
Rio de Janeiro, 17 de Maio de 2018

Aos Cuidados de: **MARIA DE FATIMA RAMOS**

Nº Sinistro: **3180219480**
Vitima: **MARIA DE FATIMA RAMOS**
Data do Acidente: **12/02/2018**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **ROSILDA DE OLIVEIRA SILVA**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180219480**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 dias, a partir do recebimento pela seguradora de toda a documentação necessária**.

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 21 de Maio de 2018

Aos Cuidados de: **MARIA DE FATIMA RAMOS**

Sinistro: **3180219480**

Vítima: **MARIA DE FATIMA RAMOS**

Data do Acidente: **12/02/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **ROSILDA DE OLIVEIRA SILVA**

Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3180219480** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site www.seguradoraslider.com.br ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 13 de Junho de 2018

Carta n°: 12956410

A/C: MARIA DE FATIMA RAMOS

Nº Sinistro: 3180219480
Vitima: MARIA DE FATIMA RAMOS
Data do Acidente: 12/02/2018
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: ROSILDA DE OLIVEIRA SILVA

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 DE FATIMA RAMOS

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000002191

Conta: 0000010470-9

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	1.687,50

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

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

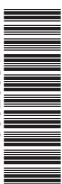
Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

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.seguradoraslider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



**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

Sinistro: **3180219480**

Nome do(a) Examinado(a): **MARIA DE FATIMA RAMOS**

Endereço do(a) Examinado(a): **RUA COREIA DO SUL nº 85 - AGAMENON MAGALHAES - IGARASSU/PE**

Identificação - Órgão Emissor/UF/Número: **RG 7.067.563 - SSP**

Data e local do acidente: **12/02/2018 IGARASSU/PE**

Data e local do exame: **29/05/2018 RECIFE/PE**

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

FRATURA BIMALEOLAR DE TORNOZELO DIREITO

II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO COM PLACA E PARAFUSOS EM MALÉOLO LATERAL E PARAFUSOS CORTICAIS EM MEDIAL. CIRURGIA SEM INTERCORRÊNCIAS. FEZ FISOTERAPIA MOTORA E TEVE ALTA ORTOPÉDICA

III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

LIMITAÇÃO DE FLEXÃO DE TORNOZELO DIREITO, EDEMA

IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

SIM NÃO

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais suscetível a qualquer medida terapêutica)?

SIM NÃO

VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

DÉFICIT FUNCIONAL MÉDIO DE TORNOZELO DIREITO

Caso a resposta do item V seja "Não", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b".

VII. Segundo 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 sequela 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

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

Região Corporal(Sequela): **TORNOZELO DIREITO**

Região Corporal(Sequela):

10% 25% 50% 75% 100%

10% 25% 50% 75% 100%

Região Corporal(Sequela):

Região Corporal(Sequela):

10% 25% 50% 75% 100%

10% 25% 50% 75% 100%

VIII.* Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal.

REVISOR MANTEVE ENQUADRAMENTO E VALORAÇÃO DO MÉDICO EXAMINADOR. -

Médico Perito: FABIO SELERI FERNANDES CRM:52.63021-7/RJ

*Fábio S. Fernandes
Medicina Interna
CRM 52.63021-7
Tel: 81 3200-0000*

Assinatura do(a) Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com nome e CRM



AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de **titularidade do BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de Indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 - "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assintido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

068360864-96

Nome completo da vítima

Maria de Fátima Rome

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	CPF titular da conta	Profissão
Maria de Fátima Rome	068360864-96	ELETRICISTA
Endereço	Número	Complemento
Rua Cacia de Sua	85	Centro
Bairro	Estado	CEP
Centro	PE	5811985203290
Email	Telefone (DDD)	

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

<input checked="" type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00	

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

- BRADESCO (237) BANCO DO BRASIL (001) ITAÚ (341)
 CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA

Nº:

DIV

CONTA

Nº:

DIV

(Inserir dígito se existir)

10470

(Inserir dígito se existir)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO

Nome

Nº:

AGÊNCIA

Nº:

CONTA

Nº:

DIV

(Inserir dígito se existir)

(Inserir dígito se existir)

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

ARUANA SEGUROS

14 MAI 2018

9

Hapissuma de Maio de 2018

Local e Data

Maria de Fátima Romez

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal





DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos - O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador - Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

Maria de Fátima Ramos

CPF da Vítima

06836002696 (21)02118

Data do Acidente

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante Legal

Email

Telefone (DDD)

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Assinalei uma das opções abaixo:

- Não há estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência; ou
- O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido.

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

IBrasilme/16 Maio de 2018

Local e Data

ARUANA SEGUROS
14 MAI 2018

Maria de Fátima Ramos

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

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: 07/06/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

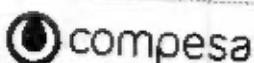
CLIENTE: MARIA DE FATIMA RAMOS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 02191

CONTA: 000000010470-9

Nr. da Autenticação EAC7441079B9008B



ATENDIMENTO: RUA DR COSME DE SA PEREIRA - NUM. - 5/N - CENTR
O IGARASSU PE 53610-010

CNPJ 09.769.035/0001-64
INSC. EST. N° 18.1.001.0014398-2

DADOS DO CLIENTE
COSME GRACILIANO RAMOS
R. COREIA DO SUL, N. 00085 - - CENTRO IGARASSU PE 53640-250
INSCRIÇÃO: 068.115 435.0258.0000 GRUPO: 4 DEB. AUTOMATICO: 011439276

SITUAÇÃO ÁGUA LIGADO	SITUAÇÃO ESGOTO POTENCIAL	RESIDENCIAL 1	QUANTIDADE DE ECONOMIAS COMERCIAL INDUSTRIAL PÚBLICA
HIDROMETRO A165410194	DATA LEIT ANTERIOR 26/01/2018	DATA LEIT ATUAL 26/02/2018	TIPO DE CONSUMO (A/E) MÉDIA MD

AQUA:

LEIT ANT: 18 CONSUMO: 0
LEIT ATU: RECORRENÇIA TAXA M
LEIT FAT: 20

HISTÓRICO DE CONSUMO
REFERÊNCIA CONSUMO

01/2018	00	PARAMETROS	NÚMERO DE AMOSTRAS				
			EXIG.	PORT.	ANALISES	ATENDIM.	LEGIS.
12/2017	00	TURBIDEZ	46	46	46	46	
11/2017	00	COR APARENTE	46	46	46	45	
10/2017	00	CLORO RESÍDUAL	46	46	46	42	
09/2017	00	COLIF. TOTAIS	46	46	46	39	
08/2017	00	E.Coli	46	46	46	39	
MÉDIA:	00						

OBS.: (1) COLIFORMES TOTAIS AUSÊNCIA 95% DAS AMOSTRAS EXAMINADAS
(2) OS PARÂMETROS COFORMES TOTAIS, ESCHERICHIA COLI E CLORO
RESÍDUAL SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES SANITÁRIAS DA ÁGUA
(3) OS PARÂMETROS COR E TURBIDEZ SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES
ASSOCIADAS AO ASPECTO VISUAL DA ÁGUA

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS

ÁGUA
RESIDENCIAL, 1 UNIDADE(S)
CONSUMO DE ÁGUA

CONSUMO TOTAL(R\$)

0,13 40,18

TRIBUTOS	BASE DE CÁLCULO	PERCENTUAL (%)	VALOR DO IMPÔSTO
PIS	40,13	1,65	0,66
COFINS	40,13	7,60	3,05

VENCIMENTO: 08/03/2018

TOTAL A PAGAR: 40,18

MENSAGEM:

IMÓVEL NÃO POSSUI DÉBITOS DE 2017, EXCETO
SE EXISTER FATURA EM COBRANÇA JUDICIAL

ARUANA SEGUROS
14 MAI 2018

14/05/2018

2a Via de Fatura

NOTA FISCAL | FATURA | CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA 2a VIA

COMPANHIA ENERGÉTICA
DE PERNAMBUCO
AV. JOSÉ DE BARROS, 111, BOA VISTA,
RECIFE, PERNAMBUCO
CEP 50050-902
CNPJ 10.835.932/0001-08
INSCRIÇÃO ESTADUAL 0005943-93



Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02
COMERCIAL 116 | PRONTIDÃO 116

Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142

Ouvíndia 0800 282 5509

Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados do Estado
de Pernambuco-ARPE: 0800-727-0167-Ligação Gratuita de Telefones Fixos

Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL
167-Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis

DADOS DO CLIENTE

ISAIAS DE OLIVEIRA SILVA
AO LADO DA LOJA JJ
CPF: 040.969.714-78

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA FREI SERAFIM 13

ITAPISSUMA/ITAPISSUMA
53700-000 ITAPISSUMA PE

As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL 414/2010),
tarifas, produtos, serviços prestados e tributos se encontram à
disposição, para consulta em nossas unidades de atendimento e no
site www.celpe.com.br

DATA DE VENCIMENTO

23/04/2018

TOTAL A PAGAR (R\$)

153,34

DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL

16/04/2018

DATA DA APRESENTAÇÃO

16/04/2018

NÚMERO DA NOTA FISCAL

013027052

CONTA CONTRATO

000724992021

Nº DO CLIENTE
200455298

Nº DA INSTALAÇÃO
0001493776

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL

Monofásico

RESERVADO AO FISCO

7827.0C4A.3E78.3CB4.B087.0B9B.9A66.2AE2

DESCRÍÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRÍÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)	194,68	0,66042619	129,28
Contribuição Iluminação Pública			16,32
ICMS Subvenção-CDE-NF 001702851-16/01/18			1,25
ICMS Subvenção-CDE-NF 005502602-15/02/18			1,27
Multa por atraso-NF 005502602 - 15/02/18			2,62
Juros por atraso-NF 005502602 - 15/02/18			1,70
Atualização IGPM-NF 005502602 - 15/02/18			0,90
TOTAL DA FATURA			153,34

Comunicamos o não pagamento da(s) conta(s) de energia citada(s):

Vencido	Dt Recav	Valor
23/03/18	16/04/18	137,84

Em caso de não pagamento do débito, o fornecimento de energia poderá ser suspenso, bem como poderá ocorrer sua inclusão nos registros de restrição de crédito do SPC e SERASA, com abrangência nacional. Este comunicado não substitui o aviso de débitos anteriores bem como nos abrange débitos em discussão judicial que poderão ser cobrados após o fim do processo.

Tarifas Aplicadas		HISTÓRICO DO CONSUMO	
Consumo Ativo(kWh)	0,66042619	ABR	18
		MAR	18
		FEV	14
		JAN	18
		DEZ	17
		NOV	17
		OUT	17
		SET	17
		AGO	17
		JUL	17
		JUN	17
		MAI	17
		ABR	17
COMPOSIÇÃO DO CONSUMO		kWh	
R\$	%		
Geração de Energia	28,29	28,07	
Transmissão	2,83	2,78	
Distribuição (Celpe)	31,64	31,47	
Encargos Setoriais	11,82	9,23	
Tributos	36,09	27,92	
TOTAL	122,28	100	

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

DESCRÍÇÃO	CONJUNTO	VALOR APLICADO	META MENSAL	META TRIM.	META ANUAL
Nov/2018					
DIC-No de horas sem Energia	ITAPISSUMA	0,00	5,07	10,16	20,35
FIC-No de vezes sem Energia		0,00	1,30	5,80	19,20
DMIC-Duração máxima de Interrupção contínua		0,00	2,86	0,00	0,00
DICRI-Duração da Interrupção em dia útil			Límite DICRI 12,22		
EUSD-Valor do Encargo de Uso = R\$ 48,95					
Todo Consumidor pode solicitar a operação das indicadores DIC, FIC, DMIC e DICRI a qualquer tempo.					

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR	ATUAL	Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh
CAT	15/03/2018 8.628,00	16/04/2018 8.822,00	32	1.00000	0,00	194,00

DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 16/05/2018

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

No data de leitura a bandeira em vigor é a Verde. Mais informações em www.aneel.gov.br.
O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou no nível de tensão de fornecimento.
Pagão, em atraso gera multa 2% (Res 414/ANEEL), Juros 1% a.m (Lei 10.438/02) e atualização monetária no prazo mais
O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os prédios de ajustamento comercial.
Em caso de suspensão de fornecimento, o encerramento do contrato poderá ocorrer após 2 ciclos de faturamento,
podendo também ser cobrado o custo de disponibilidade no ciclo em que ocorrer a suspensão.

DESTAQUE AQUI

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR(R\$)	VENCIMENTO	TALÃO DE PAGAMENTO		
000724992021	04/2018	153,34	23/04/2018	4 MAI 2018	Evite dobrar, perfurar ou rasurar. Este canhoto será usado em leitora ótica.	



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221205 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular 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 das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de Identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

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

Pelo exposto, eu Residir de Oliveira Silveira inscrito (a) no CPF sob o Nº 058 318 034-74 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Maia de Oliveira Lameiro inscrito (a) no CPF sob o Nº 068 360 024-96 do sinistro de DPVAT cobertura 3 Maio/96 Vítima Residir de Oliveira Silveira inscrito (a) no CPF sob o Nº 068 360 024 96 conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

Recuso Informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço	<u>Rua Erei Serapim</u>	Número	<u>13</u>	Complemento	
Bairro	<u>Centro</u>	Cidade	<u>Hapissunra</u>	Estado	<u>PE</u>
Email		Telefone comercial (DDD)		CEP	<u>53700-000</u>
		Telefone celular (DDD)			<u>(81) 98540-3290</u>

Aruananç 11 Maio de 2018.
Local e Data

Assinatura do Declarante

ARUANA SEGUROS

14 MAI 2018

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, _____,

RG nº _____, data de expedição ____/____/____,
Órgão _____, portador do CPF nº _____, com
domicílio na cidade de _____, no Estado de
_____, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
_____, nº _____,
complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima _____, cujo o condutor era
_____.

Veículo:

Modelo:

Ano:

Placa:

Chassi:

Data do Acidente:

Local e Data: _____

Assinatura do Declarante

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

HOSPITAL ARMINDO MOURA
PEP - Prontuário Eletronico do Paciente

Emissão: 20/02/2018 11:03

Atendimento: 274206 Entrada: 13/02/2018 Hora: 18:12
Acomodação: LEITO 03
Plano: SUS - ELETIVAS
Responsável:
Médico: MARCELO LARRAZABAL CORREIA DE ARAUJO

Enfermaria: ENFERMARIA 08
Permanência: 6 Dia(s), 16 horas
Matrícula:
Identidade:
C.N.S.: 700303960503832

Paciente: 1612835 MARIA DE FATIMA RAMOS
Nascimento: 30/08/1984 (33 Anos e 5 Meses)
Endereço: RUA COREIA DO SUL
Bairro: CRUZ DE REBOUCAS C.E.P.: 53640-250
Cidade: 2606804 IGARASSU
Pai: COSME GRACIANO RAMOS
Mãe: EUNICE MARIA DA CONCEICAO
Nacionalidade: BRASIL

Sexo: FEMININO Cor: PARDAS
Estado Civil: SOLTEIRO
C.P.F.: 06836002496
Identidade: 7067563 - SDS - PE
Telefone: / 994293080
G.Instrução:
Ocupação: DO LAR
Naturalidade: IGARASSU

ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA

CONSULTA NA URGENCIA (Dr. MARCELO LARRAZABAL CORREIA DE ARAUJO CRM 17874)

Queixa do paciente:

PACIENTE ENCAMINHADO COM DOR + DEFORMIDADE EM TORNOZELO DIREITO.

ENCAMINHADO DA UPA DE IGARASSU, COM RELATO DE ATROPELAMENTO POR MOTO.

Exame físico:

RX: FRATURA DE TORNOZELO DIREITO (BIMALEOLAR)

NV PRESERVADO

Hipótese diagnóstica:

FRATURA DE TORNOZELO DIREITO

Prescrição/Conduta:

	Horario/Checagem
01 - INTERNAMENTO	
02 - RX	
03 -	
04 -	

Reavaliação:

ARUANA SEGUROS
14 MAI 2018

Materiais Utilizados: (Enfermagem/Imobilização) COMANDA:

Atendimento: 944742

Senha da Classificação:

0002

Data e Hora: 13/02/2018 00:43

Paciente: 314922 MARIA DE FATIMA RAMOS

Sexo: FEMININO

Nome Social:

Data do Nascimento: 29/07/1984 Idade: 33 anos Convenio: 2 SUS - PRONTO ATENDIMENTO

Nome da Mãe: EUNICE MARIA RAMOS

Nome do Pai:

Estado Civil: SOLTEIRO

Nome do Médico: ORTOPEDISTA - PLANTONISTA

CRM: 1234567

Endereço: RUA COREIA DO SUL

-- 85

Bairro: AGAMENON MAGALHAES

Cidade/UF: IGARASSU PE

Cep: 53640250

Usuário Atendimento: MARIAALC

RG (Identidade):

Data de Emissão:

CPF (Cadastro de Pessoa Física):

Fone:

CRN(Certidão de Registro de Nasc):

Data de Emissão CRN:

PESO: _____ ALTURA: _____ TEMPERATURA: _____ °C FC: _____ bpm FR: _____ rpm PA: _____ mmHg

DATA: _____ / _____ / _____ HORA: _____ : _____

QUEIXA PRINCIPAL / DURAÇÃO / HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL

EXAME FÍSICO:

Silva 24 horas

HIPÓTESE (S) DIAGNÓSTICA (S):

SOLICITAÇÃO DE EXAMES:

PRESCRIÇÃO MÉDICA:

HORÁRIO

ARUANA SEGUROS
14 MAI 2018

Médico / Cremepe:

ENCAMINHADO: () Ambulatório () Sala Verde () Sala Amarela () Sala Vermelha

Médico / Cremepe:

UPA 24 HORAS - IGARASSU

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

Data e hora retirada da senha: 13/02/2018 00:42

PROTOCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMIP

Nome Paciente:	MARIA DE FATIMA RAMOS
Cód. Paciente:	314922
Data de Nascimento:	29/07/1984
Sexo:	Feminino
Idade:	33
Senha:	0002
Convênio:	-
Atendimento:	SAME:

Período: 13/02/2018 00:43 - 13/02/2018 00:43

PRISCILLA DAYANA FERREIRA SILVA - COREN: 010460 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

Prioridade: URGENCIA - AMARELO

Cor: AMARELO

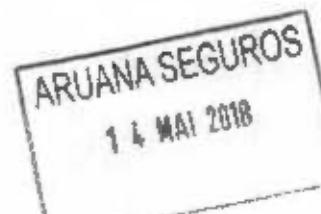
Queixa Principal: DOR EM MID APÓS TRAUMA

Observação: PACTE COM MAIS DE 24H NA UNIDADE

Fluxograma sintoma: TRAUMA

Discriminador(es): - DOR MODERADA (4 - 7/10)

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA



Acolhido(a) por: PRISCILLA DAYANA FERREIRA SILVA - COREN: 010460 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 13/02/2018 00:43

UPA 24 HORAS - IGARASSU

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 12/02/2018 00:02

Nome Paciente:	MARIA DE FATIMA RAMOS
Cód. Paciente:	314922
Data de Nascimento:	29/07/1984
Sexo:	Feminino
Idade:	33
Senha:	0002
Convênio:	2 - SUS - PRONTO ATENDIMENTO
Atendimento:	944478
SAME:	



Período: 12/02/2018 00:08 - 12/02/2018 00:57

ANDRE LUIZ DE SENA CORREIA - COREN: 11522 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Reclassificação

Prioridade: URGÊNCIA - AMARELO

Cor: AMARELO

Queixa Principal: REFERE DOR EM MID APOS TRAUMA HOJE

Observação: ALERGIA MEDICAMENTOSA: NEGA

Fluxograma sintoma: TRAUMA

Discriminador(es):
- SUSPEITA DE FRATURA OU LUXAÇÃO SEM DEFORMIDADE
- DOR MODERADA (4 - 7/10)

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Período: 12/02/2018 00:08 - 12/02/2018 00:22

ANDRE LUIZ DE SENA CORREIA - COREN: 11522 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Reclassificação

Prioridade: NÃO URGENTE - VERDE

Cor: VERDE

Queixa Principal: REFERE DOR EM MID APOS TRAUMA HOJE

Observação: ALERGIA MEDICAMENTOSA: NEGA

Fluxograma sintoma: TRAUMA

Discriminador(es):
- CONTUSÕES E ESCORIAÇÕES
- DOR LEVE (1-3/10)
- SEM PERDA DE CONSCIÊNCIA, NÁUSEAS, VÔMITOS, CRISE CONVULSIVA OU FERIMENTO PERFURANTE

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Período: 12/02/2018 00:08 - 12/02/2018 00:10

ANDRE LUIZ DE SENA CORREIA - COREN: 11522 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

Prioridade: NÃO URGENTE - VERDE

Cor: VERDE

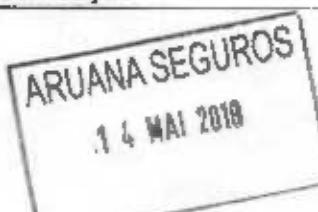
Queixa Principal: REFERE DOR EM MID APOS TRAUMA HOJE

Observação: ALERGIA MEDICAMENTOSA: NEGA

Fluxograma sintoma: TRAUMA

Discriminador(es):
- DOR LEVE (1-3/10)
- SEM PERDA DE CONSCIÊNCIA, NÁUSEAS, VÔMITOS, CRISE CONVULSIVA OU FERIMENTO PERFURANTE

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA



HOSPITAL ARMINDO MOURA
PEP - Prontuário Eletronico do Paciente

Emissão: 20/02/2018 11:03

Atendimento: 274206 Entrada: 13/02/2018 Hora: 18:12
Acomodação: LEITO 03
Plano: SUS - ELETIVAS
Responsável:
Médico: MARCELO LARRAZABAL CORREIA DE ARAUJO

Enfermaria: ENFERMARIA 08
Permanência: 6 Dia(s), 16 horas
Matrícula:
Identidade:
C.N.S.: 700303960503832

Paciente: 1612835 MARIA DE FATIMA RAMOS
Nascimento: 30/08/1984 (33 Anos e 5 Meses)
Endereço: RUA COREIA DO SUL
Bairro: CRUZ DE REBOUCAS C.E.P.: 53640-250
Cidade: 2606804 IGARASSU
Pai: COSME GRACIANO RAMOS
Mãe: EUNICE MARIA DA CONCEICAO
Nacionalidade: BRASIL

Sexo: FEMININO Cor: PARDAS
Estado Civil: SOLTEIRO
C.P.F.: 06836002496
Identidade: 7067563 - SDS - PE
Telefone: / 994293080
G.Instrução:
Ocupação: DO LAR
Naturalidade: IGARASSU

ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA

CONSULTA NA URGENCIA (Dr. MARCELO LARRAZABAL CORREIA DE ARAUJO CRM 17874)

Queixa do paciente:

PACIENTE ENCAMINHADO COM DOR + DEFORMIDADE EM TORNOZELO DIREITO.

ENCAMINHADO DA UPA DE IGARASSU, COM RELATO DE ATROPELAMENTO POR MOTO.

Exame físico:

RX: FRATURA DE TORNOZELO DIREITO (BIMALEolar)

NV PRESERVADO

Hipótese diagnóstica:

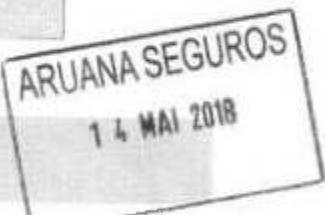
FRATURA DE TORNOZELO DIREITO

Prescrição/Conduta:

Horário/Checagem

01 -	INTERNAÇÃO	
02 -	RX	
03 -		
04 -		

Reavaliação:



Materiais Utilizados: (Enfermagem/Imobilização) COMANDA:

ARUANA SEGUROS
14 MAI 2018

Hospital Mennuti Armindo Moura
SAIAE
Serviço de Arquivado e Estatística
Av. Ceará, 620 - Centro - RN - Maceió-PE
Fone: (81) 335-2013



Nome: MARIA DE FATIMA RAMOS (1612835)

Admissão: 274206

Procedência: ENFERMARIA (PACIENTE INTERNO)

Enfermaria: Leito: LEITO 03

Unidade de Internação: 013 - Ortopedia/Traumatologia

Data: / /

ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins que MARIA DE FATIMA RAMOS compareceu a esta Unidade de Urgência/Emergência:

CID 10:

- () Em consulta médica no dia de hoje de hora(s) às hora(s).
(X) Necessitando de (30) dia(s) de afastamento do seu trabalho ou escola.
() Como acompanhante.
() Outros.

Eu autorizo a colocação do CID-10: _____

JTA: Este Atestado é válido para finalidade prevista no art. 27 da CLPS,provada pelo Decreto n. 89.312 de 23/01/84,resolução CFM 1190/84 e Medida Provisória 644/2014 e será expedido para justificativa de 1 a 15 dias de afastamento do trabalho.

Relatório Emitido Eletronicamente

Data: 19/02/2018 as 18:06

DR. JUAREZ SEBASTIAN
Ortopedista e Cirurgião de Jornada
CRM-PE 15595 / CRM-BA 11001
TEOT 11983

Dr. (a) JUAREZ SEBASTIAN LIMA E LIMA
CRM: 15595

ARUANA SEGUROS
14 MAI 2018



Nome: MARIA DE FATIMA RAMOS (1612835)

Admissão: 274206

Procedência: ENFERMARIA (PACIENTE INTERNO)

Enfermaria: Leito: LEITO 03

Unidade de Internação: 013 - Ortopedia/Traumatologia

Data: / /

RECEITA

USO ORAL

01 - CEFALEXINA 500MG ----- 28 COMPRIMIDOS

TOMAR 01 COMPRIMIDO, VIA ORAL, DE 6/6h, POR 07 DIAS

02 - MELOXICAM 7,5MG ----- 10 COMPRIMIDOS

TOMAR 01 COMPRIMIDO, VIA ORAL, DE 12/12h, POR 05 DIAS

19/02/2018

DR. JUAREZ SEBASTIAN
Ortopedia e Cirurgia da Juventude
CRM-PE 15609 / CRF-BA 17058
TEOT 11943

Dr. (a) JUAREZ SEBASTIAN LIMA E LIMA
CRM: 15595

Relatório Emitido Eletronicamente

Data: 19/02/2018 as 18:06

ARUANA SEGUROS

14 MAI 2018



Nome: MARIA DE FATIMA RAMOS (1612835)

Admissão: 274206

Procedência: ENFERMARIA (PACIENTE INTERNO)

Enfermaria: Leito: LEITO 03

Unidade de Internação: 013 - Ortopedia/Traumatologia

Data: / /

RESUMO DE ALTA HOSPITALAR / LAUDO MÉDICO

HD:

FRATURA TORNOCÉLIO DIR

CID 10:

S82.8

CIRURGIA REALIZADA:

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA TORNOCÉLIO
COM PLACA E PARAFUSOS EM:
MÉDICO CIRURGIÃO:

Dr. JUAREZ

ORIENTAÇÕES:

- 1- CEFALEXINA 500MG - TOMAR 01 COMPRIMIDO POR VIA ORAL DE 6 EM 6 HORAS POR 7 DIAS;
- 2 - DIPIRONA 500MG - TOMAR 02 COMPRIMIDO POR VIA ORAL DE 6 EM 6 - SE DOR;
- 3 - REALIZAR CURATIVOS DIÁRIOS; NÃO PISAR; AUXÍLIO DE MULETAS.
- 4 - RETORNAR PARA REVISÃO CONFORME MARCAÇÃO AMBULATORIAL. ATENDIMENTO SOMENTE PARA PACIENTES MARCADOS, SEGUNDA, 7H;

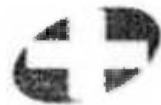
Relatório Emitido Eletronicamente

Data: 19/02/2018 as 18:07

DR. JUAREZ SEBASTIÃO
Ortopedia e Cirurgia do Joelho
CRM-PE 16095 | CRM-BA 17039
TEOT 11983

Dr. (a) JUAREZ SEBASTIÃO LIMA E LIMA
CRM: 15595

ARUANA SEGUROS
14 MAI 2018



Nome: MARIA DE FATIMA RAMOS (3612835)

Admissão: 274206

Procedência: ENFERMARIA (PACIENTE INTERNO)

Enfermaria:

Leito: LEITO 03

Unidade de Internação: 013 - Ortopedia/Traumatologia

Data: / /

SOLICITO

USO DE MULETAS

S828

Relatório Emitido Eletronicamente

Data: 19/02/2018 as 18:32

DR. JUAREZ SEBASTIAN
Ortopedia e Cirurgia do Joelho
CRM-PE 15595 / CRM-BA 17638
IECI 11983

Dr. (a) JUAREZ SEBASTIAN LIMA E LIMA
CRM: 15595

ARUANA SEGUROS
14 MAI 2018



Ass.: 0171684/18 - Sinistro: 3180219480.

IDENTIFICAÇÃO

VITIMA

Marica de Fátima Ramos

DATA DO ACIDENTE

12.02.18 CPF DA VITIMA 068360024-96

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

() VITIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM

A VITIMA É

Larilda de Oliveira Siqueira

ENDERECO DO PORTADOR

rua Fri Sacafim

Nº 13 COMPLEMENTO

CIDADE Itaboraíma

BAIRRO Outro

CEP 53700-000

E-MAIL

TELEFONE (11) 98530-0000

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- CPF DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VITIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA
- BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 - CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 - COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL), OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VITIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- CPF DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
- NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 - CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 - COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VITIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- MORTE = R\$ 13.500,00
- INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
- DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.
- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA
- COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
- PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA

16/05/18

RESPONSÁVEL PELO REBOAMENTO NA SEGURODORA

DATA

4 MAI 2018

IDENTIDADE

ASSINATURA

NOME

Assinatura

ARUANA SEGUROS

Assinatura

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180219480 **Cidade:** Igarassu **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARIA DE FATIMA RAMOS **Data do acidente:** 12/02/2018 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 21/05/2018

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DO TORNOZELO DIREITO

Resultados terapêuticos: A ESCLARECER

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: SOLICITO PERICIA PARA MELHOR ESCLARECIMENTO QUANTO AS SEQUELAS EXISTENTES.
AVALIAR LIMITAÇÃO FUNCIONAL.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00

PRESTADOR

AMORIM E MATTOS SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS LT

Nome do médico: MARIA TEREZA R DE A AMORIM

CRM do médico: 52.31475-9

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

A handwritten signature in black ink, appearing to read "Maria Tereza R de A Amorim".

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180219480 **Cidade:** Igarassu **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARIA DE FATIMA RAMOS **Data do acidente:** 12/02/2018 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA BIMALEOLAR DE TORNOZELO DIREITO

Descrição do exame médico pericial: DÉFICIT FUNCIONAL MÉDIO DE TORNOZELO DIREITO

Resultados terapêuticos: REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO COM PLACA E PARAFUSOS EM MALÉOLO LATERAL E PARAFUSOS CORTICais EM MEDIAL. CIRURGIA SEM INTERCORRÊNCIAS. FEZ FISOTERAPIA MOTORA E TEVE ALTA ORTOPÉDICA LIMITAÇÃO DE FLEXÃO DE TORNOZELO DIREITO, EDEMA

Sequelas permanentes: APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO TORNOZELO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 29/05/2018

Conduta mantida:

Observações: REVISOR MANTEVE ENQUADRAMENTO E VALORAÇÃO DO MÉDICO EXAMINADOR. -

Médico examinador: FABIO SELERI FERNANDES

CRM do médico: 52.63021-7

UF do CRM do médico: RJ

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 tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
		Total	12,5 %	R\$ 1.687,50

PRESTADOR

CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

Médico revisor: DORES MENDES B C MENDES

CRM do médico: 52.25889-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome:	Maria de Fátima Ramos	
Nacionalidade:	Brasileira	Estado civil: Solteira
Profissão:		
Identidade:	7.067.563	CPF: 068.360.094-96
Endereço:	Rua Perúia do Sul N° 85	

OUTORGADO:

Nome:	Resilda de Oliveira Silveira	
Nacionalidade:	Brasileira	Estado civil: Solteira
Profissão:	Estudante	
Identidade:	6.875.899	CPF: 058.128.054-74
Endereço:	Rua tri Serafim N° 33	

Pelo presente instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado acima qualificado, a quem confio poderes para representar-me perante as SEGURADORAS, referente ao Seguro Obrigatório - DPVAT.

Ignacu 25/04/2018

LOCAL E DATA:

RECONHECO

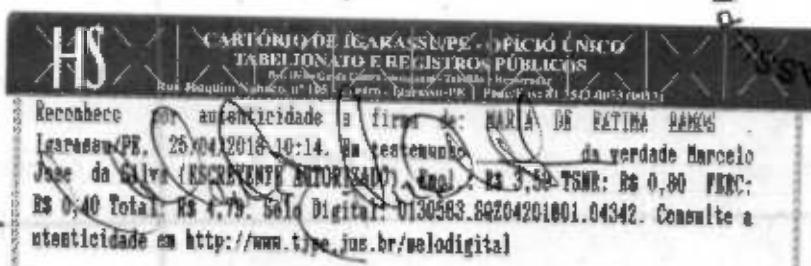
Maria de Fátima Ramos

ASSINATURA DO OUTORGANTE
(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)

CARTÓRIO

0

CARAS



ARUANA SEGUROS

14 MAI 2018