

Rio de Janeiro, 03 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: **MARIA VALDIRENE GERMANO DE SOUZA GALVAO**

Nº Sinistro: **3180457576**

Vitima: **MARIA VALDIRENE GERMANO DE SOUZA GALVAO**

Data do Acidente: **07/03/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180457576**.

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 13431478



Rio de Janeiro, 08 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: **MARIA VALDIRENE GERMANO DE SOUZA GALVAO**

Sinistro: **3180457576**

Vítima: **MARIA VALDIRENE GERMANO DE SOUZA GALVAO**

Data do Acidente: **07/03/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Senhor(a),

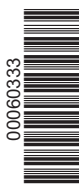
Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3180457576** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

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, 19 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: MARIA VALDIRENE GERMANO DE SOUZA GALVAO
Nº Sinistro: 3180457576
Vitima: MARIA VALDIRENE GERMANO DE SOUZA GALVAO
Data do Acidente: 07/03/2017
Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180457576**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **SEGURADORA LÍDER DPVAT - REGULAÇÃO**, 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 13494739



Rio de Janeiro, 29 de Novembro de 2018

Aos Cuidados de: MARIA VALDIRENE GERMANO DE SOUZA GALVAO

Nº Sinistro: 3180457576

Vítima: MARIA VALDIRENE GERMANO DE SOUZA GALVAO

Data do Acidente: 07/03/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NEGATIVA TÉCNICA - SEM SEQUELAS

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no seu pedido de indenização (sinistro número **3180457576**), esclarecemos que não foram identificadas sequelas permanentes em razão do acidente ocorrido em **07/03/2017**. Por esse motivo, o seu pedido de indenização foi **negado**.

Qualquer dúvida, é só ir até o nosso site **www.seguradoralider.com.br**, ou ligue através do telefone **0800 022 12 04** (ligação gratuita) ou **0800 022 12 06** que atende apenas aos deficientes auditivos e de fala. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

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 ASL

CPF da Vítima

874.313.943-49

Nome completo da vítima

MARIA VALDIRENE GERMANO DE SOUSA MECO

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo

MARIA VALDIRENE GERMANO DE SOUSA

Endereço

DAULO ELAUVINO

Bairro

VENÂNCIO

Cidade

CRATEJOS

Email

CPF titular da conta

874.313.943-49

Profissão

DO LAR

Número

99

Complemento

111

Estado

CE

CEP

63 700-000

Telefone (DDD)

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

☒ RECUSO INFORMAR

☐ SEM RENDA

☐ ATÉ R\$ 1.000,00

☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00

☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00

☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00

☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

☒ **CONTA POUPANÇA** (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAÚ (341)

☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

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

BANCO

Nome

NRO

AGÊNCIA

NRO.

D/V

CONTA

NRO.

D/V

AGÊNCIA

NRO.

D/V

CONTA

NRO.

D/V

0797

53222

7

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

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

Francis 16 de 07 de 18
Local e Data

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

01 OUT. 2018

Maria Valdirene Germano de Sousa
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

Unidade de atendimento - EMERGENCIA

DADOS DO PACIENTE

Identificador	Atendimento	Nome do Paciente	CNS	Guia de Autorização
048858	0010	MARIA VALDIRENE GERMANO DE SOUZA GALVAO		
Documento(s)	CPF: 874.313.943-49	Estado Civil	Sexo	
18/05/1977	Local	Outro	Feminino	
al	NOVO ORIENTE/CE	Idade	39 Ano(s)	
JOSE FERREIRA DE SOUSA	Mãe	FRANCISCA GERMANO DE SOUSA		
Endereço	Bairro	CEP	Município	UF
RUA DANILO CLAUDINO RODRIGUES, 2049	VENANCIO	63700-000	CRATEUS	CE
Profissão	Empresa	Cônjuge	Telefone	
DONA DE CASA		CICERO MAGALHAES DO NASCIMENTO	88 94677150	
Responsável	CPF do Responsável	Endereço	Município	UF
VERONICA MARIA VIANA		RUA DANILO CLAUDINO RODRIGUES, 204	CRATEUS	CE

DADOS DO ATENDIMENTO

Data Atendimento	Hora	Convênio	Matrícula	CID
07/03/2017	10:08	SUS		
Profissional do Atendimento	CRM/UF	Tipo Atendimento		
GILVAN MELO MARQUES	10784/CE	CONSULTA COM PROCEDIMENTO		
Indicador de Acidente	Funcionário			
Trânsito	WILMA SABOIA LOIOLA			
Observação				
Data	Data/Hora Liberação	Tipo de Saída		
	às hs.	() Alta () Internação () Óbito		
Sinais Vitais				
Peso (kg)	Altura (cm)	T (°C)	P (bpm)	R (mpm)
			80	
				PA (mmHg)
				120x80

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

Acidente Automobilístico - Camionete (sic) 52.99%
+ TO
DECLARATÓRIO Protocolo Glasgow 14 - Refusado dos
Rx
Qualif m
Tórax m
Pulso m
E
votave 75 JH
Assob org presy

GILVAN MELO MARQUES - CRM 10784
MÉDICO
CREMEC: 10784

Linha CORRETORA DE SEG. LTDA.

01 OUT. 2018

Assinatura Paciente/Responsável
Responsável: VERONICA MARIA VIANA

Paciente chamada às 11:38
porém não estava presente.

Cagece

Nº de inscrição:

02764253

DADOS DO USUÁRIO

Nome: MARIA VALDIRENE GERARDO DE SOUZA GALVAO

Endereço: RU CARILLO CLAUDINO RODRIGUES, 136, JOSE ROSA

Cidade: CRATEUS

Estado: Ceará

CEP: 02760-000

Telefone:

Cidade: 020

Sector: 001

Subsector: 00

Quilômetro: 0120

00

Lote: 0213

Cidade: 0000

ACORDOS

Residência: 001

Comércio: 000

Veículos: 000

Público: 000

INFORMAÇÕES SOBRE RESCISÃO

Forma: 000

Forma: 000

Forma: 000

Forma: 000

Forma: 000

Forma: 000

Forma: 000

Forma: 000

Forma: 000

Forma: 000

Forma: 000

Forma: 000

Forma: 000

Forma: 000

Forma: 000

Forma: 000

Forma: 000

Forma: 000

Forma: 000

Forma: 000

Forma: 000

Forma: 000

Forma: 000

Forma: 000

Forma: 000

Forma: 000

Forma: 000

Forma: 000

Forma: 000

Forma: 000

Forma: 000

Forma: 000

Forma: 000

Forma: 000

Forma: 000

Forma: 000

Forma: 000

Forma: 000

Forma: 000

Forma: 000

Forma: 000

Forma: 000

Forma: 000

Forma: 000

Forma: 000

Forma: 000

Forma: 000

Forma: 000

Forma: 000

Forma: 000

Forma: 000

Forma: 000

Forma: 000

Forma: 000

Forma: 000

Forma: 000

Forma: 000

Forma: 000

Forma: 000

Forma: 000

Forma: 000

Forma: 000

Forma: 000

Forma: 000

Forma: 000

Forma: 000

Forma: 000

Agradecemos sua pontualidade. Água tratada e saúde.
DIGITE ARCE NA PLAY STORE E BAIXE O APLICATIVO DA ARCE.

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS

DATA DE INÍCIO

DATA DE FIM

JUROS DE 0,033% AO DIA

Valor de

0,10

0,01

0,10

REGISTROS DE VOLUME

Agua (m³)

Agua (m³)

Agua (m³)

Agua (m³)

Agua (m³)

Agua (m³)

Agua (m³)

Agua (m³)

Agua (m³)

Agua (m³)

Agua (m³)

Agua (m³)

Agua (m³)

Agua (m³)

Agua (m³)

Agua (m³)

Agua (m³)

Agua (m³)

Agua (m³)

Agua (m³)

Agua (m³)

Agua (m³)

Agua (m³)

Agua (m³)

Agua (m³)

Agua (m³)

Agua (m³)

Agua (m³)

Agua (m³)

Agua (m³)

Agua (m³)

Agua (m³)

Agua (m³)

Agua (m³)

Agua (m³)

Agua (m³)

Agua (m³)

Agua (m³)

TRIBUTOS DEBIDOS E PAGAMENTOS

PIS

COFINS

0,24

1,21

SUBSIDIO

VALOR DO SERVIÇO

VALOR DO SUBSIDIO

VALOR TOTAL A PAGAR

39,79

14,30

25,49

MES/ANO

09/2018

VENCIMENTO

01/10/2018

TOTAL A PAGAR (R\$)

25,49

CPF: 1.362.987.053-93-250 L 3768 H 11 25 59 R 013 P 001

Endereço: Rua Carilho Claudino Rodrigues, 136, José Rosa, Crateus, Ceará

Cagece

0800 375 0195

Cagece

0800 375 0195

É obrigação do usuário manter seu cadastro atualizado junto à Cagece, conforme resoluções das Agências Reguladoras. Mais informações pelo telefone 0800 375 0195, nas folhas de atendimento, de 8h às 17h, no site www.cagece.com.br ou na ouvidoria da Cagece: 3701.1918, de 8h às 12h e 13h às 17h. Ouvidoria estadual: Site da ARCE: www.arce.ce.gov.br. Entidades Reguladoras: Fortaleza: ARCE - Agência de Regulação, Fiscalização e Controle dos Serviços Públicos de Saneamento Ambiental. Localidades: ARCE - Agência Reguladora de Serviços Públicos Delegados do Estado do Ceará.

Consumidor Cidadão

155

Cagece

Fatura Mensal

Via do agente

CPF: 000000000

UBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

01 OUT. 2018

DADOS DO USUÁRIO

Nome: 02764253

152967053937250

3768

Endereço: 020

Sector: 001

Subsector: 00

Quilômetro: 0120

00

Lote: 0213

Cidade: 0000

ACORDOS

Residência: 001

Comércio: 000

Veículos: 000

Público: 000

INFORMAÇÕES SOBRE RESCISÃO

Forma: 000

Forma: 000

Forma: 000



4295380
Para apagar 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

Companhia Energética de Ceará
Rua Padre Vieira, 150
CEP 60135-040 | Fortaleza - CE
CNPJ 07042261/0001-70 | CGF 06.105.948-3

enel

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE B-4 | N°

Rota 01 38000 03 274001 - 9 Data de Emissão 539703722
Nome JOKARLA DIOGO LEITAO 03/09/2018
End. Postal RU UBALDINO SOUTO MAIOR 01087
SAO VICENTE - CRATEUS - 63700000

Medidor 5044153 Poste 0000 0000
Classe B3 - 03-COMERCIAL, SERV. OUTR. 04- 0.5.O.A MONOFASICO
RG/CPF/CNPJ 057883143-05 CGF
Nome do Responsável

DATAS

Mês de Referência 03/2018 Data de Apresentação 03/09/2018 Previsão Próxima Leitura 03/10/2018

ÍNDICE DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

Veja a legenda no verso desta conta.
Conjunto CRATEUS
Mês Jul/2018
Padrão Nacional 9,00 P
Mês Jul/2018
Mensal Trim. Anual Mensal Trim. Anual
DIC 5,55 11,10 22,20 0,00 0,00 0,00
FIC 3,20 6,40 12,80 0,00 0,00 0,00
DMIC 3,20 6,40 12,80 0,00 0,00 0,00

ICMS

Base de Cálculo (R\$) 121,27 Alíquota 27,00% Valor do Imposto 32,74

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

3435.6475.5404.AFB5.6908.E6BB.CE56.CE56.1832

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo (kWh)	Const. Incl.	Const. Excl.	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
16737	16635	1,00	158	0,00	158	0,76758	121,27

VALOR CONSUMO DO MES 121,27
MULTA MORATORIA REF 06/2018 1,81
CORRECAO MONETARIA DO MES 2,88
JUROS DO MES 3,68
ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL 17,96
TAXA DE RELIGACAO 7,63
ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA MES (R\$ 11,17)

VENCIMENTO 20/09/2018

TOTAL A PAGAR (R\$) 155,23

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

Energia 46,00
Transmissão 4,00
Distribuição 2,00
Encargos Setoriais 26,00
Tributos (TNG PIS/COFINS) 7,16
TOTAL 121,27

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)

Set	Out	Nov	Dez	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago
129	158	160	122	123	87	98	85	129	138	150	141

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÃO DE CO₂ (kg/kWh)

Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.
Emitido kg (CO₂) 61,68 Compensado kg (CO₂) 0,00 Consciência Ecológica (NCO) 0%

INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO

CONTAS EM ATRASO
AVISO DE DÉBITO VENCIDO:
Informamos existir débitos vencidos sem acréscimos legais até esta data, no valor de R\$ 145,55. Seu fornecimento de energia poderá ser suspenso em até 30 dias contados a partir da fatura vencida e não paga.
DÉBITOS ANTERIORES
Mes/Ano 09/2018 Valor R\$ 145,55

Consta desta fatura R\$ 2,61 referente a PIS e COFINS. Alíquotas: PIS:0,42% e COFINS:1,91%
Trib. A Ret. 10% (CIS) = 0,00 + 0,00 = 0,00 (10,437-00 = 10,437-00)
Estamos em Bandeira Vermelha pagando 2 ao sei-18 com custo de 5,00 reais a cada 100kWh
multa-tarifa. Informações: www.enel.gov.br

AGÊNCIA CORRETORA DE SEG. LTDA.
01 OUT. 2018

Nº do Cliente: 4295380 Referência: Set/2018
Data de Emissão: 03/09/2018 Total a Pagar (R\$): 155,23
Nº da Nota Fiscal: 539703722 Nº de Controle: 0004295380 00089 39302 05
8881000001-9 55230031000-0 0004295380-6 00893930257-3



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu. Maria das Landeiras Oliveira

RG nº 20170637403. data de expedição / /

Orgão SSP/PE, portador do CPF nº 877 474 563 - 87, com

domicílio na cidade de ENFEEUS, no Estado de CE

CEANA onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

EHIO LOPEZ _____, n.º _____,

complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é meu.

mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima Adriano.

vítima MARIA VALDIRENE G. DE SOUSA, cujo o condutor era

A mesma

Veículo: FORDA e 6150 JAN €501

Modelo: 2014

Ano: 2013

Placa: ²⁰¹OLP 6585

Chassi: 9E2KE168DE2435284
Data do Acidente: 07/03/17

Data do Acidente: 07/03/17

Local e Data CRATEUS - CE 17/07/18

CARTÃO
CAVALCANTE
32 OFÍCIO

Assinatura do Declarante

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



© 1996 SSG, Inc.

01 OUT. 2018

55

Sua de atendimento - EMERGENCIA

DADOS DO PACIENTE

Prontuário 048858	Atendimento 0010	Nome do Paciente MARIA VALDIRENE GERMANO DE SOUZA GALVAO	CNS	Guia de Autorização
Documento(s) CPF: 874.313.943-49		Estado Civil Outro	Sexo Feminino	
Data de Nascimento 18/05/1977	Local NOVO ORIENTE/CE	Idade 39 Ano(s)		
Pai JOSE FERREIRA DE SOUSA		Mãe FRANCISCA GERMANO DE SOUZA		
Endereço RUA DANILO CLAUDINO RODRIGUES, 2049	Bairro VENANCIO	CEP 63700-000	Município CRATEUS	UF CE
Profissão DONA DE CASA	Empresa	Cônjuge CICERO MAGALHAES DO NASCIMENTO		
Responsável VERONICA MARIA VIANA	CPF do Responsável	Endereço RUA DANILO CLAUDINO RODRIGUES, 204	Município CRATEUS	UF CE

DADOS DO ATENDIMENTO

Data Atendimento 07/03/2017	Hora 10:08	Convênio SUS	Matrícula	CID
Profissional de Atendimento GILVAN MELO MARQUES		CRM/UF 10784/CE	Tipo Atendimento CONSULTA COM PROCEDIMENTO	
Indicador de Acidente Trânsito		Funcionário WILMA SABOIA LOIOLA		
Observação				
Sela	Data/Hora Liberação	às	hs.	Tipo de Sela () Alta () Internação () Óbito
Sinais Vitais				
Peso (kg)	Altura (cm)	T (°C)	P (bpm) 80	R (mpm) 12 x 80

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

Acidente Automobilístico - Camionete (sic) 99%
Cinturão quebrou 14 - Refusado o
Exame de
12 x
Taxímetro
pulso 80
vitalidade 75
12 x 80
pressão arterial

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.
01 OUT. 2018

GILVAN MELO MARQUES
MÉDICO
CREMEC: 10784
GILVAN MELO MARQUES - CRM 10784

Assinatura Paciente/Responsável
Responsável: VERONICA MARIA VIANA

Paciente chamada às 11:38
porém não estava presente.



MABEL BEZERRA
FISIOTERAPIA

Dra. Mabel Bezerra
Fisioterapeuta
CREFITO - 6617 - LTF
(88) 9 96007432

Relatório Fisioterapêutico

Relato para os devidos fins que a paciente **Maria Valdirene Germano de Souza Galvão**, vítima de acidente automobilístico no dia 07/03/2017, veio a sofrer trauma em joelho esquerdo. Foi realizada avaliação e ficou evidenciado bloqueio para flexão e extensão de joelho, edema residual, atrofia muscular quadríceps femoral, isquiotibiais, tibial anterior, tríceps sural. Foi realizado tratamento fisioterapêutico: Tens com finalidade analgésica, Ultrassom para desinflamação e reparação tecidual, cinesioterapia passiva e ativa para ganho de amplitude e força.

Foram realizados 30 (trinta) atendimentos especializados para reabilitação do paciente, no período de Maio a Julho de 2017.

Crateús, 20 de Agosto de 2017.

Conceição Mabel Bezerra da Silva

Conceição Mabel Bezerra da Silva
Fisioterapeuta
CPF: 031.358.733-74

Conceição Mabel Bezerra da Silva
Fisioterapeuta
CREFITO. 6617 - LTF

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

01 OUT. 2018

ACC

SECRET

Nome do Paciente: 111

No do Paciente: Moisés Valdineo g de Sousa

Defecto

4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 68, 69, 70, 71, 72, 73, 74, 75, 76, 77, 78, 79, 80, 81, 82, 83, 84, 85, 86, 87, 88, 89, 90, 91, 92, 93, 94, 95, 96, 97, 98, 99, 100, 101, 102, 103, 104, 105, 106, 107, 108, 109, 110, 111, 112, 113, 114, 115, 116, 117, 118, 119, 120, 121, 122, 123, 124, 125, 126, 127, 128, 129, 130, 131, 132, 133, 134, 135, 136, 137, 138, 139, 140, 141, 142, 143, 144, 145, 146, 147, 148, 149, 150, 151, 152, 153, 154, 155, 156, 157, 158, 159, 160, 161, 162, 163, 164, 165, 166, 167, 168, 169, 170, 171, 172, 173, 174, 175, 176, 177, 178, 179, 180, 181, 182, 183, 184, 185, 186, 187, 188, 189, 190, 191, 192, 193, 194, 195, 196, 197, 198, 199, 200, 201, 202, 203, 204, 205, 206, 207, 208, 209, 210, 211, 212, 213, 214, 215, 216, 217, 218, 219, 220, 221, 222, 223, 224, 225, 226, 227, 228, 229, 230, 231, 232, 233, 234, 235, 236, 237, 238, 239, 240, 241, 242, 243, 244, 245, 246, 247, 248, 249, 250, 251, 252, 253, 254, 255, 256, 257, 258, 259, 260, 261, 262, 263, 264, 265, 266, 267, 268, 269, 270, 271, 272, 273, 274, 275, 276, 277, 278, 279, 280, 281, 282, 283, 284, 285, 286, 287, 288, 289, 290, 291, 292, 293, 294, 295, 296, 297, 298, 299, 300, 301, 302, 303, 304, 305, 306, 307, 308, 309, 310, 311, 312, 313, 314, 315, 316, 317, 318, 319, 320, 321, 322, 323, 324, 325, 326, 327, 328, 329, 330, 331, 332, 333, 334, 335, 336, 337, 338, 339, 340, 341, 342, 343, 344, 345, 346, 347, 348, 349, 350, 351, 352, 353, 354, 355, 356, 357, 358, 359, 360, 361, 362, 363, 364, 365, 366, 367, 368, 369, 370, 371, 372, 373, 374, 375, 376, 377, 378, 379, 380, 381, 382, 383, 384, 385, 386, 387, 388, 389, 390, 391, 392, 393, 394, 395, 396, 397, 398, 399, 400, 401, 402, 403, 404, 405, 406, 407, 408, 409, 410, 411, 412, 413, 414, 415, 416, 417, 418, 419, 420, 421, 422, 423, 424, 425, 426, 427, 428, 429, 430, 431, 432, 433, 434, 435, 436, 437, 438, 439, 440, 441, 442, 443, 444, 445, 446, 447, 448, 449, 450, 451, 452, 453, 454, 455, 456, 457, 458, 459, 460, 461, 462, 463, 464, 465, 466, 467, 468, 469, 470, 471, 472, 473, 474, 475, 476, 477, 478, 479, 480, 481, 482, 483, 484, 485, 486, 487, 488, 489, 490, 491, 492, 493, 494, 495, 496, 497, 498, 499, 500, 501, 502, 503, 504, 505, 506, 507, 508, 509, 510, 511, 512, 513, 514, 515, 516, 517, 518, 519, 520, 521, 522, 523, 524, 525, 526, 527, 528, 529, 530, 531, 532, 533, 534, 535, 536, 537, 538, 539, 540, 541, 542, 543, 544, 545, 546, 547, 548, 549, 550, 551, 552, 553, 554, 555, 556, 557, 558, 559, 560, 561, 562, 563, 564, 565, 566, 567, 568, 569, 570, 571, 572, 573, 574, 575, 576, 577, 578, 579, 580, 581, 582, 583, 584, 585, 586, 587, 588, 589, 590, 591, 592, 593, 594, 595, 596, 597, 598, 599, 600, 601, 602, 603, 604, 605, 606, 607, 608, 609, 610, 611, 612, 613, 614, 615, 616, 617, 618, 619, 620, 621, 622, 623, 624, 625, 626, 627, 628, 629, 630, 631, 632, 633, 634, 635, 636, 637, 638, 639, 640, 641, 642, 643, 644, 645, 646, 647, 648, 649, 650, 651, 652, 653, 654, 655, 656, 657, 658, 659, 660, 661, 662, 663, 664, 665, 666, 667, 668, 669, 670, 671, 672, 673, 674, 675, 676, 677, 678, 679, 680, 681, 682, 683, 684, 685, 686, 687, 688, 689, 690, 691, 692, 693, 694, 695, 696, 697, 698, 699, 700, 701, 702, 703, 704, 705, 706, 707, 708, 709, 710, 711, 712, 713, 714, 715, 716, 717, 718, 719, 720, 721, 722, 723, 724, 725, 726, 727, 728, 729, 730, 731, 732, 733, 734, 735, 736, 737, 738, 739, 740, 741, 742, 743, 744, 745, 746, 747, 748, 749, 750, 751, 752, 753, 754, 755, 756, 757, 758, 759, 760, 761, 762, 763, 764, 765, 766, 767, 768, 769, 770, 771, 772, 773, 774, 775, 776, 777, 778, 779, 780, 781, 782, 783, 784, 785, 786, 787, 788, 789, 790, 791, 792, 793, 794, 795, 796, 797, 798, 799, 800, 801, 802, 803, 804, 805, 806, 807, 808, 809, 810, 811, 812, 813, 814, 815, 816, 817, 818, 819, 820, 821, 822, 823, 824, 825, 826, 827, 828, 829, 830, 831, 832, 833, 834, 835, 836, 837, 838, 839, 840, 841, 842, 8

Notice

130 ଅଫିସ୍

RECIBIDO MEDICINAS
MEDICO
TRUJILLO: 30784

20
—
03
—
2017

Donor: Mrs. J. J. Jones - Chicago, Ill.

CONFIDENTIAL - COMINT

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

01 OCT. 2018

ASS



MABEL BEZERRA
FISIOTERAPIA

Dra. Mabel Bezerra
Fisioterapeuta
CREFITO - 6617 - LTF
(88) 9 96007432

Relatório Fisioterapêutico

Relato para os devidos fins que a paciente **Maria Valdirene Germano de Souza Galvão**, vítima de acidente automobilístico no dia 07/03/2017, veio a sofrer trauma em joelho esquerdo. Foi realizado avaliação e ficou evidenciado bloqueio para flexão e extensão de joelho, edema residual, atrofia muscular quadríceps femoral, isquiotibiais, tibial anterior, tríceps sural. Foi realizado tratamento fisioterapêutico: Tens com finalidade analgésica, Ultrassom para desinflamação e reparação tecidual, cinesioterapia passiva e ativa para ganho de amplitude e força.

Foram realizados 30 (trinta) atendimentos especializados para reabilitação do paciente, no período de Maio a Julho de 2017.

Cratêus, 20 de Agosto de 2017.

Conceição Mabel Bezerra da Silva

Conceição Mabel Bezerra da Silva
Fisioterapeuta
CPF: 031.358.733-74

Conceição Mabel Bezerra da Silva
Fisioterapeuta
CREFITO. 6617 - LTF

Guia de atendimento - EMERGENCIA

DADOS DO PACIENTE

Prontuário 048858	Atendimento 0010	Nome do Paciente MARIA VALDIRENE GERMANO DE SOUZA GALVAO	CNS	Guia de Autorização
Documento(s) CPF: 874.313.943-49		Estado Civil Outro	Sexo Feminino	
Data de Nascimento 18/05/1977	Local NOVO ORIENTE/CE	Idade 39 Ano(s)		
Pai JOSE FERREIRA DE SOUSA	Mãe FRANCISCA GERMANO DE SOUZA			
Endereço RUA DANILO CLAUDINO RODRIGUES, 2049	Bairro VENANCIO	CEP 83700-000	Município CRATEUS	UF CE
Profissão DONA DE CASA	Empresa	Cônjuge CICERO MAGALHAES DO NASCIMENTO	Telefone 88 94677150	
Responsável VERONICA MARIA VIANA	CPF do Responsável	Endereço RUA DANILO CLAUDINO RODRIGUES, 204	Município CRATEUS	UF CE

DADOS DO ATENDIMENTO

Data Atendimento 07/03/2017	Hora 10:08	Convênio SUS	Matrícula	CID
Profissional do Atendimento GILVAN MELO MARQUES		CRM/UF 10784/CE	Tipo Atendimento CONSULTA COM PROCEDIMENTO	
Indicador de Acidente Trânsito		Funcionário WILMA SABOIA LOIOLA		
Observação				
Sala	Data/Hora Liberação	Tipo de Saída () Alta () Internação () Óbito		
Sinais Vitais	Peso (kg)	Altura (cm)	T (°C)	P (bpm) 80
				R (mpm)
				PA (mmHg) 120x80

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

Acidente Automobilístico - Carro x Moto (sic)
Ostia de Glasgow 14 - Refusado dor

Rx
Qualif m
Tórax m
Pulso m
(E)

Volta a 75 Jrs
Assob ortopedico

GILVAN MELO MARQUES
MÉDICO
CREMEC: 10784

Assinatura Paciente/Responsável
Responsável: VERONICA MARIA VIANA

Paciente chamada às 11:38
porém não estava presente.

UPA Dr. Olavo
Cavalcante Cardoso

ADMINISTRAÇÃO  SÃO CARLOS

RECEITUÁRIO

Nome do Paciente:

Maria Valdivina G de Sousa

Polígrafo

fisioterapia Motricidade /
belo (130 x 582)


JOÃO MARQUES
MÉDICO
CRM: 10784

20
03
217

Rua: Joelson Silva Barros - Cidade Nova - CEP: 63.700-000 - Crateús - Ceará

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 MINISTÉRIO DAS CIDADES
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
 CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACAO

NOME
 MARIA VALDIRENE GERMANO DE SOUZA GALVAO

SOCIEDADE / OUTROS ENDOS
 38306004E CTPS CE

CPF
 874.313.943-49

DATA NASCIMENTO
 18/08/1977

FUNÇÃO
 JOSE FERREIRA DE SOUZA
 FRANCISCA GERMANO DE SOUZA

PERMISSÃO
 ACC CATAR

VALIDADE
 12/09/2017

3ª INSCRIÇÃO
 15/02/2013

OBSERVAÇÕES
 SEM OBSERVAÇÃO

LOCAL
 CRATEUS, CE

DATA EMISSÃO
 24/02/2014

15661260805
CE140541543

PROIBIDO PLASTIFICAR
893940190

VALIDAR EM TODOS
O TERRITÓRIOS NACIONAIS
893940190

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

01 OUT. 2018

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180457576 **Cidade:** Crateús **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARIA VALDIRENE GERMANO DE SOUZA GALVAO **Data do acidente:** 07/03/2017 **Seguradora:** Sabemi Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 29/11/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA CONTUSO NO JOELHO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: EM TODOS OS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

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

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ1

Nome: GUSTAVO CARLOS CALCENA AGUERO

CRM: 5235988-0

UF do CRM: RJ

Assinatura:

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180457576 **Cidade:** Crateús **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARIA VALDIRENE GERMANO DE SOUZA GALVAO **Data do acidente:** 07/03/2017 **Seguradora:** Sabemi Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 27/11/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA CONTUSO NO JOELHO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: EM TODOS OS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

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

PROCURAÇÃO PARTICULAR PARA FINS ESPECÍFICOS DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Por este instrumento particular, eu (nome completo) Maria Laldine, germ
(nacionalidade) brasileira, (profissão) Solteira, portador da cédula de
de identidade RG nº 2018134327-9, emitido pela SSP / (UF) PE,
inscrito sob o CPF nº 874.313.943-49, residente na (endereço
completo) R. Domício Laldine
Aratu, (UF) PE, CEP 63.700.000, na cidade de
constituo meu procurador, (nome do representante) Stefania Diogo dos
(nacionalidade) brasileira (profissão) Estudante portador da cédula
de identidade RG nº 2007190437-5, emitido pela SSP / (UF) PE,
inscrito sob o CPF nº 957-88343-05, residente na (endereço
completo) R. Waldiana Santa Maria, 1087 na cidade de
Aratu, (UF) PE, CEP 63.700.000, a quem confiro
amplos e gerais poderes para , tratar , requerer, assinar papéis e
documentos que se faça necessário para fins de **SOLICITAÇÃO DO**
SEGURO DPVAT da vítima (nome da vítima) Maria Laldine ger
junto à **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT**. de Seu

(local e data) Aratu, PE, 06/08/18

CARTÓRIO
MARTINS

(assinatura) Maria Laldine Gerardo de Souza

(RG) _____



RECONHEÇO A(S) FIRMA(S) Por	
Autenticidade de: <u>Maria Laldine</u>	
Assinatura de: <u>Aratu</u>	
Cratéis <u>06-AGO-2018</u>	Dou fé.
Em testemunho da verdade	

CARTÓRIO MARTINS
Natalia Maria Albuquerque Nascimento
Escrevente Substituto
Cratéis - Ceará

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.
01 OUT. 2018

OBS: (a assinatura deve ser reconhecida por AUTENTICIDADE)

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0359704/18

Vítima: MARIA VALDIRENE GERMANO DE SOUZA

CPF: 874.313.943-49

Seguradora: Sabemi Seguradora S/A

Data do acidente: 07/03/2017

Titular do CPF: MARIA VALDIRENE
GERMANO DE SOUZA
GALVAO

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

JOKARLA DIOGO LEITAO : 057.883.143-05

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

MARIA VALDIRENE GERMANO DE SOUZA GALVAO : 874.313.943-49

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 01/10/2018
Nome: JOKARLA DIOGO LEITAO
CPF: 057.883.143-05

JOKARLA DIOGO LEITAO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 01/10/2018
Nome: JOAO CAIO OLIVEIRA DA SILVA
CPF: 001.023.383-02

JOAO CAIO OLIVEIRA DA SILVA

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0359704/18

Número do Sinistro: 3180457576

Vítima: MARIA VALDIRENE GERMANO DE SOUZA

CPF: 874.313.943-49

Seguradora: Sabemi Seguradora S/A

CPF de: Próprio

Data do acidente: 07/03/2017

Titular do CPF: MARIA VALDIRENE GERMANO DE SOUZA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 20/11/2018
Nome: JOKARLA DIOGO LEITAO
CPF: 057.883.143-05

JOKARLA DIOGO LEITAO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 20/11/2018
Nome: LARISSA CRISOSTOMO BARROS
CPF: 061.393.643-45

LARISSA CRISOSTOMO BARROS