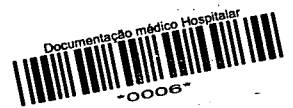




UMA CIDADE DE TODOS
ARACUJÁ
PREFEITURA MUNICIPAL



SECRETARIA DE SAÚDE - PSF
RECEITUÁRIO

Transtorno que a Sra. Tereza
Santos de Uzeda sofreu
fratura do punho (R)
em acidente de carro,
(atropelamento).

Agora recebe alta ambulatorial
deputada com dor residual
e limitação dos movimentos
do punho (R)

INVESTPREV

04 AGO 2017

ENTRADA

12/06/17

Dr. José Carlos V. Silva
Médico - OR e 1996
CPF 389 597 243-15



PREFEITURA MUNICIPAL DE ARACOIABA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
FICHA DE OBSERVAÇÃO CLÍNICO - CIRÚRGICA

Trauma

09

Nome	Ma. Santos do Vale	Data	24/04/17
Endereço	Capistrano	Estado Civil	
		Idade	69
		Sexo	F

HISTÓRIA CLÍNICA

Apresenta-se com	(R)
queixas de	(R)

DESTINO

- () Residência () Recusou Internamento
() Ficou em Observação () Referência
(X) Internação () Óbito
() Transferência

Observações:

Assinatura do Cliente / Responsável

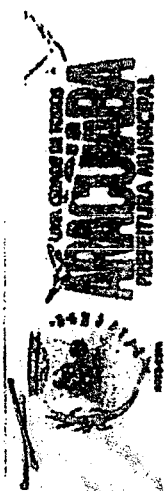
Assinatura do Médico - CRM

Dr. José Marcelo V. Porto
Médico - Traumatologista
CRM. 65590

ENTRADA

04 AGO 2017

INVESTPREV



PREFEITURA MUNICIPAL DE ARACOIABA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
FICHA DE OBSERVAÇÃO CLÍNICO - CIRÚRGICA

Nome	M ^a Zentes do Vale			Data	18/04/17		
Endereço	Capistrano			Idade	62	Sexo	F
				Estado Civil	C		
HISTÓRIA CLÍNICA							
[Handwritten signature]							
DESTINO							
☐ Residência				☐ Recusou Internamento			
☐ Ficou em Observação				☐ Referência			
☐ Internação				☐ Óbito			
☐ Transferência							
Assinatura do Cliente / Responsável				Assinatura do Médico - CRM			
				[Handwritten signature]			

Macedo
CRESSOLITECH

INVESTPREV
04 AGO 2017
ENTRADA

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

CNES - 4010779
HOSPITAL E MATERNIDADE SANTA ISABEL
Rua Getúlio Vargas, 139
Centro - CEP 62.750-000
ARACOIABA - CEARÁ

2 - CNES

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

9 - SEXO

Masc. ☐

Fem. ☒

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

11 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº BAIRRO)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Deformidade e incapacidade funcional por trauma

INVESTPREV

04 AGO 2017

ENTRADA

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

necessidade de cirurgia sob anestesia

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

Radiografia + exame físico + Rx

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

fractura do osso

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

014101801204017

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

29 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

24/04/17

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

3 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

4 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

5 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - Nº DO BILHETE

38 - SÉRIE

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CBAE DA EMPRESA

41 - CBOR

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() NÃO SEGURADO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

AUTORIZAÇÃO

44 - Cód. Órgão emissor do procedimento realizado pelo SUS

Sistema Único de Saúde sem qualquer tipo de apresentação

45 - DOCUMENTO

46 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

2317100182023

1000



FOLHA SUMÁRIO DE URINA

SABE - FUNCIONÁRIO

MÉDICO ASSISTENTE - CRM

Procedimento realizado pelo SUS
(Sistema Único de Saúde) sem
nenhum ônus para o paciente ou
qualquer tipo de convênio

[Assinatura]
Diretor do Hospital

1-15580010548

OCORRÊNCIAS PRINCIPAIS

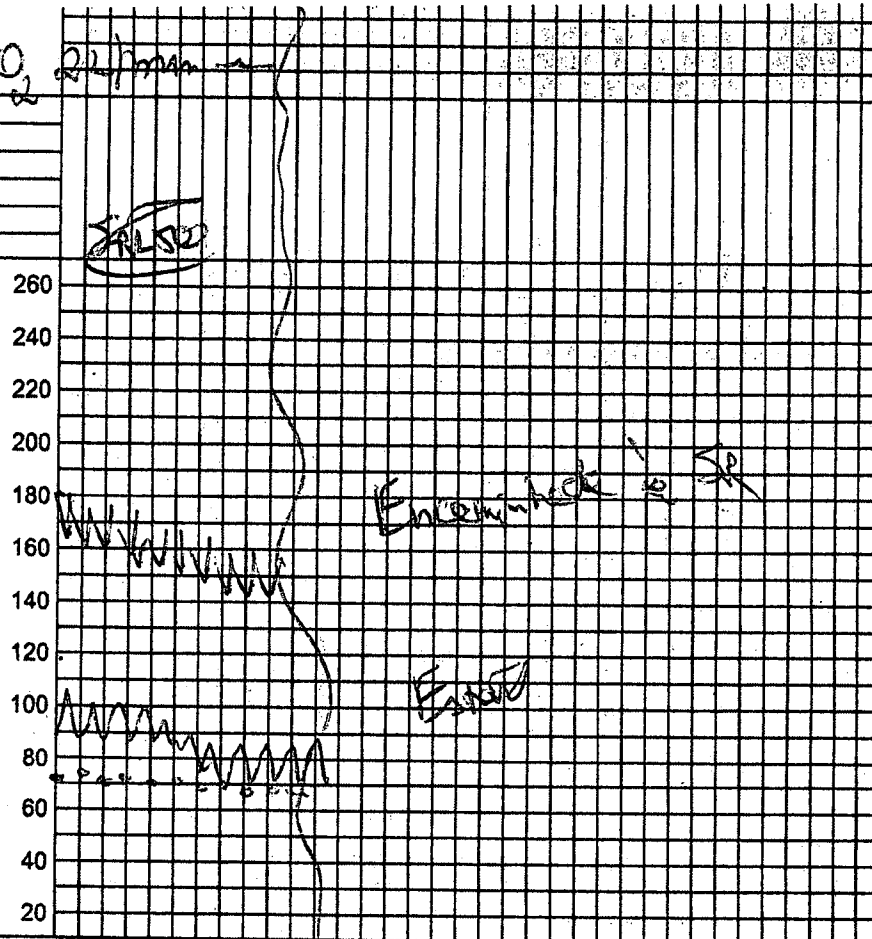
- Paciente em DHD
- Sutura regional
- Sepsis e anti-sepsis
- Campos cirúrgicos
- Redução inclemente fratura (R)
- fixação met. com fixador externo
- No controle
- Sutura
- Curativo

INVESTPREV

06 AGO 2017

ENTRADA

Agent Anestesi
Líquidos
Respiração
Código Pulso Operação
V P.P. Arterial
A X Anestesia



[Signature]

UF de ...
Méd. ...
Unidade ...

06 AGO 2017

Procedimento realizado pelo SUS
Sistema Único de Saúde
sem qualquer tipo de pagamento
ou custo para o paciente
ou para o Hospital

Relatar as causas que justifiquem a longa duração da operação, da anestesia e o maior consumo de material e medicamentos.

1) Venoclise 2) Monitorização 3) Aspire de região cervical e clavicular / Realização de bloqueio de plexo braquial pelas vias interescalares e axilas com Bupivacaína 0,5% com vaso 20ml + Lidocaine 2% 20ml / Bloqueio OK 4) Cefazoline 2g 5) Diprino 2g 6) Midazolam 2mg + Fentanyl 20µg 7) Plavix 100mg 8) Diclofenaco 10mg

Data 08/08/17

Dr. Valdson Cesário de Freitas
Anestesiologista
CRM/CE: 15.378

DATA

Cirurgião - Ass. e Carimbo

1º Auxiliar - Ass. e Carimbo

2º Auxiliar - Ass. e Carimbo

2º Auxiliar - Ass. e Carimbo



LIMA CIDADE DE TODOS
ARACOIABA
PREFEITURA MUNICIPAL

PREFEITURA MUNICIPAL DE ARACOIABA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
BOLETIM DE CIRURGIA E ANESTESIA
(Preencher todos os campos após a cirurgia verso e anverso)

ESTREPREV

04/10/2017

ENTRADA

13:05

Nome do Paciente:

10ª Santos do Vale

Diagnóstico:

Fratura de punho esquerdo

Operação:

osteossíntese

Nº DA GIH

CIRURGIA

ANESTESIA

- 1 - Peq. 4 - Simu
2 - Média 5 - Mult.
6 - Grande 6 - Especial
7 - Princ. e Secundária

☐ Local ☐ Geral ☐ Outros

Início Término

Hora Min Hora Min

Em minutos c/ acrésc. para os casos de emergência fora de horário normal e dias não úteis (preencher).

Anestesia

Minutos total Minutos c/ acréscimo

CÓDIGO CID

Conversão Categoria Detalhes

☐ ☐ ☐

Código SSM

Início Término Duração

Dia Mês Ano Dia útil

13:10 14:05
08 05 17
☐ Sim
☐ Não

61 MATERIAL DE SALA TIPO Q V.U V.T

Guaxima esteril 1D	par	DL		
Guaxima esteril 7.5	"	DL		
Gaze 100	unid	DL		
Adesivo 2D	"	DL		
estender	"	DL		
Garrafa 1d 300ml 2L	"	DL		
Marineta Desc 10L	unid	DL		
Marineta Desc 50L	unid	DL		
Ag. Desc 40x40	unid	DL		
12 Gaxetas Tipo Boule	unid	DL		
Atad. de Curador hem	"	DL		
Mononaylon 4.0	unid	DL		

65 MEDICAMENTO DE SALA TIPO Q V.U V.T

- 1) Bupivacaína 0,5% com vaso
2) Lidocaína 2% con
3) Lidocaína 2%
4) Diprivo 2
5) Plavix 10mg
6) Dexametasona 1mg

Dr. Wilson Castro de Freitas
Anestesiologista
CRM-CE: 15.378

Assinatura do Cirurgião
Assinatura da Enfermeira

74

Oxigênio

2L/min

Assinatura da Enfermeira

Início Horas

Término Horas

Total de Horas

Assinatura Cirurgião



UMA CIDADE DE TODOS
ARACUJÁ
PREFEITURA MUNICIPAL

SECRETARIA DE SAÚDE - PSF
RECEITUÁRIO

P/ Manip Sento de Uole
Sento

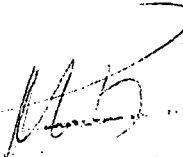
4307 - Netele
(2011)

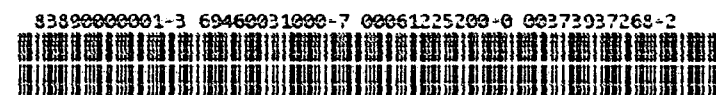
- 127 - Netele realio @
Conselho de

INVESTPREV

04 AGO 2017

ENTRADA


2/08/17
Aracaju, 04 de Agosto de 2017
Módulo - DML - 1000
OFF - 100 SUT 243-11



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA



Eu, Maria Santos do Vale

RG nº 2001002221275 data de expedição 13/07/2001 Órgão SSP-CE

CPF nº 410.983.663-87 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)	TR novo Planalto	INVESTPREV
Número	52	
Apto. / Complemento	Casa	04 AGO 2017
Bairro	centro	ENTRADA
Cidade	Capistrano	
Estado	ceará	
CEP	62.748.000	
Telefone de Contato	(85) 996.36.99.23/(88)992831566	
E-mail	arisonfeitozachoues@gmail.com	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Itapiúna, 19 de julho de 2017.

Assinatura do Declarante: Maria Santos do Vale



Nº de Inscrição:

31977120



Cagece

GOVERNO DO
ESTADO DO CEARÁ
Secretaria das Cidades

DADOS DO CLIENTE

Nome: MARIA SANTOS DO VALE

End. Leitura: TR NOVO PLANALTO, 32, CENTRO

Cidade: CAPISTRANO

CEP: 62.748-000

End. Entrega:

Cidade:

CEP: 60.000-000

Local: 039

Setor: 001

Quadra: 137

Lote: 0414

Comp: 0051

Subsetor:

Subquadra:

ECONOMIAS

Residencial: 001

Comercial: 000

Industrial: 000

Pública: 000

INFORMAÇÕES SOBRE MEDIÇÃO

Serviço	Medidor	Leitura Anterior	Leitura Atual	Volume (m³)	Média Semestral(m³)
AGUA	A15F065142	110	113	3	3

DATAS

Leitura Atual: 07/04/2017

Emissão: 17/04/2017

Lacre Água: A15F065142

Leitura Anterior: 07/03/2017

Próxima Leitura: 07/05/2017

Lacre Esgoto:

QUALIDADE DE ÁGUA DISTRIBUÍDA REFERENTE A: 04/2017

Nº de Amostras	Cloro	Turbidez	Cor	Coliformes Totais	Escherichia Coli
Exigidas	10	10	10	10	10
Analisadas	12	12	12	12	12
Em conformidade	12	2	0	11	12

MENSAGENS / INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

AGRADECEMOS SUA PONTUALIDADE. ÁGUA TRATADA E SAUDE

RELATORIO DA QUALIDADE DA AGUA VEJA NO SITE CAGECE

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS

Valor (R\$)

HISTÓRICO DE VOLUME

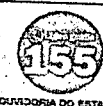
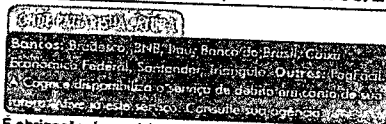
		Mês/Ano	Água (m³)	Esgoto (m³)
AGUA	19,60		0000	0
PARCELAMENTO DE DEBITOS [2/5]	17,12		0000	0
			0000	0
			0000	0
			0000	0
			0000	0
			0000	0
			0000	0
			0000	0
			0000	0
			0000	0
		03/2017	9	0

TRIBUTOS SOBRE O FATURAMENTO

Descrição	Valor (R\$)
PIS	0,65
COFINS	1,75

SUBSÍDIO

Descrição	Valor (R\$)
Valor do Serviço	55,02
Subsídio(-)	18,30
Total de Serviço	36,72

MÊS/ANO
04/2017VENCIMENTO
10/05/2017TOTAL A PAGAR (R\$)
36,72

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

Maiores informações pelo telefone: 0800 275 0195, nas lojas de atendimento, de 8h às 17h, no site www.cagece.com.br ou na ouvidoria Cagece: 3101.1918, de 8h às 12h e 13h às 17h. Ouvidoria estadual: 155. Site da ARCE: www.arce.ce.gov.br

Entidades Reguladoras: ARCE - Agência Reguladora de Serviços Públicos Delegados do Estado do Ceará; ACFOR - Autarquia de Regulação, Fiscalização e Controle dos Serviços Públicos de Saneamento Ambiental; 0800 285 1919 - Demais Locais: ARCE - Agência Reguladora de Serviços Públicos Delegados do Estado do Ceará: 0800 275 3838.



Cagece

GOVERNO DO
ESTADO DO CEARÁ
Secretaria das Cidades

Fatura Mensal

Vale do Serviço
conferido

DADOS DO CLIENTE

Inscrição: 31977120

Mês/Ano: 04/2017

Cidade: CAPISTRANO

Vencimento: 10/05/2017

Total (R\$) 36,72

82630000000-5 36720009900-3 03197712001-8 03000322015-6



INVESTPREV

04 AGO 2017

ENTRADA



UMA CIDADE DE TODOS
ARACOIABA
PREFEITURA MUNICIPAL



SECRETARIA DE SAÚDE - PSF
RECEITUÁRIO

Assunto que a Sra. Mary
Santos de Almeida sofreu
trauma de pulso (E)
em acidente de carro
(atropelamento).

Hoje recebe alta ambulatorial
definitiva com dor residual
e limitação dos movimentos
de pulso (F)

INVESTPREV

04 AGO 2017

ENTRADA

12/06/17

Dr. João Carlos S. Silva
Médico - ORT / F.O.
CPF 049.571.243-15



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE ARACOIABA



GUIA POLICIAL À PERÍCIA FORENSE

BOLETIM DE Ocorrência Nº 413 - 886 / 2017

GUIA Nº 413 - 133 / 2017

ARACOIABA, 7 de Julho de 2017

Natureza do Exame: **CORPO DE DELITO**

Requisito à Perícia Forense o exame **LESAO CORPORAL** da pessoa abaixo qualificada:

Nome: **MARIA SANTOS DO VALE**

Nacionalidade: **BRASIL**

Data de Nascimento: **18/02/1948**

Grau de Instrução: **ALFABETIZADO**

Filiação: **FRANCISCO MIGUEL DOS SANTOS**

MARIA FREIRE DOS SANTOS

Documento de Identificação: **RG**

Órgão Emissor: **SSPDS**

Residência: **TRAVESSA NOVO PLANALTO, 52, CENTRO - CAPISTRANO/CE**

Local da Ocorrência: **ESTR CE 060, NO TRIANGULO DE ARACOIABA, ZONA RURAL - ARACOIABA/CE**

Data e Hora da Ocorrência: **18/04/2017 08:00**

Observação: **VÍTIMA DE ATROPELAMENTO**

Laudo para: **DELEGACIA MUNICIPAL DE ARACOIABA**

Naturalidade: **CAPISTRANO/CE**

Estado Civil: **VIUVO(A)**

Profissão: **APOSENTADA**

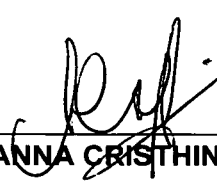
Número: **2001002221275**

UF: **CE**

INVESTPREV

04 AGO 2017

ENTRADA


DELEGADO(A) **ANNA CRISTHINA MARCATTI LEONCIO - 30078411**

TERMO DE RECEBIMENTO DE GUIA POLICIAL À PERÍCIA FORENSE

Declaro que recebi da **DELEGACIA MUNICIPAL DE ARACOIABA** a Guia de número **133 / 2017** do município de **ARACOIABA**.

Em ____/____/____.

Nome/Assinatura



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA MUNICIPAL DE ARACOIABA



GUIA POLICIAL À PERÍCIA FORENSE

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 413 - 886 / 2017

GUIA Nº 413 - 133 / 2017

ARACOIABA, 7 de Julho de 2017

Natureza do Exame: **CORPO DE DELITO**

Requisito à Perícia Forense o exame **LESAO CORPORAL** da pessoa abaixo qualificada:

Nome: **MARIA SANTOS DO VALE**

Nacionalidade: **BRASIL**

Data de Nascimento: **18/02/1948**

Grau de Instrução: **ALFABETIZADO**

Filiação: **FRANCISCO MIGUEL DOS SANTOS**

MARIA FREIRE DOS SANTOS

Documento de Identificação: **RG**

Órgão Emissor: **SSPDS**

Residência: **TRAVESSA NOVO PLANALTO, 52, CENTRO - CAPISTRANO/CE**

Local da Ocorrência: **ESTR CE 060, NO TRIANGULO DE ARACOIABA, ZONA RURAL - ARACOIABA/CE**

Data e Hora da Ocorrência: **18/04/2017 08:00**

Observação: **VÍTIMA DE ATROPELAMENTO**

Laudo para: **DELEGACIA MUNICIPAL DE ARACOIABA**

Naturalidade: **CAPISTRANO/CE**

Estado Civil: **VIUVO(A)**

Profissão: **APOSENTADA**

Número: **2001002221275**

UF: **CE**

INVESTPREV

04 AGO 2017

ENTRADA

DELEGADO(A)  **ANNA CRISTHINA MARCATTI LEONCIO - 30078411**

TERMO DE RECEBIMENTO DE GUIA POLICIAL À PERÍCIA FORENSE

Declaro que recebi da **DELEGACIA MUNICIPAL DE ARACOIABA** a Guia de número **133 / 2017** do município de **ARACOIABA**.

Em ____/____/____.

Nome/Assinatura



0005



UMA CIDADE DE TODOS
ARACOIABA
PREFEITURA MUNICIPAL

PREFEITURA MUNICIPAL DE ARACOIABA
SECRETARIA DE SAÚDE

Traum

FICHA DE OBSERVAÇÃO CLÍNICO - CIRÚRGICA

Nome <i>M^o Santos do Vale</i>		Data <i>18/04/17</i>	
Endereço <i>Copistreu no</i>	Estado Civil <i>C</i>	Idade <i>69</i>	Sexo <i>F</i>
HISTÓRIA CLÍNICA			
<i>vítima de atropelamento, apresenta</i> <i>ferimentos e machucados no</i> <i>torso e membros inferiores</i> <i>no fust. 1000</i>			
DESTINO			
☐ Residência		☐ Recusou Internamento	
☐ Ficou em Observação		☐ Referência	
☐ Internação		☐ Óbito	
☐ Transferência		Observações: <i>col. fraturas e /</i> <i>torso</i> <i>Retorno após 7 dias</i>	
Assinatura do Cliente / Responsável <i>Charles Santos do Vale</i>		Assinatura do Médico <i>[Signature]</i> CRM <i>6590</i>	

INVESTPREV
SEGURADORA S/A
18 AGO. 2017
ENTRADA



SECRETARIA DE SAÚDE - PSF
RECEITUÁRIO

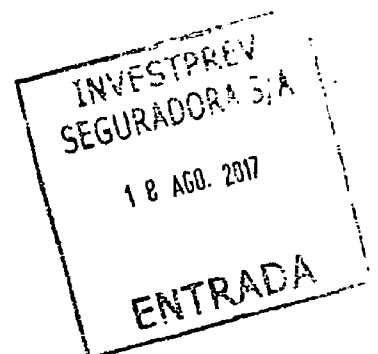
Atestado que o Segur.
Mauricio Santos do Vale
sofreu fratura no coto
esquerdo (punho) em
atropelamento no dia
18/04/2017.

Após receber alta ambu-
latorial definitiva com
lesão residual no punho
esquerdo e dificuldades
funcionais parciais em
punho e Joelho esquerdo

14/08/17

Dr. José Manoel T. Paulo
MÉDICO - CRM 0550

Anacardes, 14/08/17



Rio de Janeiro, 05 de Setembro de 2017

Carta nº: 11597676

A/C: MARIA SANTOS DO VALE

Sinistro: 3170433173 ASL-0302779/17
Vítima: MARIA SANTOS DO VALE
Data Acidente: 18/04/2017
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: ARISON FEITOZA CHAVES

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: **MARIA SANTOS DO VALE**

Valor: **R\$ 5.568,75**

Banco: **237**

Agência: **000000704-8**

Conta: **000008121-3**

Tipo: **CONTA CORRENTE**

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	5.568,75

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros superiores 70%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 70%) 35,00%

Valor a indenizar: 35,00% x 13.500,00 =	R\$	4.725,00
---	-----	----------

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um joelho 25%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 25%) 6,25%

Valor a indenizar: 6,25% x 13.500,00 =	R\$	843,75
--	-----	--------

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



3170 433 172



"0014"



AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

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, Maria Santos do Vale
 PORTADOR(A) DO RG Nº 2001002221275 EXPEDIDO POR SSP EM 13/07/2017
 CPF 14.110.983.663-87 / CNPJ (), PROFISSÃO Recebeu
 E RENDA MENSAL DE R\$ Recebeu () NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO
 SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Maria Santos do Vale, 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 aparecem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional;
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

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

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO 237 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0704-8 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 8121-3

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.

Itapirina 14 de Agosto de 2017 x Maria Santos do Vale
 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, 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 0800-0221704.

SEGURADORA S/A

18 AGO. 2017

ENTRADA

BRADESCO

TITULO DE DEPOSITO EM CONTA CORRENTE
TRANSFERENCIA PARA OUTRA AGENCIA

DATA: 21/07/2017 HORA: 14:12 H

FAVORECIDO: MARIA SANTOS DO VALE
AGENCIA: 0704-8 CONTA: 0008121-3

DEPOSITANTE: O PRÓPRIO FAVORECIDO

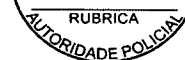
AG. ADQU. HEDORA: 0564 N. SEQ: 00902 TERM: 117 AUT: 674

VALOR EM DINHEIRO:

INVESTPREV
SEGURADORA S/A

18 AGO. 2017

ENTRADA



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 413 - 886 / 2017

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRABALHO**
Data / Hora da Comunicação: **07/07/2017 12:41:03**
Data / Hora da Ocorrência: **18/04/2017 08:00:00**
Endereço da Ocorrência: **ESTRADA CE 060, NO TRIANGULO DE**
Complemento:
Bairro: **ZONA RURAL** Município: **ARACOIABA/CE**
Ponto de Referência:

Noticiante(s)

Nome: **MARIA SANTOS DO VALE**
Nascimento: **18/02/1948** CPF: **410.983.663-87**
RG: **2001002221275** Orgão Emissor: **SSPDS**
Filiação: **MARIA FREIRE DOS SANTOS**
FRANCISCO MIGUEL DOS SANTOS
Endereço: **TRAVESSA NOVO PLANALTO, 52**
Bairro: **CENTRO** CEP:
Município: **CAPISTRANO/CE**
País: **BRASIL** Telefone: **(85) 99197-6963**

INVESTPREV

04 AGO 2017 F: CE

ENTRADA

Histórico

Depois de advertido que omitir, em documento público ou particular, declaração que dele devia constar, ou nele inserir ou fazer inserir declaração falsa ou diversas de que devia ser escrita com o fim de prejudicar, criar obrigação ou alterar a verdade sobre o fato juridicamente relevante, constitui crime! Narra o noticiante que na data e local acima citado, foi vítima de acidente de trânsito quando estava na atravessando a CE 060, especificamente no triângulo que liga as cidades de Aracoiaba a Baturité e a Capistrano, quando foi atropelada por um veículo do qual não anotou a placa; QUE só conseguiu visualizar que o veículo era de cor VERMELHA e o modelo era GOL; QUE o motorista do veículo atropelador não lhe prestou socorro, sendo socorrida pelas testemunhas abaixo qualificadas; Informa que em decorrência do acidente quebrou o punho esquerdo, teve forte machucado no joelho e sentiu muitas dores pelo corpo. Narra ainda que foi socorrida para o Hospital de Aracoiaba/CE, onde recebeu primeiro atendimento; QUE no dia 24/04/2017 foi internada no mesmo hospital onde foi submetida a cirurgia; declarante tem como testemunhas do ocorrido as seguintes pessoas:

TESTEMUNHA 01: FRANCISCO BRENO BEZERRA DA SILVA, RG: 20083232855 E CPF: 077.166.313-73.

Francisco Breno Bezerra da Silva

TESTEMUNHA 02: SIMONE MARIA DA CONCEIÇÃO ARAUJO, RG: 2009010045559 E CPF: 051.782.963-03

Simone Maria da Conceição Araújo

ambas advertidas das penalidades dos artigos 340 e 342 do Código Penal Brasileiro.



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA MUNICIPAL DE ARACOIABA



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 413 - 886 / 2017

Todas as informações aqui prestadas são de inteira responsabilidade do declarante e de suas testemunhas.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE ARACOIABA

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

W. A. Mota

WEVERTON ARAUJO DA MOTA - MAT.: 30094417

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

Xilmaria Santos do Valle

VISTO DO DELEGADO(A) :

A. C. Marcatti Leoncio

ANNA CRISTHINA MARCATTI LEONCIO - MAT.: 30078411

INVESTPREV

04 AGO 2017

ENTRADA

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML



Eu, Maria Santos do Vale, portador da carteira de identidade nº 2001002221275 e inscrito no CPF/ME sob o nº 410.983.663-87 residente e domiciliado na TR novo Planalto, Centro, Nº 52, Cidade Capistrano 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.

Maria Santos do Vale

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

INVESTPREV

04 AGO 2017

ENTRADA

Stapiúma, 19 de Julho de 2017

Local e data

Rio de Janeiro, 14 de Agosto de 2017

Carta nº: 11477488

A/C: MARIA SANTOS DO VALE

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170433173 ASL-0302779/17

Vitima: MARIA SANTOS DO VALE

Data Acidente: 18/04/2017

Natureza: INVALIDEZ

Procurador: ARISON FEITOZA CHAVES

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **04/08/2017** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **18/04/2017**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Autorização de pagamento não conclusivo
- Comprovação de ato declaratório 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** onde o aviso de sinistro foi registrado.

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.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 25 de Agosto de 2017

Carta nº: 11545594

A/C: MARIA SANTOS DO VALE

Sinistro: 3170433173 ASL-0302779/17
Vítima: MARIA SANTOS DO VALE
Data Acidente: 18/04/2017
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: ARISON FEITOZA CHAVES

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.seguradoralider.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





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, Maria Santos do ValePORTADOR(A) DO RG Nº 2001002221275 EXPEDIDO POR SSP - ce EM 13/07/2001 ECPF 410983663-87 / CNPJ 000000000-00000-00, PROFISSÃO Rececionista

E RENDA MENSAL DE R\$ Rececionista (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Maria Santos do Vale. AUTORIZO A SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susép 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** ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário funcional.
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA.
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéticas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 7.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

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

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO 237 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0704-8 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 8121-3

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.

Stapiúna 19 de Julho de Maria Santos do Vale

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.

BRADESCO

COMPROVANTE DE DEPOSITO EM CONTA CORRENTE
TRANSFERENCIA PARA OUTRA AGENCIA

DATA: 21/07/2017

HORA: 14:12 H

FAVORECIDO: MARIA SANTOS DO VALE
AGENCIA: 0704-8 CONTA: 0008121-3

DEPOSITANTE: O PROPRIO FAVORECIDO

AG.ACOLHEDORA:0564 N.SEQ:00902 TERM:117 AUT:674

VALOR EM DINHEIRO:

INVESTPREV

04 AGO 2017

ENTRADA

Rio de Janeiro, 14 de Agosto de 2017

Carta nº: 11477487

A/C: MARIA SANTOS DO VALE

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170433173 ASL-0302779/17

Vítima: MARIA SANTOS DO VALE

Data Acidente: 18/04/2017

Natureza: INVALIDEZ

Procurador: ARISON FEITOZA CHAVES

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.seguradoralider.com.br, ou ligue para a 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.seguradoralider.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 onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA: 01/09/2017

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 5.568,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MARIA SANTOS DO VALE

BANCO: 237

AGÊNCIA: 00704-8

CONTA: 000000008121-3

Nr. Autenticação

BRADESCO0109201705000000000023700704000000008121556875 PAGO

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3170433173 **Cidade:** Aracoiaba **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARIA SANTOS DO VALE **Data do acidente:** 18/04/2017 **Seguradora:** BRADESCO AUTO/RE COMPANHIA DE SEG

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 25/08/2017

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE PUNHO ESQUERDO

Resultados terapêuticos: COM SEQUELA

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL PUNHO ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: INVALIDEZ PARCIAL/PUNHO ESQUERDO:50% DE 25%= 12,5%

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 completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PRESTADOR

VISÃO MÉDICA LTDA

Nome do médico: REGINALDO WANIS

CRM do médico: 52.43685-6

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3170433173

Cidade: Aracoiaba

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: MARIA SANTOS DO VALE

Data do acidente: 18/04/2017

Seguradora: BRADESCO AUTO/RE
COMPANHIA DE SEG

PARECER

Diagnóstico: Fratura do rádio distal esquerdo. Trauma contuso no joelho esquerdo

Descrição do exame médico pericial: Limitação moderada dos movimentos de flexão e extensão do punho esquerdo. Limitação dos movimentos de flexão dos quíroedáctilos e de prono supinação do antebraço esquerdo. Limitação leve de flexão do joelho esquerdo.

Resultados terapêuticos: A vítima foi submetida a tratamento cirúrgico com redução e fixação externa. Realizou complementação com tratamento fisioterápico. Evoluiu com consolidação das lesões e obteve alta médica em agosto de 2017, sem indicação de qualquer tipo de terapia complementar.

Sequelas permanentes: Perda parcial da mobilidade do punho esquerdo pela lesão tendinosa e pelo bloqueio articular e do joelho esquerdo causado pela lesão tendinosa

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 28/08/2017

Conduta mantida:

Observações: O exame físico descrito demonstrou que após a consolidação das lesões ocorridas no trauma e o término do tratamento, há um quadro sequelar caracterizado por restrição dos movimentos habituais do membro superior esquerdo e do joelho esquerdo, portanto mantemos a conduta do médico examinador.

Médico examinador: Greive 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 funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			41,25 %	R\$ 5.568,75

PRESTADOR

TOLEDO ASSISTÊNCIA MÉDICA LTDA EPP

Médico revisor: LUCIA DE FÁTIMA CAHINO DA COSTA HIME

CRM do médico: 41076

UF do CRM do médico: SP

Assinatura do médico:



**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas de Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Nome do(a) Examinado(a): MARIA SANTOS DO VALE

Endereço do(a) Examinado(a): TR NOVO PLANALTO, 52 - 52 -

CAPISTRANO/CE - CEP 62748-000

Identificação - Órgão Emissor/UF/Número : 2001002221275 - SSP -
13/07/2001

Data e Local do Exame : 28/08/2017 RUA CORONEL ALVES TEIXEIRA,
1280 - FORTALEZA/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)

Diagnóstico:

FX DO RÁDIO DISTAL ESQUERDO

TRAUMA CONTUSO NO JOELHO ESQUERDO

Exame Físico:

BLOQUEIO ARTICULAR E LESÃO TENDINOSA COM LIMITAÇÃO LEVE/MODERADA DE FLEXO-EXTENSÃO DO PUNHO, DE FLEXÃO DOS QUIRODÁCTILOS, DE PRONO-SUPINAÇÃO DO ANTEBRAÇO, HIPOTROFIA MUSCULAR ;

LESÃO TENDINOSA COM LIMITAÇÃO LEVE DE FLEXÃO DO JOELHO.

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 do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações

VÍTIMA DEU ENTRADA NA EMERGÊNCIA HOSPITALAR APRESENTANDO DOR E EDEMA NO PUNHO E NO JOELHO. REALIZADO EXAMES COMPLEMENTARES, MEDICAÇÃO E TRATAMENTO CIRÚRGICO COM REDUÇÃO E FIXAÇÃO EXTERNA. POSTERIORMENTE SUBMETIDA A TRATAMENTO CONSERVADOR COM MEDICAÇÃO, REPOUSO, FISIOTERAPIA (30SS). ALTA DEFINITIVA EM AGO/2017.

III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)? ☒ Sim ☐ Não

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

PERDA PARCIAL DA MOBILIDADE DO PUNHO PELA LESÃO TENDINOSA E PELO BLOQUEIO ARTICULAR, GERANDO UM COMPROMETIMENTO FUNCIONAL NO MEMBRO COM DIMINUIÇÃO DA FORÇA DE SUSTENTAÇÃO, HIPOTROFIA MUSCULAR;
PERDA PARCIAL DA MOBILIDADE DO JOELHO PELA LESÃO TENDINOSA

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 (*).

Vide motivo do impedimento 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)

() “Exame não permite conclusão”

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

Região Corporal

JOELHO ESQUERDO

% do Dano () 10% residual (X) 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal

MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO

% do Dano () 10% residual () 25% leve
(X) 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal

% do Dano () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal

% do Dano () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

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

() Total = “100% da IS”

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


Dr. Greive Freitas Cavalcante
Médico - CRM 9050

GREIVE FREITAS CAVALCANTE CRM : 9050 / UF :CE



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REG. ETRG. 2001002221375 DATA DE EXPEDIÇÃO 13/7/2001

GENAL

NOME MARIA SANTOS DO VALE

FILIAÇÃO FRANCISCO MIGUEL DOS SANTOS E MARIA FREIRE SANTOS

NATURALIDADE CAPISTRANO-CE DATA DE NASCIMENTO 18/2/1948

DOC. ORIGEM CERT. CASAM. 4413 L. B. 09 F.

05 PARANGABA FORT. CE

CPF

ASSIN. DO DETENTOR

INVESTPREV

04 AGO 2017

ENTRADA

MINISTÉRIO DA FAZENDA

SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL

CPE

Cadastro de Pessoas Físicas

Número de inscrição 4410.933.646-1

Nome MARIA SANTOS DO VALE

Nascimento 18/02/1948



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
SECRETARIA NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO
QUARTELA NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO

ARISON FEITOZA CHAVES

1704830 **SSP** **DF**

798.567.643-00 **17/06/1978**

HAMILTON ARAUJO CHAVES
LUIZA FEITOZA CHAVES

05730109205 **16/03/2022** **12/03/2013**

SEM OBSERVAÇÃO;

ARISON F. CHAVES
BAFURITE, CE **23/03/2017**

14898439449
CE158607880

CEARÁ

VÁLIDA EM TODOS
OS TERREITOS DO BRASIL
1471482349

1471482349

INVESTPREV

04 AGO 2017

ENTRADA



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

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações e documentos requisitados neste formulário não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

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

² 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.

INVESTPREV

4 AGO 2017

ENTRADA

Pelo exposto, eu Arison Feitoza Chaves, portador(a) do

RG nº 1704830, expedido por SSP, em

23/03/2017 CPF/CNPJ nº 798.567.643-00,

na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário (a) Maria

dos Santos do Vale do sinistro de DPVAT da natureza Invalidez

da vítima Maria dos Santos do Vale, e conforme

determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

Profissão: Recurso Renda Mensal: R\$ Recurso

Documentos comprobatórios: _____

ARISON FEITOZA CHAVES
ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO