

Rio de Janeiro, 25 de Fevereiro de 2015

Carta nº: 6409083

A/C: ANA PATRICIA BARRETO ALMEIDA

Sinistro: 3150166532
Vitima: ANA PATRICIA BARRETO ALMEIDA
Data Acidente: 15/01/2015
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site www.dpvatsegurodotransito.com.br, ou ligue para o SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site www.dpvatsegurodotransito.com.br, não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

ATENÇÃO:

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

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à Investprev Seguradora S/A de origem onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 13 de Março de 2015

Carta nº: 6536884

A/C: ANA PATRICIA BARRETO ALMEIDA

Sinistro: 3150166532
Vitima: ANA PATRICIA BARRETO ALMEIDA
Data Acidente: 15/01/2015
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **25/02/2015** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **15/01/2015**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na Investprev Seguradora S/A de origem onde foi realizada sua reclamação de sinistro.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental.

NÃO PERCA TEMPO!

PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





Rio de Janeiro, 26 de Maio de 2015

Carta nº: 7017274

A/C: ANA PATRICIA BARRETO ALMEIDA

Sinistro: 3150166532
Vítima: ANA PATRICIA BARRETO ALMEIDA
Data Acidente: 15/01/2015
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

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

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

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

ATENÇÃO:

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





Rio de Janeiro, 13 de Junho de 2015

Carta nº: 7154180

A/C: ANA PATRICIA BARRETO ALMEIDA

Sinistro: 3150166532
Vítima: ANA PATRICIA BARRETO ALMEIDA
Data Acidente: 15/01/2015
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

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: ANA PATRICIA BARRETO ALMEIDA

Valor: R\$ 2.531,25

Banco: 104

Agência: 000000032

Conta: 0000034873-5

Tipo: CONTA CORRENTE

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	2.531,25

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos cotovelos 25%

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 25%) 18,75%

Valor a indenizar: 18,75% x 13.500,00 =	R\$	2.531,25
---	-----	----------

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.dpvatsegurodotransito.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Sinistro: **3150166532 - 1**
Nome do(a) Examinado(a): **ANA PATRICIA BARRETO ALMEIDA**
Endereço do(a) Examinado(a): **RUA CONSTRUTOR JOSE SABINO PEREIRA nº 239 - ANTONIO VIEIRA - JUAZEIRO DO NORTE/CE**
Identificação - Órgão Emissor/UF/Número: **RG 2002034050555 - SSP**
Data local do exame: **05/06/2015 JUAZEIRO DO NORTE/CE**

Resultado da Avaliação Médica

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

FRATURA LUXAÇÃO DO COTOVELO ESQUERDO

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

☒ SIM ☐ NÃO

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

☒ SIM ☐ NÃO

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

PACIENTE FOI TRATADA COM USO DE ÓRTESE GESSADA AXILO PALMAR ESQUERDA POR 60 DIAS. CONSERVADOR ALTA MÉDICA

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

☒ SIM ☐ NÃO

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

O COTOVELO ESQUERDO EVIDENCIA AO EXAME DEFORMIDADE ANATÔMICA EM VARO, LIMITAÇÃO DA FLEXO EXTENSÃO EM GRAU INTENSO.

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

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

☐ Vítima em tratamento

☐ Sem seqüela permanente

Esta avaliação médica deve ser repetida em _____ dias

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

☐ Exame não permite conclusão

Vide motivo do impedimento no campo das observações

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

Região Corporal(Sequela)

COTOVELO ESQUERDO

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☒ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela)

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela)

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela)

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

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

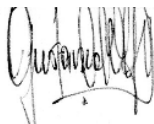
☐ Total = "100% da IS"

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

Local e data de realização do exame médico legal:

CE - JUAZEIRO DO NORTE, 05/06/2015

Médico Perito: GUSTAVO ADOLFO PEREIRA DA SILVA JUNIOR CRM: 6302


Dr. Gustavo Adolfo P. da Silva Jr.
Médico - Perito
CRM/CE - 6302

Assinatura do perito Examinador - CRM

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3150166532 **Cidade:** Juazeiro do Norte **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANA PATRICIA BARRETO ALMEIDA **Data do acidente:** 15/01/2015 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA LUXAÇÃO DO COTOVELO ESQUERDO

Descrição do exame médico pericial: O COTOVELO ESQUERDO EVIDENCIA AO EXAME DEFORMIDADE ANATÔMICA EM VARO, LIMITAÇÃO DA FLEXO EXTENSÃO EM GRAU INTENSO.

Resultados terapêuticos: PACIENTE FOI TRATADA COM USO DE ÓRTESE GESSADA AXILO PALMAR ESQUERDA POR 60 DIAS. TRATAMENTO CONSERVADOR. ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO COTOVELO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 05/06/2015

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: GUSTAVO ADOLFO PEREIRA DA SILVA JUNIOR

CRM do médico: 6302

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 completa da mobilidade de um dos cotovelos	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
Total			18,75 %	R\$ 2.531,25

PRESTADOR

CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

Médico revisor: JANICE DE ALMEIDA PINTO MIGUEZ

CRM do médico: 52.63583-9

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



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: 09/06/2015

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.531,25

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ANA PATRICIA BARRETO ALMEIDA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00032

CONTA: 000000034873-5

Nr. da Autenticação 02180F98D205D679

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3150166532 **Cidade:** Juazeiro do Norte **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANA PATRICIA BARRETO ALMEIDA **Data do acidente:** 15/01/2015 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 13/03/2015

Valoração do IML: 0

Diagnóstico: TRAUMA EM COTOVELO ESQUERDO

Resultados terapêuticos: A ESCLARECER

Sequelas permanentes:

Sequelas: Não definido

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: SINISTRO INDEFINIDO, COM MENOS DE 60 DIAS, SEM PROGNÓSTICO.

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

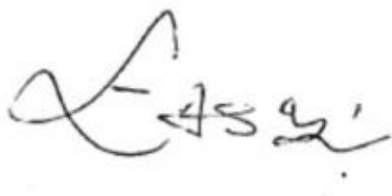
Visão Médica Ltda

Nome do médico: EDSON L D ANDRADE

CRM do médico: 52.44121-9

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3150166532 **Cidade:** Juazeiro do Norte **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANA PATRICIA BARRETO ALMEIDA **Data do acidente:** 15/01/2015 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 26/05/2015

Valoração do IML: 0

Diagnóstico: TRAUMA EM COTOVELO ESQUERDO

Resultados terapêuticos: A ESCLARECER

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**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
		Total	0 %	R\$ 0,00

PRESTADOR

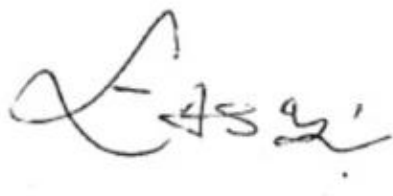
Visão Médica Ltda

Nome do médico: EDSON L D ANDRADE

CRM do médico: 52.44121-9

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3150166532 **Cidade:** Juazeiro do Norte **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANA PATRICIA BARRETO ALMEIDA **Data do acidente:** 15/01/2015 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA LUXAÇÃO DO COTOVELO ESQUERDO

Descrição do exame médico pericial: O COTOVELO ESQUERDO EVIDENCIA AO EXAME DEFORMIDADE ANATÔMICA EM VARO, LIMITAÇÃO DA FLEXO EXTENSÃO EM GRAU INTENSO.

Resultados terapêuticos: PACIENTE FOI TRATADA COM USO DE ÓRTESE GESSADA AXILO PALMAR ESQUERDA POR 60 DIAS. TRATAMENTO CONSERVADOR. ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO COTOVELO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 05/06/2015

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: GUSTAVO ADOLFO PEREIRA DA SILVA JUNIOR

CRM do médico: 6302

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 completa da mobilidade de um dos cotovelos	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
Total			18,75 %	R\$ 2.531,25

PRESTADOR

CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

Médico revisor: JANICE DE ALMEIDA PINTO MIGUEZ

CRM do médico: 52.63583-9

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



Nº DO SINISTRO

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

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

EU, Ana Patrícia Barreto Almeida
 PORTADOR(A) DO RG Nº 200203405055 EXPEDIDO POR Detran/ce EM 03/11/2014 E
 CPF 007124633-99 CNPJ 000000000000000000 PROFISSÃO
 E RENDA MENSAL DE R\$ (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO
 SEGURO DPVAT DA VÍTIMA a mesma AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO
 DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

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

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

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos podem aparecer termos: - SALÁRIO, FUNCIONAL, INSS, BOLSA FAMÍLIA, BOLSA ESCOLA, PREVIDÊNCIA SOCIAL ou AGRICULTURA FAMILIAR.
- Conta Empresarial – conta pessoal cadastrada em um CNPJ – nos documentos podem aparecer termos: CNPJ, ME, MEI, EPP, COMER ou LTDA normalmente ao final do nome do titular.
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for o titular;
- Conta tipo FÁCIL e/ou com limite de movimentação financeira mensal;
- Qualquer conta da CEF se não for apresentado algum documento do banco indicando que não existem quaisquer impedimentos para fins de depósito de indenização de DPVAT;
 - Para este banco (CEF), a conta corrente pode ser identificada com cópia simples rasurada de folha de cheque como comprovante de dados bancários do titular.
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta;
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Conta não pertencente à vítima/beneficiário.

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

Os meios possíveis para identificar/verificar a documentação recebida na fase de regulação do sinistro DPVAT é responsabilidade do agente regulador (seguradora ou reguladora).

Os bancos BRADESCO, ITAÚ e SANTANDER disponibilizam, em consulta simples no site, informações sobre a titularidade da conta, se conta em nome e/ou salário ou ainda inexistência da mesma.

Os bancos BRADESCO e ITAÚ têm acordo junto à Seguradora Líder-DPVAT para abertura de conta POUPANÇA para fins de DPVAT sem ônus para o requerente. Carta de abertura disponível no endereço eletrônico: www.dpvatsegurodotransito.com.br

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0032 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 34873-5

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

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

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

Fuquero, 20 de fevereiro de 2015 Ana Patrícia Barreto Almeida
 LOCAL E DATA ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

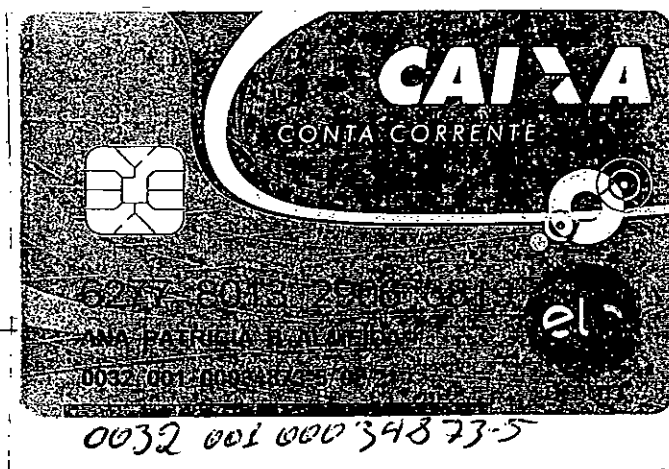
ATENÇÃO

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

DOCUMENTO 1 11%



DOCUMENTO 1 11%





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



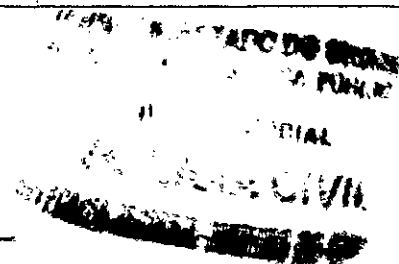
BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 488 - 1761 / 2015

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **30/01/2015 10:25:07**
Data / Hora da Ocorrência : **15/01/2015 11:00:00**
Endereço da Ocorrência: **AV PE CÍCERO**

SANTA TEREZA JUAZEIRO DO NORTE /CE

Ponto de Referência: **PRÓXIMO AO POSTO MTD**



Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **ANA PATRICIA BARRETO ALMEIDA**
Nascimento : **05/07/1973**
RG: **2002034050555** Órgão Emissor: **SSP UF: CE** - CPF: **00712463399**
Filiação: **FRANCISCO ASSIS BARRETO**
LETICIA RIBEIRO DE CASTRO BARRETO
Endereço: **R CONSTR JOSE SABINO 239**
ANTONIO VIEIRA
JUAZEIRO DO NORTE CE BRASIL

Telefone: **88-88796649**

Histórico

Advertido das Penalidades cominadas ao crime de falso testemunho, relata a vítima/noticiante QUE sofreu acidente de trânsito quando trafegava num ciclomotor Honda/pop100 de placa ORY-1453, CHASSI 9C2HIB0210DR430045, RENAVM 544235029, e colidiu com um automóvel que trafegava na contra mão de direção, vindo a sofrer fratura no braço esquerdo e socorrida para o HRC, licenciada no nome de Lídice Maria de M Santana. E nada mais disse.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE JUAZEIRO DO NORTE

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

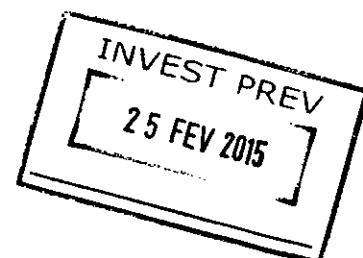
JOSE DAISMAR RICARTE JUNIOR - MAT.: 404965-1-3

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO :

Ana Patricia Barreto Almeida

VISTO DO DELEGADO(A) :

CÍCERA DE JESUS SANTOS ARAUJO - MAT.: 198445-1-X



5- 17 - 000 - 22 - 44 - 000000



GOVERNO DO
ESTADO DO CEARÁ
Secretaria da Saúde

DOCUMENTO 2 *T296*



CERTIDÃO NARRATIVA

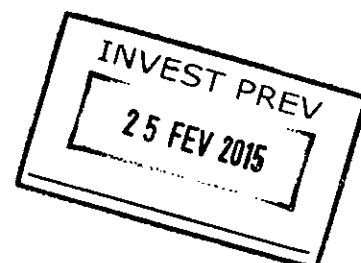
CERTIFICA, em virtude da faculdade que lhe é conferida por lei e o requerimento por escrito da parte interessada, que o **SAMU 192-CEARÁ**, prestou atendimento a Sra. **ANA PATRICIA BARRETO ALMEIDA**, no dia 15/01/2015, às 11h00min, na Avenida Padre Cícero. Paciente vítima de Acidente Trânsito. A mesma foi encaminhada para o **HRC (Hospital Regional do Cariri), JUAZEIRO DO NORTE - CE**, e para constar eu, **MARCELA DE SOUZA LIMA** Marcela de Souza Lima, Enfermeira Operacional, lavrei a presente certidão.

Juazeiro do Norte, 21 de Janeiro de 2015

Atenciosamente,

Dr^a Luciana Christian Gouveia B. Araújo
Médica
CRM-CE 14.629

LUCIANA CHRISTIAN GOUVEIA BEZERRA ARAÚJO
GERENTE REGIONAL/COORDENAÇÃO MÉDICA
SAMU 192 CEARÁ - BASE JUAZEIRO DO NORTE



SAMU 192 CEARÁ
Rua do Seminário S/Nº, Centro - Juazeiro do Norte-CE, Cep: 63010-145, Fone (88) 3511-7370
E-mail: samujuazeiro192@gmail.com



GOVERNO DO
ESTADO DO CEARÁ
Secretaria da Saúde

DOCUMENTO 2 *T296*



CERTIDÃO NARRATIVA

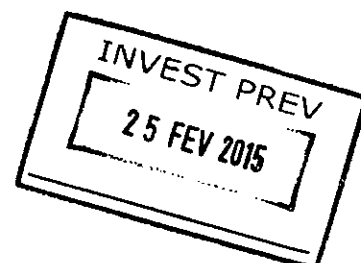
CERTIFICA, em virtude da faculdade que lhe é conferida por lei e o requerimento por escrito da parte interessada, que o **SAMU 192-CEARÁ**, prestou atendimento a Sra. **ANA PATRICIA BARRETO ALMEIDA**, no dia 15/01/2015, às 11h00min, na Avenida Padre Cícero. Paciente vítima de Acidente Trânsito. A mesma foi encaminhada para o **HRC (Hospital Regional do Cariri), JUAZEIRO DO NORTE - CE**, e para constar eu, **MARCELA DE SOUZA LIMA** Marcela de Souza Lima, Enfermeira Operacional, lavrei a presente certidão.

Juazeiro do Norte, 21 de Janeiro de 2015

Atenciosamente,

Dr^a Luciana Christian Gouveia B. Araújo
Médica
CRM-CE 14.629

LUCIANA CHRISTIAN GOUVEIA BEZERRA ARAÚJO
GERENTE REGIONAL/COORDENAÇÃO MÉDICA
SAMU 192 CEARÁ - BASE JUAZEIRO DO NORTE



SAMU 192 CEARÁ
Rua do Seminário S/Nº, Centro - Juazeiro do Norte-CE, Cep: 63010-145, Fone (88) 3511-7370
E-mail: samujuazeiro192@gmail.com



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Ana Patrícia Barreto AlmeidaRG nº 2002034050555 data de expedição 03/11/2014 Órgão Detran/ce

CPF nº 007.124.633-99, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Rua: Construtor José Sabino Pereira</u>
Número	<u>239</u>
Apto / Complemento	<u>_____</u>
Bairro	<u>Antônio Vieira</u>
Cidade	<u>Juazeiro do Norte</u>
Estado	<u>ceara</u>
CEP	<u>63.0100.000</u>
Telefone de Contato	<u>(88) 8812-9688 / 3512-4870</u>
E-mail	<u>_____</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Juazeiro do Norte/ceAssinatura do Declarante: Ana Patrícia Barreto Almeida

INVEST PREV
[25 FEB 2015]

FICHA DE ATENDIMENTO

IDENTIFICAÇÃO PACIENTE/CADASTRO

Nome: ANA PATRICIA BARRETO ALMEIDA Prontuário: 49387 Admissão: 15/01/2015
Data Nasc.: 05/07/1973 Idade: 41 ano(s) 6 mes(es) e 16 dia(s) Telefone:
Mãe: LETICIA RIBEIRO DE CASTRO
Sexo: Feminino RG: 2002034050555 Município: JUAZEIRO DO NORTE
CEP: Bairro: SALESIANOS
Endereço: RUA PROFESSORA MARIA PEDRINA 465

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Risco: LARANJA Classificador: THAIS ALVES DE OLIVEIRA Horário: 11:28
Queixa: PACIENTE VÍTIMA DE COLISÃO DE CARRO COM MOTO, RELATA DOR EM BRAÇO ESQUERDO,
SONOLÊNCIA E ESTÁ GESTANTE DE 3 MESES
Fluxograma: TRAUMA MAIOR
Discriminador: Mecanismo de trauma significativo
Sato02: Glasgow: 15 Temp.: Glicemia: Régua: Pulso/FC:

ATENDIMENTO

Médico: FERNANDO NEVES PEREIRA DA LUZ CRM: 4366 N° 230279 P.A.:
Acidente: Sim Agressão: Não Peso:
Eixo: OBS BREVE/IMAGEM
Hipótese Diagnóstico: TRAUMA NO COTOVELO ESQUERDO
Comorbidade:
HDA/Exame Físico:
PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTO SOFREU TRAUMA REFERINDO DOR NO COTOVELO ESQUERDO COM
LIMITAÇÃO DE MOVIMENTOS

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Data	Fluxograma	Discriminador	Risco	Profissional
15/01/2015 11:28:00	TRAUMA MAIOR	Mecanismo de trauma significativo	LARANJA	THAIS ALVES DE OLIVEIRA

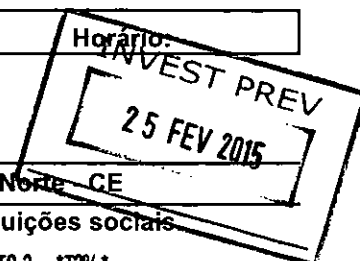
EXAME

Nome	Data Solicitação	Urgente	Situação
RX COTOVELO E AP/P (0204040078)	15/01/201 11:45	Não	Realizado
RX COTOVELO E AP/P (0204040078)	15/01/201 13:00	Não	Cancelado

PRESCRIÇÃO

Médico: THIAGO CALDAS LEAL CRM: 10498 15/01/15 13:01

Prescrição	
------------	--



EVOLUÇÃO

Data Cadastro	Usuário Cadastro	Descrição
---------------	------------------	-----------

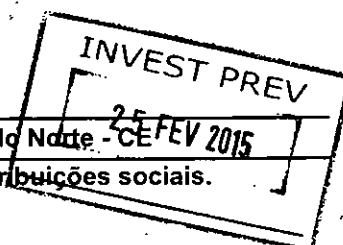
ENCAMINHAMENTO - CONDUTA FINAL

☐ Alta. Conduta

☐ Observação

☐ Referência para:

☐ Óbito





Ft. Fabricio Bezerra Macêdo

**CREFITO: 192304 - F
FISIOTERAPIA GERAL**

DOCUMENTO 1 'T19'



DECLARAÇÃO

DECLARO PARA OS DEVIDOS FINS ORAT, QUE A
PACIENTE ANA PATRICIA BARRETO ALMEIDA, AGENTE DE
SAÚDE, COM DIAGNÓSTICO CLÍNICO DE TRAUMA EM
COTOVELO ESQ., COM TRATAMENTO DE IMOBILIZAÇÃO
GESSADA E MEDICAMENTOSO, DEVIDO A ACIDENTE
AUTOMOBILÍSTICO NA DATA 15/01/15 SEGUNDO PRON-
TUÁRIO HOSPITALAR.

PACIENTE SE ENCONTRA COM DEFORMIDADE EM
COTOVELO "E" (SEMI-FLEXÃO); APRESENTA DOR EM COTO-
VELO E EDEMA RESIDUAL; DÉFICIT DE ADM EM FLE-
XÃO (90°) DE COTOVELO "E" E SUPINAÇÃO; DÉFICIT
NAS AVO'S (PENTEAR-SE); FRAQUEZA MUSCULAR DE
MM. BÍCERS (GRau 4).

SE ENCONTRA DE ALTA DEFINITIVA.

POR SER VERDADE FIRMAMOS O PRESENTE.

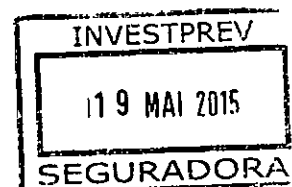
Fabricio B. Macêdo

15/04/15

Fabricio Bezerra Macêdo
Fisioterapeuta
CREFITO: 192304-F

Juazeiro do Norte - CE

(88) 9696-1058





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

NOME
ANA PATRICIA BARRETO ALMEIDA

DOC. IDENTIDADE / ORIG. EMISSOR DE
2002034050555 SSP CE

CPF
007.124.633-99 DATA NASCIMENTO
05/07/1973

FRACÇÃO
FRANCISCO ASSIS
BARRETO
LETICIA RIBEIRO DE
CASTRO

PERMISSÃO ACC CATEGORIA
PERMISSÃO AB

Nº REGISTRO VALIDEZ 1ª HABILITAÇÃO
06219533933 30/10/2015 30/10/2014

OBSERVAÇÕES
SEM OBSERVAÇÃO:

Ana Patricia Barreto Almeida
ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL DATA EMISSÃO
JUAZEIRO DO NORTE, CE 03/11/2014

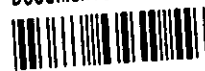
Igor Vasconcelos Fortes
ASSINATURA DO EMISSOR 00403119200
CE142502987

DETRAN - DE GOIÁS

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 951256140

PROIBIDO PLASTIFICAR 951256140





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - CE Nº 0100003000000

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA - COO. RENAVAM - ENTRAC - EXERCÍCIO

BATI 01 50423522 5000000000 2013

LIDIC TUBIA DE SANTANA

JUAREZ DO NORTE

PLACA 3465304-2013

PLACA ANT/M 3465304-2013

MASSA 1924822000438045

ESPECÍFICO TIPO COMBUSTÍVEL

789/MOTOCICLISTA/400CC GASOLINA

MARCA/MODELO ANO FAB. ANO MOD

HONDA/PO2100 2013 2013

CAP/POT/MAR CATEGORIA COR PREDOMINANTE

207/8CV/97CC PARTIO PRETA

COTA UNICA VENC. COTA UNICA VENC. COTAS

1º *****

2º *****

3º *****

FAIXA IRVA PARCELAMENTO/COTAS

PREMIO TARIÁRIO (R\$) JOF (R\$) PREMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO

286-75 SECUR 0252101 00/00/000

AL FID BANCO HONDA S.A.

LOCAL DATA

JUAREZ DO NORTE 20/06/2013

INVEST PREV
 25 FEV 2015



Declaração

Eu, Ana Patrícia Barreto Almeida, declaro que após ter sofrido acidente provocado por veículo automotor de via terrestre, em 15/01/2015 fui socorrido por SAMU.
Telefone: () _____, e levado ao hospital: Regional do Cariri.

Declaro não ter recebido nenhum tipo de atendimento médico no local do acidente, tais como SAMU, Corpo de Bombeiros, Ambulância etc., da mesma forma não houve registro da ocorrência no local do acidente, tão pouco foi instaurado Inquérito Policial na delegacia, dessa forma não possui nenhuma outra prova referente ao acidente, além do boletim de ocorrência Policial e a documentação médica apresentada.

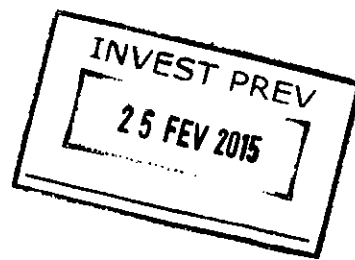
Por ser verdade, declaro estar ciente de que declaração falsa pode implicar na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal:

"Art. 299 – Omitir, em documento público ou particular, declaração que nele deveria constar, ou nele inserir ou fazer inserir declaração falsa ou diversa da que devia ser escrita, com o fim de prejudicar direito, criar obrigação ou alterar a verdade sobre o fato juridicamente relevante.

Pena: reclusão de 1 (um) a 5 (cinco) anos e multa, se o documento é público e reclusão de 1 (um) a 3 (três) anos, se o documento é particular."

Local: Juazeiro do Norte UF: CE Data: 20/02/2015

Ana Patrícia Barreto Almeida



Eu, Ana Patricia Barreto Almeida portador da carteira de identidade nº 2002034050555 e inscrito no CPF/MF sob o nº 007.124.633-99 residente e domiciliado na Rua: Construtor José Sabino Pereira, 239 Cidade Juazeiro do Norte, Estado Ceará, declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- () Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
- () O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- (☒) O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à 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.

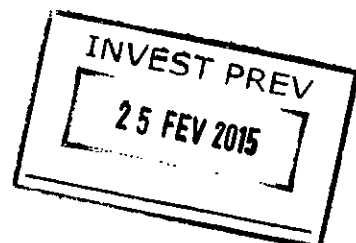
Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

Ana Patricia Barreto Almeida

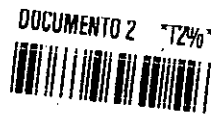
Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

Juazeiro do Norte/ce 20/02/15

Local e data



Carta de Punho



Eu Aha Patricia Barreto Almeida
Peço encarecidamente a Seguradora
líder que marque minha Perícia Médica
DPVAT.

Estou de alta definitiva conforme relatório
de meu fisioterapeuta.

Agradeço a compreensão.

Aha Patricia Barreto Almeida

Sinistro: 3150166532

CPF - 007.124.633-99.

Juazeiro do Norte - Ce 15-04-2015.

