

Rio de Janeiro, 28 de Março de 2018

Aos Cuidados de: LUIZA HELENA BATISTA ARCEÑIO

Nº Sinistro: 3180134401

Vitima: LUIZA HELENA BATISTA ARCEÑIO

Data do Acidente: 05/12/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: KAMILA VIEIRA GOMES

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180134401**.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Rio de Janeiro, 29 de Março de 2018

Aos Cuidados de: LUIZA HELENA BATISTA ARCEÑIO

Nº Sinistro: 3180134401

Vitima: LUIZA HELENA BATISTA ARCEÑIO

Data do Acidente: 05/12/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: KAMILA VIEIRA GOMES

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180134401**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Boletim de ocorrência infor. incorretas

A documentação deve ser entregue na **Sabemi Seguradora S/A**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Rio de Janeiro, 03 de Maio de 2018

Aos Cuidados de: LUIZA HELENA BATISTA ARCEÑIO

Nº Sinistro: 3180134401

Vitima: LUIZA HELENA BATISTA ARCEÑIO

Data do Acidente: 05/12/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: KAMILA VIEIRA GOMES

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180134401**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **Sabemi Seguradora S/A**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Rio de Janeiro, 08 de Maio de 2018

Aos Cuidados de: LUIZA HELENA BATISTA ARCENIO

Sinistro: 3180134401

Vítima: LUIZA HELENA BATISTA ARCENIO

Data do Acidente: 05/12/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: KAMILA VIEIRA GOMES

Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3180134401** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Rio de Janeiro, 27 de Maio de 2018

Carta n°: 12879490

A/C: LUIZA HELENA BATISTA ARCEÑIO

Nº Sinistro: 3180134401
Vitima: LUIZA HELENA BATISTA ARCEÑIO
Data do Acidente: 05/12/2017
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: KAMILA VIEIRA GOMES

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: LUIZA HELENA BATISTA ARCEÑIO

Valor: R\$ 1.350,00

Banco: 104

Agência: 000000747

Conta: 000000012821-3

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	1.350,00

Dano Pessoal: Perda integral (retirada cirúrgica) do baço 10%

Graduação: Em grau completo 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 10%) 10,00%

Valor a indenizar: 10,00% x 13.500,00 = R\$ 1.350,00

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.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





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

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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

É obrigatório Representante Legal para:

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

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

Número do Sinistro ou AGL

CPF da Vítima

024 784 633-03

Nome completo da vítima

Luzia Helena Batista Arcanjo

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

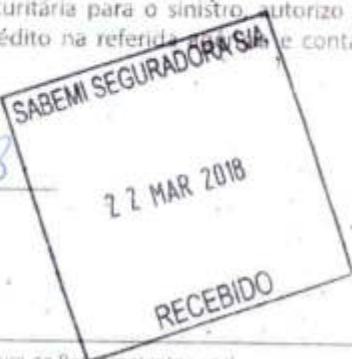
Nome completo Luzia Helena Batista Arcanjo Número spórcado Realpe Zona Rural Comuna - nome Endereço	CPF titular da conta 004784633-08 Número 51m Estado ce	Profissão do lar Complemento CEP 63700-000 Telefone (DDD) (03) 99931-0116
---	---	---

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

RECESO INFORMAR	SEM RENDA	ATÉ R\$ 1.000,00	R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
ATÉ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00	R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	ACIMA DE R\$ 10.000,00	
CONTA POUPANÇA (presente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)			
BRASILEIRO (B7) BANCO DO BRASIL (B01) ITAÚ (341)			
CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (106)			
AGÊNCIA	CONTA	AGÊNCIA	CONTA
0747	0 12321 3	Informar dígito se existir	Informar dígito se existir

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



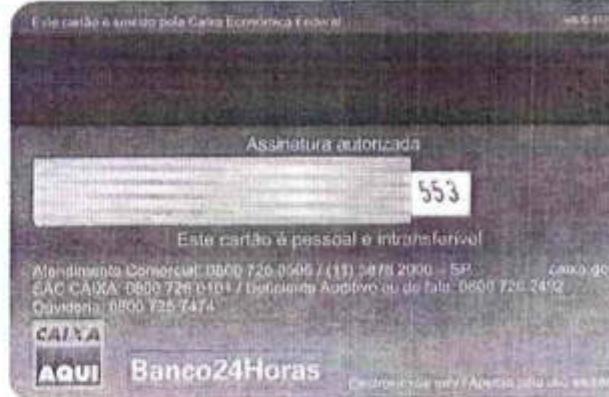
CE 10 de 03

Local e Data

Luzia Helena Batista Arcanjo

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



**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

Número do Sinistro: 3180134401
Nome do(a) Examinado(a): Luiza Helena Batista Arcenio
Endereço do(a) Examinado(a): Realejo, 350
Realejo Crateus CE CEP: 63700-000
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / CE] 2002099061055
Data local do acidente: [05/12/2017]
Data local do exame: [15/05/2018] Crateús [CE]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:

TRAUMA ABDOMINAL FECHADO

- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

Tratamento: LAPAROTOMIA EXPLORADORA COM ESPLENECTOMIA

Complicações: NÃO HÁ

Data da Alta: VÍTIMA NÃO APRESENTOU DOCUMENTOS

- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:

CICATRIZ XIFOPUBIANA

- IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

Sim Não

- V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)

Sim Não

- VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

PERDA ANATÔMICA DO BAÇO

Caso a resposta do item V seja ""Não"", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b"

- VII. 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"

Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

"Sem sequela permanente"

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

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

Região Corporal (Sequela):

BAÇO (RETIRADA CIRÚRGICA - ESPLENECTOMIA)

% do dano: 10% residual 25% leve
 50% médio 75% intensa 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: 10% residual 25% leve
 50% médio 75% intensa 100% completo

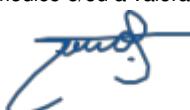
Região Corporal (Sequela):

% do dano: 10% residual 25% leve
 50% médio 75% intensa 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: 10% residual 25% leve
 50% médio 75% intensa 100% completo

- VIII. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.



Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com Nome e CRM



Dr. Greive Freitas Cavalcante
CPF - 558.900.833-68
CRM/CE - 9050

VISUALIZAÇÃO
ATENÇÃO!

1) Verifique se os dados estão corretamente preenchidos. Caso seja necessário alguma modificação, basta clicar no link "Corrigir", localizada no canto superior direito de cada quadro.

Dados do Noticiante

 Corrigir **1**

Nome: **LUTZA HELENA BATISTA ARCEŃIO**
 Sexo: Feminino Data de Nascimento: **5/05/1980**
 Estado Civil: **CASADO(A)** Grau de Instrução: **ALFABETIZADO**
 Nome da mãe: **LUIZA BATISTA COSTA**
 Nome do pai: **SEBASTIAO FERREIRA ARCEŃIO**
 CPF: **004.784.633-08** RG: **2002099061055** Emissor: **SSP/CE**
 E-mail: **Telefone: (88) 99900-1579**
 Nasceu em: **CRATEUS - CE BRASIL**
 Endereço: **ESTRADA PV REALEJO , 00000** Complemento: **CASA**
 Bairro: **DT MONTE NEBO** Cep: **63700-000** Ponto de Referência:
 Tipo: **RESIDENCIAL** Moradia: **— Escolha o Tipo —**
 País: **BRASIL** Município: **CRATEUS** UF: **CE**

Dados da Ocorrência

 Corrigir **2**

Delegacia: **DELEGACIA ELETRÔNICA** Ano: **2018**
 Data: **5/12/2017** Hora: **20:30**
 Tipo da Ocorrência: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
 Endereço: **ESTR PV REALEJO** Complemento:
 Tipo do Local: **NAO INFORMADO** Compl Tipo do Local:
 Bairro: **DT MONTE NEBO** Município: **CRATEUS** UF: **CE**

Veículo(s) Envolvido(s)

 Corrigir **3**

1) **PLACA NQR1324 TIPO DE VEÍCULO AUTOMÓVEL MARCA/Modelo: VW/VOYAGE 1.0 COR/CINZA PROPIEDADE: LUTZA HELENA BATISTA ARCEŃIO**

Descrição da Ocorrência

 Corrigir **4**

Informa a declarante que no dia e hora acima supraditados, seguia guiando o automóvel acima descrito na localidade de Realejo - CE zona rural de Crateús sentido a sua residência quando chegou no local da ocorrência a mesma veio a perder o controle do automóvel e caindo num matagal vindo a capotar o carro que a mesma dirigia; Que no acidente a mesma afirma ter sofrido Trauma abdominal, conforme boletim de atendimento médico apresentado; Que este município não dispõe de SAMU, Corpo de Bombeiros Militar ou outra instituição similar que realize atendimentos as vítimas de acidente de trânsito. A mesma foi socorrida para o Hospital São Lucas de Crateús - CE.

Declaro, sob as penas da lei, que as informações fornecidas são verdadeiras.

Lutza Helena Batista Arcenio



Paulo Martins Lopes
 Escrivão de Polícia
 MAT: 151.919-1-0



BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 445 - 1475 / 2018

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**

Data / Hora da Comunicação: **25/04/2018 11:12:55**

Data / Hora da Ocorrência: **05/12/2017 20:33:00**

Endereço da Ocorrência: **ESTRADA ENTRE A CIDADE DE CRATEÚS E O DT**

Complemento:

Bairro: **Município: CRATEUS/CE**

Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **LUIZA HELENA BATISTA ARCE**

Nascimento: **05/05/1980** CPF: **004.784.633-08**

RG: **2002099061055** Orgão Emissor: **SSPCE**

Filiação: **LUISA BATISTA COSTA
SEBASTIAO FERREIRA ARCE**

Endereço: **VILA REALEJO**

Bairro: **ZONA RURAL**

Município: **CRATEUS/CE**

País: **BRASIL**

SABEMI SEGURADORA S/A

UF:

27 ABR 2018

RHCP 63.700-000

Telefone: **(88) 99900-1579**

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **NQR1324** Uf: **CE** Município: **CRATEUS** Chassi:

9BWDA05U2AT019617 Renavam: **146939913** Tipo do Veículo:

AUTOMÓVEL Marca / Modelo: **VW/VOYAGE 1.0** Ano Fabricação: **2009**

Ano Modelo: **2010** Combustível: **GASOLINA/ALCOOL** Cor: **CINZA**

Proprietário: **LUIZA HELENA BATISTA ARCE** Situação: **NÃO**

INFORMADO Envolvimento: **ENVOLVIDO**

Histórico

Relata a vítima que no dia e horário acima informado estava voltando da zona urbana de Crateús para o Distrito de Realejo, dirigindo o seu carro, sozinha quando em um alto da estrada ao avistar um caminhão com luz alta, deu sinal de luz para que baixasse o farol, porém não baixou e ofuscou a visibilidade da estrada e a vítima subiu em um barrando perdendo o controle do carro, capotando-o; Que ficou delirando e foi socorrida por uma pessoa que a levou para o hospital São Lucas e depois transferida para o Hospital Santa Casa na cidade de Sobral; Que teve hemorragia interna, retirada do baço e ficou acamada por 60 dias; E nada mais disse.///
As informações contidas neste Boletim de Ocorrência são de inteira responsabilidade do queixoso, sendo ao mesmo informado que a comunicação de crime não ocorrido ou fato inexistente é crime punível na forma da lei (art. 339 e 340 do CPB).

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE CRATEUS

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

mshs

MAÍRA SIDARTHA DA SILVA - MAT.: 301004-1-7

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

Luiza Helena Batista Arcenio



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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 445 - 1475 / 2018

VISTO DO DELEGADO(A) :

ANA PAULA ALVES SCOTTI - MAT.: 300817-1-4

* Luzonne Francisco Neto
, noeme Batista de Souza



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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

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

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

Nome Completo da Vítima:

Renata Beluna Batista Arcanjo

CPF da Vítima:

00478463308

Data do Acidente:

05 12 2017

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome Completo do Representante Legal:

Renata Beluna Batista Arcanjo

CPF do Representante Legal:

Telefone (DDD):

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

Assinalar uma das opções abaixo:

- Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência, ou
- O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT, ou
- O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias em respectiva perda.

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal (IML), concordando, desde já, em me submeter a perícia médica às custas da Seguradora Lider DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

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

Renata Beluna Batista Arcanjo
 Local e Data:



RECEBIDO

Campo 2 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

Guia de atendimento - EMERGENCIA
A
D
DADOS DO PACIENTE

Prontuário 010348	Atendimento 0003	Nome do Paciente LUIZA HELENA BATISTA ARCEÑIO			CNS	Guia de Autorização	
Documento(s) Identidade: 2002099061055			Estado Civil Solteiro(a)			Sexo Feminino	
Data de Nascimento: 05/05/1980		Local CRATEUS/CE				Idade 37 Ano(s)	
Pai SEBASTIAO FERREIRA ARCELINO		Mãe LUIZA BATISTA COSTA					
Endereço CAMPO REALEJO, SN		Bairro ZONA RURAL	CEP 63700-000	Município CRATEUS	UF CE	Telefone 88 369240	
Profissão AGRICULTORA	Empresa	Cônjugue					
Responsável MARIA DO SOCORRO RODRIGUES	CPF do Responsável	Endereço CAMPO REALEJO, SN			Município CRATEUS		

DADOS DO ATENDIMENTO

Data Atendimento 05/12/2017	Horas 21:52	Convênio SUS	Matrícula	CID
Profissional do Atendimento JOAO VICTOR LEITAO MELO			CRM/UF 15482/CE	Tipo Atendimento CONSULTA COM PROCEDIMENTO
Indicador de Acidente			Funcionário ANTONIA VIEIRA DA SILVA	

Observação

Sala	Data/Hora Liberação	as	hs	Tipo de Saída		
				<input checked="" type="checkbox"/> Alta	<input type="checkbox"/> Internação	<input type="checkbox"/> Óbito

Sinais Vitais

Peso (kg)	Altura (cm)	T (°C)	P (bpm)	RR (bpm)	PA (mmHg)
			97	22	90x55

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

Paciente vítima de cophento

15 22:15

PA 102

A: ok

B: MV +

C: Fc: 95 bpm PA: 120x 80-

ABD: Doloroso em HCF

D: GCS 6/15 (S), nega desmaios ou vom

HO: TRAUMA ABDOMINAL FICHA 00

G: A 500ml

SAL 1000 ml tv

+ tocos AP


Assinatura P. Responsável
Responsável: MARIA DO SOCORRO RODRIGUES

JOAO VICTOR LEITAO MELO - CRM: 15482

Cetoroglu 100 mg + 100ml SF 2/91
tv 40ml

12h:15 Anticântico

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: 22/05/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.350,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: LUIZA HELENA BATISTA ARGENCIO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00747

CONTA: 000000012821-3

Nr. da Autenticação A21CE9DB0E559F7B



SISAR

SISTEMA INTEGRADO DE SANEAMENTO RURAL - BPA

AV. SARGENTO HERMINIO, 1452 - SÃO VICENTE

CRATEUS - CE - CEP: 63.700-000

C.N.P.J.: 04.805.566/0001-41 - Fone: (88) 3691-0506

CONTA D'ÁGUA

FOLHA: 1/1

ASSOCIAÇÃO
COMUNITÁRIA RURAL DE REALEJO

INSCRIÇÃO

0017418.4

CLS

PAR

RES

COM

IND

PUB

OUT

TAR

ECONOMIAS

NF / CONTA

170260439

CNPJ

07.550.569/0001-70

EMISSÃO

18/12/17

DEZ/2017

1 0 0 0 0

1 0 0 0 0

1 0 0 0 0

1 0 0 0 0

1 0 0 0 0

1 0 0 0 0

1 0 0 0 0

1 0 0 0 0

1 0 0 0 0

1 0 0 0 0

1 0 0 0 0

1 0 0 0 0

1 0 0 0 0

1 0 0 0 0

1 0 0 0 0

1 0 0 0 0

1 0 0 0 0

1 0 0 0 0

1 0 0 0 0

1 0 0 0 0

1 0 0 0 0

1 0 0 0 0

1 0 0 0 0

1 0 0 0 0

1 0 0 0 0

1 0 0 0 0

1 0 0 0 0

1 0 0 0 0

1 0 0 0 0

1 0 0 0 0

1 0 0 0 0

1 0 0 0 0

1 0 0 0 0

1 0 0 0 0

1 0 0 0 0

1 0 0 0 0

1 0 0 0 0

1 0 0 0 0

1 0 0 0 0

1 0 0 0 0

1 0 0 0 0

1 0 0 0 0

1 0 0 0 0

1 0 0 0 0

1 0 0 0 0

1 0 0 0 0

1 0 0 0 0

1 0 0 0 0

1 0 0 0 0

1 0 0 0 0

1 0 0 0 0

1 0 0 0 0

1 0 0 0 0

1 0 0 0 0

1 0 0 0 0

1 0 0 0 0

1 0 0 0 0

1 0 0 0 0

1 0 0 0 0

1 0 0 0 0

1 0 0 0 0

1 0 0 0 0

1 0 0 0 0

1 0 0 0 0

1 0 0 0 0

1 0 0 0 0

1 0 0 0 0

1 0 0 0 0

1 0 0 0 0

1 0 0 0 0

1 0 0 0 0

1 0 0 0 0

1 0 0 0 0

1 0 0 0 0

1 0 0 0 0

1 0 0 0 0

1 0 0 0 0

1 0 0 0 0

1 0 0 0 0

1 0 0 0 0

1 0 0 0 0

1 0 0 0 0

1 0 0 0 0

1 0 0 0 0

1 0 0 0 0

1 0 0 0 0

1 0 0 0 0

1 0 0 0 0

1 0 0 0 0

1 0 0 0 0

1 0 0 0 0

1 0 0 0 0

1 0 0 0 0

1 0 0 0 0

1 0 0 0 0

1 0 0 0 0

1 0 0 0 0

1 0 0 0 0

1 0 0 0 0

1 0 0 0 0

1 0 0 0 0

1 0 0 0 0

1 0 0 0 0

1 0 0 0 0

1 0 0 0 0

1 0 0 0 0

1 0 0 0 0

1 0 0 0 0

1 0 0 0 0

1 0 0 0 0

1 0 0 0 0

1 0 0 0 0

1 0 0 0 0

1 0 0 0 0

1 0 0 0 0

1 0 0 0 0

1 0 0 0 0

1 0 0 0 0

1 0 0 0 0

1 0 0 0 0

1 0 0 0 0

1 0 0 0 0

1 0 0 0 0

1 0 0 0 0

1 0 0 0 0

1 0 0 0 0

1 0 0 0 0

1 0 0 0 0

1 0 0 0 0

1 0 0 0 0

1 0 0 0 0

1 0 0 0 0

1 0 0 0 0

1 0 0 0 0

1 0 0 0 0

1 0 0 0 0

1 0 0 0 0

1 0 0 0 0

1 0 0 0 0

1 0 0 0 0

1 0 0 0 0

1 0 0 0 0

1 0 0 0 0

1 0 0 0 0

1 0 0 0 0

1 0 0 0 0

1 0 0 0 0

1 0 0 0 0

1 0 0 0 0

1 0 0 0 0

1 0 0 0 0

1 0 0 0 0

1 0 0 0 0

1 0 0 0 0

1 0 0 0 0

1 0 0 0 0

1 0 0 0 0

1 0 0 0 0

1 0 0 0 0

1 0 0 0 0

1 0 0 0 0

1 0 0 0 0

1 0 0 0 0

1 0 0 0 0

1 0 0 0 0

1 0 0 0 0

1 0 0 0 0

1 0 0 0 0

1 0 0 0 0

1 0 0 0 0

1 0 0 0 0

1 0 0 0 0

1 0 0 0 0

1 0 0 0 0

1 0 0 0 0

1 0 0 0 0

1 0 0 0 0

1 0 0 0 0

1 0 0 0 0

1 0 0 0 0

1 0 0 0 0

1 0 0 0 0

1 0 0 0 0

1 0 0 0 0

1 0 0 0 0

1 0 0 0 0

1 0 0 0 0

1 0 0 0 0

1 0 0 0 0

1 0 0 0 0

1 0 0 0 0

1 0 0 0 0

1 0 0 0 0

1 0 0 0 0

1 0 0 0 0

1 0 0 0 0

1 0 0 0 0

1 0 0 0 0

1 0 0 0 0

1 0 0 0 0

1 0 0 0 0

1 0 0 0 0

1 0 0 0 0

1 0 0 0 0

1 0 0 0 0

1 0 0 0 0

1 0 0 0 0

1 0 0 0 0

1 0 0 0 0

1 0 0 0 0

1 0 0 0 0

1 0 0 0 0

1 0 0 0 0

1 0 0 0 0

1 0 0 0 0

1 0 0 0 0

1 0 0 0 0

1 0 0 0 0

1 0 0 0 0

1 0 0 0 0

1 0 0 0 0

1 0 0 0 0

1 0 0 0 0

1 0 0 0 0

1 0 0 0 0

1 0 0 0 0

1 0 0 0 0

1 0 0 0 0

1 0 0 0 0

1 0 0 0 0

1 0 0 0 0

1 0 0 0 0

1 0 0 0 0

1 0 0 0 0

1 0 0 0 0

1 0 0 0 0

1 0 0 0 0

1 0 0 0 0

1 0 0 0 0

1 0 0 0 0

1 0 0 0 0

1 0 0 0 0

1 0 0 0 0

1 0 0 0 0

1 0 0 0 0

1 0 0 0 0

1 0 0 0 0

1 0 0 0 0

1 0 0 0 0

1 0 0 0 0

1 0 0 0 0

1 0 0 0 0

1 0 0 0 0

1 0 0 0 0

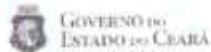
1 0 0 0 0

1 0 0 0 0

1 0 0 0 0

1 0 0 0 0

2º Via



Nº de Inscrição:

0027578968

DADOS DO CLIENTE

Nome: JANUARIA SOARES DE ARAUJO
 End. Leitura: RU DOR GOMES COUTINHO, 439, SAO VICENTE
 Cidade: CRATEUS CEP: 63700-000
 End. Entrega:
 Cidade:
 Local: 029 Seta: 006 Quadra: 0072 Lote: 0188 Compr: 0000 Subs: Subquadra:

CEP:

ECONOMIAS

Residencial: 001	Commercial: 000	Industrial: 000	Publica: 000
------------------	-----------------	-----------------	--------------

INFORMAÇÕES SOBRE MEDICAO

Serviço	Medidor	Lectura Anterior	Lectura Atual	Volumen(m³)	Média Semestral(m³)
AGUA	A07F346143	39	44	5	6

DATAS

Lectura Atual: 10/01/2018	Entrega: 05/02/2018	Lectura Anterior: 09/12/2017	Próxima Lectura: 09/02/2018	Index Agua: 9917105
---------------------------	---------------------	------------------------------	-----------------------------	---------------------

Lectura Anterior: 09/12/2017	Próxima Lectura: 09/02/2018	Index Agua: 9917105
------------------------------	-----------------------------	---------------------

QUALIDADE DA ÁGUA DISTRIBUÍDA REFERENTE A:

Itº de Amostras	Cloro	Turbidez	Cor	Coliformes Totais	Escherichia Coli
Exigidos	051	051	010	051	051
Analíticas	047	047	010	047	047
Em conformidade	047	046	010	046	047

MENSAGENS / INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Caro cliente, encontram-se quitadas as faturas de sua titularidade, para esta unidade consumidora, vencidas em 2017, conforme a Lei n. 12.007/2009. Esta declaracão substitui outras quitacoes do periodo e de anos anteriores. Agradecemos sua pontualidade. Agua tratada e saude.

DESCRICAÇÃO DOS SERVIÇOS		Valor (R\$)	HISTÓRICO DE VOLUME		
AGUA		32,90	Mês/Ano	Água(m³)	Engata(m³)
PARCELAÇÃO DE DEBITOS	1/10	19,48	JAN/2017	9	0
RELIBACAO DE AGUA	1/1	6,00	FEV/2017	8	0
ATENDIMENTO(S): [127697556]			MAR/2017	10	0
			ABR/2017	8	0
			MAI/2017	8	0
			JUN/2017	9	0
			JUL/2017	5	0
			AGO/2017	10	0
			SET/2017	7	0
			OUT/2017	8	0
			NOV/2017	5	0
			DEZ/2017	5	0

TRIBUTOS SOBRE O FATURAMENTO		SUBSÍDIO	
Descrição	Valor (R\$)	Descrição	Valor (R\$)
PIS	0,56	VALOR DO SERVIÇO	64,18
COFINS	2,79	VALOR DO SUBSÍDIO	5,80
		VALOR TOTAL A PAGAR	58,38

MÊS/ANO	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR (R\$)
01/2018	02/02/2018	58,38

CLIQUE PARA PAGAR

Bancos: Bradesco, BNB, Itaú, BIC, Banco do Brasil, Caixa Econômica Federal, Santander, Triângulo, Outros: PagFit, A Cagece disponibiliza o serviço de débito em conta de sua fatura. Acesse já este serviço. Consulte sua agência.

É obrigação do usuário manter seu cadastro atualizado junto à Cagece, conforme resoluções das Agências Reguladoras.

Mais informações pelo telefone: 0800 275 0195, nas lojas de Atendimentos, de 8h às 17h, no site www.cagece.com.br ou na lojaria Cagece 3101.1918, de 8h às 12h e 13h às 17h, dividida entre as 155 lojas. Acesse www.anece.ce.gov.br

Entidades Reguladoras: Fortaleza: **ACFOR** - Autoridade de Regulação, Fiscalização e Controle dos serviços públicos de Saneamento Ambiental, 0800 285 1919 - Demais Localidades: **ARCE** - Agência Reguladora de Serviços Públicos Delegados do Estado do Ceará 0800 275 3838



DADOS DO CLIENTE

Inscrição: 0027578968 Código de Reservável: Mês/Ano: 01/2018
 Local: 029 Seta: 8 Quadra: 0072 Lote: 0188 Compr: 0000
 Subs: Subquadra:
 Cidade: CRATEUS Vencimento: 02/02/2018 Total (R\$): 58,38

Via do agente
encarador

82690000000-9 58380009500-7 02757896801-1 04005431025-1





DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO CIRCULAR SUSEP 445/12

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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 das 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 de profissão e renda, 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 de investimento.

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

Pelo exposto, eu Karina Reusa Fornes, inscrito (a) no CPF 030341643-127, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Keliza Batista Arcanjo, inscrito (a) no CPF sob o nº 00478463308, do sinistro de DPVAT Cobertura Imóveis, da Vítima Keliza Batista Arcanjo, inscrito (a) no CPF sob o nº 00478463308, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

Recuso informar.

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço	Número	Complemento
Rua Dr. Fornes Lourenço	439	
Bairro	Estado	CEP
Centro	CE	63700-000
E-mail	Telefone comercial (DDD)	Telefone celular (DDD)
Karine.reusa@hotmail.com	(61) 3222-1016	(61) 99931-0116

Brasília 13 de março de 2018
Local e Data

Karina Reusa Fornes
Assinatura do Declarante



Guia de atendimento - EMERGENCIA

DADOS DO PACIENTE

Prontuário 010348	Atendimento 0003	Nome do Paciente LUIZA HELENA BATISTA ARCEÑIO			CNS	Guia de Autorização	
Documento(s) Identidade: 2002099061055				Estado Civil Solteiro(a)		Sexo Feminino	
Data de Nascimento 05/05/1980	Local CRATEUS/CE					Idade 37 Ano(s)	
Pai SEBASTIAO FERREIRA ARCELINO		Mãe LUIZA BATISTA COSTA					
Endereço CAMPO REALEJO, SN		Bairro ZONA RURAL	CEP 63700-000	Município CRATEUS	UF CE	Telefone 88 369240	
Profissão AGRICULTORA		Empresa		Cônjugue			
Responsável MARIA DO SOCORRO RODRIGUES		CPF do Responsável	Endereço CAMPO REALEJO, SN		Município CRATEUS		

DADOS DO ATENDIMENTO

Data Atendimento 05/12/2017	Hora 21:52	Convênio SUS	Matrícula	CID
Profissional do Atendimento JOAO VICTOR LEITAO MELO			CRM/UF 15482/CE	Tipo Atendimento CONSULTA COM PROCEDIMENTO
Indicador de Acidente			Funcionário ANTONIA VIEIRA DA SILVA	

Observação:

Sala	Data/Hora Liberação	às	hs.	Tipo de Saida	
				() Alta	() Internação
				() Internação	() Óbito

Sinais Vitais

Peso (kg)	Altura (cm)	T (°C)	P (bpm)	R (impm)	PA (mmHg)	90x5

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

Paciente vítima de corteamento

15 22:15

PA 120

A: ok

B: MV +

C: FC 85 bpm PA: 120x 80 ~

ABP: 60/40/50 em HCF

D: GCA 86mm (5 , nega desmaios ou voma

HO : TRAUMA ABDOMINAL FICHA 00

G: A 50ml

SAL 1000 ml tv Abdominal

SAREMI SEGURO DIA
700/17/2018
22 MAR 2018

+ torax AP

Glucosmia amarelo
Cortisol 100 ng + 100ml SF 91
tv Abdominal

JOAO VICTOR LEITAO MELO - CRM: 15482

Assinatura Paciente/Responsável
Responsável: MARIA DO SOCORRO RODRIGUES



ATESTIA DO MÉDICO

ATESTO PARA OS DE VENOS FINS QUE A
 PACIENTE LUIZA HELLVA BATISTA ARCEU FOI
 SUBMETIDA A LAPAROTOMIA EXPLORADORA COM
 REALIZAÇÃO DE ESPLNÉCTOMIA POR TRAUMA
 ABDOMINAL FECHADO NA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA
 DE SOBRAL EM 06/12/2017; ADOS ACIDENTE
 AUTOMOBILÍSTICO EM 05/12/2017 A PACIENTE
 TEVE ALTA HOSPITALAR EM 11/12/2017



CRATEÚS 09/03/18



Dr. João Victor Melo
 MÉDICO
 CIRURGIÃO GERAL
 CRM 15482

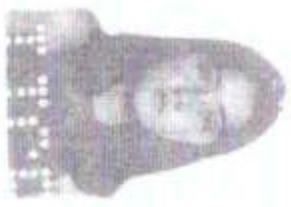


SABEMI SEGURADORA S/A
22 MAR 2018
RECEBIDO

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
0014009022108 28/1/2004
FAMILIA VIEIRA GOMES

EVALDO GOMES VIEIRA E MARIA QUI
TERIA VIEIRA GOMES

CRATEUS-CE 18/4/1990
CERT. NASC. 19639 L A 19 F
290 CRATEUS-CE



Kamila Vieira Gomes

CARTERA DE IDENTIDAD



MINISTÉRIO DA FAZENDA
Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

NÚMERO:
030.341.643-27

NOME:
KAMILA VIEIRA GOMES

NASCIMENTO:
18/04/1990

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE AUTENTICAÇÃO



CE N° 012219807683		BILHETE DE SEGURO DPVAT	
2015			
<p>ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT PARA ASSESSAR INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA www.dpvatsegurodotransito.com.br SAC DPVAT 0800 022 1204</p>			
		VENCIMENTO	DATA EMISSÃO
		2015	12/11/2015
VIA	CPF / CNPJ	PLACA	
01	00478363306	MGR1324	
RENAVAM		MATRIZ / MODELO	
116939913		KIA / VOYAGE 1.0	
ANO-FAB	08/15	Nº CHASSI	
2009	01	9BMDA05UZAT019617	
PRÉMIO TARIFÁRIO			
PNS (R\$)	DEINTRAN (R\$)	CUSTO DO SEGURO (R\$)	
105,49	5,05	50,55	
CUSTO DO BILHETE (R\$)		VALOR A SER PAGO SEGURO (R\$)	
4,15	0,40	105,65	
PAGAMENTO		DATA EMISSÃO	
<input checked="" type="checkbox"/> COTA UNICA		<input type="checkbox"/> PARCELADO	
DESEJAMOS LHE PARABÉNS			
SEGURADORA LUER DPVAT			
MOTOR: CCH201124			
CNPJ 09.248.400/0001-04			
www.seguradorauler.com.br			
22 MAR 2018			
SABEM SEGUADORA LUE			

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180134401 **Cidade:** Crateús **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LUIZA HELENA BATISTA ARCEÑIO **Data do acidente:** 05/12/2017 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: TRAUMA ABDOMINAL FECHADO

Descrição do exame médico pericial: CICATRIZ XIFOPUBIANA

Resultados terapêuticos: RESULTOU EM PERDA ANATÔMICA DO BAÇO

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU COMPLETO DO BAÇO (RETIRADA CIRÚRGICA - ESPLENECTOMIA)

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 15/05/2018

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Greive Freitas Cavalcante

CRM do médico: 9050

UF do CRM do médico: CE

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 integral (retirada cirúrgica) do baço	10 %	Em grau completo - 100 %	10%	R\$ 1.350,00
		Total	10 %	R\$ 1.350,00

PRESTADOR

SAUDESEG SISTEMAS DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: VICTOR RAMIRES REYNAUX BORBA

CRM do médico: 21266

UF do CRM do médico: PE

Assinatura do médico:

A handwritten signature in blue ink that appears to read 'Victor R. Reynaux Borba'.

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180134401 **Cidade:** Crateús **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LUIZA HELENA BATISTA ARCEÑIO **Data do acidente:** 05/12/2017 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 03/05/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMAS NO CORPO (ABDOME) -

Resultados terapêuticos: CONTUSÃO ESCORIAÇÕES - DORES TRATAMENTO CONSERVADOR - DEPENDE DE INFORMAÇÃO COMPLEMENTAR

Sequelas permanentes:

Sequelas: Não definido

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares: SOLICITO RESULTADOS DE EXAMES E TRATAMENTOS

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

PRESTADOR

AMORIM E MATTOS SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS LT

Nome do médico: JOSÉ TEÓFILO SARAIVA

CRM do médico: 52.32504-2

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

A handwritten signature in cursive script, appearing to read 'José Teófilo Saraiva'.

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180134401 **Cidade:** Crateús **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LUIZA HELENA BATISTA ARCEÑIO **Data do acidente:** 05/12/2017 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 08/05/2018

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA EM ABDOME

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO

Sequelas permanentes: RETIRADA CIRÚRGICA DO BAÇO

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: ESPLENECTOMIA 100%

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 integral (retirada cirúrgica) do baço	10 %	Em grau completo - 100 %	10%	R\$ 1.350,00
		Total	10 %	R\$ 1.350,00

PRESTADOR

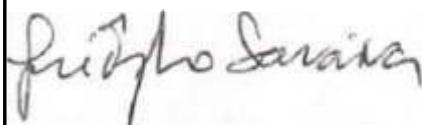
AMORIM E MATTOS SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS LT

Nome do médico: JOSÉ TEÓFILO SARAIVA

CRM do médico: 52.32504-2

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE: (Dados do Beneficiário do Seguro DPVAT)

Nome: Leiza Helena Batista Alencar
Nacionalidade: Brasileira Estado Civil: casada
Profissão: do lar
Identidade: 2002099061055 CPF: 00478463308
Endereço: pavilhão das laranjeiras Bairro: Zona Rural
Cidade: Lidópolis CEP: 63700 000

OUTORGADO: (Dados do Procurador)

Nome: Kamila Oliveira Júnior
Nacionalidade: Brasileira Estado Civil: Solteira
Profissão: do lar
Identidade: 2004009022108 CPF: 03034164327
Endereço: Dr. Jornalista Leônidas 439 Bairro: _____
Cidade: Lidópolis CEP: 63700 000

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 e suas respectivas consorciadas**, a fim de encaminhar pedido de indenização do Seguro Obrigatório – DPVAT, a que tenho direito, concedendo ao outorgado poderes para assinatura nos formulários de: Aviso de Sinistro, Protocolo de Recepção de Documentos, Declaração de Ausência de Laudo do IML, Autorização de Pagamento de Indenização do Seguro DPVAT, podendo enfim assinar ou requerer quaisquer documentos relacionadas com o Seguro Obrigatório – DPVAT em meu nome, praticar todos os atos de direito permitidos para perfeito cumprimento deste mandato; da qual figura como vítima, Leiza Helena Batista Alencar

**CARTÓRIO
MARTINS**

Local: Lidópolis - PR UF: PR Data: 30 de março de 2018

Leiza Helena Batista Alencar
Assinatura do Outorgante.

(Reconhecer firma da assinatura do outorgante em cartório por autenticidade)

