

PARECER DE ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL

DADOS DO SINISTRO

Número: 2014570705

Cidade: Morada Nova

Natureza: Invalidez

Vítima: ANNE KELLE
LIMA SILVA

Data do acidente: 25/11/2013

Emissor do parecer: Carolina Maia
Santos de
Oliveira

Seguradora: GENTE
SEGURADORA
S/A

Prestadora: IBMES INST.BRASDE MEDICINA
ESPEC.EM SEGUROS LTDA

CRM do médico: 906387

PARECER

Data da análise: 31/07/2014

Valoração do IML: 0,00

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: Trauma na face + ombro E

Resultados terapêuticos: Documentação não apresenta registro médico que permita conclusão

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: O exame deverá apurar a existência de dano permanente indenizável

Valor pleiteado: 13.500,00

Médico avaliador: Rafael Santos

UF do CRM do médico: RJ

DANOS

Dano	%	Dimensão	Graduação
Danos não definidos.			

Valor avaliado: 0,00

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 2014570705

Cidade: Morada Nova

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: ANNE KELLE LIMA SILVA

Data do acidente: 25/11/2013

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: TRAUMA CRÂNIO ENCEFÁLICO LEVE

Descrição do exame médico pericial: A PACIENTE APRESENTA CEFALÉIA, DISTÚRPIO DO EQUILÍBRIO E HUMOR, AMNÉSIA E USO IRREGULAR DE MEDICAÇÃO CONTROLADA.

Resultados terapêuticos: QUADRO TRATADO DE FORMA CONSERVADORA, COM REPOUSO E MEDICAÇÃO. A PACIENTE NÃO FEZ FISIOTERAPIA.

Sequelas permanentes: DANO LEVE EM NEUROLÓGICO

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 11/08/2014

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: ANDRE DE OLIVEIRA

CRM do médico: 52643610

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
Lesões neurológicas que cursem com dano cognitivo-comportamental alienante	100 %	Em grau leve	25 %	R\$ 3.375,00
Total			25 %	R\$ 3.375,00

PRESTADOR

SAUDESEG Sistemas de Saude Ltda.

Médico revisor: MARCUS VINICIUS CARVALHO FREIRE

CRM do médico: 21102

UF do CRM do médico: PE

Assinatura do médico:



Rio de Janeiro, 18 de Julho de 2014

Carta nº: 4727166

A/C: FRANCISCA REGINALDA LIMA DOS SANTOS

Sinistro: 2014570705
Vitima: ANNE KELLE LIMA SILVA
Data Acidente: 25/11/2013
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 GENTE SEGURADORA S/A de origem onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 22 de Agosto de 2014

Carta nº: 4934309

A/C: FRANCISCA REGINALDA LIMA DOS SANTOS

Sinistro: 2014570705
Vítima: ANNE KELLE LIMA SILVA
Data Acidente: 25/11/2013
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: FRANCISCA REGINALDA LIMA DOS SANTOS

Valor: R\$ 3.375,00

Banco: 104

Agência: 000003134

Conta: 00000020982-7

Tipo: CONTA CORRENTE

Memória de Cálculo:

Dano Pessoal: Lesões neurológicas que cursem com dano cognitivo-comportamental alienante 100%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 100%) 25,00%

Valor a indenizar: 25,00% x 13.500,00 =

R\$ 3.375,00

Multa:

R\$ 0,00

Juros:

R\$ 0,00

Total creditado:

R\$ 3.375,00

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





Seguradora Líder - DPVAT

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 Francisca Reginalda Lima dos Santos
 PORTADOR(A) DO RG Nº 2000027001491 EXPEDIDO POR SSP-CP EM 14/04/2011 E
 CPF 167842073-00 / CNPJ 0000000000-00000000, PROFISSÃO professora
 E RENDA MENSAL DE R\$ 600,00 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO
 SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Anne Kelle Lima Silva. AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSUMIDORES 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.

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO
1004039

Para evitar a reprogramação de um pagamento, lembre-se:

1) Os seguintes documentos não devem, de forma nenhuma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício;
- Conta pessoa jurídica;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for o 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 Unidades Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$2000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (não será aceita proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);

2) O CPF do beneficiário/vítima não pode estar inválido, pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL - www.receita.fazenda.gov.br);

3) O CPF da conta informada para depósito não pode ser diferente do CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistro.

☒ CRÉDITO EM CONTA-CORRENTE (ACEITAS CONTAS DE TODOS OS BANCOS)

BANCO 104 AGÊNCIA 3134 (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-CORRENTE 020 982-7

☐ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO BRADESCO

BANCO 237 • AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA _____

☐ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO DO BRASIL

BANCO 001 • AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA _____

☐ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO ITAÍ

BANCO 341 • AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA _____

☐ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DA CAIXA ECONÔMICA FEDERAL

BANCO 104 • AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA _____

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

LOCAL Monte Nova DATA 28/04/14

ASSINATURA DO(A) BENEFICIÁRIO(A) Francisca Reginalda Lima dos Santos



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.



AUTO-ATENDIMENTO - AG. MORADA NOVA

DATA: 25/04/2014

HORA: 11:55:11

TERMINAL: 31341012

CONTROLE: 313410120228

AGÊNCIA: 3134 - MORADA NOVA

CONTA : 001.00.020.982-7

CLIENTE: FCA REGINALDA L DOS SANTOS

EXTRATO PARA SIMPLES CONFERÊNCIA

**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

Nome do(a) Examinado(a): Anne Kelle Lima Silva
Endereço do(a) Examinado(a): Antonio de Castro, 721
Padre Assis Monteiro Morada Nova CE CEP: 62940-000
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / CE] 20078548874
Data local do exame: [11/08/2014] 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)

TRAUMA CRÂNIO ENCEFÁLICO LEVE.

- 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?

(X) Sim () Não

Caso a resposta seja "Não", favor NÃO preencher os demais campos abaixo, exceto o das observações (item V(*)), se necessário

- 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?

(X) Sim () Não

Caso a resposta seja "Não", prosseguir SOMENTE se houver alguma correlação entre a queixa e o histórico do acidente, justificando-a nas observações (item V(*))

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

QUADRO TRATADO DE FORMA CONSERVADORA, COM REPOUSO E MEDICAÇÃO. A PACIENTE NÃO FEZ FISIOTERAPIA.

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

(X) Sim () Não

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

A PACIENTE APRESENTA CEFALEIA, DISTÚRBO DO EQUILÍBRIO E HUMOR, AMNÉSIA E USO IRREGULAR DE MEDICAÇÃO CONTROLADA.

Caso a resposta seja "Não", concluir dentre as opções no item IV "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item IV opções "b" ou "c"

- 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"

Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

() "Exame não permite conclusão"

Vide motivo do impedimento no campo das observações

() "Sem sequela permanente"

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

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

Região Corporal (Sequela):

SISTEMA NEUROLÓGICO

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

- 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.

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


SaúdeSEG André de Oliveira Limal
CRM 52643610

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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Nome do(a) Examinado(a): Anne Kelle Lima Silva
Endereço do(a) Examinado(a): Antonio de Castro, 721
Padre Assis Monteiro Morada Nova CE CEP: 62940-000
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / CE] 20078548874
Data local do exame: [11/08/2014] 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)

TRAUMA CRÂNIO ENCEFÁLICO LEVE.

- 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?

(X) Sim () Não

Caso a resposta seja "Não", favor NÃO preencher os demais campos abaixo, exceto o das observações (item V(*)), se necessário

- 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?

(X) Sim () Não

Caso a resposta seja "Não", prosseguir SOMENTE se houver alguma correlação entre a queixa e o histórico do acidente, justificando-a nas observações (item V(*))

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

QUADRO TRATADO DE FORMA CONSERVADORA, COM REPOUSO E MEDICAÇÃO. A PACIENTE NÃO FEZ FISIOTERAPIA.

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

(X) Sim () Não

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

A PACIENTE APRESENTA CEFALEIA, DISTÚRBO DO EQUILÍBRIO E HUMOR, AMNÉSIA E USO IRREGULAR DE MEDICAÇÃO CONTROLADA.

Caso a resposta seja "Não", concluir dentre as opções no item IV "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item IV opções "b" ou "c"

- 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"

Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

() "Exame não permite conclusão"

Vide motivo do impedimento no campo das observações

() "Sem sequela permanente"

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

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

Região Corporal (Sequela):

SISTEMA NEUROLÓGICO

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

- 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.

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


SaúdeSEG André de Oliveira Limal
CRM 52643610

CARTÓRIO DIAS RABELO
IBICUITINGA - CEARÁ

Dionísio Paulo Rabêlo

Juliêta Dias Rabêlo
Escritorante Compromissada

Emolumentos: R\$ 67,03
FERMOJU: R\$ 5,00
FERC: R\$ 3,90
ACM: R\$ x,x
Total: R\$ 75,93

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO CEARÁ
REGISTRO CIVIL DE IBICUITINGA - COMARCA VINCULADA
CARTÓRIO DIAS RABELO

Dionísio Paulo Rabêlo
Oficial do Registro Civil

Juliêta Dias Rabêlo
Escritorante Compromissada

CERTIDÃO DE CASAMENTO

SELANDIC 1.ª VIA COM U
SELO E SEU Nº AA256671

CERTIFICO que às fls. 241 do livro B-05 sob o Nº de Ordem 1.610 de Registros de Casamentos, verifiquei constar que no dia 02 de fevereiro de 2007, foi feito o Casamento de José Fernandes Lima dos Santos e Francisca Reginalda da Silva Lima.

contraído perante o (a) Juiz(a) de PAZ, Maria Edilene de Oliveira Aguiar.

Raimundo Celio Lima dos Santos e Aurinete Saraiva de Sousa.

Ele, nascido em Ibicuitinga-Ce. aos 22 de outubro de 1959 profissão agricultor, residente e domiciliado Francisco Tomaz dos Santos e dona Francisca Ferreira de Lima, filho de

Ela, nascida em Morada Nova-Ce. aos 17 de fevereiro de 1972 profissão agricultora, residente e domiciliada Maria José Ferreira de Lima, filha de

a qual passou a assinar-se Francisca Reginalda Lima dos Santos.

Foram apresentados os documentos a que se refere o art. 180, N^{os} I^o, II^o e IV^o do Código Civil Brasileiro. - Observações: Casamento feito sob o regime de Comunhão Parcial de Bens.

O referido é verdade e dou fé.

Ibicuitinga, Ce 02 de fevereiro de 2007

Oficial do Registro Civil

CARTÓRIO DIAS RABELO
IBICUITINGA-CEARÁ
Dionísio Paulo Rabêlo Júnior
TABELÃO E OFICIAL SUBSTITUTO

*Fone: (88) 422 - 2571



SOMENTE COM
AUTENTICIDADE



ALDO SOMENTE COM SELO DE
AUTENTICIDADE

CARTÓRIO HONORATO
Confere com o original
Data
MORADA NOVA-CE

14 MAIO 2014

Mancei Honorato C. Neto
Oficial

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL



REGISTRO CIVIL

Valido somente com o selo de autenticidade.

SELO DE AUTENTICIDADE
ANOREG - CE - SERVIÇO PÚBLICO DELEGADO
Provimento nº 0697 - TJ



ATO REGISTRAL

AA 000006889

ESTADO DE Ceará x:x:x

COMARCA DE Morada Nova x:x

MUNICÍPIO DE Morada Nova x:x

TERITO DE Sede x:x:x

Manoel Honorato Cavalcante Neto x:

Oficial x:x do Registro Civil

NASCIMENTO Nº 27.042 x:x

CERTIFICO que, às fls. 142 x: do livro n.º A-32 x: de Registro de Nascimentos,

foi lavrado hoje o assento de Anne Kelle Lima Silva x: x:x

x:x:x

x:x:x

nascid. a oito(08) x:x de Outubro x:x de mil novecentos e

noventa e nove(1999) x: às 02 horas e 30 minutos, em o Hospital e

Maternidade Fundação São Lucas, nesta Cidade x:x:x

x:x:x

do sexo feminino de cor branca x:x

filh. a de Cicero Elias da Silva x: x:x:x

natural de x:x:x x:x:x:x

e de Dona Francisca Reginalda da Silva Lima x: x:x:

natural de x:x:x x:x:x

x:x:x

x:x:x

x:x:x:x

Sendo avós paternos Elias Francisco da Silva x: x:x:x

e Dona Ivonete Maria da Conceição x: x:x:x

e avós maternos Maria José Ferreira de Lima x: x:x

e Dona x:x:x x:x:x

Foi declarante os pais x:x x:x:x

e servirão de testemunhas x:x:x x:x:x

x:x:x:x

Observações: Registro feito hoje x:x:x

x:x:x:x

x:x:x:x

x:x:x:x

x:x:x:x

O referido é verdade e dou fé.

Morada Nova - Ceará x: 16 de Janeiro x: de 2001

Manoel Honorato Cavalcante *Manoel Honorato Cavalcante*
Oficial
MORADA NOVA - CEARÁ

1004036

CERTIDÃO DE NASCIMENTO



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: 18/08/2014

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 3.375,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: FRANCISCA REGINALDA LIMA DOS SANTOS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03134

CONTA: 000000020982-7

Nr. da Autenticação D8025D0D929A3359

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Francesca Reginalda Lima dos Santos.

RG nº 260027001441, data de expedição 14/04/11, Órgão SSP-CE.

CPF nº 767.848.073-00 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:

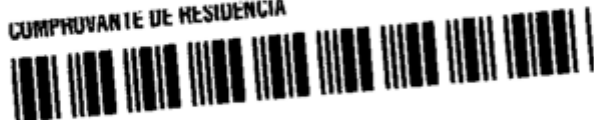
Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Ruaº Antonio de Castro</u>
Número	<u>721</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>Parque de Anís Monteiro</u>
Cidade	<u>Maranda Nova</u>
Estado	<u>CE</u>
CEP	<u>62940.000</u>
Telefone de Contato	<u>88 - 9458 3050</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Maranda Nova 28/04/14

Assinatura do Declarante: Francesca Reginalda Lima dos Santos

CUMPROVANTE DE RESIDENCIA



1004040

Nº DO CLIENTE

5354652-0

Para regular 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.

coelce

uma empresa endorentada

Rua Padre Valério, 150 CEP 60135-040 Fortaleza CE
CNPJ 07.047.351/0001-70 CEF 06.103.415-3

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

335383525

Rota 04 25070 05 079210 - 6

Data de Emissão 08/03/2014

Nome MARIA ALEKSANDRA CHAVES NOBREGA

End. Postal RU ANTONIO DE CASTRO 00721

PADRE ASSIS MONTEIRO - MORADA NOVA - 62940000

Medidor 23522276

Poste 0000 0000

Classe 01-RESIDENCIAL MONOFASICO BAIXA RENDADOR de Potência 0,00

RG/CPF/CNPJ 367790593-15

CGF

Nome do Responsável

DATAS

Mês de Referência 08/03/2014

Data da Apresentação 07/04/2014

Previsão Próx. Leitura

INDICADORES DE CONTINUIDADE

Conjunto MORADA NOVA

Mês Jan/2014

R\$ 13,39

DICIPI 0,00

Pad. de Referência

Apuração Individual

ICMS

Base de Cálculo (R\$) Alíquota Valor do Imposto

ISENTO

	Mensal	Trím.	Anual	Mensal	Trím.	Anual
DIC	5,43	10,86	21,73	0,00	0,00	0,00
FIC	3,36	6,72	13,45	0,00	0,00	0,00
DMIC	3,11			0,00		

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

CSA2.CB74.221E.5705.ABC0.F202.251C.C436

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leit. Atual	Leit. Anterior	Consumo (kWh)	Consumo (MWh)	Consumo (MWh)	Consumo (MWh)	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
5387	5270	117	0,00	0,00	0,00	0,11082	3,32
						0,10778	12,59
						0,20498	4,45
08/03/14	06/02/14	38 dias			117		21,46

DESCRIÇÃO

DESCRIÇÃO	VALOR (R\$)
VALOR CONSUMO DO MES	21,46
JUROS DO MES	0,01
ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL	8,03
PIS-COFINS COMPLEMENTAR-TARIFA BAIXA RENDA	0,67

VENCIMENTO

27/03/2014

TOTAL A PAGAR (R\$)

30,17

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

Energia	12,73
Transmissão	0,82
Distribuição	7,90
Encargos Setoriais	1,35
Tributos (ICMS PIS/COFINS)	1,57
TOTAL	22,13

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)

Mês	Consumo (kWh)
108	117
117	133
133	136
136	128
128	116
116	93
93	76
76	99
99	106
106	94
94	101
101	97

importante

Consta desta fatura R\$ 1,57 referente a PIS e COFINS.

ICMS: 0,00; PIS: 1,00; COFINS: 0,57; Total: R\$ 1,57. PIS e COFINS são tributos federais.

A partir de 2015 vigorará o sistema de Bandeiras Tarifárias. A bandeira verde não implicará cobrança adicional. As bandeiras Amarela e Vermelha, quando acionadas, implicarão tarifas de maior valor, devido ao maior custo de geração. No mês de Mar/2014 vigorará a bandeira VERMELHA, a qual implicará R\$ 0,300/kWh de acréscimo ao valor da tarifa, líquido de impostos. Mais informações em www.aneel.gov.br

Nº do Cliente: 5354652-0

Data de Emissão: 08/03/2014

Nº da Nota Fiscal: 335383525

Referência: Mar/2014

Total A Pagar (R\$): 30,17

Nº de Controle: 0005354652 00013 39162 00

836



07.677.263/0001-89

FUNDACÃO SÃO LUCAS
SANTA CASA DE MORADA NOVA

FUNDACÃO SÃO LUCAS

SANTA CASA DE MORADA NOVA

AV. MANOEL LASTRO 23
CENTRO CEP 62.940-000 SETOR DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIAMORADA NOVA CE **REGISTRO DE OCORRÊNCIA**PACIENTE: Anni Kelle Lima Silva DN 08/10/1977ENDEREÇO: Rua: Anta de CastroDIA: 25/11/2013HORA: 17:45h

LOCAL DA OCORRÊNCIA: _____

DESCRIÇÃO DA LESÃO E DO PROCEDIMENTO ADOTADO:

relatou de entrada no consultório com
queimadura por contato com fogo + queimadura
capilares, ed. limpa + seca, segundo
informações a mesma foi vítima de acidente
com moto.

PLANTONISTA: Dr. ArrisTÉC. ENF: Sorlito

FUNDACÃO SÃO LUCAS
 SANTA CASA DE MORADA NOVA
 SETOR DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA
REGISTRO DE OCORRÊNCIA

PACIENTE: Felipe José da Silva DN 06/08/1977ENDEREÇO: FilipaDIA: 25/11/13HORA: 20:30LOCAL DA OCORRÊNCIA: x x x x**DESCRIÇÃO DA LESÃO E DO PROCEDIMENTO ADOTADO:**

TRAUMA DE OMBRO DIREITO
O MESMO INFORMOU QUE
FOI ACIDENTE DE MOTO

PLANTONISTA: Dr. ASSIS

TÉC. ENF: _____

Fco. Cláudio Silva
 Têc. Enf. 263708

2





CONSULTÓRIO DE CLÍNICA MÉDICA E TERAPIAS NATURAIS

DR. EDVANDO NOBRE MAIA

CREMEC: 3181/ONAB:280

PRAÇA DOS DEZ MANDAMENTOS, NO. 74 - CENTRO - IBICUITINGA-CE: FONES: 88.9479.3019/88.9431.2723

RELATÓRIO MÉDICO

RELATO A PEDIDO DA PARTE INTERESSADA, SENHORA FCA. REGINALDA SILVA LIMA, GENITORA DA MENOR ANNE KELLE LIMA SILVA; E, PARA FINS DE PROVA JUNTO AO DPVAT QUE A MENOR DE 14 ANOS, ESTUDANTE, RESIDENTE NO MUNICÍPIO DE MORADA NOVA, FOI VÍTIMA DE ATROPELAMENTO DE MOTO NA LOCALIDADE DA FELIPA DE CIMA NO DIA 25 DE NOVEMBRO DE 2013, SOFRENDO FERIMENTOS DE FACE E COURO CABELUDO À DIREITA E EM OMBRO HOMOLATERAL. INFORMA AINDA A MÃE DA MENOR QUE A MESMA SANGROU PELO NARIZ E QUE PERMANECIU DESORIENTADA POR MAIS OU MENOS 60 MINUTOS(1H). FOI SOCORRIDA NO HOSPITAL SÃO LUCAS(Morada Nova-Ce) ONDE RECEBEU OS PRIMEIROS SOCORROS E POSTERIORMENTE TRANSFERIDA PARA IJF ONDE FOI SUBMETIDA A TC DE CRÂNIO, FICANDO EM OBSERVAÇÃO POR 6 HORAS. APÓS ESSE TEMPO DE OBSERVAÇÃO TEVE ALTA DEFINITIVA PARA CASA. ATUALMENTE RELATA A PACIENTE EPISÓDIOS DE DOR DE CABEÇA E SURTOS DE SANGRAMENTO NAZAL. NEGA TONTURA, MAS REFERE TURVAÇÃO DA VISÃO DIREITA AO OLHAR FIXO À DISTÂNCIA. EXAME: PACIENTE CONSCIENTE, ORIENTAÇÃO NO TEMPO E NO ESPAÇO, AFEBRIL, EUPNÉICO, DEAMBULA NORMAL. ASSUME POSTURA DE CIFÓTICA E A CABEÇA DESVIADA PARA DIREITA AR.: NDN. ACV: NDN. PA.: NORMAL. FC: NORMAL. EXAME LOCAL: PRESENÇA DE CICATRIZ NA REGIÃO FRONTO-PARIETAL DIREITA, SEPTO NASAL(COM AUMENTO DA PIGMENTAÇÃO) E OMBRO HOMOLATERAL. CONCLUI QUE A MENOR FORA VÍTIMA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO E QUE APRESENTA SINAIS E SINTOMAS REVELADOS PELA ANAMNESE E EXAME FÍSICO COMO LESÕES CICATRICIAIS IRREVERSÍVEIS DE CABEÇA E OMBRO DIREITO. ALÉM DE EPISÓDIOS DE CEFALÉIA + EPISTAXES E DISTÚRPIO DA VISÃO DIREITA, DIAGNÓSTICOS ATUAIS CONSIDERADOS COMO SEQUELAS DO TRAUMA ANTERIORMENTE SOFRIDO EM ACIDENTE DE TRANSITO ACIMA RELATADO. CID: R23.4 + R51 + H52.1 + EPISTASES.

IBICUITINGA, 27 DE MARÇO DE 2014. DR. EDVANDO NOBRE MAIA, CREMEC: 3181



CARTÓRIO DIAS RABELO TRAVESSA MANOEL FURTADO, 88 Fone: (88) 3425-1031	A presente cópia confere com o original. Dou fé. Em test. _____ da verdade Ibicuitinga - Ceará.
	28 MAR. 2014
Dionísio Paulo Rabelo Tabelião e Oficial Dionísio Paulo Rabelo Junior Substituto Julieta Dias Rabelo Esc. Autorizada Edilania de Oliveira Aguiar - Esc. Autorizada	

Dr. Edvando Nobre Maia
Plantonista - 8 horas no
Hospital de Referência
CRM-ART e ONAB: 280

[illegible][illegible]

Quilrodáctilo	Articulações Metacarpo-falangeanas	Articulações Inter-falângicas		Falanges			Pododáctilo	Articulações Metatarso-falangeanas	Articulações Inter-falângicas		Falanges			Válvula 12,15	
		1º	2º	1º	2º	3º			1º	2º	3º	1º	2º		3º
1º							1º								
2º							2º								
3º							3º								
4º							4º								
5º							5º								

Avaliação da deambulação: Claudicante () Antélgica () Intermitente () Exacerba aos esforços físicos () Pendular () Instável ()
 Dependente de muleta ou bastião () Dependente de cadeira de rodas ()

Perda de consciência	Convulsão / Epilepsia	Cefaleia	X	Fotofobia	Lapsos / Esquecimentos	Dificuldade de Concentração / Dispersão
Dias em coma	Incoordenação motora	Neurálgia	/	Diplopia	Irritabilidade / Agressividade	Intermitências de Alterações Cognitivas
Convulsão na internação	Paralisia	Hiperestesia		Embassamento visual	Inquietação / Agitação	Desorientação Auto-psíquica
Uso de anticonvulsivante	Hemiplegia	Dorência		Alterações Olfativas	Depressão Pós-trauma	Desorientação Alo-psíquica
	Paraplegia	Insônia		Alterações Gustativas	Tonturas	
Mantém-se em Coma	Disartria/Disfonia/Atonia	Sonolência		Disacusia / Acúfenos	Instabilidade Postural/Dismetria	AVD no leito Dependente de cuidador

Dionísio Paulo Rabelo Tabelião e Oficial
Dionísio Paulo Rabelo Júnior Substituto
Julieta Dias Rabelo Esc. Autorizada
Fca. Edilândia de Oliveira Aguiar - Esc. Autorizada



FUNDAÇÃO SÃO LUCAS

SANTA CASA DE MORADA NOVA

Av. Manoel Castro, 237 – Centro – CEP: 62.940-000

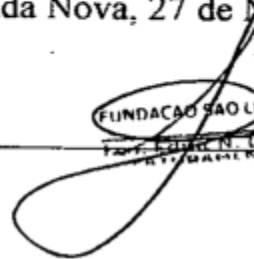
C.G.C. 07.677.263 / 0001 – 89 / E-MAIL : santacasamnova@brisanet.com.br

Fones : 3422.1411/ 3422.2230

DECLARAÇÃO

Declaramos, para os devidos fins, que dando busca em nossos arquivos encontramos o registro do seguinte teor: no dia 25/11/2013, às 17:45 horas, deu entrada no setor de Urgência/Emergência da Fundação São Lucas – Santa Casa de Morada Nova, a Sra. **ANNE KELLE LIMA SILVA**, a mesma informou que foi vítima de acidente de motocicleta apresentando: **FERIMENTO CORTE CONTUSO NA FACE + COURO CABELUDO.**

Morada Nova, 27 de Novembro de 2013.


FUNDACAO SAO LUCAS
ANNE KELLE LIMA SILVA
FERIMENTO





DOCUMENTAÇÃO MÉDICA HOSPITALAR

**CONSULTÓRIO DE CLÍNICA MÉDICA E
TERAPIAS NATURAIS****DR. EDVANDO NOBRE MAIA**

CREMEC: 3181/ONAB:280

PRAÇA DOS DEZ MANDAMENTOS, NO. 74 - CENTRO - IBICUITINGA - CE. FONES: 88.9479.3019/88.9431.2729

RELATÓRIO MÉDICO

DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
18 IIII 2014
Gente Seguradora S/A Av. 9 de Julho, n. 12 - SP/SP

RELATO A PEDIDO DA PARTE INTERESSADA, SENHORA FCA. REGINALDA SILVA LIMA, GENITORA DA MENOR ANNE KELLE LIMA SILVA; E, PARA FINS DE PROVA JUNTO AO DPVAT QUE A MENOR DE 14 ANOS, ESTUDANTE, RESIDENTE NO MUNICÍPIO DE MORADA NOVA, FOI VÍTIMA DE ATROPELAMENTO DE MOTO NA LOCALIDADE DA FELIPA DE CIMA NO DIA 25 DE NOVEMBRO DE 2013, SOFRENDO FERIMENTOS DE FACE E COURO CABELUDO À DIREITA E EM OMBRO HOMOLATERAL. INFORMA AINDA A MÃE DA MENOR QUE A MESMA SANGROU PELO NARIZ E QUE PERMANECIU DESORIENTADA POR MAIS OU MENOS 60 MINUTOS(1H). FOI SOCORRIDA NO HOSPITAL SÃO LUCAS(Morada Nova-Ce) ONDE RECEBEU OS PRIMEIROS SOCORROS E POSTERIORMENTE TRANSFERIDA PARA IJF ONDE FOI SUBMETIDA A TC DE CRÂNIO, FICANDO EM OBSERVAÇÃO POR 6 HORAS. APÓS ESSE TEMPO DE OBSERVAÇÃO TEVE ALTA DEFINITIVA PARA CASA. ATUALMENTE RELATA A PACIENTE EPISÓDIOS DE DOR DE CABEÇA E SURTOS DE SANGRAMENTO NAZAL. NEGA TONTURA, MAS REFERE TURVAÇÃO DA VISÃO DIREITA AO OLHAR FIXO À DISTÂNCIA. EXAME: PACIENTE CONSCIENTE, ORIENTAÇÃO NO TEMPO E NO ESPAÇO, AFEBRIL, EUPNÉICO, DEAMBULA NORMAL. ASSUME POSTURA DE CÍFOTICA E A CABEÇA DESVIADA PARA DIREITA AR.: NDN. ACV: NDN. PA.: NORMAL. FC: NORMAL. EXAME LOCAL: PRESENÇA DE CICATRIZ NA REGIÃO FRONTO-PARIETAL DIREITA, SEPTO NASAL(COM AUMENTO DA PIGMENTAÇÃO) E OMBRO HOMOLATERAL. CONCLUI QUE A MENOR FOI VÍTIMA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO E QUE APRESENTA SINAIS E SINTOMAS REVELADOS PELA ANAMNESE E EXAME FÍSICO COMO LESÕES CICATRICIAIS IRREVERSÍVEIS DE CABEÇA E OMBRO DIREITO. ALÉM DE EPISÓDIOS DE CEFALÉIA + EPISTAXES E DISTÚRPIO DA VISÃO DIREITA, DIAGNÓSTICOS ATUAIS CONSIDERADOS COMO SEQUELAS DO TRAUMA ANTERIORMENTE SOFRIDO EM ACIDENTE DE TRANSITO ACIMA RELATADO. CID: R23.4 + R51 + H52.1 + EPISTASES.

IBICUITINGA, 27 DE MARÇO DE 2014. DR. EDVANDO NOBRE MAIA, CREMEC: 3181

Dr. Edvando Nobre Maia
Plantonista - 8 anos no
Hospital de Referência
CRM: 4761 e ONAB: 280

[illegible][illegible]

Quilrodáctilo	Articulaciones Metacarpo-falangeanas	Articulaciones Inter-falangeas		Falanges			Pododáctilo	Articulaciones Metatarso-falangeanas	Articulaciones Inter-falangeas		Falanges		
		1º	2º	1º	2º	3º			1º	2º	3º	1º	2º
1º			plano (m)			plano (m)	1º					plano (m)	
2º							2º						
3º							3º						
4º							4º						
5º							5º						

Perda de consciência	Convulsão / Epilepsia	Cefalegia	Fotofobia	Lapsos / Esquecimentos	Dificuldade de Concentração / Desatenção
Dias em coma	Incoordenação motora	Náusea	Diplopia	Irritabilidade / Agressividade	Interrupções de Atividades Cognitivas
Convulsão na internação	Paralisia	Hiperestesia	Embaçamento visual	Inquietação / Agitação	Desorientação Auto-psíquica
Uso de anticonvulsivante	Hemiplegia	Dormência	Alterações Olfativas	Depressão Pós-trauma	Desorientação Alo-psíquica
	Paraplegia	Insônia	Alterações Gustativas	Tonturas	
Mantém-se em Coma	Disartria/Distonia/Atonia	Sonolência	Disacusia / Acúfenos	Instabilidade Postural/Dimetria	AVD no leito Dependente de cuidador

nte: **Edmundo Nobre**
Educação e Cultura
Secretaria de Educação
Rua da Constituição, 28
1151 e O. CEP: 280



CÓDIGO DE CONTROLE
B7DB.10DF.F5A5.8299

A autenticidade deste comprovante deverá
ser confirmada na internet, no endereço
www.receita.fazenda.gov.br

Comprovante emitido pela
Secretaria da Receita Federal do Brasil

às 16:46:53 do dia 27/11/2013 (hora e data de Brasília)
dígitto verificador: 00

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICACAO

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número
074.085.233-75

Nome
ANNE KELLE LIMA SILVA

Nascimento
08/10/1999

MINISTÉRIO DA FAZENDA
Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2007654887 - 4 DATA DE EMISSÃO 19/04/2011

NOME ANNE KELLE LIMA SILVA

FILIAÇÃO CICERO ELIAS DA SILVA

FRANCISCA REGINALDA DA SILVA LIMA

NATURALIDADE MORADA NOVA - CE

DATA DE NASCIMENTO 08/10/1999

CPF 1 VTA

PPC ORIGEM

CERT. NASCIMENTO - CARTÓRIO: SEDE TERMO: 27042 FOLHA: 142

LIVRO: A32 MORADA NOVA - CE

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 28/09/83

P.: 29

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

CARTEIRA DE IDENTIDADE

Nome Kelle Lima Silva

Polgar Direto

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2000027001491 DATA DE EXPEDIÇÃO 14/04/2011

NOME FRANCISCA REGINALDA LIMA DOS SANTOS

FILIAÇÃO MARIA JOSE FERREIRA DE LIMA

NATURALIDADE NORADA NOVA - CE DATA DE NASCIMENTO 17/02/1972

DOC. ORIGEM CERT. CASAMENTO - CARTÓRIO: SEDE TERMO: 1610 FOLHA: 241 LIVRO: 805 NORADA NOVA - CE

CPF 2 VIA

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

P.: 29

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO CEARÁ

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

PERÍCIA FOM-PE DO ESTADO DO CEARÁ

COORDENADORIA DE IDENTIFICAÇÃO

Polígrafo Direito

Francisca Reginalda Lima dos Santos

CARTEIRA DE IDENTIDADE

Ministério da Fazenda

Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: 767.842.073-00

Nome da Pessoa Física: FRANCISCA REGINALDA LIMA DOS SANTOS

Situação Cadastral: REGULAR

DOCUMENTOS DE IDENTIFICAÇÃO



*10040

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, Francisca Reginalda Lima dos Santos portador da carteira de identidade nº 2002701491 e inscrito no CPF/MF sob o nº 767.842.073-00, residente e domiciliado na Rua Antonio de Castro, 721, Cidade Monte Nova, Estado CE, 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.

Francisca Reginalda Lima dos Santos

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

Monte Nova 28/04/14.

Local e data

OUTROS
1004054



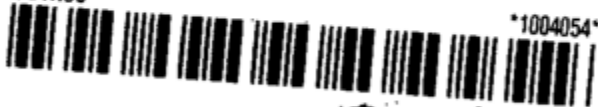
x

INSTITUTO DR. JOSE FROTA

x

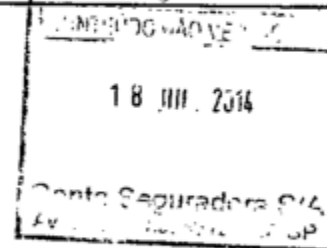
REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL				DATA/HORA: 26/11/2013 14:54:15	
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE					
CNS: 161340653750000	NOME: ANNE KELLE LIMA SILVA			Registro: 5259102	
CPF:	RG:	D. NASC: 08/10/99	ESTADO CIVIL:	SEXO: F	RAÇA/COR: Amarela
NOME DA MÃE: FRANCISCA REGINALDA DA SILVA LIMA			NOME DO PAI: CICERO ELIAS DA SILVA		
TIPO DE LOGRADOURO: Rua		ENDEREÇO DO PACIENTE: ANTONIO DE CASTRO	Nº: 721	BAIRRO: VARZEA	
COMPLEMENTO:	TELEFONE CONTATO:	MUNICÍPIO: MORADA NOVA	UF: CE	CEP: 62940000	
IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL					
NOME: MARIA JOSE SILVA		PARENTESCO: TIA		TELEFONE:	
ACIDENTE DE TRABALHO					
TIPO DE VÍNCULO:	CBO DO EMPREGADO:	CNPJ DO EMPREGADOR:	COSIDO DO CNAER:		
ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO					
MOTIVO DE ATENDIMENTO: Acidente com motociclista, Colisão com um objeto fixo ou parado.					
QUEDAS: tce					
OBSERVAÇÕES: tce					
SINAIS VITAIS					
PRESSÃO ARTERIAL	0		MMHG		
FREQÜÊNCIA RESPIRATÓRIA	0		MRM		
FREQÜÊNCIA CARDÍACA	0		BCM		
TEMPERATURA	3,00		°C		
GLICEMIA	0		MG/DL		
SATURAÇÃO DE O2	0		O2		
LOCAL DA OCORRÊNCIA: Área Pública	Escala de Dor: Leve		PRIORIDADE DE ATENDIMENTO: LARANJA		
ESPECIALIDADE DO ATENDIMENTO: CLINICO GERAL					

OUTROS



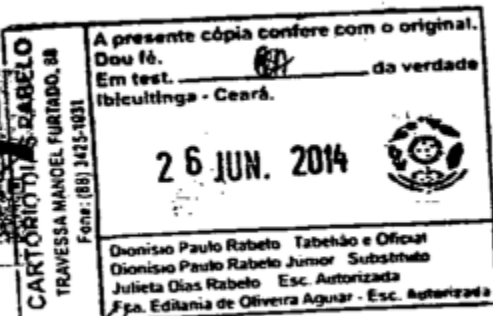
25.06.17

[Handwritten signature]



Emitido em: 25/06/2014 10:41:31

Página 1 de 1



REANALISE DE PEDIDO

VITIMA: ANNE KELLE LIMA SILVA

Nº DO SINISTRO: 2014/406044

CPF: 04.085.233.75

RG: 2007854887-4

EU, ANNE KELLE LIMA SILVA, PORTADOR DO RG: 2007854887-4 E CPF: 04.085.233-75. DECLARO PARA OS DEVIDO FINS DE DIREITO JUNTO A SEGURADORA LÍDER, QUE SOFRI UM ACIDENTE DE TRÂNSITO NO DIA 25/11/2013 NO QUAL FIQUEI COM SEQUELAS E CONFORME DOCUMENTAÇÃO ENVIADA FOI AVALIADA E NEGADO SEM AO MENOS MIM CHAMAREM PARA COMPARECER A PERÍCIA MÉDICA, O QUAL QUERO QUE VOSSA SENHORIA MIM DÊ O DIREITO COMO CIDADÃO DE COMPARECER E QUE VOCÊS POSSAM ANALISAR O MEU CASO PESSOALMENTE POIS É INADIMISSÍVEL TAL RESULTADO.

E DIANTE DE TODO EXPOSTO, VENHO SOLICITAR UMA PERÍCIA MÉDICA NO QUAL ESTOU DISPONÍVEL A QUALQUER DIA E HORÁRIO PARA QUE SEJA REAVALIADO O MEU CASO. AGUARDO DESDE JÁ A RESPOSTA. O MEU ENDEREÇO É:

RESIDO NA RUA ANTONIO DE CASTRO 721 BAIRRO PADRE ASSIS MONTEIRO.

CIDADE: MORADA-NOVA/CEARÁ.

IBICUITINGA, CE 26/06/2014

DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
18 JUL 2014
Conte Seguradora S/A Av. ... 4012 - SP/SP

Francisca Reginalda Lima dos Santos

REQUERENTE / BENEFICIÁRIO