CE

CEP:

País: BRASIL

Telefone: (88) 99651-4753

Dados do(s) Veículo(s)

1º Place: 01A6797 UF: CE Município: IGUATU Chassi:

9C2JC4110DR75B292 Renavam: 486821846 Tipo do Veículo:

MOTOCICLETA Marca / Modelo: HONDA/CG 125 FAN KS Ano

Fabricação: 2012 Ano Modelo: 2013 Combustível: GASOLINA Cor:

VERMELHA Proprietário: CICERO DE SOUZA CAMPOS Situação: NÃO INFORMADO Envolvimento: NORMAL

Histórico

Compareceu a esta delegacia A DECLARANTE e informado de que falsa comunicação de crime e contravenção penal Art 340, do CPP, informou que no local e horário supracitado, trafegava de garupa, e tendo como CONDUTOR: CICERO SOUZA CAMPOS, que nada sofreu, na moto acima cadastrada, quando de repente o condutor colidiu com a moto em um meio fio vindo a cair; que a declarante foi socorrida pelo Corpo de Bombeiros para o Hospital Regional de Igatu, e sendo atendido pelo Dr. CARLOS ATILA LIMA SILVA; que segundo o laudo médico QUEBROU O OMBRO DIREITO; que veio registrar o fato para dar entrada no seguro DPVAT.

Vale salientar que as informações prestadas são de inteira responsabilidade do declarante,

DELEGIADA DESTINOU: DELEGIADA REGIONAL DE IGUATU

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO:

[Signature] ROBERTO GOMES DO SANTOS - MAT.: 500074

COMPREV SEGUROS
E PREVIDÊNCIA S/A.

REC. 03 MAI 2018

Nome: _____

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: *Maria Vidal*

VISTO DO DELEGADO(A):

JERFFISON PEREIRA DA SILVA - MAT.: 198810-1-8

DELEGIADA REGIONAL DE IGUATU

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 interditada 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 Vidal

CPF da Vítima

241.575.433-00

Data do Acidente

05/12/2017

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

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:

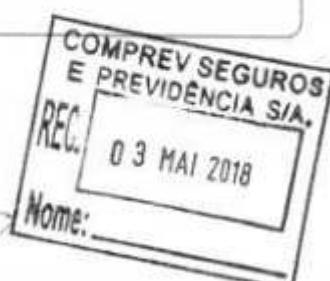
- Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha 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.

25/03/2018

Local e Data



Maria Vidal

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

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 interditada 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 Vidal

CPF da Vítima

241.575.433-00

Data do Acidente

05/12/2017

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

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:

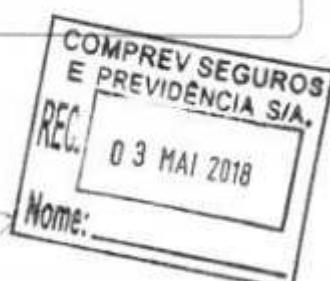
- Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha 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.

25/03/2018

Local e Data



Maria Vidal

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FUNDAÇÃO DE SAÚDE PÚBLICA DE IGUATU- FUSPI
HOSP. REG. DR MANOEL BATISTA DE OLIVEIRA

Impressão: 05/12/2019

Guia de atendimeto - TRAUMATOLOGIA

Prenotório 028501	Atendimento 0010	Nome do Paciente MARIA VIDAL		DADOS DO PACIENTE				
Documento(s) Identidade: 20160638849				CNS 700404574222450	Guia de Autorização			
Data de Nascimento 15/01/1958		Local IGUATU/CE			Estado Civil Viúvo(a)	Sexo Feminino		
Pai JOSE VIDAL						Mae FRANCISCA DE ARAUJO	Idade 59 Anos(s)	
Endereço RUA 26 DE JULHO, 60		Bairro COCOBO	CEP 63500-000	Município IGUATU	UF CE	Telefone 88 96514		
Profissão RESPONSÁVEL MARIA VIDAL		Empresa	Cônjugue					
		CPF do Responsável	Endereço RUA 26 DE JULHO, 60		Município IGUATU			
DADOS DO ATENDIMENTO								
Data Atendimento 05/12/2017	Hora 13:11	Convênio SUS	Matrícula	CID				
Profissional do Atendimento CARLOS ATILA DA SILVA				CRM/UF 14577/CE	Tipo Atendimento ATENDIMENTO DE URGÊNCIA			
Indicador de Acidente				Funcionário NAYANE COELHO DE HOLANDA				
Observações								
Saída								
Sinais Vitais		Data/Hora Liberação		às	hs.	Tipo de Saída		
Peso (kg)		/ /				() Alta	() Internação	
Altura (cm)		T (°C)		P (bpm)		R (mmHg)	PA (mmHg)	
Motivo do Atendimento e Sumário da Consulta								

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

P (ppm) R (ppm) PA (mmHg)

Histórico: Início da dor abdominal aguda, intensa, contínua, irradiada para o lumbosacral, sem náuseas, vômitos, febre ou diarreia. Ocorreu há 12 horas.

Diagnóstico: Ictericose aguda com suspeita de fratura lumbosacral.

Conduta:

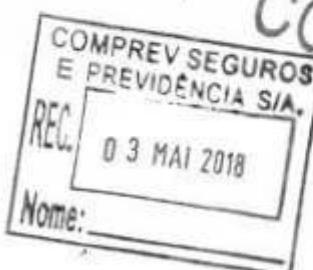
1. Ictoprofeno 100mg + SFO 5% oral x 1.
2. Pijnaco 2g + ASES.

Dr. Frederick A. Bezerra Oliveira
Médico
CRM-CEC 17.240

③ Aplicación de Tronotalogía

~~Mesophila long.~~
~~not OLF~~ + sound SFU 9% CV → 1600
SFU 9% sound CV = 500

Fracture du rame proximal
Aiguille de T.c.



CARLOS ATILA DA SILVA - CRM: 14577

**Assinatura Paciente/Responsável
Responsável: MARIA VIDAL**

FUNDAÇÃO DE SAÚDE PÚBLICA DE IGUATU- FUSPI
HOSP. REG. DR MANOEL BATISTA DE OLIVEIRA

Impressão: 05/12/2019

Guia de atendimeto - TRAUMATOLOGIA

Prenotório 028501	Atendimento 0010	Nome do Paciente MARIA VIDAL		DADOS DO PACIENTE						
Documento(s) Identidade: 20160638849				CNS 700404574222450	Guia de Autorização					
Data de Nascimento 15/01/1958		Local IGUATU/CE			Estado Civil Viúvo(a)	Sexo Feminino				
Pai JOSE VIDAL						Mae FRANCISCA DE ARAUJO	Idade 59 Anos(s)			
Endereço RUA 26 DE JULHO, 60		Bairro COCOBO	CEP 63500-000	Município IGUATU	UF CE	Telefone 88 96514				
Profissão RESPONSÁVEL MARIA VIDAL		Empresa	Cônjugue							
		CPF do Responsável	Endereço RUA 26 DE JULHO, 60		Município IGUATU					
DADOS DO ATENDIMENTO										
Data Atendimento 05/12/2017	Hora 13:11	Convênio SUS	Matrícula	CID						
Profissional do Atendimento CARLOS ATILA DA SILVA				CRM/UF 14577/CE	Tipo Atendimento ATENDIMENTO DE URGÊNCIA					
Indicador de Acidente				Funcionário NAYANE COELHO DE HOLANDA						
Observações										
Saída										
				Data/Hora Liberação / /		às	hs.	Tipo de Saída		
								<input type="checkbox"/> Alta	<input type="checkbox"/> Internação	<input type="checkbox"/> Óbito
Sinais Vitais				Altura (cm)	T (°C)	P (bpm)	R (impm)	PA (mmHg)		
Peso (kg)										
Motivo do Atendimento e Sumário da Consulta										

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

P (ppm) R (ppm) PA (mmHg)

Histórico: Início da dor abdominal à direita, intensa, contínua, com sensação de fratura óssea. Fazendo uso de cetoconazole 100mg + 500mg de paracetamol.

Diagnóstico: 1º Cetoconazole 100mg + 500mg de paracetamol.

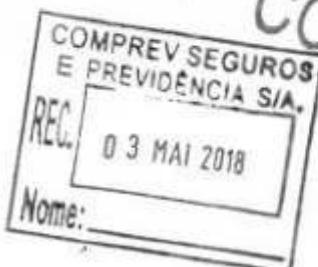
Conduta: Rx: 2º Paracetamol 2g + 400mg de ibuprofeno.

Dr. Frederick A. Bezerra Oliveira
Médico
CRM-CEC 17.240

③ Aplicación de Tronotalogía

~~- modified Ring.
- 1 mol OFA + 10 ml SFU 9% CV → 1000
- SFU 9% 50 ml CV - 500~~

Fracture du rame proximal
Aiguille TC.



CARLOS ATILA DA SILVA - CRM: 14577

**Assinatura Paciente/Responsável
Responsável: MARIA VIDAL**

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: 18/10/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MARIA VIDAL

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00613

CONTA: 000000015608-0

Nr. da Autenticação EF186D194AEFCDF1

SERVIÇO AUTONÔMO DE ÁGUA E ESSETO DE SEGURO																																	
Rua: Engenheiro Manoel Cícero Lima, 770 - Phone: (85) 3847-7795 / 3847-7793 CEP: 63155-120 - Fone: (85) 3847-7795 / 3847-7793 Bairro: Centro - Cidade: Fortaleza - Estado: Ceará																																	
Início de Conta: 18/09/17 - Fim de Conta: 18/09/18 - Período: 01/09/18																																	
Número da Conta: 00351844-1 - Número do Agente: 1600009654																																	
Endereço: Rua João Batista 121, Novo Altiplano CEP: 63.600-000 - IGUATU-CE																																	
Identificação do Consumidor: KELITA ALVES RODRIGUES																																	
SALDO INICIAL: PAR RES 01 com ESPECIAIS INSTRUÇÃO: LOCALIZADO DATA: 18/09/17 VALOR: 00 00 36 0000007810																																	
SERVIÇOS E TARIFAS IDEMPISTAÇÃO DO CONSUMIDOR																																	
<table border="1"> <thead> <tr> <th>COD</th> <th>DESCRIÇÃO</th> <th>PAR</th> <th>VALOR</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>01</td> <td>ÁGUA</td> <td>01/01</td> <td>38,00</td> </tr> <tr> <td>45</td> <td>CAIXA DE HIDROMETRO - PAREDE</td> <td>01/04</td> <td>15,00</td> </tr> </tbody> </table>										COD	DESCRIÇÃO	PAR	VALOR	01	ÁGUA	01/01	38,00	45	CAIXA DE HIDROMETRO - PAREDE	01/04	15,00												
COD	DESCRIÇÃO	PAR	VALOR																														
01	ÁGUA	01/01	38,00																														
45	CAIXA DE HIDROMETRO - PAREDE	01/04	15,00																														
HIDROMETRIA																																	
<table border="1"> <thead> <tr> <th>LITURA</th> <th>DATA</th> <th>ULTIMOS CONSUMOS</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ANTERIOR: 38</td> <td>00/09/17</td> <td></td> </tr> <tr> <td>ATUAL: LITURA: 43</td> <td>00/09/17</td> <td></td> </tr> <tr> <td>CONSUMO: 14</td> <td>DIAS: 30</td> <td></td> </tr> <tr> <td>LITURISTA: 00</td> <td>OCTO/17</td> <td></td> </tr> <tr> <td>PROXIMA LITURA:</td> <td>2018/09/18</td> <td></td> </tr> <tr> <td>MÉDIA: 24 m³</td> <td></td> <td>OUT NOV DEZ JAN</td> </tr> <tr> <td colspan="3">PARÂMETROS DA ÁGUA DISTRIBUÍDA</td> </tr> </tbody> </table>										LITURA	DATA	ULTIMOS CONSUMOS	ANTERIOR: 38	00/09/17		ATUAL: LITURA: 43	00/09/17		CONSUMO: 14	DIAS: 30		LITURISTA: 00	OCTO/17		PROXIMA LITURA:	2018/09/18		MÉDIA: 24 m³		OUT NOV DEZ JAN	PARÂMETROS DA ÁGUA DISTRIBUÍDA		
LITURA	DATA	ULTIMOS CONSUMOS																															
ANTERIOR: 38	00/09/17																																
ATUAL: LITURA: 43	00/09/17																																
CONSUMO: 14	DIAS: 30																																
LITURISTA: 00	OCTO/17																																
PROXIMA LITURA:	2018/09/18																																
MÉDIA: 24 m³		OUT NOV DEZ JAN																															
PARÂMETROS DA ÁGUA DISTRIBUÍDA																																	
<table border="1"> <thead> <tr> <th>PARAMETRO</th> <th>PAUTA</th> <th>TOTAL ANALISE</th> <th>VALOR MÍNIMO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>PH</td> <td>ATE 7,0</td> <td>01</td> <td>10,00</td> </tr> <tr> <td>CLORO</td> <td>6,4-9</td> <td>01</td> <td>7,40</td> </tr> <tr> <td>IRIBEX 2</td> <td>ATE 5,4</td> <td>01</td> <td>2,50</td> </tr> <tr> <td>FLUICID</td> <td>ATE 1,0</td> <td>01</td> <td>1,20</td> </tr> </tbody> </table>										PARAMETRO	PAUTA	TOTAL ANALISE	VALOR MÍNIMO	PH	ATE 7,0	01	10,00	CLORO	6,4-9	01	7,40	IRIBEX 2	ATE 5,4	01	2,50	FLUICID	ATE 1,0	01	1,20				
PARAMETRO	PAUTA	TOTAL ANALISE	VALOR MÍNIMO																														
PH	ATE 7,0	01	10,00																														
CLORO	6,4-9	01	7,40																														
IRIBEX 2	ATE 5,4	01	2,50																														
FLUICID	ATE 1,0	01	1,20																														
Débito(s): DEZ/2017																																	
VENCIMENTO: 20/01/2018 VALOR R\$ 67,00																																	



SERVIÇO AUTONÔMO DE ÁGUA E ESSETO DE SEGURO																																	
Rua: Engenheiro Manoel Cícero Lima, 770 - Phone: (85) 3847-7795 / 3847-7793 CEP: 63155-120 - Fone: (85) 3847-7795 / 3847-7793 Bairro: Centro - Cidade: Fortaleza - Estado: Ceará																																	
Início de Conta: 18/09/17 - Fim de Conta: 18/09/18 - Período: 01/09/18																																	
Número da Conta: 00351844-1 - Número do Agente: 1600009654																																	
Endereço: Rua João Batista 121, Novo Altiplano CEP: 63.600-000 - IGUATU-CE																																	
Identificação do Consumidor: KELITA ALVES RODRIGUES																																	
SALDO INICIAL: PAR RES 01 com ESPECIAIS INSTRUÇÃO: LOCALIZADO DATA: 18/09/17 VALOR: 00 00 36 0000007810																																	
SERVIÇOS E TARIFAS IDEMPISTAÇÃO DO CONSUMIDOR																																	
<table border="1"> <thead> <tr> <th>COD</th> <th>DESCRIÇÃO</th> <th>PAR</th> <th>VALOR</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>01</td> <td>ÁGUA</td> <td>01/01</td> <td>38,00</td> </tr> <tr> <td>45</td> <td>CAIXA DE HIDROMETRO - PAREDE</td> <td>01/04</td> <td>15,00</td> </tr> </tbody> </table>										COD	DESCRIÇÃO	PAR	VALOR	01	ÁGUA	01/01	38,00	45	CAIXA DE HIDROMETRO - PAREDE	01/04	15,00												
COD	DESCRIÇÃO	PAR	VALOR																														
01	ÁGUA	01/01	38,00																														
45	CAIXA DE HIDROMETRO - PAREDE	01/04	15,00																														
HIDROMETRIA																																	
<table border="1"> <thead> <tr> <th>LITURA</th> <th>DATA</th> <th>ULTIMOS CONSUMOS</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ANTERIOR: 38</td> <td>00/09/17</td> <td></td> </tr> <tr> <td>ATUAL: LITURA: 43</td> <td>00/09/17</td> <td></td> </tr> <tr> <td>CONSUMO: 14</td> <td>DIAS: 30</td> <td></td> </tr> <tr> <td>LITURISTA: 00</td> <td>OCTO/17</td> <td></td> </tr> <tr> <td>PROXIMA LITURA:</td> <td>2018/09/18</td> <td></td> </tr> <tr> <td>MÉDIA: 24 m³</td> <td></td> <td>OUT NOV DEZ JAN</td> </tr> <tr> <td colspan="3">PARÂMETROS DA ÁGUA DISTRIBUÍDA</td> </tr> </tbody> </table>										LITURA	DATA	ULTIMOS CONSUMOS	ANTERIOR: 38	00/09/17		ATUAL: LITURA: 43	00/09/17		CONSUMO: 14	DIAS: 30		LITURISTA: 00	OCTO/17		PROXIMA LITURA:	2018/09/18		MÉDIA: 24 m³		OUT NOV DEZ JAN	PARÂMETROS DA ÁGUA DISTRIBUÍDA		
LITURA	DATA	ULTIMOS CONSUMOS																															
ANTERIOR: 38	00/09/17																																
ATUAL: LITURA: 43	00/09/17																																
CONSUMO: 14	DIAS: 30																																
LITURISTA: 00	OCTO/17																																
PROXIMA LITURA:	2018/09/18																																
MÉDIA: 24 m³		OUT NOV DEZ JAN																															
PARÂMETROS DA ÁGUA DISTRIBUÍDA																																	
<table border="1"> <thead> <tr> <th>PARAMETRO</th> <th>PAUTA</th> <th>TOTAL ANALISE</th> <th>VALOR MÍNIMO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>PH</td> <td>ATE 7,0</td> <td>01</td> <td>10,00</td> </tr> <tr> <td>CLORO</td> <td>6,4-9</td> <td>01</td> <td>7,40</td> </tr> <tr> <td>IRIBEX 2</td> <td>ATE 5,4</td> <td>01</td> <td>2,50</td> </tr> <tr> <td>FLUICID</td> <td>ATE 1,0</td> <td>01</td> <td>1,20</td> </tr> </tbody> </table>										PARAMETRO	PAUTA	TOTAL ANALISE	VALOR MÍNIMO	PH	ATE 7,0	01	10,00	CLORO	6,4-9	01	7,40	IRIBEX 2	ATE 5,4	01	2,50	FLUICID	ATE 1,0	01	1,20				
PARAMETRO	PAUTA	TOTAL ANALISE	VALOR MÍNIMO																														
PH	ATE 7,0	01	10,00																														
CLORO	6,4-9	01	7,40																														
IRIBEX 2	ATE 5,4	01	2,50																														
FLUICID	ATE 1,0	01	1,20																														
Débito(s): DEZ/2017																																	
VENCIMENTO: 20/01/2018 VALOR R\$ 67,00																																	



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Cicero Souza Campos,
RG nº 200029205094 data de expedição 03/08/2000
Órgão SSP-CE, portador do CPF nº 006.174.383-66, com
domicílio na cidade de Ignatu, no Estado de
Ceará, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Geórgio no Bezerra, nº 84,
complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mentionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima Maria Vidal, cujo o condutor era
Cicero Souza Campos

Veículo: moto

Modelo: Honda CR 125 Fan tD

Ano: 2012/2013

Placa: OSÁ 6797

Chassi: 9C22C41102R 7582 82

Data do Acidente: 05/12/2013

Local e Data: 30/01/2018

Assinatura do Declarante

Assinatura do Declarante

Alta Muga Rampon

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)
30 JAN. 2018



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Aceno Souza Campos,
RG nº 2000029205094, data de expedição 03/08/2000
Órgão SSP-CE, portador do CPF nº 006.174.383-66, com
domicílio na cidade de Iguatu, no Estado de
Ceará, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Presidente Beiraia, nº 84,
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 Vidal, cujo o condutor era
Aceno Souza Campos.

Veículo: Moto

Modelo: Honda CG 125 Fan X

Ano: 2012/2013

Placa: 01A6797

Chassi: 9C2J C4310222758292

Data do Acidente: 05/12/2017

Local e Data: Iguatu-CE 25/07/2018

Aceno Souza Campos
Assinatura do Declarante

Aceno Souza Campos
Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

2º OFÍCIO - CARTÓRIO ASSUNÇÃO

Ofício Cartório Notarial de Acordo Assunção / Notariado: Fazendo Acto de Auctorização Notarial
E. Dr. João Pessas, Nº 942 - Centro - Iguatu - Ceará - CEP: 62310-042 - Tel: (883) 2581-1337 e 9581-1724 - Cel: (883) 9 867-2200

Reconhecimento (POR AUTENTICIDADE) a firma de: GICEPJ
SOUZA CAMPOS (029094). Iguatu-CE, 25/07/2018.

Ana Maria Lima Sobreira
Ana Maria Lima Sobreira



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Aceno Souza Campos,
RG nº 2000029205094, data de expedição 03/08/2000
Órgão SSP-CE, portador do CPF nº 006.174.383-66, com
domicílio na cidade de Iguatu, no Estado de
Ceará, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Presidente Beiraia, nº 84,
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 Vidal, cujo o condutor era
Aceno Souza Campos.

Veículo: Moto

Modelo: Honda CG 125 Fan X

Ano: 2012/2013

Placa: 01A6797

Chassi: 9C2J C4310222758292

Data do Acidente: 05/12/2017

Local e Data: Iguatu-CE 25/07/2018

 Assinatura do Declarante

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

2º OFÍCIO - CARTÓRIO ASSUNÇÃO

Ofício Cartório Notarial de Acordo Assunção / Notariado: Fazendo Acto de Auctorização Notarial
E. Dr. João Pessas, N° 042 - Centro - Iguatu - Ceará - CEP: 62310-042 - Tel: (883) 2581-1337 e 9581-1724 - Cel: (883) 9 867-2200

Reconhecimento (POR AUTENTICIDADE) a firma de: GICEPJ
SOUZA CAMPOS (029094). Iguatu-CE, 25/07/2018.

Dra Maria Lúcia Sobreira
Ana Maria Lima Sobreira



Guia de atendimento - TRAUMATOLOGIA

DADOS DO PACIENTE					
Frontuario 028501	Atendimento 0010	Nome do Paciente MARIA VIDAL		CNS 700404574222450	Guia de Autorização
Documento(s) Identidade: 20160638849			Estado Civil Viúvo(a)		Sexo Feminino
Data de Nascimento 15/01/1958	Local IGUATU/CE			Idade 59 Ano(s)	
Pai JOSE VIDAL			Mae FRANCISCA DE ARAUJO		
Endereço RUA 26 DE JULHO, 60	Bairro COCOBÓ	CEP 63500-000	Município IGUATU	UF CE	Telefone 88 9651475
Profissão:	Empresa		Conjuge		
Responsável MARIA VIDAL	CPF do Responsável	Endereço RUA 26 DE JULHO, 60		Município IGUATU	
DADOS DO ATENDIMENTO					
Data Atendimento 05/12/2017	Hora 13:11	Convênio SUS	Matrícula	CID	
Profissional do Atendimento CARLOS ATILA DA SILVA			CRM/UF 14577/CE	Tipo Atendimento ATENDIMENTO DE URGÊNCIA	
Indicador de Acidente			Funcionário NAYANE COELHO DE HOLANDA		
Saiz	Data/Hora Liberação		as hs.	Tipo de Saída () Alta () Internação () Óbito	
Sinais Vitais	Peso (kg)	Altura (cm)	T (°C)	P (bpm)	R (impm)
					PA (mmHg)

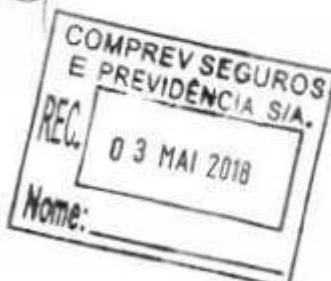
Motivo do Atendimento e Sumário de Atendimento (Histórico, Diagnóstico, Exames Solicitados e Conduta)

Motivo: Luxação Ombro D? / Fratura braço
fute apresentando fratura braço D, após colisão motociclistica.
 ① Cetoprofeno 100mg + Sfoex 100ml
 ② Apixaban 2g + Ades
 ③ Andamento de Traumatologista

Dr. Frederic A. Bezerra Oliveira
Médico
CREMEC 17.240

- medicação 10mg.
 - ~~metformina 1000mg~~ Sfoex 100ml 5% 9% EV → 1000
 - SF0 9% 500ml EV 500

Fratura de humor posterior
Agendado T.C.





SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
CORPO DE BOMBEIROS MILITAR
SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO
GRUPAMENTO DE SOCORRO DE URGÊNCIA



REGISTRO DE SOCORRO N° _____ TURNO _____

RESGATEN	F.B.	DATA: 05/12/17	
NOME:	MICHAELA VIEIRA		
IDADE:	59	SEXO:	<input checked="" type="checkbox"/> F () M ()
LOCAL DE OCORRÊNCIA:	PRAIA DE JAGUARI		
BAIRRO:	JAGUARI		

HORA DA OCORRÊNCIA: 13:25
CHEGADA AO LOCAL: 13:18
SAÍDA DO LOCAL: 13:21
CHEGADA AO HOSPITAL: 13:23
SAÍDA DO HOSPITAL:
CHEGADA AO P.B.:

TIPO DE OCORRÊNCIA

01. <input checked="" type="checkbox"/> ACIDENTE DE TRÂNSITO	05. <input type="checkbox"/> AFOGAMENTO	09. <input type="checkbox"/> MAL SÚBITO	() OUTROS
02. <input type="checkbox"/> AGRESSÃO	06. <input type="checkbox"/> QUEIMADURA	10. <input type="checkbox"/> EMERGÊNCIA OBSTÉTRICA	
03. <input type="checkbox"/> DESABALIMENTO	07. <input type="checkbox"/> CHOQUE ELÉTRICO	11. <input type="checkbox"/> JA REMOVIDO	
04. <input type="checkbox"/> INTOXICAÇÃO	08. <input type="checkbox"/> QUEDA	12. <input type="checkbox"/> FALSO AVISO	

RAZÃO DO ATENDIMENTO: QUEDA DE MOTO

DENÇAS ANTERIORES:

MEDICAMENTOS:

ALERGIAS:

CORPO SÓDICO / INOCULOS ERITROS

AV. MAL CASTILHO DENTRO

COR	PELE	CORPO ESPALHADAS - CEP 60000-000		RESPIRAÇÃO
		TOTATIS - CEARA	() SECA	
CIANÓTICO ()	QUENTE ()	(X)	()	SUPERFICIAL ()
PÁLIDO (X)	FRIA ()	()	() UMIDA ()	DIFÍCIL ()
CONGESTO ()	NORMAL ()	()	() NORMAL ()	NORMAL (X)
NORMAL ()				AUSENTES ()
PULSO RADIAL	ENCHIMENTO CAPILAR			SANGRAMENTO
FORTE ()	NORMAL ()	(X)		AUSENTES (X)
FRACO ()	RETARDADO ()	()		MÍNIMO ()
REGULAR (X)	AUSENTES ()	()		MODERADO ()
				INTENSO ()
NÍVEL DE CONSCIÊNCIA INICIAL	FALA			PUPILAS
ALERTA (X)	NORMAL (X)			0 0 0 0 0 0 0 0 0
RESponde a COMANDOS ()	CONFUSA ()			2 3 4 5 6 7 8 9
RESponde a ESTÍMULOS ()	INTELIGÍVEL ()			D mm E mm
SEM RESPOSTA ()	NENHUMA ()			REAGENTE (X) REAGENTE () SEM REAÇÃO () SEM REAÇÃO ()

SINAIS VITAIS:

HORA: _____ PA: _____
F.R.: _____ PULSO: _____

NATUREZA DA DOENÇA OU LESÕES PRINCIPAIS: SUSPEITA DE FRACTURA
TA,

COMPREV SEGUROS
E PREVIDÊNCIA S/A.

REC. 03 MAI 2018

Name: ... ONGA

ACOMPANHANTE: MARIA VIEIRA DE OLIVEIRA

PROCEDIMENTO REALIZADOS:

- () ASPIRAÇÃO
- () CURATIVOS
- () OXIGÉNIO
- () BANDAGENS
- () ASSIST. VENTILATÓRIA
- () IMOBILIZAÇÃO DE MEMBROS
- () RCP
- () FERULA DE TRAÇÃO
- () ASSIST. OBSTÉTRICA
- () LIQUIDO EV.

- () PRANCHA CURTA
- () COLAR CERVICAL
- (X) OUTROS

CONDICÕES DE CHEGADA AO HOSPITAL:

- () MELHORADO
- () PIORADO
- (X) INALTERADO

- () ANTES DO SOCORRO
- () ANTES DO TRANSPORTE
- () NO TRANSPORTE

HOSPITAL DE DESTINO: H.B.F

VISTO
11/01/2018

Guia de atendimento - TRAUMATOLOGIA

DADOS DO PACIENTE

Prontuário 028501	Atendimento 0010	Nome do Paciente MARIA VIDAL			CNS 700404574222450	Guia de Autorização
Documento(s) Identidade: 20160638849			Estado Civil Viúvo(a)		Sexo Feminino	
Data de Nascimento 15/01/1958	Local IGUATU/CE				Idade 59 Ano(s)	
Pai JOSE VIDAL		Mae FRANCISCA DE ARAUJO				
Endereço RUA 26 DE JULHO, 60		Bairro COCOBO	CEP 63500-000	Município IGUATU	UF CE	Telefone 88 96514753
Profissão	Empresa	Conjuge				
Responsável MARIA VIDAL	CPF do Responsável	Endereço RUA 26 DE JULHO, 60			Município IGUATU	UF CE

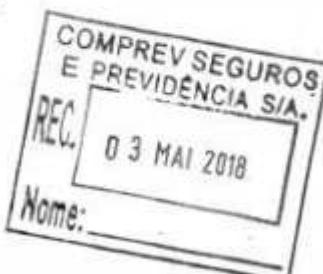
DADOS DO ATENDIMENTO

Data Atendimento 05/12/2017	Hora 13:11	Convênio SUS	Matrícula	CID	
Profissional do Atendimento CARLOS ATILA DA SILVA			CRM/UF 14577/CE	Tipo Atendimento ATENDIMENTO DE URGÊNCIA	
Indicador de Acidente			Funcionário NAYANE COELHO DE HOLANDA		
Observação					
Saída	Data/Hora Liberação / /		ás hs.	<input type="checkbox"/> Alta <input type="checkbox"/> Internação <input type="checkbox"/> Óbito	
Sinais Vitais					
Peso (kg)	Altura (cm)	T (°C)	P (lpm)	R (lpm)	PA (mmHg)

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

paciente apresentando luxação omoplata D? / fratura clavida
 ① Cetoprofeno 100mg + SFO 5% 100ml EV.
 ② Pipraca 2g + 400ml
 ③ Admissão de Traumatologista
 Dr. Frederico A. Bezerra Oliveira
 Médico
 CRM/CE 17.240
 - motofixa 10kg.
 - Técnico FA + 100ml SFO 5% EV. → 1650
 - SFO 5% 50ml EV. → 500
 Dr. Edmílio G. G. G.
 CRM/CE 17.335

Fratura de clavida proximal
 Agrande TC.





RECEITUÁRIO MÉDICO

NOME DO PACIENTE:

Atistado uibor

atuto, para fins de prova, em
06/05/2018, vítima de acidente de
trânsito (80) com feridas contusas,
em quatro partes, do tórax proxi-
mal direito. Encontra-se em tratamen-
to conservador de lesão com imobili-
zação tipo réplica. Bruto não apresenta
feridas consolidadas. Sua vista aparente
de suas atividades por 180 (catorze mil-
ésimos) dias. CIN: 542

IGUATU, 23 de 01 de 2018



Dr. Frederico Alemanar
Ortopedia e Traumatologia
CRM 10376/TEOT 11928

ASSINATURA E CRM
Hospital Regional Dr. Manoel Batista de Oliveira
Rua Edilson de Melo Távora, s/n

Guia de atendimento - TRAUMATOLOGIA

DADOS DO PACIENTE

Prenumerado 026501	Atendimento 0010	Nome do Paciente MARIA VIDAL		CNS 700404574222450	Guia de Autorização	
Documento(s) Identidade: 20160638849				Estado Civil Viúvo(a)		Sexo Feminino
Data de Nascimento 15/01/1958	Local IGUATU/CE					Idade 59 Ano(s)
Pai: JOSE VIDAL		Mãe: FRANCISCA DE ARAUJO				
Endereço: RUA 26 DE JULHO, 60		Bairro COCOBÓ	CEP 63500-000	Município IGUATU	UF CE	Telefone 88 96514753
Profissão	Empresa	Conjugado				
Responsável MARIA VIDAL	CPF do Responsável	Endereço RUA 26 DE JULHO, 60	Município IGUATU		UF CE	

DADOS DO ATENDIMENTO

Data Abandono 05/12/2017	Hora 13:11	Convênio SUS	Matrícula	CID
Profissional de Atendimento CARLOS ATILA DA SILVA		CRMUF 14577/CE		Tipo Atendimento ATENDIMENTO DE URGÊNCIA
Indicador de Acidente		Funcionário NAYANE COELHO DE HOLANDA		

Observação

Saída	Data/Hora Liberação	as hs.	Type de Saída () Alta () Internação () Óbito
Sinais Vitais			
Peso (kg)	Altura (cm)	T (°C)	P (bpm)

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

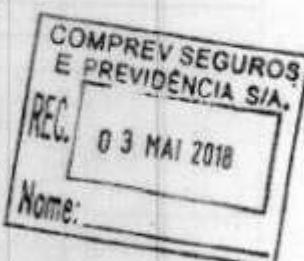
HC: Luxo/cr. O ? / Fratura Vientre
Pete apresentando fratura Vientre D, após acidente motociclístico
1. Tropogone 100mg + SFO 5% 100ml EV.
2. Apivone 2g + 400ml
3. Andamento de Traumatologista

Dr. Frederic A. Bezerra Oliva
Médico
CREMEC 17.240

metformina 500mg.
- IMA 01 FA+ 100ml SFO 5% EV. + 100ml
- SFO 5% 500ml EV. 000

Dr. Conforti
CRM 17.2315

Fratura de fêmur proximal
Aguarde TC.





SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
CORPO DE BOMBEIROS MILITAR
SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO
GRUPAMENTO DE SOCORRO DE URGÊNCIA



REGISTRO DE SOCORRO N°

TURNO

RESGATEN	FB	DATA 05/12/17	
NOME	MARINA VIEIRA		
IDADE	59	SEXO	F (X) M ()
LOCAL DE OCORRÊNCIA	PRAIA DA AREIA		
BAIRRO	LINDOIA		

HORA DA OCORRÊNCIA:	13:15
CHEGADA AO LOCAL:	13:18
SAÍDA DO LOCAL:	13:21
CHEGADA AO HOSPITAL:	13:23
SAÍDA DO HOSPITAL:	
CHEGADA AO P.B.	

TIPO DE OCORRÊNCIA

01 (X) ACIDENTE DE TRÂNSITO	05 () AFOGAMENTO	09 () MAL SÚBITO	() OUTROS
02 () AGRESSÃO	06 () QUEIMADURA	10 () EMERGÊNCIA OBSTÉTRICA	
03 () DESABALIMENTO	07 () CHOQUE ELÉTRICO	11 () JA REMOVIDO	
04 () INTOXICAÇÃO	08 () QUEDA	12 () FALSO AVISO	

RAZÃO DO ATENDIMENTO: QUEDA DE MOTO

SENÇAS ANTERIORES

MEDICAMENTOS:

ALERGIAS:

COR	PELE	COPRO		RESPIRAÇÃO
		REATIVA - CÉARA	SUPERFICIAL	
CIANÓTICO	QUENTE () SECA (X)	DIFÍCIL ()		
PALIDO	FRIA () ÚMIDA ()	NORMAL (X)		
CONGESTO	NORMAL () NORMAL ()	AUSENTE ()		
NORMAL				
PULSO RADIAL	ENCHIMENTO CAPILAR			SANGRAMENTO
	NORMAL (X)	X	AUSENTE (X)	
	AUSENTE ()	()	MÍNIMO ()	
	REGULAR ()	AUSENTE ()	MODERADO ()	
		INTENSO ()		
NIVEL DE CONSCIÊNCIA INICIAL	FALA			PUPILAS
	NORMAL (X)	X	0 0 0 0 0 0 0 0 0	
	CONFUSA ()	()	2 3 4 5 6 7 8 9	
	INTELIGÍVEL ()	()	D mm E mm	
	NENHUMA ()	()	REAGENTE (X) REAGENTE ()	
SEM RESPOSTA ()	()	SEM REAÇÃO () SEM REAÇÃO ()		

SINAIS VITAIS:

HORA: _____ PA: _____
HR: _____ PULSO: _____NATUREZA DA DOENÇA OU LESÕES PRINCIPAIS: SUSPEITA DE FRATURA
TA.COMPARECÉGÜROS
E PREVIDÊNCIA S/A.REC. 03 MAI 2018
Nome: ...

ACOMPANHANTE: MARINA VIEIRA DE OLIVEIRA

PROCEDIMENTO REALIZADOS

- () ASPIRAÇÃO
- () OXIGENIO
- () ASSIST VENTILATORIA
- () RCP
- () ASSIST OBSTÉTRICA
- () CURATIVOS
- () BANDAGENS
- () IMOBILIZAÇÃO DE MEMBROS
- (X) FERULA DE TRAÇÃO
- () LIQUIDO EV.

- (X) CINTO DE SEGURANÇA
- () PRANCHAS CURTA
- () COLAR CERVICAL
- (X) OUTROS

CONDICÕES DE CHEGADA AO HOSPITAL:

- () MELHORADO
- () PIORADO
- (X) INALTERADO

HOSPITAL DE DEUTZIA, 4 P

VISITÓ
11/01/2018

Assinatura

- () ANTES DO SOCORRO
- () ANTES DO TRANSPORTE
- () NO TRANSPORTE



HOSPITAL
REGIONAL
IGATU



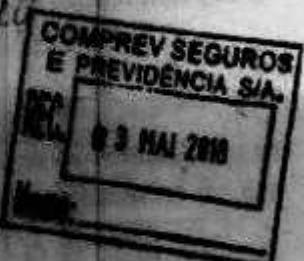
RECEITUÁRIO MÉDICO

NOME DO PACIENTE:

Atuado urino.

Atuado para fazer si padece de
MS agudo, vitíme de um infarto do
coração (MI) com lesões extensas
em quatro partes da parede cardíaca.
Na diástole o fluxo sanguíneo é
totalmente interrompido. Ainda tem
restos conservados de vida com mobilida-
de e recuperou-se. Pode ser operado
já na consolidação. Sistemas atendendo
ao seu atuado por 180 (adulto, or-
to) dias. CIN: 542

IGATU, 23 de 01 2018



Dr. Pedroso Alves
Ortopedia e Traumatologia
CRM 00706/2010

ASSINATURA E CRM
Hospital Regional Dr. Manoel Batista de Oliveira
Rua Edilson de Melo Távora, s/n



RECEITUÁRIO MÉDICO

NOME DO PACIENTE

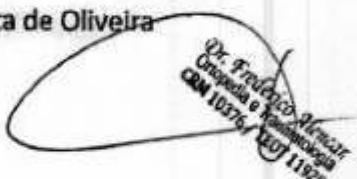
Lauto Bittarides.

até que mais Vidal foi subuti-
de a fraterna e consubstancial de fato
n de humor maximal dimito evolução
do com consolidação. Apresenta-se de
alta com déficit de elevação inter-
cões internas e externas e abdome
moderado como espasmos difusi-
vos. Cij: 542.

IGUATU, 27 DE 09 2018

ASSINATURA E CRM

Hospital Regional Dr. Manoel Batista de Oliveira
Rua Edilson de Melo Távora s/n
Bairro - Esplanada





VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

NÚMERO
SERIAL 2016063984 - 9 DATA DE
EXPEDIÇÃO 26/02/2016

NOME
MARIA VIDAL
FILIAÇÃO
JOSÉ VIDAL
FRANCISCA VIDAL
NACIONALIDADE
TOQUATU - CE
DATA DE NASCIMENTO
15/01/1958

LUG. NOME
CERT. NASCIMENTO - CARTÓRIO:1 OFÍCIO TERMO:1463 FOLHA:125
LIVRO:A-64 TOQUATU - CE
CN 141.575.433-00 RG: ANT: 944896
P.: 135

1. VIA

LEI Nº 7.110 DE 29/06/83

REC. 03 MAI 2018
Name:

COMPREV SEGUROS
E PREVIDÊNCIA S/A.



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

NÚMERO
SERIAL 2016063984 - 9 DATA DE
EXPEDIÇÃO 26/02/2016

NOME
MARIA VIDAL
FILIAÇÃO
JOSÉ VIDAL
FRANCISCA VIDAL
NACIONALIDADE
EQUATU - CE
DATA DE NASCIMENTO
15/01/1958

LUG. NOME
CERT. NASCIMENTO - CARTÓRIO:1 OFÍCIO TERMO:1463 FOLHA:125
LIVRO:A-64 ZUATU - CE
CN 141.575.433-00 RG: ANT: 944896
P.: 135

1. VIA

LEI Nº 7.110 DE 29/06/83

REC. 03 MAI 2018
Name:

COMPREV SEGUROS
E PREVIDÊNCIA S/A.

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETAN - CE
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
Nº 012673547578

VIA COD. REINAVAM BNTLC 0000800000 2018

CEVICHO DE SOUSA MARANHÃO

IGUAUTU/CE

OPF / CNPJ
006174383-00

PLACA
GIA6797

PLACA ANT. LIE
00

CHASSI
SC2JC4110DR755292

FAZ. / TIP. / ADEL.

COMBUSTÍVEL
GÁSOLINA

MARCA / MODELO

HONDA CG 125 FAN X5

ANO FAB.
2012

ANO MOD.
2012

CAP / POT / GL

2P / DCV / 124 CC

CATEGORIA
A2 / FUEL

OPÇÕES / PREDOMINANTE

COTA ÚNICA

VENC. COTA ÚNICA

VENC. COTAS

FADA UNICA

PARCELAMENTO / COTAS

3^º

PRÉMIO TARIFÁRIO (R\$)

PREMIO TOTAL (R\$)

DIA DE PAGAMENTO

OBSEVAÇÕES

IGUAUTU

LOCAL

19/04/2018

SUMARIO OFICIAL DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU RODAS SUCARGA A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT

CE Nº 012673547578 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.dpvatsegurodotransito.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO
2016 DATA EMISSÃO
19/10/2017

VIA
01 OPF / CNPJ
006174383-00 PLACA
GIA6797

REINAVAM
486821846 MARCA / MODELO
HONDA / CG 125 FAN X5

ANO FAB.
2012 CHASSI
SC2JC4110DR755292

PRÉMIO TARIFÁRIO

FNG (R\$) 123,00 DIGITRAN (R\$) 143,30 CUSTO DO SEGURO (R\$)
143,30

OUTRÓ DO BILHETE (R\$) 1.110,00 2018-04-19 10:00:00 - 2018-05-19 10:00:00

PAGAMENTO
 COTA ÚNICA PARCELADO 100% DE PAGAMENTO

PROPRIETÁRIO
LOTE / DC SEGURO LIDER - DPVAT
MOTOR: JC41E1 DPNP 00001-04
www.seguradoralidertransito.com.br



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETAN - CE
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
Nº 012673547578

VIA COD. REINAVAM BNTLC 0000800000 2018

CEVICHO DE SOUSA MARANHÃO

IGUAUTU/CE

OPF / CNPJ
006174383-00

PLACA
GIA6797

PLACA ANT. LIE
00

CHASSI
SC2JC4110DR755292

FAZ. / TIP. / ADEL.

COMBUSTÍVEL
GÁSOLINA

MARCA / MODELO
HONDA CG 125 FAN X5

ANO FAB.
2012

ANO MOD.
2012

CAP. / POT. / GEL
26/0CV/124CC

CATEGORIA
AUL/FUEL

IPVA

DESPRECIO/VALOR

COTA UNICA

VEN. COTA UNICA

FADA UNICA

VEN. COTAS

PARCELAMENTO

COTAS

3^o

PRÉMIO TARIFÁRIO (R\$)

PREMIO TOTAL (R\$)

DIA DE PAGAMENTO

19/04/2018

OBSERVAÇÕES

IGUAUTU LOCAL

19/04/2018

SUMARIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU RODA Sobre CARGA A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT

CE Nº 012673547578 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.dpvatsegurodotransito.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO
2016 DATA EMISSÃO
19/10/2013

VIA
01 OPF / CNPJ
006174383-00 PLACA
GIA6797

REINAVAM
486821846 MARCA / MODELO
HONDA/CG 125 FAN X5

ANO FAB.
2012 CHASSI
SC2JC4110DR755292

PRÉMIO TARIFÁRIO

FNG (R\$) 123,00 DIGITRAN (R\$) 143,30 CUSTO DO SEGURO (R\$)
143,30

OBTETO DO BILHETE (R\$) 1.110,00 2016-04-19 10:00:00

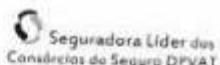
PAGAMENTO
COTA UNICA PARCELADO 100% ADEQUADO

PROPRIETÁRIO
LOTE / D. SEGURO LIDER - DPVAT
MOTOR: JC41E1 DPNP 00001-04
www.seguradoralidertransito.com.br





PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0156888/18
Vitima: MARIA VIDAL
CPF: 141.575.433-00

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 05/12/2017
Titular do CPF: MARIA VIDAL

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

MARIA VIDAL : 141.575.433-00

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.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 03/05/2018
Nome: MARIA VIDAL
CPF/CNPJ: 141.575.433-00

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 03/05/2018
Nome: PATRICIA DA SILVA NOGUEIRA
CPF: 047.882.963-90

MARIA VIDAL

PATRICIA DA SILVA NOGUEIRA

PROTÓCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0156888/18
Vitima: MARIA VIDAL
CPF: 141.575.433-00

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 05/12/2017
Titular do CPF: MARIA VIDAL

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Declaração do Proprietário do Veículo
Outros

MARIA VIDAL : 141.575.433-00
Autorização de pagamento

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: 13/08/2018
Nome: MARIA VIDAL
CPF: 141.575.433-00

MARIA VIDAL

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 13/08/2018
Nome: LIDIA RACHEL FRAGA CUNHA
CPF: 657.763.053-49

LIDIA RACHEL FRAGA CUNHA

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0156888/18

Vítima: MARIA VIDAL

CPF: 141.575.433-00

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 05/12/2017

Titular do CPF: MARIA VIDAL

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Outros

MARIA VIDAL : 141.575.433-00

Autorização de pagamento

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: 21/08/2018

Nome: MARIA VIDAL

CPF: 141.575.433-00

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 21/08/2018

Nome: LIDIA RACHEL FRAGA CUNHA

CPF: 657.763.053-49

MARIA VIDAL

LIDIA RACHEL FRAGA CUNHA

**SOLICITAÇÃO DO PEDIDO DE REANALISE A SEGURADOURA
COMPREV PREVIDENCIA S/A FILIAL-FORTELEZA, CONFORME
CIRCULAR N° 099/2011.**

VITIMA MARIA VIDAL

SINISTRO 3180199946 CPF N° 14157543300

INFORMO A ESSA RESPEITADA EMPRESA QUE SOFRI ACIDENTE DE TRÂNSITO E ADQUIRI DEBILIDADES EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE, NO ENTANTO, ESTOU ENCAMINHANDO UM LAUDO ATUALIZADO COM DATA DE 27/09/2018, DADO PELO DR FREDERICO ALENCAR, ORTOPEDISTA E TRAUMATOLOGISTA, COM CRM DE N° 10376, ONDE DIZ CLARAMENTE AS SEQUELAS DEFINITIVAS, E TAMBEM FOLHA DE RECEITUARIO MEDICO ONDE O MESMO TAMBEM NOS DAR A ALTA DEFINITIVA, TENDO COMO DÉFICIT DE ELEVAÇÃO QUE FIQUEI MOTIVO PELO QUAL, SOLICITO A PERICIA MÉDICA DE V.S.

ESCLAREÇO QUE SOU PESSOA HUMILDE E NECESSITO DA INDENIZAÇÃO
SENDO ASSIM, CONTO COM A COLARAÇÃO DE VOCÊS.

DATA 05/10/2018



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0367836/18

Vítima: MARIA VIDAL

CPF: 141.575.433-00

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

CPF de: Próprio

Data do acidente: 05/12/2017

Titular do CPF: MARIA VIDAL

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

MARIA VIDAL : 141.575.433-00

- 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: 08/10/2018
Nome: MARIA VIDAL
CPF: 141.575.433-00

MARIA VIDAL

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 08/10/2018
Nome: LILIANA MARIA PEREIRA
CPF: 040.259.363-48

LILIANA MARIA PEREIRA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180471257 Cidade: Iguatu Natureza: Invalidez Permanente
Vítima: MARIA VIDAL Data do acidente: 05/12/2017 Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 16/10/2018

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA PROXIMAL DO ÚMERO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO OMBRO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO OMBRO DIREITO.

Documentos complementares:

Observações: CONFORME RELATÓRIO MÉDICO DATADO DE 27/09/2018.

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 leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
		Total	6,25 %	R\$ 843,75

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ1

Nome: MARCELO DE TOLEDO FERNANDES TERRIGNO

CRM: 5255920-8

UF do CRM: RJ

Assinatura:

A handwritten signature in blue ink that reads "Marcelo Teixido".

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180471257 **Cidade:** Iguatu **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARIA VIDAL **Data do acidente:** 05/12/2017 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 16/10/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA PROXIMAL DO ÚMERO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO OMBRO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO OMBRO DIREITO.

Documentos complementares:

Observações: CONFORME RELATÓRIO MÉDICO DATADO DE 27/09/2018.

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 leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0367836/18

Vítima: MARIA VIDAL

CPF: 141.575.433-00

CPF de: Próprio

Data do acidente: 05/12/2017

Titular do CPF: MARIA VIDAL

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

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

MARIA VIDAL : 141.575.433-00

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: 08/10/2018
Nome: MARIA VIDAL
CPF: 141.575.433-00

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 08/10/2018
Nome: LILIANA MARIA PEREIRA
CPF: 040.259.363-48

MARIA VIDAL

LILIANA MARIA PEREIRA