

Rio de Janeiro, 28 de Março de 2018

Aos Cuidados de: LUIZA HELENA BATISTA ARCENIO

Nº Sinistro: 3180134401

Vitima: LUIZA HELENA BATISTA ARCENIO

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

Carta nº 12580237



Rio de Janeiro, 29 de Março de 2018

Aos Cuidados de: LUIZA HELENA BATISTA ARCENIO
Nº Sinistro: 3180134401
Vitima: LUIZA HELENA BATISTA ARCENIO
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

Carta nº 12588711



Rio de Janeiro, 03 de Maio de 2018

Aos Cuidados de: LUIZA HELENA BATISTA ARCENIO
Nº Sinistro: 3180134401
Vitima: LUIZA HELENA BATISTA ARCENIO
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

Carta nº 12745818



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 nº: 12879490

A/C: LUIZA HELENA BATISTA ARCENIO

Nº Sinistro: 3180134401
Vítima: LUIZA HELENA BATISTA ARCENIO
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 ARCENIO

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 braço 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



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 ACV

CPF da Vítima

Nome completo da vítima

04784633-03

Luiza Helena Batista

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo

Luiza Helena Batista Arantes

CPF titular da conta

004784633-03

Profissão

do lar

Trabalho

porcado Realize

Número

51m

Complemento

Zona Rural

Realize

Estado

ce

CEP

63700-000

Endereço

Romão - ruas@hotmail.com

Telefone (DDD)

(08)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

RECUSO INFORMAR

RS 1.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00

SEM RENDA

R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00

ATÉ R\$ 1.000,00

R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00

ACIMA DE R\$ 10.000,00

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

BRADISCO (017)

BANCO DO BRASIL (001)

ITAU (341)

☒ CAIXA ECONOMICA FEDERAL (100)

AGÊNCIA

0747

CONTA

012821

DV

3

Informar dígito se existir

Informar dígito se existir

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

BANCO

Nome

Nº

AGÊNCIA

Nº

DV

CONTA

Nº

DV

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 efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

CE 10 de 03

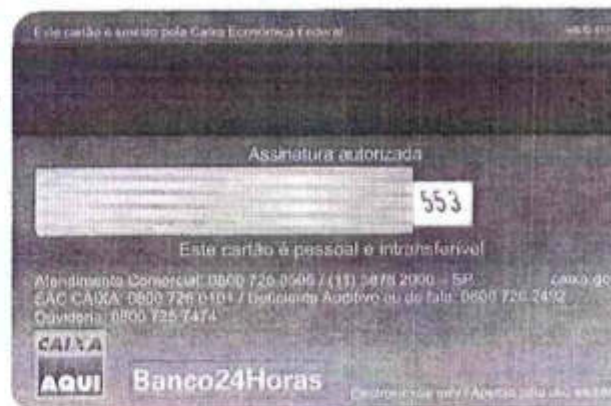
Local e Data

Luiza Helena Batista Arantes

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 casualidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

(X) Sim () Não

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

(X) 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 (X) 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



POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA ELETRÔNICA



SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
E DEFESA SOCIAL
Governo do Estado do Ceará



VISUALIZAÇÃO

ATENÇÃO!

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

Dados do Noticiante

Corrigir 1

Nome: **LUIZA HELENA BATISTA ARCEIO**
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 ARCEIO**
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 **RQR1324** TIPO DE VEÍCULO **AUTOMÓVEL** MARCA/MODELO **VW/VOLKSWAGEN** **1.0** COR **CINZA** PROPRIETÁRIO **LUIZA HELENA BATISTA ARCEIO**

Descrição da Ocorrência

Corrigir 4

Informa a declarante que no dia e hora acima supracitados, seguia guiando o automóvel acima discriminado na localidade de Realejo - CE zona rural de Crateus 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 Crateus - CE.

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

Luiza Helena Batista Arceio



Paulo Martins Lopes
Escritório de Polícia
MAT. 151.919-1-0

**GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ**

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA REGIONAL DE CRATEUS

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 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 ARCENIO**Nascimento: **05/05/1980** CPF: **004.784.633-08**RG: **2002099061055** Orgão Emissor: **SSPCE**Filiação: **LUIZA BATISTA COSTA****SEBASTIAO FERREIRA ARCENIO**Endereço: **VILA REALEJO**Bairro: **ZONA RURAL**Município: **CRATEUS/CE**País: **BRASIL**

SABEMI SEGURADORA S/A

UF:

27 ABR 2018

RHEPB 63.700-000

Telefone: **(88) 99900-1579****Dados do(s) Veículo(s)**1) Placa: **NQR1324** Uf: **CE** Município: **CRATEUS** Chassi:**9BWD A05U2AT019617** Renavam: **146939913** Tipo do Veículo:**AUTOMOVEI** Marca / Modelo: **VW/VOYAGE 1.0** Ano Fabricação: **2009**Ano Modelo: **2010** Combustível: **GASOLINA/ALCOOL** Cor: **CINZA**Proprietário: **LUIZA HELENA BATISTA ARCENIO** 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 :****MAÍRA SIDARTHA DA SILVA - MAT.: 301004-1-7****RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:****LUIZA HELENA BATISTA ARCENIO**



BOLETIM DE Ocorrência Nº 445 - 1475 / 2018

VISTO DO DELEGADO(A) :

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

* Leuzonne Gonçalves neta
noeme Batista de Sousa



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (seuativo 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

Luiza Kelina Batista Arnes

CPF da Vítima

00478463308

Data do Acidente

05.12.2017

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome Completo do Representante Legal

CPF do Representante Legal

Residência

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:

Assinar uma das opções abaixo:

☒ Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência, ou

☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT, ou

☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido.

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal (IML), concordando, desde já, em me submeter 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 prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

Feito em Porto Alegre de março de 2018
 Local e Data

Luiza Kelina Batista Arnes

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal





SOCIEDADE BENEFICENTE SAO CAMILO
HOSPITAL SAO LUCAS

A

Impressão: 05/12/2017

F

Guia de atendimento - EMERGENCIA

DADOS DO PACIENTE

Prontuário 010348	Atendimento 0003	Nome do Paciente LUIZA HELENA BATISTA ARCEIO	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
Profissão AGRICULTORA	Empresa	Cônjuge		Telefone 88 369240
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 VIERA DA SILVA		
Observação				
Sala	Data/Hora Liberação		Tipo de Saída	
	/ /		() Alta () Internação () Óbito	

Sinais Vitais

Peso (kg)	Altura (cm)	T (°C)	P (bpm)	R (rpm)	PA (mmHg)
			94	22	90x5

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

Paciente vítima de copolamento

A: OK

B: MV (+)

C: FC 95 bpm PA: 120x80 mmHg

Azn. doloroso em HCF

D: GLASSBOW IS, NFGA RESMAMOS OU VOM

HD: MAU MA ABRONINA FICHA DO

CA A SORAI

SAL 1000 ml EV ADEM

AT TORAX AP

litonogro 100 mg + 100ml SF 91
EV ADEM

JOAO VICTOR LEITAO MELO - CRM: 15482

RECEBIDO
BAREMI SEGURADORA S/A
22 MAR 2018
Assinatura Responsável
Responsável: MARIA DO SOCORRO RODRIGUES

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 ARCENIO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00747

CONTA: 000000012821-3

Nr. da Autenticação A21CE9DB0E559F7B



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

CLS TAR

ECONOMIAS

NF / CONTA

CNPJ

07.550.569/0001-70

EMISSÃO

MES/FAT

18/12/17

DEZ/2017

0017418.4

PAR RES RES

COM IND PUB OUT

1 0 0 0

170260439

LUIZA HELENA BATISTA ARGENIO

REALEJO, 350

REALEJO

CRATEUS

CEARA

CEP: 63.700-000

LOCALIZAÇÃO

00.10.10.0000000220

ENDEREÇO DE ENTREGA

LOCALIZAÇÃO

ULTIMOS CONSUMOS				SERVIÇOS E TARIFAS			
MES/FAT	CONS.	OCO	DO	COO	DESCRIÇÃO	PREST.	VALOR
dez/17	03	000	30	001	ÁGUA		10,75
nov/17	03	000	30	016	Multa por Atraso - 10/2017		0,41
out/17	07	000	030	017	Encargos (10/2017) 16 dias		0,18
set/17	08	000	031	029	OPERADOR		3,00
ago/17	06	000	031	030	ENERGIA		2,42
jul/17	07	000	030				
jun/17	05	000	031				
MÉDIA	00006						

QUINA DE JURO
05005831-2
CX. PEDRO

HIDROMETRIA									
HIDRÔMETRO	INSTALAÇÃO	LEIT. ANT.	DT. LEITURA	LEIT. ATUAL	DT. LEITURA	CONSUMO DIAS	CONSUMO	OCO	LEITURISTA
7050495388	01/12/09	0664	01/11/17	0667	01/12/17	0003	30	000	000

OBSERVAÇÕES									
PARAMETROS DA AGUA DISTRIBUIDA									
Postagem 2.914 de 12/12/2011 - Valores máximos permitidos									
Período:									
Reservatório:	Cor	pH	Cloro	Turbidez	Flor	Coli. Totais			
Parâmetros	até 1500	6,0 a 9,5	até 5,0 mg/l	até 5 UT	até 1,5 mg/l	Assente			
Padrão									
Obtidos									
Qtd. Análise									

MENSAGENS

Conforme resolução do Conselho de Administração do SISA a partir de janeiro de

2016, as multas por infração serão cobradas o valor de 50 vezes a tarifa mínima.

MULTA 2% 0,34 ENCARGOS DIÁRIOS 0,033% 0,01 MESES EM DÉBITO NOV/2017

VENCIMENTO 10/01/2018

VALOR R\$ 16,76

SABEMI SEGURADORA S/A

22 MAR 2018

RECEBIDO



2º Via

Nº de inscrição:

0027578968

DADOS DO CLIENTE

Nome: JANUARIA SOARES DE ARAUJO

End. Entrega: RU DOR GOMES COUTINHO, 439, SÃO VICENTE

Cidade: CRATEUS

CEP: 63.700-000

End. Entrega:

Cidade:

CEP:

Local: 029

Setor: 006

Quadra: 0072

Lote: 0188

Comp: 0000

ECONOMIAS

Residencial: 001

Comercial: 000

Industrial: 000

Pública: 000

INFORMAÇÕES SOBRE MEDIÇÃO

Serviço	Medidor	Leitura Anterior	Leitura Atual	Volumen (m³)	Medio Semestral (m³)
AGUA	A07F346143	39	44	5	6

DATAS

Leitura Atual: 10/01/2018

Emissão: 05/02/2018

Lacre Água: 9917105

Leitura Anterior: 09/12/2017

Próxima Leitura: 09/02/2018

Lacre Esgoto:

QUALIDADE DA ÁGUA DISTRIBUÍDA REFERENTE A: 12/2017

Nº de Amostras	Cloro	Turbidez	Cor	Coliformes Totais	Escherichia Coli
Exigidos	051	051	010	051	051
Analisados	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 declaração substitui outras quitacoes do periodo e de anos anteriores. Agradecemos sua pontualidade. Água tratada e saúde.

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS	Valor (R\$)	HISTÓRICO DE VOLUME
AGUA	32,90	Mês/ano
PARCELAMENTO DE DEBITOS	19,48	Agua (m³)
RELIGACAO DE AGUA	6,00	Esgoto (m³)
ATENDIMENTO(S): 127697556		
		JAN/2017
		FEV/2017
		MAR/2017
		ABR/2017
		MAI/2017
		JUN/2017
		JUL/2017
		AGO/2017
		SET/2017
		OUT/2017
		NOV/2017
		DEZ/2017

TRIBUTOS SOBRE O FATURAMENTO

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

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

ONDE PAGAR SUA FATURA

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

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

Maiores informações pelo telefone: 0800 275 0195, nas horas de atendimento de 8h às 17h, no site www.cagece.com.br ou sua ouvidoria. Cagece: 3101-1918, de 8h às 12h e 13h às 17h. Ouvidoria estadual: 156. Site da ARCE: www.arce.ce.gov.br

Entidades Reguladoras: Fortaleza: ACFOR - Autarquia 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



Fatura Mensal

Via do agente arrecadador

DADOS DO CLIENTE

Inscrição: 0027578968

Código de Responsável:

Rec/Ano: 01/2018

Local: 029

Setor: 8

Quadra: 0072

Lote: 0188

Comp: 0000

Cidade: CRATEUS

Vencimento: 02/02/2018

Total (R\$): 58,38

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



EMISSION: ATENDIMENTO VIRTUAL 05/02/2018 02:31:05

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 SUSEP 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 COAF**.

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

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 Kamila Nunes Gomes inscrito (a) no CPF 030341643 / 27
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Kauza Belena Batista Arcene inscrito
(a) no CPF sob o Nº 00478463308 do sinistro de DPVAT cobertura Incêndio da Vítima
Kauza Belena Batista Arcene, 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
<u>Rua Dr. Gomes Coutinho</u>	<u>439</u>	
Bairro	Estado	CEP
<u>Centro</u>	<u>CE</u>	<u>63300-000</u>
E-mail	Telefone comercial (DDD)	Telefone celular (DDD)
<u>Kamila Nunes@hotmail.com</u>		<u>(88) 999310116</u>

Crato 13 de março de 2018
Local e Data

Kamila Nunes Gomes
Assinatura do Declarante





SOCIEDADE BENEFICENTE SAO CAMILO
HOSPITAL SAO LUCAS

Impressão: 05/12/2017

Guia de atendimento - EMERGENCIA

DADOS DO PACIENTE

Prontuário 010348	Atendimento 0003	Nome do Paciente LUIZA HELENA BATISTA ARCEIO	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
Profissão AGRICULTORA	Empresa	Cônjuge		
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 VIERA DA SILVA		
Observação				
Sala	Data/Hora Liberação		Tipo de Saída	
			() Alta () Internação () Óbito	

Sinais Vitais

Peso (kg)	Altura (cm)	T (°C)	P (bpm)	R (rpm)	PA (mmHg)
			92	22	90x5

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

Paciente vítima de acidente

A: OK

B: MV (+)

C: FC: 95 bpm PA: 120 x 80 mmHg

ADN: DOLORENO EM HCF

D: GLA 36mm IS, NFGA DAS MÍOLOS OU VOM

HD: TRAUMA ABDOMINAL FÉCHA DO

CA: A SÓDA

SAL 1000 ml EV AGOR

1x torax AP

Uterino 100 mg + 100mg SF 91

JOAO VICTOR LEITAO MELO - CRM: 15482

SABEM SEGURODORA S/A
22 MAR 2018
Assinatura Paciente/Responsável
Responsável: MARIA DO SOCORRO RODRIGUES

ATESTADO MÉDICO

ATESTO PARA OS DEVIDOS FINS QUE A
PACIENTE LUIZA HELLY BATISTA ARCEMIO FOI
SUBMETIDA A LAPAROTOMIA EXPLORADORA COM
REALIZAÇÃO DE ESPLINECTOMIA POR TRAUMA
ABDOMINAL FECHADO NA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA
DE SOBRAL EM 06/12/2017; APÓS 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
CREMEC 15462



LAUZA FM TUDO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2002099061055 DATA DE EMISSÃO 9/7/2002

NOME LUIZA HELENA BATISTA ARGENIO

FILIAÇÃO SEBASTIAO FERREIRA ARGENIO E LUISA BATISTA COSTA

NATURALIDADE CRATEUS-CE DATA DE NASCIMENTO 5/5/1980

DIG. ORIGEM CERT. NASC. 5374 L A.6 F

67 MONTE NEBO, CRATEUS, CE

CPF 00478463308

ASSINADO POR [Signature]

CE Nº 112 DE 2008

SABEMI SEGURADORA S/A

22 MAR 2018

RECEBIDO

2004009022108 28/1/2004
KAMILA VIEIRA GOMES
 EIVALDO GOMES VIEIRA E MARIA QUI
 TERIA VIEIRA GOMES
 CRATEUS-CE 18/4/1990
 CERT.NASC. 19639 L A 19 F
 080 CRATEUS CE



Kamila Vieira Gomes
 CARTÃO DE IDENTIDADE

autentico, para os devidos efeitos, a presente
 copia reprográfica do documento que me foi
 apresentado em Cartório pela parte interessada.
 Dou fé.
 23 JAN. 2018
 CRATEUS-CE Em Test. de verdade
☒ Belª Silvânia Barreto Cavalcante-Oficial
☐ Fabiane Barreto Cavalcante-Substituta
 VALIDO SOMENTE COM SELO DE AUTENTICIDADE
 194 Cratéus-Ce

autentico, para os devidos efeitos, a presente
 copia reprográfica do documento que me foi
 apresentado em Cartório pela parte interessada.
 Dou fé.
 23 JAN. 2018
 CRATEUS-CE Em Test. de verdade
☒ Belª Silvânia Barreto Cavalcante-Oficial
☐ Fabiane Barreto Cavalcante-Substituta
 VALIDO SOMENTE COM SELO DE AUTENTICIDADE
 194 Cratéus-Ce

MINISTERIO DA FAZENDA

Receita Federal
 Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO
 Número
030.341.643-27
 Nome
KAMILA VIEIRA GOMES

Nascimento
18/04/1990
 VALIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIDADE

SAREMI SEGURADORA S/A
 22 MAR 2018
 RECEBIDO

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - CE
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

Nº 012219807683

CRDD VIA COD RENAVAM ENTRO EXERCÍCIO
01 146939913 0000000000 2015

LUÍZA HELENA BATISTA ARGENIO

CRATEUS/CE

CNPJ PLACA
00478463309 NQR1324

PLACA INT/UF
*****ACE 9BNDAG5UZATQ19617

ESPECÍFICO COMBUSTÍVEL
PAS/AUTOMÓVEL/NAO APLIC. GASOL/ALCO

MARCA/MODELO ANO FAB ANO MOD
VW/VOYAGE 1.0 2009 2010

CAP/POT/CL CATEGORIA COR PREDOMINANTE
5P/76CV/999CC PARTIO CINZA

COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA 1ª
I ***** ** / ***** 2ª
P ***** 3ª
V *****
A *****

FAIXA LVA PARCELAMENTO/COTAS

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO
101.10 0.40 105.65 02/07/2015

OBSERVAÇÕES

LOCAL DATA
CRATEUS 12/11/2015

100% CONTRA O CANTINHO

COBERTURA DO SEGURO DPVAT PARA PESSOAS CAUSADORAS POR VEÍCULO
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUAS ACESSÓRIAS
TRANSPORTADAS OU NÃO SEGURO DPVAT

CE Nº 012219807683 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 12/11/2015

VIA CPF/CNPJ PLACA
01 00478463309 NQR1324

RENAVAM MARCA/MODELO
146939913 VW/VOYAGE 1.0

ANO FAB COTA ÚNICA Nº CHASSI
2009 01 9BNDAG5UZATQ19617

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$) DETRAN (R\$) CUSTO DO SEGURO (R\$)
45.49 5.05 50.54

CUSTO DO BILHETE (R\$) (R\$) TOTAL A SER PAGO SEGURO (R\$)
4.15 0.40 105.65

PAGAMENTO PARCELADO DATA DE PAGAMENTO
☒ COTA ÚNICA ☐ PARCELADO 02/07/2015

LOTE/DATA DE EMISSÃO DO BILHETE

MOTOR: CCN2015

SEGURO DPVAT

22 MAR 2018

RECEBIDO

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180134401

Cidade: Crateús

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: LUIZA HELENA BATISTA ARCEIO

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:

Victor Borba

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180134401 **Cidade:** Crateús **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LUIZA HELENA BATISTA ARCEIO **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:

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180134401 **Cidade:** Crateús **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LUIZA HELENA BATISTA ARCEIO **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

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA EM ABDOME

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRURGICO

Sequelas permanentes: RETIRADA CIRURGICA 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: Luiza Helena Batista Macenias
Nacionalidade: Brasileira Estado Civil: Casada
Profissão: do lar
Identidade: 2002099061055 CPF: 00478463308
Endereço: Parque Residencial Bairro: Zona Rural
Cidade: Ledão CEP: 63700-000

OUTORGADO: (Dados do Procurador)

Nome: Kamila Mura Gomes
Nacionalidade: Brasileira Estado Civil: Solteira
Profissão: do lar
Identidade: 2004009022108 CPF: 03034164327
Endereço: Dr. Gomes Lealinho 439 Bairro:
Cidade: Ledão 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, Luiza Helena Batista Macenias

CARTÓRIO
MARTINS

Local: Ledão - CE UF: CE, Data: 20 de mar de 2018.

Luiza Helena Batista Macenias
Assinatura do Outorgante.

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



RECONHECIMENTO DA FIRMA(S) Luiza Helena Batista Macenias
Deu fé.
Gratuito 12 MAR 2018
Em testemunho da verdade
[Assinatura]

