



Seguradora Líder - DPVAT

Rio de Janeiro, 10 de Outubro de 2016

Carta nº: 9849729

A/C: REGINA SHERLE DA SILVA FERREIRA

Sinistro: 3160601850 ASL-1087287/16
Vítima: REGINA SHERLE DA SILVA FERREIRA
Data Acidente: 26/05/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: DAMIAO GOMES DA SILVA

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

Em relação sinistro acima referenciado, comunicamos que após análise da documentação apresentada, foi detectada a necessidade de informações complementares, razão pela qual está sendo interrompido o prazo regulamentar para o pagamento da indenização.

Pedimos aguardar novo pronunciamento o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as averiguações cabíveis.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.dpvatsegurodotransito.com.br.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do inicio ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





Seguradora Líder - DPVAT

Rio de Janeiro, 08 de Fevereiro de 2017

Carta nº 10486382

A/C: REGINA SHERLE DA SILVA FERREIRA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3160601850 ASL-1087287/16
Vitima: REGINA SHERLE DA SILVA FERREIRA
Data Acidente: 26/05/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: DAMIAO GOMES DA SILVA

Ref.: REPROGRAMAÇÃO DE PAGAMENTO

Prezado(a) Senhor(a),

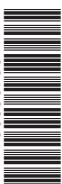
Informamos que consta em nossos registros rejeição da instituição bancária, devido aos dados bancários informados serem inconsistentes. Assim sendo, solicitamos esclarecimentos para regularização do impedimento, sendo necessário apresentação de novo formulário de Autorização de Pagamento preenchido e assinado e comprovante bancário atualizado.

Solicitamos que os documentos e/ou esclarecimentos sejam apresentados à **MBM SEGURADORA S/A** onde o aviso de sinistro foi registrado.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco pelo SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.dpvatsegurodotransito.com.br.

Atenciosamente.

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 03 de Março de 2017

Carta n°: 10604392

A/C: REGINA SHERLE DA SILVA FERREIRA

Sinistro: 3160601850 ASL-1087287/16
Vitima: REGINA SHERLE DA SILVA FERREIRA
Data Acidente: 26/05/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: DAMIAO GOMES DA SILVA

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: REGINA SHERLE DA SILVA FERREIRA

Valor: R\$ 7.087,50

Banco: 104

Agência: 000003587

Conta: 0000023137-4

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	7.087,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 70%) 52,50%

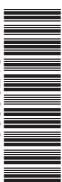
Valor a indenizar: 52,50% x 13.500,00 = R\$ **7.087,50**

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoraslider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Sinistro: 3160601850 - 2

Nome do(a) Examinado(a): REGINA SHERLE DA SILVA FERREIRA

Endereço do(a) Examinado(a): RUA JOAO ROMAO DE SA BARRETO nº 251 - BREJO SECO - JUAZEIRO DO NORTE/CE

Identificação - Órgão Emissor/UF/Número: RG 2003034092671 - SSP

Data local do exame: 26/01/2017 JUAZEIRO DO NORTE/CE

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)

FRATURA DIAFISARIA DO FEMUR ESQUERDO.

a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação?

SIM NÃO

b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico?

SIM NÃO

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações.

TRATAMENTO CIRURGICO,OSTEOSSINTESE COM PLACA, EVOLUÇÃO COM HIPOTROFIA E ENCURTAMENTO SIGNIFICATIVO, INFECÇÃO, NECESSIDADE DE LIMEPEZA MECANICA E ANTIBIOTICOTERAPIA. ATUALMENTE COM BLOQUEIO DA EXTENSÃO E FLEXÃO DO JOELHO ESQUERDOS.

III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)?

SIM NÃO

Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

LIMITAÇÃO FUNCIONAL INTESA DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO

IV. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações(*):

Vítima em tratamento

Sem sequela permanente

Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica

Exame não permite conclusão

Vide motivo do impedimento no campo das observações

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

Região Corporal(Sequela)

Região Corporal(Sequela)

MEMBRO INFERIOR ESQUERDO

10% 25% 50% 75% 100%

10% 25% 50% 75% 100%

Região Corporal(Sequela)

Região Corporal(Sequela)

10% 25% 50% 75% 100%

10% 25% 50% 75% 100%

c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinalar a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações(*):

Total = "100% da IS"

V. Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valorização do dano corporal.

EVOLUÇÃO INSATISFACTORIA COM COMPLICAÇÕES DA FRATURA E ACOMETIMENTO INTENSO DO MEMBRO. -

Local e data de realização do exame médico legal:

CE - JUAZEIRO DO NORTE, 26/01/2017

Médico Perito: GABRIELA GRACA SUARES PINTO CRM:52.66379-4/RJ

Gabriela Graca
Ortopedista
CRM 52.66379-4

Assinatura do perito Examinador - CRM

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DC



Certidão de Inexistência de IML

Nº DO SINISTRO _____ CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA _____

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do beneficiário da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, a não que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

Regina Sherle da Silva Ferreira

REITADOR(A) DO RG Nº 20030340926-7 EXPEDIDO POR 339 P/ce EM 07/10/08 E

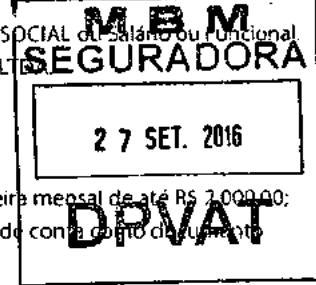
0399651313-28 /CNPJ 00000000000000000000 PROFISSÃO Recurso

E RENDA MENSAL DE R\$ Recurso (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VITIMA Regina Sherle da Silva Ferreira, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados não devem, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional;
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPIANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta com documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.



IMPORTANTE: Também não devem ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 3584 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 23.131-4

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

Nº do BANCO 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 3584 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 23.131-4

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

flaquerio do bento 09 de Setembro de 2016 Xregina Sherle da Silva Ferreira

LOCAL E DATA

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

! ATENÇÃO

O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.

Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.



AUTO-ATENDIMENTO - AG. NOVA JUAZEIRO
DATA: 05/08/2016 HORA: 15:07:59
TERMINAL: 35871005 CONTROLE: 358710050805

COMPROVANTE DE TRANSFERÊNCIA ELETRÔNICA
DE VALORES - TEV

REMETENTE

CGC/AGÊNCIA : 3587 / NOVA JUAZEIRO
CONTA : 013.00.008.401-0
NOME : DAMIAD GOMES DA SILVA

FAVORECIDO DJ - 4

CGC/AGÊNCIA : 3587 / NOVA JUAZEIRO
CONTA : 013.00.023.137-4
NOME : REGINA SHERLE DA S FERREIRA

VALOR :

DATA DE EFETIVAÇÃO : 05/08/2016

DEBITO REALIZADO COM SUCESSO. A PREVISÃO
DO CREDITO NA CONTA DESTINO E DE 30
MINUTOS.

Informações, reclamações, sugestões e elogios

SAC CAIXA: 0800-726 0101

Ouvidoria da CAIXA: 0300-725 7474

www.caixa.gov.br





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



ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
PÓLICIA CIVIL

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 488 - 10542 / 2016

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: ACIDENTE DE TRÂNSITO

Data / Hora da Comunicação: 07/07/2016 11:46:05

Data / Hora da Ocorrência: 26/05/2016 04:00:00

Endereço da Ocorrência: AV CASTELO BRANCO

Complemento:

Bairro: PIRAJA Município: JUAZEIRO DO NORTE/CE

Ponto de Referência: ESQINA COM E SÃO BENEDITO

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: REGINA SHERLE DA SILVA FERREIRA

Nascimento: 30/12/1985 CPF: 039.965.373-28

RG: 2003034092671 Orgão Emissor: SSP

UF: CE

Filiação: IRIS MARIA DA SILVA FERREIRA

JOSE VICENTE FERREIRA

Endereço: RUA JOÃO ROMÃO, 251

Bairro: BREJO SECO

CEP:

Município: JUAZEIRO DO NORTE/CE

País: BRASIL

Telefone:

Noticiante(s)

Nome: JOSE CARLOS DA SILVA

Nascimento: 07/01/1979 CPF: 862.956.913-15

RG: 97029112152 Orgão Emissor: SSP

Filiação: RAIMUNDA DOS SANTOS DA SILVA

ANTONIO NOGUEIRA DA SILVA

Endereço: RUA JOÃO ROMÃO, 251

Bairro: BREJO SECO

M.B.M.
SEGURADORA

27 SET. 2016 UF: CE

Município: JUAZEIRO DO NORTE/CE

País: BRASIL

Telefone: (88) 98831-9387

DPVAT

CEP:

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: MZA007B UF: CE Município: JUAZEIRO DO NORTE Chassi: 9C6KE092070062249 Renavam: 907720676 Tipo do Veículo: MOTOCICLETA Marca / Modelo: YAMAHA/YBR 125K Ano Fabricação: 2006 Ano Modelo: 2007 Combustível: GASOLINA Cor: LARANJA Proprietário: JOSE CARLOS DA SILVA Situação: NÃO INFORMADO Envolvimento: ENVOLVIDO

Histórico

Advertido das penalidades cometidas ao crime de falso testemunho, relata a Vítima/Noticiante QUE conduzia a Motocicleta acima identificada e transportava a pessoa de Regina Sherle da Silva Ferreira como passageira, sendo que, após passarem por uma lombada, Regina Sherle veio a cair para trás, em virtude de ter ingerido bebida alcoólica, vindo ela a fraturar a diafise do fêmur esquerdo, além de escoriações em ombro esquerdo. A vítima foi socorrida pelo SAMU para o HRC. E nada mais disse.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE JUAZEIRO DO NORTE

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO: *[Assinatura]*

JOSE ORISMAR RICARTE JUNIOR - MAT.: 404965-1-3



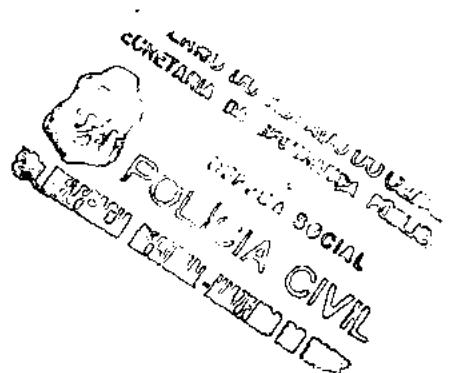
GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
PÓLICIA CIVIL
DELEGACIA REGIONAL DE JUAZEIRO DO NORTE

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 488 - 10542 / 2016

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: X José Carlos da Silva

VISTO DO DELEGADO(A):

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





DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, Regina Shernle da Silva Ferreira, portador da carteira de identidade nº 8903034092643 e inscrito no CPF/MF sob o nº 039.465.343-28, residente e domiciliado na Rua João Boboão, nº 253 - Bairro Seco, cidade Juazeiro do Norte Estado Ceará, declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
- O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (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 a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter a 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 previa concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

X Regina Shernle da Silva Ferreira

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

Juazeiro do Norte - CE, 26/09/16

Local e data





M
SEGUR.

0005
PADO JO CEARÁ
Maringá 2016

27 SET. 2016

FICHA DE ATENDIMENTO

DPVAT

IDENTIFICAÇÃO PACIENTE/CADASTRO

Nome: REGINA SHERLE DA SILVA FERREIRA

Prontuário: 133197 Admissão: 26/05/2016

Data Nasc.: 01/01/1990 Idade: 26 ano(s) 4 mes(es) e 25 dia(s)

Telefone: 88 88242279

Mãe: NAO INFORMADO

Sexo: Feminino RG:

Município: JUAZEIRO DO NORTE

CEP: 63010-000

Bairro:

Endereço: RUA SAO MAMEDE

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Risco: LARANJA

Classificador: VERA SANDRA CALIXTO ALVES

Horário: 05:06

Queixa: paciente chega ao serviço, vítima de acidente de moto, apresentando escoriações pelo corpo e dor em mie

Fluxograma: TRAUMA MAIOR

Discriminador: DOR INTENSA

15 Temp.:

Glicemia:

Régua: 8

Pulso/FC:

ATENDIMENTO

Médico: FRANCISCA PRISCILA SAMPAIO CRUZ TELES

CRM: 16756

Nº Atendimento: 325069

P.A.:

Acidente: Sim

Agressão: Não

Peso:

Eixo: PEQUENAS CIRURGIAS

Hipótese Diagnóstico: MOTOCICLISTA (QUALQUER) TRAUMATIZADO EM UM ACIDENTE DE TRANSITO NAO ESPECIFICADO

Comorbidade:

HDA/Exame Físico:

PACIENTE COMPARCE AO SERVIÇO COM HISTÓRICO DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO, PACIENTE TRAZIDO PELO SAMU , PRANCHA RÍGIDA, SEM COLAR CERVICAL. REALATA PERDA DA CONSCIENCIA, NEGA NAUSEA OU VOMITOS, NEGA DOR EM COLUNA CERVICAL TORACICA OU LOMBAR. APRESENTANDO SINAIS DE EMBRIAGUEZ. . AO EXAME FÍSICO:

A - VIAS ÁREAS PERTURBADORAS, SE SINAIS DE OBSTRUÇÃO.

B- PACIENTE EUPNÉICO, AUSÊNCIAS DE HEMATOMAS OU CONTUSÕES EM TÓRAX. N EGA DOR VENTILATÓRIO DEPENDENTE, BOA EXPANSIBILIDADE TORACICA, MV+ RA-

C- HEMODINAMICAMENTE ESTÁVEL, AUSÊNCIA DE SANGRAMENTO ATIVO. PA 120X80 FC 90
GLASGOW 15, CONSCIENTE E ORIENTADA

D- PRESENÇA DE ESCORIAÇÕES EM OMBRO ESQUERDO E FACE. REFERE INTENSA DOR A PALPAÇÃO DE COXA ESQUERDA, COM LIMITAÇÃO DA MOVIMENTAÇÃO DO MEMBRO SOLICITO EXAMES DE IMAGEM. RX. TORAX, COLUNA CERVICAL.

comprovação do ato declararatório

EXAME

pág 1/2

Nome	Data Solicitação	Urgente	Situação
RX COLUNA LOMBO-SACRA AP/LATERAL (0204020069)	26/05/201 05:33	Não	Pendente
RX TORAX (LEITO) (0204030170) =>REX	26/05/201 05:33	Não	Pendente
HEMOGRAMA COMPLETO =>REX (0202020380)	26/05/201 05:33	Não	Pendente
RX COLUNA CERVICAL AP/LATERAL (0204020034)	26/05/201 05:33	Não	Pendente
RX FEMUR E AP/P (0204060117)	26/05/201 05:33	Não	Pendente
RX JOELHO E AP/P (0204060125)	26/05/201 05:33	Não	Pendente

PREScrição

Médico: FRANCISCO BRUNO CELIAO CABRAL

CRM: 16420

26/05/16 05:36

Prescrição	Horário:
METOCLOPRAMIDA 1 AMP + AD EV SE NAUSEA E VOMITOS DE 8/8H	
CETOPROFENP 1 AMP + 100M DE SF 0,9% EV 12/12H	08:00
DIETA ZERO	
SF 0,9% 1000ML EV ABERTO	
SG5% 500ML EV DE 8/8H	
TRAMAL 1 AMP + 100ML DE SF 0,9% EV DE 8/8H	07:30

ENCAMINHAMENTO - CONDUTA FINAL

Alta. Conduta

Observação

Referência para:

Óbito

P/11. Grua: 26/05/16 dd

Procurar clínica eletiva e enviar ao Dr.
Adriano do Rio, 62160-25.

sw) Fisiológico

nn) distensione,

nos anais o t.o.



complemento "comp. do ato"

pág 02/02



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: 23/02/2017

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 7.087,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: REGINA SHERLE DA SILVA FERREIRA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03587

CONTA: 00000023137-4

Nr. da Autenticação 53F9A0777BFA1C91



0015-
Comunicação de alta declaração

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Regina Shorle da Silva Ferreira,

RG nº 10030234099673, data de expedição 04/10/08, Órgão SSP/EE,

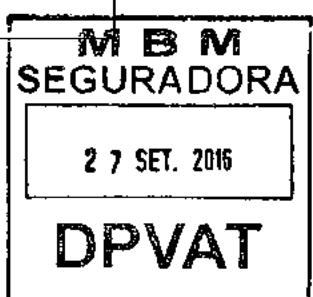
CPF nº 039.965.373-98, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Rua João Romão</u>
Número	<u>253</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>Brejo Seco</u>
Cidade	<u>Jucazeiro do Norte</u>
Estado	<u>Ceará</u>
CEP	<u>63.038-130</u>
Telefone de Contato	<u>(88) 3542-0398</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data:

Jucazeiro do Norte-CE, 26/09/16



Assinatura do Declarante: Regina Shorle da Silva Ferreira

0420334-1

Rua Padre Valdeviro, 150
CEP 60135-040 Fortaleza CE
CNPJ 07.047.251/0001-70 CGF 06.105.848-3

Rua Padre Valdeviro, 150
CEP 60135-040 Fortaleza CE
CNPJ 07.047.251/0001-70 CGF 06.105.848-3

NOTA DE ENERGIA ELÉTRICA | GLEIPO B | SÉRIE 03 | P 002

637414159

Rota 03 13000 05 111900 - 2

Data de Emissão

06/07/2016

Nome JOSE VICENTE FERREIRA

End. Postal RU JOAO ROMAO 00251

BREJO SECO - JUAZEIRO DO NORTE - 63000000

Métrador 1857718

Portaria 00000 0000

Classe 01-RESIDENCIAL MONOFASICO BAIXA RENDA | Fator de Potência 0,00

RG / CPF / CNPJ 325466103-68

CGF

Nome do Responsável

DEBITOS

Mês da Referência	Data de Apresentação	Próxima Leitura	PERÍODO DE REFERÊNCIA DA CONTA ATUAL					
JUL/2016	06/07/2016	05/08/2016	Dias 01/2016 ENU 27,29					

ICMS

Base de Cálculo (R\$)	Alíquota	Valor do Imposto	Padrao Individual	Alíquota Individual	Base de Cálculo (R\$)	Alíquota	Valor do Imposto
ISENTO			DIC	5,87	18,15	28,30	0,00
			FIC	3,23	6,47	12,95	0,00
			DMIC	2,06		0,00	0,00

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

9688.661E.5052.6043.5280.0310.4482.B2NC

INFORMAÇÕES SOBRE O CONSUMO ATIVADO DA CONTA

Lct. Atual	Lct. Anterior	Const.	Consumo (kWh)	Conc. Incl.	Conc. Falt.	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
6145	6333	1,00	112	0,00	50 70 12	0,17231 0,29546 0,44310	5,16 26,67 5,33

06/07/16 06/06/16 30 DIAS 112 0,16

DESCRICAÇÃO VALOR (R\$)

VALOR CONSUMO DO MES	31,16
QUOTA PARCELAMENTO 1/5	29,13
MULTA MORATORIA REF 06/2016	0,75
PIS-COFINS COMPLEMENTAR-TARIFA BAIXA RENDA	1,24
CASA SEGURA 0800 600 0560	7,90
CASA PROTEGIDA 0800-600-0560	7,90

VENCIMENTO 13/07/2016 TOTAL A PAGAR (R\$) 78,08

COMPONENTES DO VALOR DE CONSUMO		HISTÓRICO DE CONSUMO (ultimo 12 meses)											
Energia	19,18												
Transmissão	0,47												
Distribuição	0,65												
Encargos Salariais	3,34												
Tributos (ICMS PIS/COFINS)	2,84												
TOTAL	32,40	143	112	122	142	159	145	111	165	147	163	170	141
		MED	JUL	JUN	MAI	ABR	MAR	FEV	JAN	DES	NOV	OUT	SET

CONSUMO - GEMINIANO - EMISSÃO DE 06/07/2016

Compõe suas emissões pelo consumo de energia elétrica através do Ecotax.

Emitido kg(CO₂) Compensado kg(CO₂) Consciência Ecológica (% CO₂)

48,41 0,00 0,00 0,00

Informações importantes e avisos de vencimento

CONTAS EM ATRASO

Previo Aviso
NOTIFICAÇÃO DE SUSPENSÃO DO FORNECIMENTO DE ENERGIA ELÉTRICA
Prezado Cliente, constatou em nossos controles contábil(s) em atraso.
Sobre o detalhamento do débito, O não pagamento da dívida implica na possibilidade de suspensão do fornecimento de energia em 15 dias após à entrega deste, conforme previsto no Res. ANEEL 414/10, Art. 172 c/c 173, bem como o envio das informações aos ÓRGÃOS DE PROTEÇÃO AO CRÉDITO E CARTÓRIO DE PROTESTO. Caso já tenha efetuado o pagamento, favor desconsiderar o aviso.

Consta desta fatura R\$ 2,84 referente a PIS e COFINS.
(Art. 5 Res. 100/2005 - ANEEL e 16.337/02 e 16.633/02)

Nº do Cliente: 5420334-1 Referência: Jul/2016
Data de Emissão: 06/07/2016 Total a Pagar (R\$): 78,08
Nº da Nota Fiscal: 437414159 Nº de Conta: 0005420334 00039 39472 61

83800000000-9 78080031000-7 00054203340-2 00393947271-0





0015*

Imprimir

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Damiao Gomes da Silva,RG nº CNH 03399605027, data de expedição 28/09/12, Órgão Detran,CPF nº 968.453.503-10, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Av. Sebastião Mariano da Silva</u>
Número	<u>653</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>Tiradentes</u>
Cidade	<u>Juazeiro do Norte</u>
Estado	<u>Ceará</u>
CEP	<u>63031-590</u>
Telefone de Contato	<u>(88) 99981-8213</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Juazeiro do norte, CE 06/09/16

Assinatura do Declarante:

Damiao Gomes da Silva.

7203961-2

430786072

09/05/2016

05 13000 11 064822 - 0

TATIANA DA SILVA FERREIRA

AV SEBASTIAO MARIANO DA SILVA 00653
TIRADENTES - JUAZEIRO DO NORTE - 6300000

2731180 0000 0000
01-RESIDENCIAL MONOFASICO BAIXA RENDA 0,00
067460033-98

JUIZEIRO DO NORTE	
Mai/2016	EUSD 19.14
09/05/2016, 03/06/2016	DICR: 0.00 P.
ISENTO	5.87 - 18.15 28.39 0.00 0.00 0.00
	3.23 - 6.47 12.95 0.00 0.00 0.00
	2.86 - 0.00
1469.0035.5806.BP79,1880.8FPA,784F,EL17E	9.15379 4.91
	9.23075 13.65
	9.42112 14.74
717 582 1.00 135 0.00	38

09/05/16 07/04/16 02 DIAS 135 99,30
VALOR CONSUMO DO MES 39,30
MULTA MORATÓRIA REF 04/2016 0,63
JUROS DO MES 0,20
PTS-COFINS COMPLEMENTAR-TARIFA BAIXA RENDA 1,26

16/05/2016 41,39

INFORMAÇÕES IMPORTANTE SOBRE O REAJUSTE DE VENDIMENTO
A ANEEL APROVOU INCREMENTO MÉDIO DE 12,9% DAS TARIFAS DA
COELCE, APPLICATEIS A PARTIR DE 22 DE ABRIL, CONSOERTE RESOLUÇÃO
REGULATÓRIA NÚM. 2.066 DE 19 DE ABRIL DE 2016.





DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Regina Shenile da Silva Ferreira,

RG nº 200303409267, data de expedição 07/10/08 Órgão 55P-Ce,

CPF nº 039.965.373-28 venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Rua João Romão</u>
Número	<u>251</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>Bravo Seco</u>
Cidade	<u>Juazeiro do Norte</u>
Estado	<u>CE</u>
CEP	<u>63.038-130</u>
Telefone de Contato	<u>(88) 3572-0398 / (88) 9 9779-2055</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: J. do Norte - CE, 03/01/14

Assinatura do Declarante: Regina Shenile da Silva Ferreira



Nº DO CLIENTE

5420334-1

Para agilizar seu atendimento, utilize o nº adme
sempre que entrar em contato conosco.A Tarifa Social de Energia Elétrica
foi criada pela Lei nº 10.438,
de 26 de abril de 2002.Rua Pedro Valdevino, 150
CEP 60135-040 Fortaleza CE
CNPJ 07.047.251/0001-70 CGF 06.105.848-3

codae

Grupo Eletrobras

CONTAS DE ENERGIA ELÉTRICA (GRUPO B) - SÉRIE B-4-1-Nº 452726487

Rota 03 13000 05 111900 - 2

Data de Emissão 08/11/2016

Nome JOSE VICENTE FERREIRA

End. Postal RU JOAO ROMAO 00251

BREJO SECO - JUAZEIRO DO NORTE - 63000000

Medidor 1857718

Poste 0000 0000

Classe 01-RESIDENCIAL MONOFASICO BAIXA RENDA

Fator de Potência 0,90

RG / CPF / CNPJ 325466103-68

CGF

Nome do Responsável

DATAS

Mês de Referência	Data da Apresentação	Previsão Próxima Leitura
Nov/2016	08/11/2016	09/12/2016

INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

Veja a legenda no verso desta conta.

Conjunto: JUAZEIRO DO NORTE

Mês Set/2016 EU03 37,01

TUR=0,000

Padrão Individual Apuração Individual

Mensal Trimestral Anual Mensal Trimestral Anual

DIC 5,67 10,15 28,30 0,00 0,00 0,00

FIC 3,23 6,47 12,95 0,00 0,00 0,00

DMIC 2,86 0,00

ITENS

Base de Cálculo (R\$)	Aliquota	Valor do Imposto
ISENTO		

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

900E.F9E9.EC0C.7A57.9E90.FEDE.6FEE.590E

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo (kWh)	Cons. Ind.	Cons. Faz.	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
7113	6981	1,00	132	0,00	30	0,17519	5,25
					76	0,36834	21,62
					32	0,45091	14,42

08/11/16	07/10/16	32 DIAS	132	40,69
----------	----------	---------	-----	-------

VALOR (R\$)

VALOR CONSUMO DO MES	40,69
QUOTA PARCELAMENTO 5/5	29,11
MULTA MORATORIA REF 10/2016	0,89
PIS-COFINS COMPLEMENTAR-TARIFA BAIXA RENDA	1,52
TAXA DE RELIGACAO DE URGENCIA	35,63
ADICIONAL BANDEIRA AMARELA MES (R\$ 0,32)

VENCIMENTO 16/11/2016

TOTAL A PAGAR (R\$) 107,84

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

Energia	24,72
Transmissão	0,61
Distribuição	8,61
Encargos Setoriais	4,32
Impostos (ICMS PIS/COFINS)...	3,95
TOTAL	42,21

HISTÓRICO DE CONSUMO (Últimos 12 meses)

MED	Nov	Out	Set	Ago	Jul	Jun	May	Abr	Mar	Fev	Jan	Dez
147	132	137	231	168	112	122	142	159	171	165	147	
147	132	137	231	168	112	122	142	159	171	165	147	
147	132	137	231	168	112	122	142	159	171	165	147	
147	132	137	231	168	112	122	142	159	171	165	147	

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÃO DE CO₂ (kg/kWh)Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica através do Ecoelco.
Emitido kg(CO₂) Compensado kg(CO₂)

57,05 0,00

INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO

CONTAS EM ATRASO

DATA DE PAGAMENTO VENCIDA:

DEBITOS ANTERIORES

Mês Ano Valor

MBM
SEGURADORA

03 JAN. 2017

DPVAT



Autorização de pagamento

DECLARAÇÃO
Circular Susep nº 445/12 – Prevenção à Lavagem de Dinheiro

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações e documentos requisitados neste formulário não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT. contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Damião Gomes da Silva, portador(a) do RG nº CNH:03399605027, expedido por Detran-CE, em 25 / 01 / 2004, CPF/CNPJ nº 968.453.503-10, na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário (a) Regina Shentle da Silva Ferreira do sinistro de DPVAT da natureza invalidez da vítima Regina Shentle da Silva Ferreira, e conforme determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

Profissão: Recuso informar Renda Mensal: R\$ Recuso Informar

Documentos comprobatórios: Recuso Comprovar Profissão e Renda



Damião Gomes da Silva
ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO

M B M SEGURADORA
27 SET. 2016
DPVAT



FICHA DE ATENDIMENTO

IDENTIFICAÇÃO PACIENTE/CADASTRO

Nome: REGINA SHERLE DA SILVA FERREIRA Prontuário: 133197 Admissão: 26/05/2016
 Data Nasc.: 30/12/1985 Idade: 30 ano(s) 6 mes(es) e 30 dia(s) Telefone: 88 88242279
 Mãe: IRIS MARIA DA SILVA
 Sexo: Feminino RG: 2003034092671 Município: JUAZEIRO DO NORTE
 CEP: Bairro:
 Endereço: RUA SAO MAMEDE

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

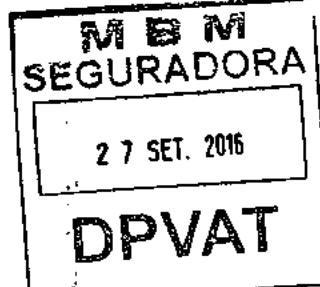
Risco: LARANJA Classificador: VERA SANDRA CALIXTO ALVES Horário: 05:06
 Queixa: paciente chega ao serviço, vítima de acidente de moto, apresentando escoriações pelo corpo e dor em mie
 Fluxograma: TRAUMA MAIOR
 Discriminador: DOR INTENSA
 Sato02: Glasgow: 15 Temp.: Glicemia: Réguas: 8 Pulso/FC:

ATENDIMENTO

Médico: FRANCISCA PRISCILA SAMPAIO CRUZ TELES CRM: 16756 Nº 325069 P.A.:
 Acidente: Sim Agressão: Não Peso:
 Eixo: PEQUENAS CIRURGIAS
 Hipótese Diagnóstico: MOTOCICLISTA [QUALQUER] TRAUMATIZADO EM UM ACIDENTE DE TRANSITO NAO ESPECIFICADO
 Comorbidade:
 HDA/Exame Físico:
 PACIENTE COMPARECE AO SERVIÇO COM HISTÓRICO DE ACIDENTE MOTOCICLÍSTICO, PACIENTE TRAZIDO PELO SAMU , PRANCHA RÍGIDA, SEM COLAR CERVICAL. REALATA PERDA DA CONSCIÊNCIA, NEGA NAUSEA OU VOMITOS, NEGA DOR EM COLUNA CERVICAL TORACICA OU LOMBAR. APRESENTANDO SINAIS DE EMBRIAGEM. AO EXAME FÍSICO:
 A - VIAS ÁREAS PERTURBADAS, SEM SINAIS DE OBSTRUÇÃO.
 B - PACIENTE EUPNEICO, AUSÊNCIAS DE HEMATOMAS OU CONTUSÕES EM TÓRAX. N EGA DOR VENTILATÓRIO DEPENDENTE, BOA EXPANSIBILIDADE TORACICA; MV+ RA-
 C - HEMODINAMICAMENTE ESTÁVEL, AUSÊNCIA DE SANGRAMENTO ATIVO. PA 120X80 FC 90
 D - GLASGOW 15, CONSCIENTE E ORIENTADA.
 E - PRESENÇA DE ESCORIAÇÕES EM OMBRO ESQUERDO E FACE. REFERE INTENSA DOR A PALPAÇÃO DE COXA ESQUERDA, COM LIMITAÇÃO DA MOVIMENTAÇÃO DO MEMBRO
 SOLICITO EXAMES DE IMAGEM, RX, TORAX, COLUNA CERVICAL.

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Data	Fluxograma	Discriminador	Risco	Profissional
26/05/2016 05:06:00	TRAUMA MAIOR	DOR INTENSA	LARANJA	VERA SANDRA CALIXTO ALVES



EXAME

Nome	Data Solicitação	Urgente	Situação
RX COLUNA LOMBO-SACRA AP/LATERAL (0204020069)	26/05/201	05:33	Não
HEMOGRAMA COMPLETO =>REX (0202020380)	26/05/201	05:33	Não
RX TORAX (LEITO) (0204030170) =>REX	26/05/201	05:33	Não
RX COLUNA CERVICAL AP/LATERAL (0204020034)	26/05/201	05:33	Não
RX FEMUR E AP/P (0204060117)	26/05/201	05:33	Não
RX JOELHO E AP/P (0204060125)	26/05/201	05:33	Não
TAP - TEMPO DE PROTROMBINA =>REX (0202020487)	26/05/201	09:22	Não
TTPA - TEMPO DE TROMBOPLASTINA =>REX (0202020134)	26/05/201	09:22	Não
HEMOGRAMA COMPLETO =>REX (0202020380)	26/05/201	09:22	Não
RX MAO E AP/OBLIQUE (0204040094) AMB	03/06/201	08:46	Não
			Realizado

PREScriÇÃO

Médico: ANDRE LUIS SANTANNA

CRM: 9492

05/06/16 10:50

Prescrição	Horário:
EM 05-JUN-2016 (DOM): EMBORA PRE OPERATÓRIO DE FRATURA DIAFISARIA FEMUR (E), AGUARDANDO VAGA NA TO, NÃO CONSEGUI SEQUER EXPLICAR A NECESSIDADE - NO MOMENTO - DA INSTALAÇÃO DE TRAÇÃO TRANSESQUELÉTICA EM TAT, QUE A PACIENTE IMEDIATAMENTE RECUSOU O PROCEDIMENTO. DEIXO AQUI REGISTRADO QUE ESTE PROCEDIMENTO É UMA ROTINA ORTOPÉDICA E A PACIENTE - PELO MENOS HOJE - NEM SEQUER DEU OUVIDOS AOS MEUS	
curativo diário em escoriações	
Bromoprida 1AMP + AD 18ML EV 8/8H, Se Náuseas ou vômitos	
Tramadol 100MG + SF 100ML EV em 30MIN 8/8H	
PREVENÇÃO DE ESCARAS	
Captopril 25MG 1CP VO Se PA>=180x110mnHg	
DIAZEPAM 5MG VO AS 22H	
CG + SV 8/8 H - AGUARDA VAGA NA TO	
Dipirona 1AMP + AD 18ML EV 6/6H	
RANITIDINA 50 MG EV 12/12 H	
ENOXAPARINA 40 MG SC 1X/DIA	
DIETA ORAL LIVRE	
SF 0,9% 1000ML EV EM 24 H	
curativo diário em escoriações	
Bromoprida 1AMP + AD 18ML EV 8/8H, Se Náuseas ou vômitos	
Tramadol 100MG + SF 100ML EV em 30MIN 8/8H	M B M SEGURADORA
PREVENÇÃO DE ESCARAS	
Captopril 25MG 1CP VO Se PA>=180x110mnHg	27 SET. 2016
DIAZEPAM 5MG VO AS 22H	
CG + SV 8/8 H - AGUARDA VAGA NA TO	
Dipirona 1AMP + AD 18ML EV 6/6H	DPVAT
RANITIDINA 50 MG EV 12/12 H	
ENOXAPARINA 40 MG SC 1X/DIA	

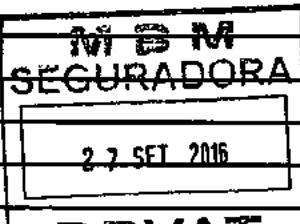
PREScrição

Médico: FRANCISCO BRUNO CELIAO CABRAL

CRM: 16420

04/06/16 09:06

Prescrição	Horário:
DIETA ORAL LIVRE	
SF 0,9% 1000ML EV EM 24 H	
curativo diario em escoriações	
Bromoprida 1AMP + AD 18ML EV 8/8H, Se Náuseas ou vômitos	
Tramadol 100MG + SF 100ML EV em 30MIN 8/8H	
PREVENÇÃO DE ESCARAS	
Captopril 25MG 1CP VO Se PA>=180x110mnHg	
DIAZEPAM 5MG VO AS 22H	
CG + SV 8/8 H - AGUARDA VAGA NA TO	
Dipirona 1AMP + AD 18ML EV 6/6H	
RANITIDINA 50 MG EV 12/12 H	
ENOXAPARINA 40 MG SC 1X/DIA	
DIETA ORAL LIVRE	
SF 0,9% 1000ML EV EM 24 H	
curativo diario em escoriações	
Bromoprida 1AMP + AD 18ML EV 8/8H, Se Náuseas ou vômitos	
Tramadol 100MG + SF 100ML EV em 30MIN 8/8H	
PREVENÇÃO DE ESCARAS	
Captopril 25MG 1CP VO Se PA>=180x110mnHg	
DIAZEPAM 5MG VO AS 22H	
CG + SV 8/8 H - AGUARDA VAGA NA TO	
Dipirona 1AMP + AD 18ML EV 6/6H	
RANITIDINA 50 MG EV 12/12 H	
ENOXAPARINA 40 MG SC 1X/DIA	
DIETA ORAL LIVRE	
SF 0,9% 1000ML EV EM 24 H	
Tramadol 100MG + SF 100ML EV em 30MIN 8/8H	
PREVENÇÃO DE ESCARAS	
Captopril 25MG 1CP VO Se PA>=180x110mnHg	
DIAZEPAM 5MG VO AS 22H	
CG + SV 8/8 H - AGUARDA VAGA NA TO	
Dipirona 1AMP + AD 18ML EV 6/6H	
RANITIDINA 50 MG EV 12/12 H	
ENOXAPARINA 40 MG SC 1X/DIA	
DIETA ORAL LIVRE	
SF 0,9% 1000ML EV EM 24 H	
solicito tração esquelética	
Tramadol 100MG + SF 100ML EV em 30MIN 8/8H	
PREVENÇÃO DE ESCARAS	
Captopril 25MG 1CP VO Se PA>=180x110mnHg	
DIAZEPAM 5MG VO AS 22H	



DPVAT

PRESCRIÇÃO

Médico: JAMACIR FERREIRA MOREIRA

CRM: 8344

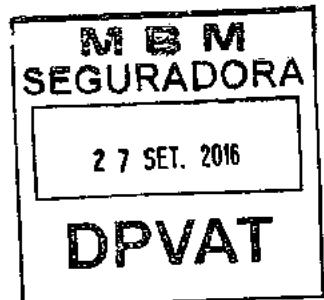
31/05/16 09:43

Prescrição	Horário:
CG + SV 8/8 H - AGUARDA VAGA NA TO	
Dipirona 1AMP + AD 18ML EV 6/6H	
RANITIDINA 50 MG EV 12/12 H	
ENOXAPARINA 40 MG SC 1X/DIA	
DIETA ORAL LIVRE	
SF 0,9% 1000ML EV EM 24 H	
Tramadol 100MG + SF 100ML EV em 30MIN 8/8H	
PREVENÇÃO DE ESCARAS	
Captopril 25MG 1CP VO Se PA>=180x110mnHg	
DIAZEPAM 5MG VO AS 22H	
CG + SV 8/8 H - AGUARDA VAGA NA TO	
Dipirona 1AMP + AD 18ML EV 6/6H	
RANITIDINA 50 MG EV 12/12 H	
ENOXAPARINA 40 MG SC 1X/DIA	
DIETA ORAL LIVRE	
SF 0,9% 1000ML EV EM 24 H	
PREVENÇÃO DE ESCARAS	
Captopril 25MG 1CP VO Se PA>=180x110mnHg	
DIAZEPAM 5MG VO AS 22H	
CG + SV 8/8 HS - AGUARDA VAGA NA TO	
Dipirona 1AMP + AD 18ML EV 6/6H	
RANITIDINA 50 MG IV 12/12 HS	
ENOXAPARINA 40 MG SC 1X/DIA	
METOCLOPRAMIDA 1 AMP + AD EV SE NAUSEA E VOMITOS DE 8/8H	
DIETA ORAL LIVRE	
SF 0,9% 1000ML EV EM 24 HS	
TRAMAL 100 MG + 100ML DE SF 0,9% EV DE 8/8H	
CG + SV 8/8 HS - AGUARDA VAGA NA TO	
Dipirona 1AMP + AD 18ML EV 6/6H	
RANITIDINA 50 MG IV 12/12 HS	
ENOXAPARINA 40 MG SC 1X/DIA	
METOCLOPRAMIDA 1 AMP + AD EV SE NAUSEA E VOMITOS DE 8/8H	
DIETA ORAL LIVRE	
SF 0,9% 1000ML EV EM 24 HS	
TRAMAL 50 MG + 100ML DE SF 0,9% EV DE 8/8H	
CG + SV 8/8 HS - AGUARDA VAGA NA TO	
Dipirona 1AMP + AD 18ML EV 6/6H	
METOCLOPRAMIDA 1 AMP + AD EV SE NAUSEA E VOMITOS DE 8/8H	
DIETA ORAL LIVRE	
TRAMAL 1 AMP + 100ML DE SF 0,9% EV DE 8/8H	
RANITIDINA 50 MG IV 12/12 HS	

M E M
SEGURADORA

27 SET. 2016

DPVAT



EVOLUÇÃO

Data Cadastro	Usuário Cadastro	Descrição
26/05/2016 00:00	MARCELO NOGUEIRA LIMA	TRAUMATOLOGIA: PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTOCICLETA - ALGO DESORIENTADA - HEMATOMA NA FACE - COLUNA CERVICAL LIVRE - SEM CREPITAÇÃO NOS OMBROS - ESCORIAÇÃO NO OMBRO ESQUERDO - MOBILIZA ATIVAMENTE OS MMSS - BACIA ESTAVEL - MOBILIZA ATIVAMENTE O MID - DOR E ENCURTAMENTO NA COXA ESQ SEM FERIDAS LOCAIS. AO RX OBSERVAMOS FRATURA DIAFISARIA FEMUR ESQUERDO COM INDICAÇÃO DE TRATAMENTO CIRURGICO. CD - SOL. EXS PRE OPERATORIOS / FAÇO PRESCRIÇÃO / SOL. INTERCONSULTA A BUCO MAXILO / APOS ALTA DA CIRURGIA GERAL TRANSFERIR PARA

ENCAMINHAMENTO - CONDUTA FINAL

Alta. Conduta

Observação

Referência para:

Óbito

RELATÓRIO MÉDICO

Paciente: REGINA SHERLE DA SILVA FERREIRA
Endereço: RUA SAO MAMEDE
Bairro: ;
CEP: 63010-000

Prontuário: 133197
Idade: 30 ano(s) 5 mes(es) e 16 dia(s)
UF: CEARÁ Sexo: Feminino
Cidade: JUAZEIRO DO NORTE

Localização

Clinica: TRAUMATO- Enfermaria: 01 Leito: 403
Internação 05/06/2016 13:56 Alta: * Não Informado * * Não Informado

Relatório

Tipó de Saída: Alta Cancelada

Não

Resumo Clínico

fratura do fêmur esquerdo

Exames Realizados

RX

Terapêutica Utilizada

os. Síntese do fêmur esquerdo

Diagnóstico

V2.0 MOTOCICLISTA TRAUMATIZADO EM COLISAO COM OUTRO VEICULO NAO-MOTORIZADO

DIAGNÓSTICOS

Principal	Código	Descrição
Sim	V26	MOTOCICLISTA TRAUMATIZADO EM COLISAO COM OUTRO VEICULO NAO-MOTORIZADO

Condições de Alta

Melhorado

Data Programada da Alta: 15/06/2016

Observações Complementares

curativo diário

retornar ao ambulatório do dr leonardo taitiro em 10 dias

não pisar com o membro operado

Responsável

Mé: THIAGO CALDAS LEAL

Data: 15/06/2016



Agendamento		
Data:	Data:	Data:
Hora:	Hora:	Hora:
Código	Código	Código

Dr. Thiago L. C.
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia do Joelho
CRM 10498 TEOF 16010

Relatório de Cirurgia

Data de Conclusão: 12/06/16 21:02

Paciente:	REGINA SHERLE DA SILVA FERREIRA	Prontuário:	133197	Dt. Nascimento:	30/12/1985
Clinica:	CENTRO CIRURGICO	Enfermaria:	Sala Cirurgica	Leito:	04G
Cirurgião:	.EDUARDO CORREIA LIMA RODRIGUES DE MEDEIROS	Anestesiologia:	** Não Informado **		
1º Auxiliar:	LEONARDO TAITIRO MIYAZAWA	2º Auxiliar:			
Enfermeiro:	LIDYANE DE SOUSA CALIXTO	Circulante:			
Instrumentador:					

Procedimentos Propostos

Código	Descrição	Principal
0408050519	TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA DIAFISE DO FEMUR	S

Procedimentos Realizados

Código	Descrição	Principal
0408050519	TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA DIAFISE DO FEMUR	S

Diagnóstico pré-operatório: Relatório Imediato do Patologista:

** Não Informado ** ** Não Informado **

Exame Radiológico: Contagem Compressas e Instrumental:

** Não Informado ** ** Não Informado **

Acidentes e Incidentes:

** Não Informado **

Anestesia | Ocorrências Principais:

** Não Informado **

Relatar as Causas que Justifiquem a Longa Duração da Cirurgia:

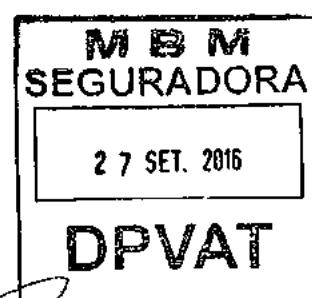
** Não Informado **

Grau de Contaminação:	Limpa	Tipo de Anestesia:	Bloqueio
-----------------------	-------	--------------------	----------

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

VIA DE ACESSO -TÉCNICA -TÁTICA -LIGADURAS -DRENAGEM -SUTURAS -MATERIAL EMPREGADO -ASPECTOS DAS VÍSCERAS

- 1-PACIENTE EM DECUBITO DORSAL, SOB ANESTESIA
- 2-ASSEPSIA E ANTISSEPSIA
- 3-APOSICAO DE CAMPOS ESTEREIS
- 4-INCISAO LATERAL EM FEMUR ESQUERDO, SOBRE FOCO DE FRATURA
- 5-DISSECCAO POR PLANOS ATÉ VISUALIZACAO DE FRATURA
- 6-OBSERVADO IMPORTANTE ENCURTAMENTO LOCAL
- 7-EXTENSAO DISTAL DA INCISAO, PARA FEMUR DISTAL
- 8-PASSAGEM DE PLACA DCP LONGA, DE 16 FUROS
- 9-CONTROLE RADIOSCOPICO SATISFATORIO
- 10-MOLDAGEM DA PLACA DCP
- 11-PASSAGEM DA PLACA E FIXACAO DISTAL DA MESMA COM 1 PARAFUSO, INICIALMENTE
- 12-REDUCAO DO FOCO DE FRATURA
- 13-FIXACAO PROXIMAL DA PLACA COM 1 PARAFUSO (PERCUTANEO), PROVISORIAMENTE
- 14-CONTROLE RADIOSCOPICO SATISFATORIO
- 15-PASSAGEM DE 3 PARAFUSOS DISTAIS E 3 PARAFUSOS PROXIMIAIS (PERCUTANEOS), MANTENDO REDUCAO DA PLACA EM PONTE
- 16-LIMPEZA COPIOSA LOCAL COM SF 0,9%
- 17-SUTURA POR PLANOS
- 18-CURATIVO ESTERIL LOCAL
- 19-ENCAMINHADO A RPA



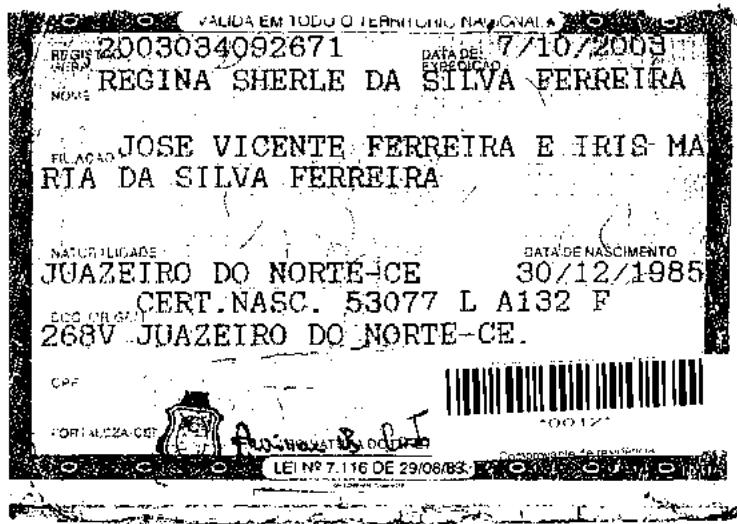
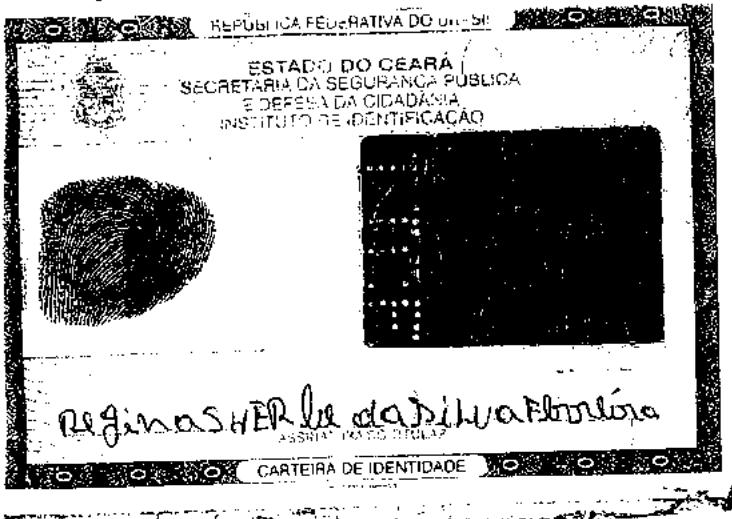
Eduardo C. J. R. Medeiros
Ortopedia e Trauma
Cirurgia do Quadril
CRM - 6439/RN TEOT 13540

Data

Assinatura Cirurgião | CRÉMEC

Rua Catulo da Paixão Cearense, S/N, Triângulo - CEP 63041-162 - Juazeiro do Norte - CE

Unidade mantida com recursos públicos, provenientes de seus impostos e contribuições sociais.





Ministério da Fazenda
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **039.965.373-28**

Nome da Pessoa Física: **REGINA SHERLE DA SILVA FERREIRA**

Data de Nascimento: **30/12/1985**

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data da Inscrição: **15/01/2007**

Dígito Verificador: **00**

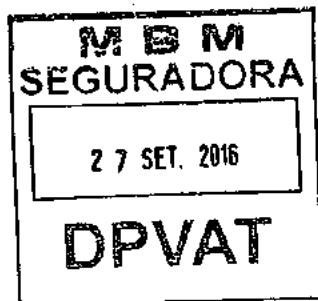
Comprovante emitido às: **14:03:26** do dia **06/09/2016** (hora e data de Brasília).

Código de controle do comprovante: **F9AD.9D2E.CA08.65CC**

A autenticidade deste comprovante deverá ser confirmada na página da Secretaria da Receita Federal do Brasil na Internet, no endereço www.receita.fazenda.gov.br.

Este documento não substitui o "Comprovante de Inscrição no CPF".

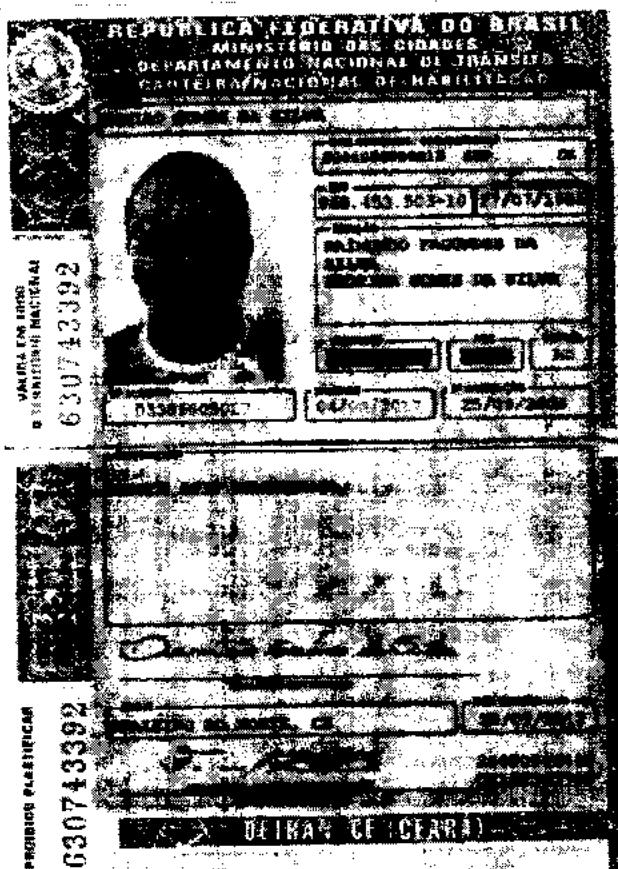
(Modelo aprovado pela IN/RFB nº 1.548, de 13/02/2015.)





0012

Comunicado da ministra





Ministério da Fazenda
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **968.453.503-10**

Nome da Pessoa Física: **DAMIAO GOMES DA SILVA**

Data de Nascimento: **27/07/1985**

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data da Inscrição: **30/03/2001**

Dígito Verificador: **00**

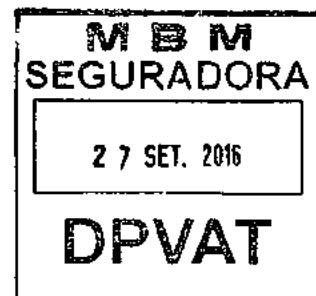
Comprovante emitido às: **14:24:30** do dia **06/09/2016** (hora e data de Brasília).

Código de controle do comprovante: **0BE5.30D6.0920.6F88**

A autenticidade deste comprovante deverá ser confirmada na página da Secretaria da Receita Federal do Brasil na Internet, no endereço www.receita.fazenda.gov.br.

Este documento não substitui o “Comprovante de Inscrição no CPF”.

(Modelo aprovado pela IN/RFB nº 1.548, de 13/02/2015.)



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL		SUSEP 445/12	
MINISTÉRIO DAS CIDADES			
DETAN - CE		Nº 01 1960344352	
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO			
VIA	COD. RENAVAM	RNFRC	EXERCÍCIO
MLLC	01 907720676	0000000000	2015
NOME: JOSE CARLOS DA SILVA ***** ***** JUAZEIRO DO NORTE / CE			
CPF/CNPJ	PLACA		
86295691315	HZA0878		
PLACA ANT/UF	CHASSI		
*****	9G6KE092070082249		
ESPECIE/TIPO	COMBUSTÍVEL		
PAS/MOTOCICLO/NAO APPL/C	GASOLINA		
MARCA/MODELO	ANO FAB.	ANO MOD.	
YAMAHA/YBR 125K	2006	2007	
CAP/POT/GR	CATEGORIA	COR PREDOMINANTE	
2P/12CV/124CC	ALUGUEL	LARANJA	
COIA UNICA	VENC COTA ÚNICA	VENC/COTAS	
I	*****	1º *****	
P	*****	2º *****	
V	FAIXA I.P.V.A.	PARCELAMENTO/COTAS	
A	*****	3º *****	
PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$)	IOF (R\$)	PRÊMIO TOTAL (R\$)	DATA DE PAGAMENTO
286,75	1,11	292,01	07/08/2015
OBSERVAÇÕES: ***** ***** *****			
LOCAL	DATA		
JUAZEIRO DO NORTE	07/08/2015		
1901 Concessão de Seguradora	DETAN-CE		
67601031			

0007*

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO. SEGURO DPVAT

CE Nº 01 1960344352 BILHETE DE SEGURO DPVAT

2015

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
86295691315 9G6KE092070082249 2015
www.dpvatsegurodotransito.com.br
SAC DPVAT: 0800 022 1204

VIA	CPF/CNPJ	PLACA
01	86295691315	HZA0878
RENAVAM	MARCA/MODELO	Nº CHASSI
907720676	YAMAHA/YBR 125K	9G6KE092070082249
ANO FAB.	CAT. PNEU	
2006	09	
PRÊMIO TARIFÁRIO		
FNS (R\$)	DENATRAN (R\$)	CUSTO DO SEGURO (R\$)
129,04	14,34	143,38
CUSTO DO BILHETE (R\$)	IOF (R\$)	TOTAL A SER PAGO SEGURADO (R\$)
4,15	1,11	292,01
PAGAMENTO		
<input checked="" type="checkbox"/> COTA ÚNICA	<input type="checkbox"/> PARCELADO	DATA DE QUITAÇÃO
		07/08/2015

PROPRIETÁRIO: **DPVAT**
LOTE/DOC: 11183994 CNPJ: 09.248.608/0001-04
MOTOR: E382 Em: www.dvratider.com.br

M B M
SEGURADORA
27 SET. 2015
DPVAT

OBS: "Boletim de Ocorrência declarado pelo condutor/proprietário da motocicleta, conforme comunicado master de 03/04/2015"



Portaria de Identificação



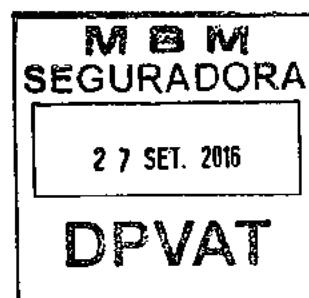
CERTIDÃO NARRATIVA

CERTIFICA, em virtude da faculdade que lhe é conferida por lei e o requerimento por escrito da parte interessada, que o **SAMU 192-CEARÁ**, prestou atendimento à Sra. **REGINA SHERLE DA SILVA FERREIRA**, portadora do RG Nº 2003034092671 e inscrita no CPF sob o Nº 039.965.373-28, no dia 26/05/2016, às 4h27min, no município de JUAZEIRO DO NORTE - CE, na Av. Castelo Branco. Paciente vítima de queda de moto, onde a mesma foi encaminhada para o **Hospital Regional do Cariri - HRC**. E para constar eu, Ana Cristine Medeiros Silva
Ana Cristine Medeiros Silva, Assessoria Técnica, lavrei a presente certidão.

Eusébio, 7 de junho de 2016

Atenciosamente,

MARIA DAS GRAÇAS TORRES
Assessoria Executiva
SAMU 192 CEARÁ



DÉCLARAÇÃO



-0029-

EU REGINA SHERLI VENHO
DECLARAÇÃO JUNTO A
SEGURADORA LIDER
E PARA TODOS OS FINS
QUE FALTEI NAS PERICIA
MARCA DAS PORNOCÍCIC DESAÚDE QUE EU
SE ENCONTRAVA VIAJANDO NESTA DATA

AS: REGINA SHERLI DA SILVA FERREIRA

Jucáro do Norte - CE 05/12/2016.



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3160601850 **Cidade:** Juazeiro do Norte **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: REGINA SHERLE DA SILVA FERREIRA **Data do acidente:** 26/05/2016 **Seguradora:** MAPFRE VIDA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 10/10/2016

Valoração do IML: 0

Diagnóstico: TRAUMA NO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO

Resultados terapêuticos: LIMTAÇÃO

Sequelas permanentes: DEBILIDADE FUNCIONAL

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: MEMBRO INFERIOR 50

Documentos complementares:

Observações:

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 funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
Total			35 %	R\$ 4.725,00

PRESTADOR

AMORIM E MATTOS SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS LT

Nome do médico: PAULO ARTUR DE ARAUJO AMORIM

CRM do médico: 52.86271-1

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

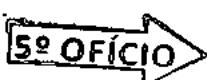
Nome: Regina Shentle da Silva Ferreira, brasileiro(a), estado civil: Não informado
Profissão: Recuso, portador(a) do RG 2003034092671, órgão expedidor SSP-CE
e do CPF: 039 96537328, residente no(a) R. João Romão
nº 251, bairro: Brejo Seco, município: Juazeiro do Norte / CE.

OUTORGADO:

Nome: Damião Gomes da Silva, brasileiro(a), estado civil: Casado
Profissão: Recuso Informar, portador(a) do RG CNH:03399605027, órgão expedidor Detran-ce
e do CPF: 968.453.503-10, residente no(a) Avenida Sebastião Mariano da Silva
nº 653, bairro: Tiradentes, município: Juazeiro do Norte / CE.

PODERES: pelo presente instrumento particular de procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT**, a fim de que o outorgado dê entrada em meu pedido de indenização do seguro DPVAT a ser creditada em conta bancária de minha titularidade conforme ficha de Autorização de Pagamento e poderes para acompanhar toda a tramitação do referido processo junto a esta seguradora, podendo para tanto requerer o que necessário for, assinar, substabelecer esta, dar quitação e praticar, enfim, todos os atos de direito, permitindo para perfeito cumprimento deste mandato, da vítima Regina Shentle da Silva Ferreira.

Local e Data: Juazeiro do Norte / CE 16/08/16.



Regina Shentle da Silva Ferreira

Assinatura do outorgante
(Reconhecer firma por autenticidade)

CARTÓRIO DO 5º OFÍCIO
Juazeiro do Norte - Ceará
RG: 3512.526

Reconhecimento de Autenticidade a(s)
firma(s) de Regina Shentle da Silva Ferreira
O referido é verdade. Juazeiro do Norte - CE

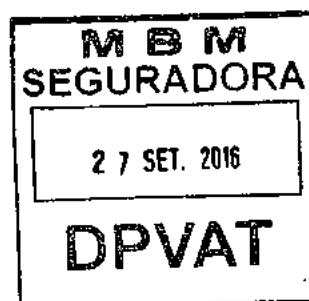
DATA: 16 AGO. 2016 CPC

VÁLIDO SOMENTE C/ O DE AUTENTICIDADE

Bel. Carlos Thadeu Bel. Rosângela Telleló
 Bel. Danielle L. de Bel. Nôcha S. Substituto
 Ana Paula da Silva Bel. Escrevente

RECONHECIMENTO
FIRMA

REGISTRO N.º: CB-362761



AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO 31601601850

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com **dados do beneficiário** da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, Regina Sherle da Silva Ferreira, PORTADOR(A) DO RG Nº 2003634092671 EXPEDIDO POR SSP-CE EM 07/10/03 E

CPF 039965373-28 /CNPJ 00000000-0000-00, PROFISSÃO Recurso

E RENDA MENSAL DE R\$ Recurso (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Regina Sherle da S. Ferreira, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados **não devem**, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional;
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéticas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- **Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.**

IMPORTANTE: Também **não devem** ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

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

Nº do BANCO 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 3587 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 23237-4

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

Caririapó 10 de Fevereiro de 2014 Regina Sherle da Sil

LOCAL E DATA

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO



ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.



AUTO-ATENDIMENTO - NOVA JUAZEIRO

DATA: 03/02/2017

HORA: 20:49:51

TERMINAL: 35871011

CONTROLE: 358710111123

AGÊNCIA: 3587 - NOVA JUAZEIRO

CONTA : 013.00023137-4

CLIENTE: REGINA SHERLE DA S FERREIRA

SALDO PARA SIMPLES CONFERÊNCIA

SALDOS DE POUPANÇA POR DATA LIMITE

DEPÓSITOS REALIZADOS ATÉ 03/05/2012

SEM AS MOVIMENTAÇÕES DO DIA

DATA

20/01

VALOR