

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](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br).

**ATENÇÃO:**

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**





---

Rio de Janeiro, 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](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br).

Atenciosamente.

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 03 de Março de 2017

Carta nº: 10604392

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.: 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.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br).

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



# Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e Quantificação de Lesões Permanentes em Vitimas 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 complicação.

#### TRATAMENTO CIRURGICO,OSTEOSSINTESE COM PLACA, EVOLUÇÃO COM HIPOTROFIA E ENCURTAMENTO SIGNIFICATIVO, INFECÇÃO, NECESSIDADE DE LIMPEZA MECANICA E ANTIBIOTICOTERAPIA. ATUALMENTE COM BLOQUEIO DA EXTENSAO 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 INTENSA 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)

#### MEMBRO INFERIOR ESQUERDO

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☒ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela)

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela)

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela)

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

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

☐ Total = "100% da IS"

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

#### EVOLUÇÃO INSATISFATORIA 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*  
**Gabriela Graca**  
**Ortopedista**  
**CRM 52.66379-4**

Assinatura do perito Examinador - CRM



Nº DO SINISTRO

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

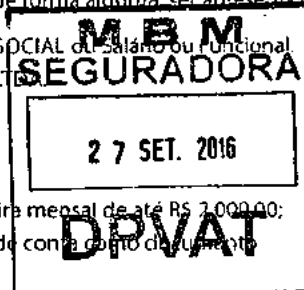
Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do beneficiário da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

Beneficiário: Regina Sherle da Silva Ferreira  
 RTA(DOR(A) DO RG Nº 2003034092671 EXPEDIDO POR SSP/ce EM 07/10/08  
 Nº 039965343-08 /CNPJ 000000000-00000000 PROFISSÃO Recuso  
 RENDA MENSAL DE R\$ Recuso (\*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA 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 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 com o 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](http://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) 384 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.

Assinatura do beneficiário: Regina Sherle da Silva Ferreira  
 Local e data: Luiziana do Norte 29 de Setembro de 2016  
 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](http://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 : DAMIÃO GOMES DA SILVA

FAVORECIDO DU-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](http://www.caixa.gov.br)





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



**BOLETIM DE Ocorrência Nº 488 - 10542 / 2016**

**Dados da Ocorrência**

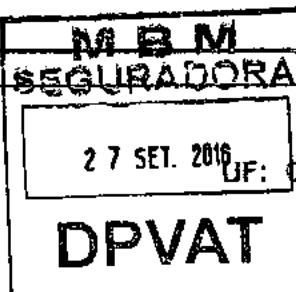
Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**  
Data / Hora da Comunicação: **07/07/2016 11:46:05**  
Data / Hora da Ocorrência: **26/05/2016 04:00:00**  
Endereço da Ocorrência: **AV CASTELO BRANCO**  
Complemento:  
Bairro: **PIRAJÁ** Município: **JUAZEIRO DO NORTE/CE**  
Ponto de Referência: **ESQUINA 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** CEP:  
Município: **JUAZEIRO DO NORTE/CE**  
País: **BRASIL** Telefone: **(88) 98831-9387**



**Dados do(s) Veículo(s)**

1) Placa: **HZA0878** Uf: **CE** Município: **JUAZEIRO DO NORTE** Chassi: **9C6KE092070082249** 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 cominadas 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 diáfise 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:**

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



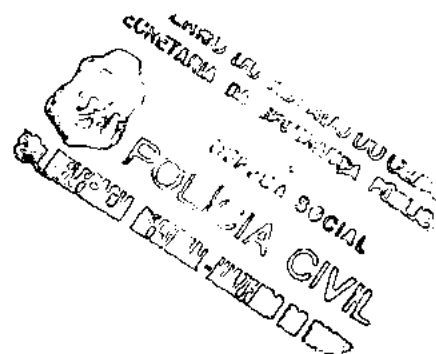
GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ  
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL  
POLÍCIA CIVIL  
DELEGACIA REGIONAL DE JUAZEIRO DO NORTE

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 488 - 10542 / 2016

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: X José Carlos da Silva

VISTO DO DELEGADO(A):

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







DUT

## DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, Régina Sherle da Silva Ferreira, portador da carteira de identidade nº 800303409264 e inscrito no CPF/MF sob o nº 039.965.373-28, residente e domiciliado na Rua João Romão, nº 253 - Grupo Seco, cidade Juazeiro do Norte Estado Pernambuco, 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 ha 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
- (X) 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.

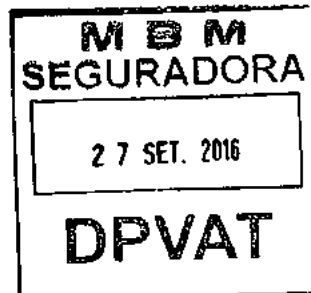
Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa previa concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

X RÉGINA SHERLE DA SILVA FERREIRA

Assinatura do declarante  
conforme documento de identificação

Juazeiro do Norte - PE, 26/09/16

Local e data





MI  
SEGUR.



ESTADO DO CEARÁ  
Secretaria da Saúde

## FICHA DE ATENDIMENTO

27 SET. 2016

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 COMPARECE AO SERVIÇO COM HISTÓRICO DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO, PACIENTE TRAZIDO PELO SAMU, PRANCHA RIGIDA, 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 PERVIAS, SE SINAIS DE OBSTRUÇÃO.  
B- PACIENTE EUPNEICO, AUSÊNCIAS DE HEMATOMAS OU CONTUSÕES EM TÓRAX. N EGA DOR VENTILATÓRIO DEPENDENTE, BOA EXPANSIBILIDADE TORACICA, MV+ RA-  
HEMODINAMICAMENTE ESTÁVEL, AUSÊNCIA DE SANGRAMENTO ATIVO. PA 120X80 FC 90  
GLASGLOW 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.

comprovação do ato declaratório

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/A. GEML: 26/05/16 do  
 Presente elogiando anseios e vontades e sim-  
 boliza o de de, gloriosos.  
 scu) FISIOLÓGICA  
 m) cl. alternant.  
 add) nos quadros de 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: 000000023137-4

---

Nr. da Autenticação 53F9A0777BFA1C91



Comprovação de sua declaração

## DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Régina Sherle da Silva Ferreira

RG nº 1003034099671, data de expedição 04/10/08, Órgão SSP/CE.

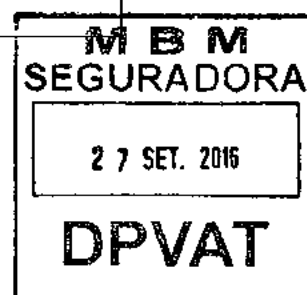
CPF nº 039.965.373-28, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Rua João Romão</u>
Número	<u>251</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>Barro Seco</u>
Cidade	<u>Juazeiro 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: Juazeiro do Norte-CE, 26/09/16

Assinatura do Declarante: Régina SHERLE da Silva Ferreira



5420334-1

Rua Padre Valter, c. 150  
CEP 60135-040 Fortaleza CE

CNPJ 07.047.251/0001-70 CGF 06.105.848-3

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA - GRUPO B - SÉRIE D - P. 1º

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

Instalador 1857718

Classe 01-RESIDENCIAL MONOFASICO BAIXA RENDA

RG / CPF / CNPJ 325466103-68

Nome do Responsável

Data de Referência 06/07/2016

Data de Proxima Leitura 05/08/2016

Base de Cálculo (R\$) Alíquota Valor do Imposto

ISENTO

ÁREA RESERVADA AO CONTROLHE PISCAL

9698.E61E.9052.69A3.528C.C91D.4402.B2DC

INFORMAÇÕES SOBRE O PARCELAMENTO DO CONSUMO

Let. Atual 6445 Let. Anterior 6333 Const. 1.00 Consumo (KWh) 112 Cons. Incl. 0.00 Cons. Fat. 50 70 12

Tarifa (R\$/KWh) 0.17291 6.29546 8.44318

Valor (R\$) 5.16 28.67 5.33

06/07/16 06/06/16 30 DIAS 112 31.16

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

TOTAL A PAGAR (R\$) 78,08

VENCIMENTO 13/07/2016

TOTAL A PAGAR (R\$) 78,08

COMPOSICAO DO VALOR DE CONSUMO

HISTORICO DE CONSUMO MENSAL

Energia 19.10

Transmissão 0.47

Distribuição 0.65

Encargos Setoriais 3.34

Tributos (ICMS PIS/COFINS) 2.84

TOTAL 32.40

COMPENSAÇÃO DE EMISSÕES DE CO2 (kg/1000kWh)

Compensado kg(CO2) 0,00

Consciência Ecológica (% CO2) 0

Informações importantes e avisos de vencimento

CONTAS EM ATRASO

DEBITOS ANTERIORES

Previo Aviso

NOTIFICACAO DE SUSPENSAO DO FORNECIMENTO DE ENERGIA ELÉTRICA

Prozado Cliente, consta(m) em nossos controles conta(s) em atraso.

Sesue o detalhamento do debito. O nao pagamento da divida implica

na possibilidade de suspensao do fornecimento da energia em 15 dias

apos a entrega desta, conforme previsto na Res. ANEEL 414/10, Arts.

172 e/c 173, bem como o envio das informacoes aos ORGaos DE PROTECÇÃO

AO CREDITO E CARTORIO DE PROTESTO. Caso ja 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 Le. n. 10.837/02 e 10.833/03)

Nº do Cliente: 5420334-1

Data de Emissão: 06/07/2016

Nº da Nota Fiscal: 437414159

Referência: Jul/2016

Total a Pagar (R\$): 78,08

Nº de Controle: 0005420334 00039 39472 61

8380000000-9 78080031000-7 00054203340-2 00393947271-0

27 SET. 2016

DPVAT

M B M

SEGURADORA



-0015-

Imatriculação

## DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Damião 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:

Damião Gomes da Silva.

7203961-2

430286072  
05 13000 11 064822 - 0 09/05/2016  
TATIANA DA SILVA FERREIRA  
AV SEBASTIAO MARIANO DA SILVA 00653  
TIRADENTES - JUAZEIRO DO NORTE - 63000000  
2731180 0000 0000  
01-RESIDENCIAL MONOFASICO BAIXA RENDA 0,00  
067460033-96

Mar/2016 09/05/2016, 03/06/2016  
JUAZEIRO DO NORTE  
Mar/2016 R\$19,14  
DICI = 0,00 P  
ISENTO  
1468.0035.5806.BF79.1900.9FFA.73AF.E17E  
717 582 1,00 135 0,00 30 0,18378 4,91  
70 0,28075 19,65  
35 0,43117 14,74  
09/05/16 07/04/16 32 DIAS 135 39,30  
VALOR CONSUMO DO MES 39,30  
MULTA MORATORIA REF 04/2016 0,63  
JUROS DO MES 0,20  
PIS-COFINS COMPLEMENTAR-TARIFA BAIXA RENDA 1,26

16/05/2016 41,39  
Energia ..... 24,04  
Transmissao ..... 6,68  
Distribuicao ..... 8,38  
Encargos Setoriais ..... 4,21  
Tributos (IOMIS PIS-COFINS) ... 3,33  
TOTAL ..... 46,56  
58,35 0,00  
A ANEEL APROVOU UM AUMENTO MEDIO DE 12,97% DAS TARIFAS DA COELCE, APLICADAS A PARTIR DE 22 DE ABRIL, CONFORME RESOLUCAO MONOLATORIA NUM. 2.065 DE 19 DE ABRIL DE 2016.

**M B M**  
**SEGURODORA**  
27 SET. 2016  
**DPVAT**





### DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Regina Sherle da Silva Ferreira

RG nº 200303409261, data de expedição 07/10/08 Órgão SSP-Ce

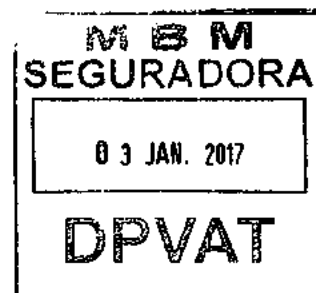
CPF nº 039.965373-28, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Rua João Romão</u>
Número	<u>251</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>Brço Seco</u>
Cidade	<u>Juazeiro do Norte</u>
Estado	<u>Ceará</u>
CEP	<u>63.038-130</u>
Telefone de Contato	<u>(88) 3572-0348 / (88) 9 9779-2255</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

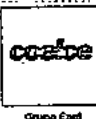
Local e Data: J. do Norte-Ce, 03/01/14

Assinatura do Declarante: Regina Sherle da Silva Ferreira



**Nº DO CLIENTE**  
**5420334-1**  
 Para agilizar seu atendimento, utilize o nº acima 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 Padre Valdevino, 150  
 CEP 60135-040 Fortaleza CE  
 CNPJ 07.047.251/0001-70 CGF 06.105.848-3

**CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA | GRUPO B | SÉRIE B-4 | Nº 452720487**

Rota 03 13000 05 111900 - 2 Data de Emissão 08/11/2016  
 Nome JOSE VICENTE FERREIRA  
 End. Postal RU JOAO ROMAO 00251  
 BREJO SEC0 - JUAZEIRO DO NORTE - 63000000  
 Medidor 1857718 Poste 0000 0000  
 Classe 01-RESIDENCIAL MONOFASICO BAIXA RENDA Fator de Potência 0,00  
 RG / CPF / CNPJ 325466103-68 CGF  
 Nome do Responsável

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

ÍNDICE DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO		
Veja a legenda no verso desta conta.		
Conjunta	JUAZEIRO DO NORTE	
Mês	Set/2016	EUSD 37,01

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

	Padrão Individual			Apuração Individual		
	Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual
DIC	5,07	10,15	20,30	0,00	0,00	0,00
FIC	3,23	6,47	12,95	0,00	0,00	0,00
DMIC	2,86			0,00		

**ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL**

900E.F9E9.EC0C.7A57.9E9D.FEDE.6FEE.590E

**INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO**

Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo (kWh)	Const. Ind.	Const. Fat.	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
7113	6981	1,00	132	0,00	30	0,17519	5,25
					76	0,36834	21,02
					32	0,45861	14,42
08/11/16	07/10/16		32 DIAS		132		40,69

DESCRIÇÃO	VALOR (R\$)
VALOR CONSUMO DO MÊS	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 MÊS ( R\$ 0,32 )	

<b>VENCIMENTO</b> 16/11/2016	<b>TOTAL A PAGAR (R\$)</b> 107,84
------------------------------	-----------------------------------

**COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO | HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)**

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

**CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÕES DE CO<sub>2</sub> (Kg/kWh)**

Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica através do Ecoeloa.		
Emitido kg(CO <sub>2</sub> )	Compensado kg(CO <sub>2</sub> )	Consciência Ecológica (% CO <sub>2</sub> )
57,05	0,00	0%

**INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO**

<b>CONTAS EM ATRASO</b>	<b>DEBITOS ANTERIORES</b>
Valor em atraso	Valor em atraso

**M B M**  
**SEGURODORA**  
 03 JAN. 2017  
**DPVAT**



\*0030\*

Autorização de pagamento

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

A Circular SUSEP<sup>1</sup> 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 COAF<sup>2</sup>.

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

<sup>2</sup> 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 Sherle

da Silva Ferreira do sinistro de DPVAT da natureza invalidez

da vítima Regina Sherle 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

<b>M B M</b>
<b>SEGURADORA</b>
27 SET. 2016
<b>DPVAT</b>

## 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: Régua: 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 MOTOCICLISTICO, PACIENTE TRAZIDO PELO SAMU, PRANCHA RIGIDA, 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 PÉRVIAS, SE 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	Realizado
HEMOGRAMA COMPLETO =>REX (0202020380):	26/05/201 05:33	Não	Realizado
RX TORAX (LEITO) (0204030170) =>REX	26/05/201 05:33	Não	Realizado
RX COLUNA CERVICAL AP/LATERAL (0204020034)	26/05/201 05:33	Não	Realizado
RX FEMUR E AP/P (0204060117)	26/05/201 05:33	Não	Realizado
RX JOELHO E AP/P (0204060125)	26/05/201 05:33	Não	Realizado
TAP - TEMPO DE PROTROMBINA =>REX (0202020487)	26/05/201 09:22	Não	Realizado
TTPA - TEMPO DE TROMBOPLASTINA =>REX (0202020134)	26/05/201 09:22	Não	Realizado
HEMOGRAMA COMPLETO =>REX (0202020380)	26/05/201 09:22	Não	Realizado
RX MAO E AP/OBLIQUO (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 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	

**M E M**  
**SEGURADORA**

27 SET. 2016

**DPVAT**

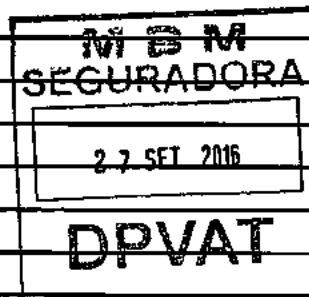
**PRESCRIÇÃO**

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	
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	
solcito 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	



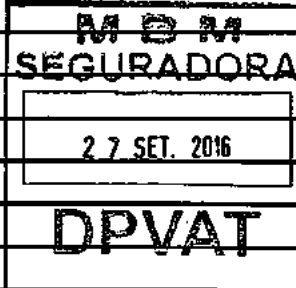
**PRESCRIÇÃO**

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	





**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

Tipo de Saída: Alta

### Cancelada

Não

### Resumo Clínico

fratura do fêmur esquerdo

### Exames Realizados

RX

### Terapêutica Utilizada

osteossíntese do fêmur esquerdo

### Diagnóstico

V26 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

Médico: THIAGO CALDAS LEAL

Data: 15/06/2016

MBM  
SEGURADORA

27 SET. 2016

DPVAT

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

Dr. Thiago Leal  
Ortopedia e Traumatologia  
Cirurgia do Joelho  
CRM 10498 TEOT 13030

## Relatório de Cirurgia

Data de Conclusão: 12/06/16 21:02

Paciente: REGINA SHERLE DA SILVA FERREIRA Prontuário: 133197 Dt. Nascimento: 30/12/1985  
Clínica: 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 \*\*

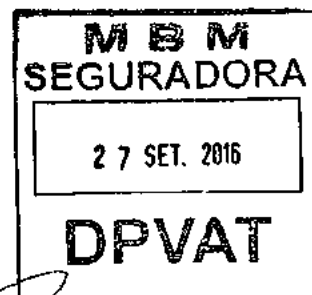
Relatar as Causas que Justifiquem a Longa Duração da Cirurgia:  
\*\* Não Informado \*\*

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 ATE VISUALIZACAO DE FRATURA
- 6-OBSERVADO IMPORTANTE ENCURTAMENTO LOCAL
- 7- EXTENSÃO DISTAL DA INCISAO, PARA FEMUR DISTAL
- 8- PASSAGEM DE PLACA DCP LONGA, DE 16 FUROS
- 9- CONTROLE RADIOSCÓPICO SATISFATORIO
- 10-MOLDAGEM DA PLACA DCP
- 11-PASSAGEM DA PLACA E FIXACAO DISTAL DA MESMA COM 1 PARAFUSO, INICIALMENTE
- 12-REDUÇÃO DO FOCO DE FRATURA
- 13-FIXACAO PROXIMAL DA PLACA COM 1 PARAFUSO ( PERCUTANEO ), PROVISORIAMENTE
- 14-CONTROLE RADIOSCÓPICO SATISFATORIO
- 15-PASSAGEM DE 3 PARAFUSOS DISTAIS E 3 PARAFUSOS PROXIMAIS ( PERCUTANEO ), MANTENDO REDUÇÃO 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. R. Medeiros  
Ortopedia e Trauma  
Cirurgia do Quadril  
CRM - 6439/RN TEOT 13540

Data: / /

Assinatura Cirurgião | CREMEC

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.

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO CEARÁ  
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA  
E DEFESA DA CIDADANIA  
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO

*Regina SHERLE da SILVA FERREIRA*

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO 2003084092671 DATA DE EMISSÃO 7/10/2003

NOME REGINA SHERLE DA SILVA FERREIRA

FILIAÇÃO JOSE VICENTE FERREIRA E IRIS MARIA DA SILVA FERREIRA

NATURALIDADE JUAZEIRO DO NORTE-CE DATA DE NASCIMENTO 30/12/1985

CERT. NASC. 53077 L A132 F  
268V JUAZEIRO DO NORTE-CE.

CPF

FORTEALEZA-CE

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

MINISTÉRIO DA FAZENDA  
Secretaria da Receita Federal

**CPF**

039.965.373-28

REGINA SHERLE DA SILVA FERREIRA

30/12/1985

M B M  
SEGURADORA

27 SET. 2016

DPVAT



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**

Digito Verificador: **00**

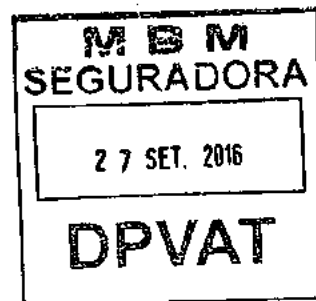
Comprovante emitido às: **14:03:26** do dia **06/09/2016** (hora e data de Brasília).

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](http://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\*

Comunidade de Residência

**REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL**  
MINISTÉRIO DAS CIDADES  
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO  
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

**VALÉRIA FARIAS DOS**  
**SANTOS**  
**630743392**

**PROBIO PLÁSTICA**  
**630743392**

**04/09/2017** **25/09/2020**

**DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO**

**M B M**  
**SEGURADORA**

**27 SET. 2016**

**DPVAT**



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**

Digito Verificador: **00**

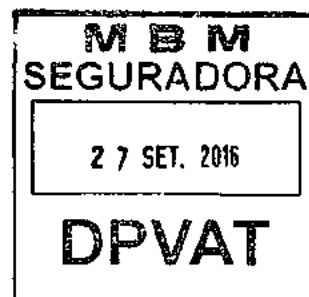
Comprovante emitido às: **14:24:30** do dia **06/09/2016** (hora e data de Brasília).

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](http://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.)





-0007-

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADESDETRAN - CE  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

Nº 011960344352

VIA COD. RENAVAM RNTRO EXERCÍCIO  
MLLO 01 907720676 0000000000 2015NOME  
JOSE CARLOS DA SILVA

JUAZEIRO DO NORTE/CE

CPF/CNPJ  
86295691315PLACA  
HZA0878

PLACA ANT/UF

CHASSI

CE

9C6KE092070082249

ESPECIE TIPO  
PAS/MOTOCICLO/NAO APPLICCOMBUSTIVEL  
GASOLINAMARCA/MODELO  
YAMAHA/YBR 125KANO FAB. ANO MOD.  
2006 2007CAP/POT/CIL  
2P/12CV/124CCCATEGORIA  
ALUGUELCOR PREDOMINANTE  
LARANJA

COTA ÚNICA

VENC. COTA ÚNICA

VENC./COTAS

1ª

2ª

3ª

P  
V  
A

FAIXA I.P.V.A.

PARCELAMENTO/COTAS

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$)

IOF (R\$)

PRÊMIO TOTAL (R\$)

DATA DE PAGAMENTO  
286.75 1.11 292.01 07/08/2015

OBSERVAÇÕES

LOCAL  
JUAZEIRO DO NORTEDATA  
07/08/2015SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS  
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA A PESSOAS  
TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT

CE Nº 011960344352

BILHETE DE SEGURO DPVAT

2015  
ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT  
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO  
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.dpvatsegurodotransito.com.br

SAC DPVAT: 0800 022 1204

EXERCÍCIO DATA EMISSÃO  
2015 07/08/2015VIA CPF/CNPJ PLACA  
01 86295691315 HZA0878RENAVAM MARCA / MODELO  
907720676 YAMAHA/YBR 125KANO FAB. CAT. TARIF. Nº CHASSI  
2006 09 9C6KE092070082249

## PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$) DENATRAN (R\$) CUSTO DO SEGURO (R\$)  
129.04 14.34 143.38CUSTO DO BILHETE (R\$) IOF (R\$) TOTAL A SER PAGO SEGURADO (R\$)  
4.15 1.11 292.01PAGAMENTO DATA DE QUITAÇÃO  
☒ COTA ÚNICA ☐ PARCELADO 07/08/2015PROPRIETÁRIO  
SEGURO DPVAT  
LOTE/DOC 114830001-04  
MOTOR: E382E-081291  
CNPJ: 00.748.608/0001-04  
www.dpvatsegurodotransito.com.brM B M  
SEGURADORA  
27 SET. 2016  
DPVAT


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

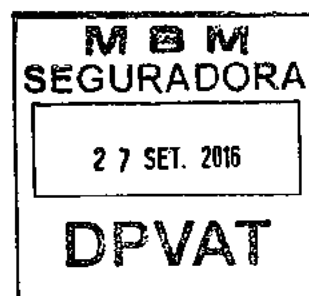
## CERTIDÃO NARRATIVA

**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, Assessoria Técnica, lavrei a presente certidão.

Eusébio, 7 de junho de 2016

Atenciosamente,

  
MARIA DAS GRAÇAS TORRES  
Assessoria Executiva  
SAMU 192 CEARÁ



**SAMU 192 CEARÁ**

Rua da Paz, nº 29 e 30, Centro-Eusébio-CE, Fone (85) 3433 7434, Fax:3260 2061  
E-mail: [samuceara.polo1@samu.saude.ce.gov.br](mailto:samuceara.polo1@samu.saude.ce.gov.br)  
Ouvidoria do SAMU: [ouvidoria.samupolo1@samu.ce.gov.br](mailto:ouvidoria.samupolo1@samu.ce.gov.br), Fone : (85) 3260-3797



DECLARAÇÃO

0029

EU REGINA SHERLI VENHO  
DECLARAÇÃO JUNTO A  
SEGURADORA LIDER  
E PARA TODOS OS FINS  
QUE FALTEI NAS PERICIA  
MARCA DAS PROMOTIVO DE SAUDE QUE EU  
SI ENCONTRA VIA JANDO NESTA DATA

AS: REGINA SHERLI DA SILVA FERREIRA

Juazeiro 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 **Data do acidente:** 26/05/2016 **Seguradora:** MAPFRE VIDA S/A  
FERREIRA

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

### OUTORGADO:

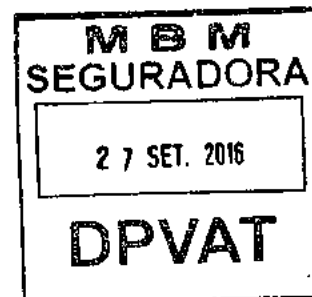
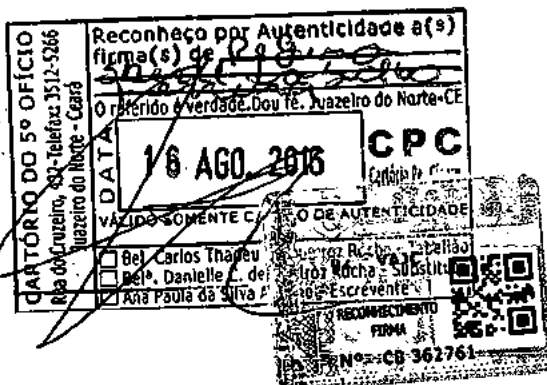
Nome: Damião Gomes da Silva, brasileiro(a), estado civil: Casado  
Profissão: Recusou Informar, portador(a) do RG CNH:03399605027, órgão expedidor Detran-ce  
e do CPF: 968.453.503-10, residente no(a) Avenida Sebastião Mariano da Silva  
nº 653, bairro: Tiradentes, município: Juazeiro do Norte / CE

**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 Shenle da Silva Ferreira.  
Local e Data: Juazeiro do Norte CE 16/08/16

5º OFÍCIO

X Regina Shenle da Silva Ferreira

Assinatura do outorgante  
(Reconhecer firma por autenticidade)



Nº DO SINISTRO 3160/601850

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 2003834092671 EXPEDIDO POR SSP-Ce EM 07/10/03 E  
CPF 039965373-28 /CNPJ 000000000-00000-00, PROFISSÃO Recuso  
E RENDA MENSAL DE R\$ Recuso (\*) 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](http://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) 23137-4

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.

Coriricaque 10 de fevereiro de 2017 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](http://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