

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**

Carta nº 13454845



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

**DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL**

|                                   |                       |   |                       |                    |  |
|-----------------------------------|-----------------------|---|-----------------------|--------------------|--|
| Nome completo: <u>Maria Vidal</u> |                       | CPF titular da conta: <u>141.575.433-00</u> |                       | Profissão: _____   |  |
| Endereço: <u>Rua João Batista</u> |                       | Número: <u>521</u>                          |                       | Complemento: _____ |  |
| Bairro: <u>Novo Altiplano</u>     | Cidade: <u>Iguatu</u> | Estado: <u>ce</u>                           | CEP: <u>63500-000</u> |                    |  |
| 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**

- ☒ RECUSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ ATÉ R\$ 1.000,00 ☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00  
☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00 ☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00 ☐ 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. 2183 D/V 5  
(Informar dígito se existir)

CONTA

NRO. 08489 D/V 5  
(Informar dígito se existir)

☐ **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

BANCO

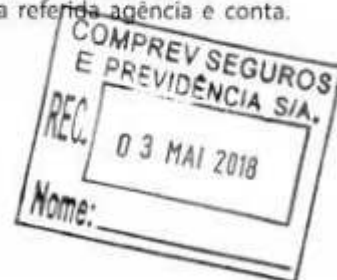
Nome: \_\_\_\_\_ NRO. \_\_\_\_\_

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 Março 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: 00131018

CONTROLE: 001310180298

COMPROVANTE PROVISÓRIO DE  
DEPÓSITO EM DINHEIRO

CONTA CREDITADA: 0013.013.00015608-0

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](http://www.caixa.gov.br)





**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). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo do Representante Legal (pai, mãe, tutor ou curador). Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (pai, mãe, tutor). 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 e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante Legal").

|            |               |                |                         |             |
|------------|---------------|----------------|-------------------------|-------------|
| 3580399946 | CPF da vítima | 343.575.433-00 | Nome completo da vítima | Maria Vidal |
|------------|---------------|----------------|-------------------------|-------------|

**DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL**

|                |                  |                 |           |
|----------------|------------------|-----------------|-----------|
| Nome completo  |                  | Maria Vidal     |           |
| Endereço       | Rua João Batista |                 |           |
| Bairro         | Cidade           | Estado          | CEP       |
| Novo Axt-Plan  | Joazeiro         | CE              | 63500-000 |
| Telefone (DDD) |                  | (98) 994-238025 |           |

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 type="checkbox"/> RECURSO INFORMAR   | <input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00 | <input type="checkbox"/> SEM RENDA | <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"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00 | <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00 |
| <input type="checkbox"/> <b>CONTA POUANÇA</b> (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) |  |                                    |  |   |  |   |
| <input type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)  |  |                                    |  |   |  |   |
| <input type="checkbox"/> BRADESCO (237)   |  |                                    |  |   |  |   |
| <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001)  |  |                                    |  |   |  |   |
| <input type="checkbox"/> ITAÚ (341)   |  |                                    |  |   |  |   |
| AGÊNCIA   | CONTA  | AGÊNCIA                            | CONTA  | AGÊNCIA   | CONTA  | AGÊNCIA   |
| 0613  | 15608  |                                    |  |   |  |   |
| (Informar dígito se existir)  |  |                                    |  |   |  |   |

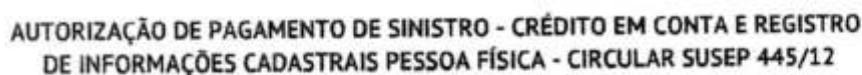
Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do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

Assinatura de Joazeiro de 23 de Julho de 2013

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



**INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:**

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.

**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").

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

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.

☒ RECUSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ ATÉ R\$ 1.000,00 ☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00  
☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00 ☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00 ☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00 ☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

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.

Mario Vidal

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: 0613.013.00015608-0

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](http://www.caixa.gov.br)







BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 479 - 887 / 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: **IGUAU/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 JOÃO BATISTA**  
Bairro: **NOVO ALTIPLANO**  
Município: **IGUAU/CE** CEP:  
País: **BRASIL** Telefone: **(88) 99651-4753**

**Dados do(s) Veículo(s)**

1) Placa: **01A6797** Uf: **CE** Município: **IGUAU** Chassi:  
**9C2JC4110DR7SB292** 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 CPB, informou que no local e horário supracitado, trafegava de garupeira, 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 Iguaú, e sendo atendido pelo Dr. CARLOS ATILA DA 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 de DECLARANTE,

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE IGUAU

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO:

ROBERTO GOMES DO SANTOS - MAT.: 300074-1

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

Maria Vidal

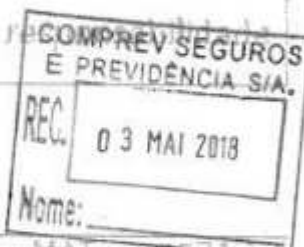
VISTO DO DELEGADO(A):

JERFFISON PEREIRA DA SILVA - MAT.: 198810-1-6

DELEGACIA REGIONAL DE IGUAU

Pág. 1 de 1

Boletim de Ocorrência - 17-01-2018





BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 479 - 887 / 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: **IGUAU/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 JOÃO BATISTA**  
Bairro: **NOVO ALTIPLANO**  
Município: **IGUAU/CE** CEP:  
País: **BRASIL** Telefone: **(88) 99651-4753**

**Dados do(s) Veículo(s)**

1) Placa: **01A6797** Uf: **CE** Município: **IGUAU** Chassi:  
**9C2JC4110DR7SB292** 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 CPB, informou que no local e horário supracitado, trafegava de garupeira, 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 Iguaú, e sendo atendido pelo Dr. CARLOS ATILA DA 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 de DECLARANTE,

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE IGUAU

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO:

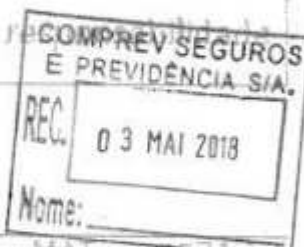
ROBERTO GOMES DO SANTOS - MAT.: 300074-1

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

Maria Vidal

VISTO DO DELEGADO(A):

JERFFISON PEREIRA DA SILVA - MAT.: 198810-1-6





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

Maia Vidal

CPF da Vítima

341.575.433-00

Data do Acidente

05/12/2017

**REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA**

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

E-mail

Telefone (DDD)

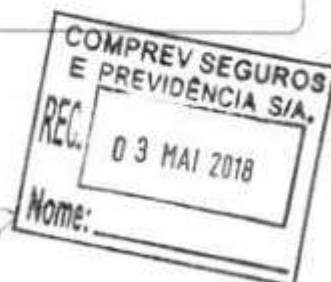
Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

**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.



Sguatu, 10 de março de 2018

Local e Data

Maia 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

Maia Vidal

CPF da Vítima

341.575.433-00

Data do Acidente

05/12/2017

**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.



Sguatu, 10 de março de 2018

Local e Data

Maia Vidal

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

Guia de atendimento - TRAUMATOLOGIA

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

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

ptor. Inalação Oxigênio O2 / Fratura Unilateral  
de fratura Unilateral D, após acidente motorcista  
1. (1) Cetoprofeno 100mg + SFO 9% 100ml EV  
1. (2) Aspirina 2g + ASAC

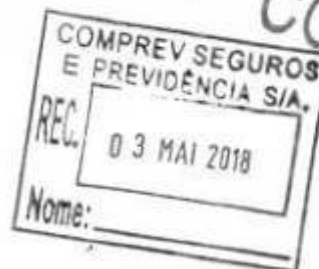
Dr. Frederick A. Bezerra Oliveira  
Médico  
CREMEC 17.240

(3) Análises de Traumatologista

Medicação 10mg  
- ~~100ml~~ 01 FA + 100ml SFO 9% EV  
- SFO 9% 500ml EV. 500ml

Fratura de úmero proximal  
Aguardando TC.

CÓPIA



CARLOS ATILA DA SILVA - CRM: 14577

Assinatura Paciente/Responsável  
Responsável: MARIA VIDAL

Guia de atendimento - TRAUMATOLOGIA

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

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

ptor. Inalação Oxigênio O2 / Fratura Unilateral  
de fratura Unilateral D, após acidente motorcista  
1. (1) Cetoprofeno 100mg + SFO 9% 100ml EV.

Dr. Frederick A. Bezerra Oliveira  
Médico  
CREMEC 17.240

(2) Aspirina 2g + ASA  
(3) Análises de Traumatologia

Medicação 10mg  
- SFO 9% 100ml EV + 100ml SFO 9% EV  
- SFO 9% 500ml EV. 16:30

Fratura de úmero proximal  
Aguardando TC.

CÓPIA



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 AUTÔNOMO DE ÁGUA E ESGOTO DE IGUAÇU  
 Rua Espírito Santo, 225 - Fone: 333.1311 (10 linhas)  
 CEP: 13.050-000 - IGUAÇU - SP  
 CNPJ: 06.938.135/0001-01  
 Emissão: 01/05/2018 - 15:55 (8745112)

INDICAÇÃO: 0035184.1  
 CLASSE: PAR RES  
 TUBAGEM: 100  
 ECONOMIA: 01/2018  
 MONTAGEM: A176731527  
 INSTALAÇÃO: 18/09/17  
 LOCALIZAÇÃO: 00.00.36.00000007810  
 FÓRmula: 180006954

IDENTIFICAÇÃO DO CONSUMIDOR  
 RUA JOAO BATISTA 121, NOVO ALTIPLANO  
 CEP: 33.500-000 IGUAÇU-CE

| SERVIÇOS E TAXAS |                             |       |       |
|------------------|-----------------------------|-------|-------|
| COD              | DESCRIÇÃO                   | PAR   | VALOR |
| 01               | ÁGUA                        | 01/01 | 38,00 |
| 45               | CAXA DE HIDROMETRO - PAREDE | 04/04 | 19,00 |

#### HIDROMETRIA

| LEITURA             | DATA     |
|---------------------|----------|
| ANTERIOR: 36        | 08/12/17 |
| ATUAL: 60           | 04/01/18 |
| CONSUMO: 24         | DIAS: 30 |
| LEITURISTA: 06      | 04/01/18 |
| PRÓXIMA LEITURA: 84 | 03/02/18 |

MÉDIA: 24 m³

PARÂMETROS DA ÁGUA DISTRIBUÍDA

| PARÂMETRO     | VALOR |
|---------------|-------|
| PH            | 7,40  |
| CLORO         | 2,30  |
| TURBID. (NTU) | 1,20  |
| FUS. (F)      | 0,91  |

DÉBITO (l/s):  
 DEZ/2017

#### ÚLTIMOS CONSUMOS



| TOTAL ANÁLISE | VALOR MÉDIO |
|---------------|-------------|
| PH            | 7,40        |
| CLORO         | 2,30        |
| TURBID. (NTU) | 1,20        |
| FUS. (F)      | 0,91        |

VENCIMENTO: 20/01/2018 VALOR R\$ 57,00

COMPREV SEGUROS  
 E PREVIDÊNCIA S/A.  
 REC. 03 MAI 2018  
 Nome: \_\_\_\_\_



SERVIÇO AUTÔNOMO DE ÁGUA E ESGOTO DE IGUAÇU  
 Rua Espírito Santo, 225 - Fone: 333.1311 (10 linhas)  
 CEP: 13.060-000 - IGUAÇU - SP  
 Emissão: 01/05/2018 - 15:55:18

INDICAÇÃO: 0035184.1  
 CLASSE: PAR RES  
 TUBAGEM: 100  
 ECONOMIA: 01/2018  
 MONTAGEM: A176731527  
 LOCALIZAÇÃO: 00.00.36.00000007810  
 FOLHA: 18000954

IDENTIFICAÇÃO DO CONSUMIDOR  
 RUA JOAO BATISTA 121, NOVO ALTIPLANO  
 CEP: 13.500-000 IGUAÇU-CE

SERVIÇOS E TAXAS

| COD | DESCRIÇÃO                   | PAR   | VALOR |
|-----|-----------------------------|-------|-------|
| 01  | ÁGUA                        | 01/01 | 38,00 |
| 45  | CAXA DE HIDROMETRO - PAREDE | 04/04 | 19,00 |

HIDROMETRIA

| LEITURA             | DATA     |
|---------------------|----------|
| ANTERIOR: 36        | 08/12/17 |
| ATUAL: 63           | 04/01/18 |
| CONSUMO: 14         | DIAS: 30 |
| LEITURISTA: 06      | 04/01/18 |
| PRÓXIMA LEITURA: 77 | 03/02/18 |

MÉDIA: 24 m³

PARÂMETROS DA ÁGUA DISTRIBUÍDA

| PARÂMETRO     | VALOR |
|---------------|-------|
| PH            | 7,40  |
| CLORO         | 2,30  |
| TURBID. (NTU) | 1,20  |
| FLUOR         | 0,91  |

DÉBITO (l/s):  
 DEZ/2017

ÚLTIMOS CONSUMOS



| TOTAL ANÁLISE | VALOR MÉDIO |
|---------------|-------------|
| PH            | 7,40        |
| CLORO         | 2,30        |
| TURBID.       | 1,20        |
| FLUOR         | 0,91        |

VENCIMENTO: 20/01/2018 VALOR R\$ 57,00

COMPREV SEGUROS  
 E PREVIDÊNCIA S/A.  
 REC: 03 MAI 2018  
 Nome: \_\_\_\_\_

## Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Cícero Souza Campos,  
RG nº 2000029205094 data de expedição 03/08/2000  
Órgão SSP-CE, portador do CPF nº 006.374.383-66, com  
domicílio na cidade de Iguatu, no Estado de  
Ceará, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)  
Geoclara no Bezerra, 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  
Cícero Souza Campos

Veículo: Moto  
Modelo: Honda CG 125 FAN KJ  
Ano: 2012/2013  
Placa: OJA 6797  
Chassi: 9C23C41302R 758292  
Data do Acidente: 05/12/2017  
Local e Data: 30/01/2018



Cícero Souza Campos  
Assinatura do Declarante

Cícero Souza Campos

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


Reconheço assim: 01 Firma (s):  
por SEMELHANÇA ☐ por AUTENTICIDADE ☐  
de Cícero Souza Campos  
Ocupação condutor  
Data 30 JAN. 2018  
Local Iguatu Ceará  
de Cícero Souza Campos  
Assinatura Cícero Souza Campos  
Escritório: BRASIL ABRAVIL ASSURAD - Nucleo  
EXATIL DE A. SEGUROS LIMA - Indagado  
MARIA IVANEIDE GOMES - Escrivente  
ANA MARIA LIMA SOBRINHA - Escrivente  
Vendo somente com o selo de autenticidade



## Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, cicero souza campos,  
RG nº 2000029205094, data de expedição 03/08/2000,  
Órgão SSP-CE, portador do CPF nº 006.374.383-66, com  
domicílio na cidade de Iguatu, no Estado de  
Ceará, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)  
Proclamar Bezerra, 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  
cicero souza campos.

Veículo: Moto  
Modelo: Honda CB 125 Fan Kn  
Ano: 2012/2013  
Placa: 03AG797  
Chassi: 9C2J C41302R758292  
Data do Acidente: 05/12/2017  
Local e Data: Iguatu-CE 25/07/2018

 cicero souza campos  
Assinatura do Declarante

cicero souza campos

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

**3º OFÍCIO - CARTÓRIO ASSUNÇÃO**  
Oficial: EXPEDIENTE MILENA DE ASSUNÇÃO / Substituta: MARIA MARIA DE ASSUNÇÃO LIMA  
R. Dr. João Pessoa, N° 643 - Centro - Iguatu - Ceará - CEP: 63.300-002 - Tel: (88) 3581.1377 e 3581.1328 - Cx. 1842 - 63.300-002

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

Ana Maria Lima Sobreira  
Ana Maria Lima Sobreira

**VÁLIDO SOMENTE COMO**  
**FELO DE AUTENTICIDADE**


02

COMPREV SEGUROS  
E PREVIDÊNCIA S.A.  
REC 13 AGO 2018  
Nome:

## Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, cicero souza campos,  
RG nº 2000029205094, data de expedição 03/08/2000,  
Órgão SSP-CE, portador do CPF nº 006.374.383-66, com  
domicílio na cidade de Iguatu, no Estado de  
Ceará, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)  
Proclamar Bezerra, 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  
cicero souza campos.

Veículo: Moto  
Modelo: Honda CB 125 Fan Kn  
Ano: 2012/2013  
Placa: 03AG797  
Chassi: 9C2J C41302R758292  
Data do Acidente: 05/12/2017  
Local e Data: Iguatu-CE 25/07/2018

 cicero souza campos  
Assinatura do Declarante

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

**3º OFÍCIO - CARTÓRIO ASSUNÇÃO**  
Oficial: EXPEDIENTE MILENA DE ASSUNÇÃO / Substituta: MARIA MARIA DE ASSUNÇÃO LIMA  
R. Dr. João Pessoa, N° 643 - Centro - Iguatu - Ceará - CEP: 63.100-002 - Tel. (88) 3581.1377 e 3581.1328 - Cx. 1842 - Iguatu - CE

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

Ana Maria Lima Sobreira  
Ana Maria Lima Sobreira

**VÁLIDO-SOMENTE COMO**  
**FELO DE AUTENTICIDADE**

02

COMPREV SEGUROS  
E PREVIDÊNCIA S.A.  
REC. 13 AGO 2018  
Nome:

Guia de atendimento - TRAUMATOLOGIA

DADOS DO PACIENTE

|   |                            |                                 |                          |                     |
|---|----------------------------|---------------------------------|--------------------------|---------------------|
| Prontuário<br>028501                    | Atendimento<br>0010        | Nome do Paciente<br>MARIA VIDAL | CNS<br>700404574222450   | Guia de Autorização |
| Documento(s)<br>Identidade: 20160638849 |                            |                                 | Estado Civil<br>Viúvo(a) | Sexo<br>Feminino    |
| Data de Nascimento<br>15/01/1958        | Local<br>IGUATU/CE         | Idade<br>58 Anos(s)             |                          |                     |
| Pai<br>JOSE VIDAL                       | Mãe<br>FRANCISCA DE ARAUJO |                                 |                          |                     |
| Endereço<br>RUA 26 DE JULHO, 60         | Bairro<br>COCOBO           | CEP<br>63500-000                | Município<br>IGUATU      | UF<br>CE            |
| Profissão                               | Empresa                    | Cônjuge                         | Telefone<br>88 9651475   |                     |
| Responsável<br>MARIA VIDAL              | CPF do Responsável         | Endereço<br>RUA 26 DE JULHO, 60 | Município<br>IGUATU      |                     |

DADOS DO ATENDIMENTO

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

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

At: Luxação Anular D? / Fratura Unia  
fete apresentando fratura Unia D, após acidente motorcista.

① Clonazepam 100mg + SFO 9% 100ml EV.

② Pipirone 2g + AOE.

③ Análises de Traumatologia

Dr. Frederick A. Bezerra Olivo  
Médico  
CREMEC 17.240

malária 10mg.  
Levofloxacilina 500mg + 100ml SFO 9% EV. 15:30  
- SFO 9% 500ml EV. 500

Fratura de unia proximal  
Aguarde TC.



CARLOS ATILA DA SILVA - CRM: 14577

Assinatura Paciente/Responsável  
Responsável: MARIA VIDAL



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



REGISTRO DE SOCORRO Nº \_\_\_\_\_

TURNO \_\_\_\_\_

RESGATE Nº \_\_\_\_\_ P.B. \_\_\_\_\_  
NOME: MARIA V. DAL  
IDADE: 59 SEXO: F (X) M ( )  
LOCAL DE OCORRÊNCIA: R. P. JOSE TADA  
BAIRRO: AND

HORA DA OCORRÊNCIA: 13:25  
CHEGADA AO LOCAL: 13:28  
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. ( ) DESABAMENTO 07. ( ) CHOQUE ELÉTRICO 11. ( ) JÁ REMOVIDO  
04. ( ) INTOXICAÇÃO 08. ( ) QUEDA 12. ( ) FALSO AVISO

RAZÃO DO ATENDIMENTO: QUEDA DE MOTO

DOENÇAS ANTERIORES: \_\_\_\_\_

MEDICAMENTOS: \_\_\_\_\_

ALERGIAS: \_\_\_\_\_

CORPO DE BOMBEIROS MILITAR

AV. MAL CASTELO BRANCO, 134

BAIRRO ESPERANÇA, CEP 20.140-000

10.413 - CEARÁ

RESPIRAÇÃO

QUENTE (X) SECA ( )

FRIA ( ) UMIDA ( )

NORMAL ( ) NORMAL ( )

RESPIRAÇÃO

SUPERFICIAL ( )

DIFÍCIL ( )

NORMAL (X)

AUSENTE ( )

PULSO RADIAL

IRREGULAR ( )

FRACO ( ) AUSENTE ( )

REGULAR (X)

ENCHIMENTO CAPILAR

NORMAL (X)

RETARDADO ( )

AUSENTE ( )

SANGRAMENTO

AUSENTE (X)

MINIMO ( )

MODERADO ( )

INTENSO ( )

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA INICIAL

ALERTA (X)

RESPOSTA A COMANDOS ( )

RESPOSTA A ESTÍMULOS ( )

SEM RESPOSTA ( )

FALA

NORMAL (X)

CONFUSA ( )

INTELIGÍVEL ( )

NENHUMA ( )

PUPILAS

2 3 4 5 6 7 8 9

D \_\_\_\_\_ mm E \_\_\_\_\_ mm

REAGENTE (X) REAGENTE (X)

SEM REACÃO ( ) SEM REACÃO ( )

SINAIS VITAIS:

HORA: \_\_\_\_\_

PA: \_\_\_\_\_

PULSO: \_\_\_\_\_

NATUREZA DA DOENÇA OU LESÕES PRINCIPAIS: SUSPEITA DE FRATURA

ACOMPANHANTE: MARIA MARIA V. DAL DE OLIVEIRA

PROCEDIMENTO REALIZADOS:

( ) ASPIRAÇÃO ( ) CURATIVOS (X) PRONHA CURTA

( ) OXIGÊNIO ( ) BANDAGENS ( ) COLAR CERVICAL

( ) ASSIST. VENTILATÓRIA ( ) IMOBILIZAÇÃO DE MEMBROS (X) OUTROS

( ) RCP ( ) FÉRULA DE TRACÃO

( ) ASSIST. OBSTÉTRICA ( ) LÍQUIDO EV.

CONDIÇÕES DE CHEGADA AO HOSPITAL:

( ) MELHORADO ( ) ANTES DO SOCORRO

( ) PIORADO ( ) ANTES DO TRANSPORTE

(X) INALTERADO ( ) NO TRANSPORTE

HOSPITAL DE DESTINO: H.F.T.

VISTO: 11/01/2018

REC. 03 MAI 2018

Nome: \_\_\_\_\_



Guia de atendimento - TRAUMATOLOGIA

DADOS DO PACIENTE

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

DADOS DO ATENDIMENTO

|  |   |   |           |     |
|--|---|---|-----------|-----|
| Data Atendimento<br>05/12/2017                       | Hora<br>13:11                           | Convênio<br>SUS                             | Matrícula | CID |
| Profissional do Atendimento<br>CARLOS ATILA DA SILVA | CRM/UF<br>14577/CE                      | Tipo Atendimento<br>ATENDIMENTO DE URGÊNCIA |           |     |
| Indicador de Acidente                                | Funcionário<br>NAYANE COELHO DE HOLANDA |   |           |     |
| Observação   |   |   |           |     |

|      |                     |    |     |  |
|------|---------------------|----|-----|--|
| Sala | Data/Hora Liberação | às | hs. | Tipo de Saída<br>( ) Alta ( ) Internação ( ) Óbito |
|------|---------------------|----|-----|--|

|               |           |             |        |         |         |           |
|---------------|-----------|-------------|--------|---------|---------|-----------|
| Sinais Vitais | Peso (kg) | Altura (cm) | T (°C) | P (bpm) | R (mpm) | PA (mmHg) |
|---------------|-----------|-------------|--------|---------|---------|-----------|

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

MO: Luxação Anular D? / Fratura Viena  
Site apresentando fratura Viena D, após acidente motorciclístico  
① Glicopirato 100mg + SFO 9% 100ml EV.

② R-pirone 2g + AOEV.

Dr. Frederico A. Bezerra Oliveira  
Médico  
CREMEC 17.240

③ Análises de Traumatologia

~~motora 10mg.~~  
~~100ml~~ OI FA+ 100ml SFO 9% EV. 15:30  
- SFO 9% 500ml EV. 600

Dr. Ednirio A. Bezerra  
Médico  
CREMEC 17.935

Fratura de Viena maxilar  
Aguardando TC.



CARLOS ATILA DA SILVA - CRM: 14577

Assinatura Paciente/Responsável  
Responsável: MARIA VIDAL

## RECEITUÁRIO MÉDICO

NOME DO PACIENTE:

*Atestado unidos.*

*Atento para fins de prova, que  
o Sr. Vidal, vítima de acidente de  
trânsito (sic) com fraturas cominadas,  
em quatro partes, do osso max-  
ilar direito. Encontra-se em tratamento  
to conservador de lábio com imobiliza-  
ção tipo viciado. Ainda não apresenta  
fratura consolidada. Solicito afastamento  
de suas atividades por 180 (cento e oitenta  
dias). CID: S42*

IGUATU, 23 de 01 de 2018



ASSINATURA E CRM

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

*Dr. Frederico Alencar*  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM 10376/TEOT 11928

Guia de atendimento - TRAUMATOLOGIA

DADOS DO PACIENTE

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

DADOS DO ATENDIMENTO

|  |               |                 |   |   |
|--|---------------|-----------------|---|---|
| Data Atendimento<br>05/12/2017                       | Hora<br>13:11 | Convênio<br>SUS | Matrícula                               | CID   |
| Profissional de Atendimento<br>CARLOS ATILA DA SILVA |               |                 | CRM/UF<br>14577/CE                      | Tipo Atendimento<br>ATENDIMENTO DE URGÊNCIA |
| Indicador de Acidente                                |               |                 | Funcionário<br>NAYANE COELHO DE HOLANDA |   |
| Observação   |               |                 |   |   |

|      |                     |    |     |   |
|------|---------------------|----|-----|---|
| Sala | Data/Hora Liberação | às | hs. | Tipo de Sida<br>( ) Alta ( ) Internação ( ) Óbito |
|------|---------------------|----|-----|---|

|               |           |             |       |         |         |           |
|---------------|-----------|-------------|-------|---------|---------|-----------|
| Sinais Vitais | Peso (kg) | Altura (cm) | T(°C) | P (bpm) | R (rpm) | PA (mmHg) |
|---------------|-----------|-------------|-------|---------|---------|-----------|

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

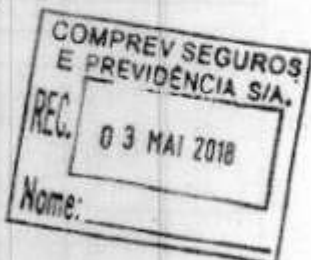
Mo: Laxação Anular D? / Fratura Unid  
fete apresentando fratura Unid D, após acidente motorciclístico

- ① Cetopropeno 100mg + SFO 9% 100ml EV.
- ② Pipirone 2g + ASA
- ③ Análises de Traumatologia

Dr. Frederico A. Bezerra Alves  
Médico  
CREMEC 17.240

metilpred 10mg.  
Lactato de 01 FA + 100ml SFO 9% EV.  
- SFO 9% 500ml EV.

Fratura de unguem proximal  
Aguarde TC.



CARLOS ATILA DA SILVA - CRM: 14577

Assinatura Paciente/Responsável  
Responsável: MARIA VIDAL



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



REGISTRO DE SOCORRO Nº

TURNO

RESGATE Nº \_\_\_\_\_ FB \_\_\_\_\_ DATA 05/12/17  
NOME: MARIA VIAL  
IDADE: 59 SEXO: F (X) M ( )  
LOCAL DE OCORRÊNCIA: R. Manoel de Almeida  
BAIRRO: J. P. N. S.

HORA DA OCORRÊNCIA: 13:15  
CHEGADA AO LOCAL: 13:18  
SAÍDA DO LOCAL: 13:21  
CHEGADA AO HOSPITAL: 13:33  
SAÍDA DO HOSPITAL: \_\_\_\_\_  
CHEGADA AO P.B.: \_\_\_\_\_

TIPO DE OCORRÊNCIA

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

RAZÃO DO ATENDIMENTO: QUEDA DE MOTO

DOENÇAS ANTERIORES

MEDICAMENTOS

ALERGIAS

CORPO DE BOMBEIROS MILITARES

1º BATALHÃO DE BOMBEIROS

AV. MAL CASTELHANO, 1.111

CEP: 01001-900

TELEFONE: (11) 3333-3333

ENDEREÇO: R. Manoel de Almeida

BAIRRO: J. P. N. S.

CIDADE: SÃO PAULO

UF: SP

CEP: 01001-900

TELEFONE: (11) 3333-3333

ENDEREÇO: R. Manoel de Almeida

BAIRRO: J. P. N. S.

CIDADE: SÃO PAULO

UF: SP

CEP: 01001-900

TELEFONE: (11) 3333-3333

ENDEREÇO: R. Manoel de Almeida

BAIRRO: J. P. N. S.

CIDADE: SÃO PAULO

UF: SP

CEP: 01001-900

TELEFONE: (11) 3333-3333

ENDEREÇO: R. Manoel de Almeida

BAIRRO: J. P. N. S.

CIDADE: SÃO PAULO

UF: SP

CEP: 01001-900

TELEFONE: (11) 3333-3333

ENDEREÇO: R. Manoel de Almeida

BAIRRO: J. P. N. S.

CIDADE: SÃO PAULO

UF: SP

CEP: 01001-900

TELEFONE: (11) 3333-3333

ENDEREÇO: R. Manoel de Almeida

BAIRRO: J. P. N. S.

CIDADE: SÃO PAULO

UF: SP

CEP: 01001-900

TELEFONE: (11) 3333-3333

ENDEREÇO: R. Manoel de Almeida

BAIRRO: J. P. N. S.

CIDADE: SÃO PAULO

UF: SP

CEP: 01001-900

TELEFONE: (11) 3333-3333

ENDEREÇO: R. Manoel de Almeida

BAIRRO: J. P. N. S.

CIDADE: SÃO PAULO

UF: SP

CEP: 01001-900

TELEFONE: (11) 3333-3333

ENDEREÇO: R. Manoel de Almeida

BAIRRO: J. P. N. S.

CIDADE: SÃO PAULO

UF: SP

CEP: 01001-900

TELEFONE: (11) 3333-3333

ENDEREÇO: R. Manoel de Almeida

BAIRRO: J. P. N. S.

CIDADE: SÃO PAULO

UF: SP

CEP: 01001-900

TELEFONE: (11) 3333-3333

ENDEREÇO: R. Manoel de Almeida

BAIRRO: J. P. N. S.

CIDADE: SÃO PAULO

UF: SP

CEP: 01001-900

TELEFONE: (11) 3333-3333

ENDEREÇO: R. Manoel de Almeida

BAIRRO: J. P. N. S.

CIDADE: SÃO PAULO

UF: SP

CEP: 01001-900

TELEFONE: (11) 3333-3333

ENDEREÇO: R. Manoel de Almeida

BAIRRO: J. P. N. S.

CIDADE: SÃO PAULO

UF: SP

CEP: 01001-900

TELEFONE: (11) 3333-3333

ENDEREÇO: R. Manoel de Almeida

BAIRRO: J. P. N. S.

CIDADE: SÃO PAULO

UF: SP

CEP: 01001-900

TELEFONE: (11) 3333-3333

ENDEREÇO: R. Manoel de Almeida

BAIRRO: J. P. N. S.

CIDADE: SÃO PAULO

UF: SP

CEP: 01001-900

TELEFONE: (11) 3333-3333

ENDEREÇO: R. Manoel de Almeida

BAIRRO: J. P. N. S.

CIDADE: SÃO PAULO

UF: SP

CEP: 01001-900

TELEFONE: (11) 3333-3333

ENDEREÇO: R. Manoel de Almeida

BAIRRO: J. P. N. S.

CIDADE: SÃO PAULO

UF: SP

CEP: 01001-900

TELEFONE: (11) 3333-3333

ENDEREÇO: R. Manoel de Almeida

BAIRRO: J. P. N. S.

CIDADE: SÃO PAULO

UF: SP

CEP: 01001-900

TELEFONE: (11) 3333-3333

ENDEREÇO: R. Manoel de Almeida

BAIRRO: J. P. N. S.

CIDADE: SÃO PAULO

UF: SP

CEP: 01001-900

TELEFONE: (11) 3333-3333

ENDEREÇO: R. Manoel de Almeida

BAIRRO: J. P. N. S.

CIDADE: SÃO PAULO

UF: SP

CEP: 01001-900

TELEFONE: (11) 3333-3333

ENDEREÇO: R. Manoel de Almeida

BAIRRO: J. P. N. S.

CIDADE: SÃO PAULO

UF: SP

CEP: 01001-900

TELEFONE: (11) 3333-3333

ENDEREÇO: R. Manoel de Almeida

BAIRRO: J. P. N. S.

CIDADE: SÃO PAULO

UF: SP

CEP: 01001-900

TELEFONE: (11) 3333-3333

ENDEREÇO: R. Manoel de Almeida

BAIRRO: J. P. N. S.

CIDADE: SÃO PAULO

UF: SP

CEP: 01001-900

TELEFONE: (11) 3333-3333

ENDEREÇO: R. Manoel de Almeida

BAIRRO: J. P. N. S.

CIDADE: SÃO PAULO

UF: SP

CEP: 01001-900

TELEFONE: (11) 3333-3333

ENDEREÇO: R. Manoel de Almeida

BAIRRO: J. P. N. S.

CIDADE: SÃO PAULO

UF: SP

CEP: 01001-900

TELEFONE: (11) 3333-3333

ENDEREÇO: R. Manoel de Almeida

BAIRRO: J. P. N. S.

CIDADE: SÃO PAULO

UF: SP

CEP: 01001-900

TELEFONE: (11) 3333-3333

ENDEREÇO: R. Manoel de Almeida

BAIRRO: J. P. N. S.

CIDADE: SÃO PAULO

UF: SP

CEP: 01001-900

TELEFONE: (11) 3333-3333

ENDEREÇO: R. Manoel de Almeida

BAIRRO: J. P. N. S.

CIDADE: SÃO PAULO

UF: SP

CEP: 01001-900

TELEFONE: (11) 3333-3333

ENDEREÇO: R. Manoel de Almeida

BAIRRO: J. P. N. S.

CIDADE: SÃO PAULO

UF: SP

CEP: 01001-900

TELEFONE: (11) 3333-3333

ENDEREÇO: R. Manoel de Almeida

BAIRRO: J. P. N. S.

CIDADE: SÃO PAULO

UF: SP

CEP: 01001-900

TELEFONE: (11) 3333-3333

ENDEREÇO: R. Manoel de Almeida

BAIRRO: J. P. N. S.

CIDADE: SÃO PAULO

UF: SP

CEP: 01001-900

TELEFONE: (11) 3333-3333

ENDEREÇO: R. Manoel de Almeida

BAIRRO: J. P. N. S.

CIDADE: SÃO PAULO

UF: SP

CEP: 01001-900

TELEFONE: (11) 3333-3333

ENDEREÇO: R. Manoel de Almeida

BAIRRO: J. P. N. S.

CIDADE: SÃO PAULO

UF: SP

CEP: 01001-900

TELEFONE: (11) 3333-3333

ENDEREÇO: R. Manoel de Almeida

BAIRRO: J. P. N. S.

CIDADE: SÃO PAULO

UF: SP

CEP: 01001-900

TELEFONE: (11) 3333-3333

ENDEREÇO: R. Manoel de Almeida

BAIRRO: J. P. N. S.

CIDADE: SÃO PAULO

UF: SP

CEP: 01001-900

TELEFONE: (11) 3333-3333

ENDEREÇO: R. Manoel de Almeida

BAIRRO: J. P. N. S.

CIDADE: SÃO PAULO

UF: SP

CEP: 01001-900

TELEFONE: (11) 3333-3333

ENDEREÇO: R. Manoel de Almeida

BAIRRO: J. P. N. S.

CIDADE: SÃO PAULO

UF: SP

CEP: 01001-900

TELEFONE: (11) 3333-3333

ENDEREÇO: R. Manoel de Almeida

BAIRRO: J. P. N. S.

CIDADE: SÃO PAULO

UF: SP

CEP: 01001-900

TELEFONE: (11) 3333-3333

ENDEREÇO: R. Manoel de Almeida

BAIRRO: J. P. N. S.

CIDADE: SÃO PAULO

UF: SP

CEP: 01001-900

TELEFONE: (11) 3333-3333

ENDEREÇO: R. Manoel de Almeida

BAIRRO: J. P. N. S.

CIDADE: SÃO PAULO

UF: SP

CEP: 01001-900

TELEFONE: (11) 3333-3333

ENDEREÇO: R. Manoel de Almeida

BAIRRO: J. P. N. S.

CIDADE: SÃO PAULO

UF: SP

CEP: 01001-900

TELEFONE: (11) 3333-3333

ENDEREÇO: R. Manoel de Almeida

BAIRRO: J. P. N. S.

CIDADE: SÃO PAULO

UF: SP

CEP: 01001-900

TELEFONE: (11) 3333-3333

ENDEREÇO:





## RECEITUÁRIO MÉDICO

NOME DO PACIENTE:

Atestado unilob.

Atestado para fins de prova, para  
este atestado, vítima de acidente de  
trânsito (SR) com fraturas cominadas  
em quatro partes, do membro proxi-  
mal direito. Encontra-se em tratamento  
to conservador de nível com imobiliza-  
ção tipo gesso. Após 15 dias apresenta  
boa consolidação. Solicito atestado  
de sua atenuação por 180 (cento e oitenta)  
dias. CID: S42

IGATU, 23 de 01 2018



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

Dr. Frederico Alencar  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM 10787/FEOD/2009



## RECEITUÁRIO MÉDICO

NOME DO PACIENTE

Laudo Ortopédico.

Atento por Maria Vidal foi submetido a tratamento conservador de fratura de úmero proximal direito evoluindo com consolidação. Apresenta-se de alto com déficit de elevação rotações interna e externa e abdução moderados como espelhos deficiários. CID: S42.

IGUATU, 27 DE 09 2018

### ASSINATURA E CRM

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

Dr. Frederico Almeida  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM 10376 / 1107 11128





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO CEARÁ  
SECRETARIA DA ECONOMIA, FINANÇAS E DESENVOLVIMENTO  
PREFEITA MUNICIPAL CARLOS ALBERTO DE SOUZA  
MUNICÍPIO DE IGUATU - CEARÁ

**Potegar Direito**

*Maria Vidal*

**PROIBIDO PLASTIFICAR**

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO  
GERAL 2016063984 - 9 DATA DE  
EXPEDIÇÃO 26/02/2016

NOME  
MARIA VIDAL  
FILIAÇÃO  
JOSE VIDAL  
FRANCISCA VIDAL

NATURALIDADE IGUATU - CE DATA DE NASCIMENTO  
15/01/1958

DOC. ORIGIN  
CERT. NASCIMENTO - CARTÓRIO: 1 OFÍCIO TERMO: 1463 FOLHA: 125  
LIVRO: A-84 IGUATU - CE  
CPF 141.575.433-00

RG: ANT: 944896  
P.: 135

1 VIA

SECRETARIA DO GOVERNADOR  
LEI Nº 7.116 DE 20/08/83



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO CEARÁ  
SECRETARIA DA ECONOMIA E FINANÇAS E PREVIDÊNCIA SOCIAL  
PREFEITA MUNICIPAL CARLOS ALBERTO DE SOUZA  
DIRETORIA DE REGISTRO E IDENTIFICAÇÃO

**Potegar Direito**

**PROIBIDO PLASTIFICAR**

*Maria Vidal*

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO  
GERAL 2016063984 - 9 DATA DE  
EXPEDIÇÃO 26/02/2016

NOME  
MARIA VIDAL  
FILIAÇÃO  
JOSE VIDAL  
FRANCISCA VIDAL

NATURALIDADE  
IGUAU - CE DATA DE NASCIMENTO  
15/01/1958

DOC. ORIGIN  
CERT. NASCIMENTO - CARTÓRIO: 1 OFÍCIO TERMO: 1463 FOLHA: 125  
LIVRO: A-84 IGUAU - CE  
CPF 141.575.433-00

RG: ANT: 944896  
P.: 135

1 VIA

SECRETARIA DO SHETOR  
LEI Nº 7.116 DE 20/08/83



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

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

VIA 00617438366 RENAVAM 485321846 ANO FAB 2012 ANO LIC 2012

CICERO DE SOUZA MACHADO  
IGUATU/CE

CPF/CNPJ 00617438366 PLACA CIA6797

PLACA ANT. LE 22999712 CHASSI 9C2JC4110DR758292

ESPÉCIE TIPO F33/NOTO ALUMINIO APLIC COMBUSTIVEL GASOLINA

MARCA/MODELO HONDA/CG 125 FAN KS ANO FAB 2012 ANO LIC 2012

CAP/POT/CL 2P/0CV/124CC CATEGORIA ALLIQUOTEL

QDTA UNICA 1ª VENC. COTAS 1ª VENC. COTAS

PARCELAMENTO/COTAS 2ª VENC. COTAS 3ª VENC. COTAS

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) 123.04 ICF (R\$) 14.34 CUSTO DO SEGURO (R\$) 143.38

DATA DE PAGAMENTO 15/05/2018

IGUATU LOCAL

COBERTURA DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA, A PESSOA TRANSPORTADA OU NÃO - 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 1201

EXERCÍCIO 2016 DATA EMISSÃO 19/10/2017

VIA 00617438366 RENAVAM 485321846 PLACA CIA6797

MARKA/MODELO HONDA/CG 125 FAN KS

ANO FAB 2012 CATEG 03 CHASSI 9C2JC4110DR758292

PRÊMIO TARIFÁRIO

PRÊMIO (R\$) 123.04 DETRAN (R\$) 14.34 CUSTO DO SEGURO (R\$) 143.38

CUSTO DO BILHETE (R\$) 1.11 ICF (R\$) 14.34

PAGAMENTO COTA UNICA PARCELADO 1812/05/2018

PROPRIETÁRIO LOTE/DOC 126731 MOTOR: JC41E10731

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

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

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

VIA 00617438366 RENAVAM 485321846 ANO FAB 2012 ANO LIC 2012

CICERO DE SOUZA MACHADO  
IGUATU/CE

CPF/CNPJ 00617438366 PLACA CIA6797

PLACA ANT. LE 229997/CE CHASSI SC2JC4110DR758292

ESPÉCIE TIPO F33/NOTO ALUMINIO APLIC COMBUSTIVEL GASOLINA

MARCA/MODELO HONDA/CG 125 FAN KS ANO FAB 2012 ANO LIC 2012

CAP/POT/CL 2P/OCV/124CC CATEGORIA ALL/UEL

QDTA UNICA 1ª VENC. COTAS 1ª

PARCELAMENTO/COTAS 2ª 3ª

PREMIO TARIFARIO (R\$) 123.04 ICF (R\$) 14.34 PREMIO TOTAL (R\$) 143.38 DATA DE PAGAMENTO 15/05/2018

OBSERVAÇÕES

IGUATU LOCAL

COBERTURA DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA, A PESSOA TRANSPORTADA OU NÃO - 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 1201

EXERCÍCIO 2016 DATA EMISSÃO 19/10/2017

VIA 00617438366 RENAVAM 485321846 PLACA CIA6797

MARKA/MODELO HONDA/CG 125 FAN KS

ANO FAB 2012 CATEG 03 CHASSI SC2JC4110DR758292

PRÊMIO TARIFÁRIO

PREMIO (R\$) 123.04 DEDUÇÃO (R\$) 14.34 CUSTO DO SEGURO (R\$) 143.38

CUSTO DO BILHETE (R\$) 1.11 ICF (R\$) 14.34


PAGAMENTO COTA UNICA PARCELADO 1812/05/2018

PROPRIETÁRIO LOTE/DOC 126731 MOTOR: JC41E107352

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



# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder das  
Condições 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

Boletim de ocorrência  
Comprovação de ato declaratório  
Declaração de Inexistência de IML  
Declaração do Proprietário do Veículo  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação  
DUT  
Outros

**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](http://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

MARIA VIDAL

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

PATRICIA DA SILVA NOGUEIRA



# 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

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](http://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](http://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 de Seguro DPVAT

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0367836/18

Vítima: MARIA VIDAL

CPF: 141.575.433-00

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 05/12/2017

Titular do CPF: MARIA VIDAL

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  
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](http://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

**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            |

## ESPECIALISTA

**Empresa:** Líder- Serviços AMD

**Grupo:** EQ1

**Nome:** MARCELO DE TOLEDO FERNANDES TERRIGNO

**CRM:** 5255920-8

**UF do CRM:** RJ

**Assinatura:**

# 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

**Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

**Data do acidente:** 05/12/2017

**CPF de:** Próprio

**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 médico-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](http://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