

Rio de Janeiro, 07 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190439508

Vítima: ALANNA RUTY DA SILVA

Data do Acidente: 23/04/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ALANNA RUTY DA SILVA

Informamos que o pagamento da indenização o Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50
Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um joelho 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

Recebedor: **ALANNA RUTY DA SILVA**

Valor: **R\$ 1.687,50**

Banco: **237**

Agência: **000001781-7**

Conta: **0000001405-2**

Tipo: **CONTA CORRENTE**

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190439508 **Cidade:** Limoeiro do Norte **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ALANNA RUTY DA SILVA **Data do acidente:** 23/04/2019 **Seguradora:** SOMPO SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 29/07/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE PLATÔ TIBIAL ESQUERDO. P.2,3

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE-PLACA E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA. P.8

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DE JOELHO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DE JOELHO ESQUERDO.

Documentos complementares:
Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

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

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD):

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☐ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
Nome do BANCO: AGÊNCIA: CONTA:

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu resultado.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: 25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: 28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (se houver)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte a aqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome: CPF: Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: CPF: Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): 42 - Assinatura do Representante Legal (se houver): 43 - Assinatura do Procurador (se houver):

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante):

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver):

43 - Assinatura do Procurador (se houver):



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE LIMOEIRO DO NORTE
Impresso nº 2019483091

CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO
AUTENTICAÇÃO
A presente fotocópia conforme com o original exibido nas atas. Deu fé
Limoieiro do Norte - CE
19/07/2019
AUTORIDADE POLÍCIA

CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO
AUTENTICAÇÃO
A presente fotocópia conforme com o original exibido nas atas. Deu fé
Limoieiro do Norte - CE
19/07/2019
AUTORIDADE POLÍCIA

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 491-1915/2019

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **17/07/2019 10:09:45**
Data / Hora da Ocorrência: **23/04/2019 19:08:00**
Endereço da Ocorrência: **AVENIDA DOS EXPEDICIONÁRIOS**
Complemento:
Bairro:
Município: **LIMOEIRO DO NORTE/CE**
Ponto de Referência:



Noticiante(s)

Nome: **ALANNA RUTY DA SILVA**
Nascimento: **27/06/1983** CPF:
RG: **339258299** Orgão Emissor: **SSP**
Filiação: **LUIZA MARIA DA CONCEIÇÃO SILVA**
ANTONIO ROSA DA SILVA
Endereço: **RUA ESTRADA DAS FLORES, 2104**
Bairro: **LUIZ ALVES DE FREITAS**
Município: **LIMOEIRO DO NORTE/CE**
País: **BRASIL**
Telefone: **(88) 9412-4502**

LIBIA CORRÊA DE SOUZA LIDA.
UF:
22 JUL 2019
CEP: 62.930-000

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **NUS4723** Uf: **CE** Município: **LIMOEIRO DO NORTE** Chassi: **9C2KC1550AR091028** Renavam: **210507187** Tipo do Veículo: **MOTOCICLETA** Marca / Modelo: **HONDA/CG 150 FAN ESI** Ano Fabricação: **2010** Ano Modelo: **2010** Combustível: **GASOLINA** Cor: **CINZA** Proprietário: **FRANCISCO ERIVANILSON ROSA DA SILVA** Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **ABALROAMENTO**

Histórico

Informa a noticiante que na data/hora/local citado foi vítima de acidente de trânsito; Que quem conduzia a motocicleta HONDA CG 150 FAN ESI, COR CINZA, ANO/MODELO 2010/2010, PLACA NUS4723, em nome de FRANCISCO ERIVANILSON ROSA DA SILVA, era seu companheiro ANTÔNIO MARTINS DA SILVA e a noticiante estava na garupa; Que nas próximo a residência de Lúcia Baltazar (ex vereadora), um animal do tipo cachorro, atravessou a rua e condutor não conseguiu desviar; Que ao colidir com o cachorro ambos vieram a cair sobre o solo, sendo que a motocicleta caiu sobre a perna esquerda da noticiante; Que devido a isto, a mesma não conseguiu se levantar; Que populares chegaram ao local e socorreram a noticiante de carro até o Hospital São Camilo; Que não foi socorrida pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU; Que são testemunhas deste fato o Srº ANTÔNIO MARTINS DA SILVA (CNH 04950833624) e o Srº JOSÉ MARCONDES MAIA (RG 2005019027755); Que a noticiante foi atendida no Hospital São Camilo pelo Dr. LUCAS RIBEIRO MACIEL (CRM 18799) onde este avaliou como paciente vítima de queda de moto com trauma em joelho esquerdo; Que diante de tal situação a noticiante após cerca de quatro dias, foi encaminhada para o Hospital Regional do Sertão Central - HR3C, onde foi atendida pelo Dr. FCO. JOSÉ FROTA (CRM 13246), onde foi realizado

Alanna Ruty da Silva



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE LIMOEIRO DO NORTE
Impresso nº 2019483091



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 491 - 1915 / 2019

procedimento cirúrgico; E NADA MAIS DISSE./././././././.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE LIMOEIRO DO NORTE

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

HECTOR DE SOUSA MEDEIROS - MAT.: 30114418

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

Alanna Ruty da Silva

VISTO DO DELEGADO(A) :

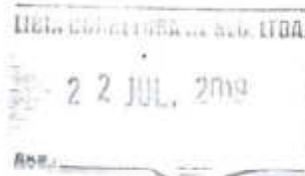
BRUNO ANTONIO DE SOUZA VARELA - MAT.: 19837319



CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO
AUTENTICAÇÃO

A presente fotocópia confere com o
original exibido nestas notas. f. 03
Limoeiro do Norte-CE, 18 JUL 2019

Avani Fernandes Melo - Tabelã
Det. Claudio José Fernandes Melo - Substituto
Det. Claudete Maria Fernandes Neta - Substituto
Elyberlândia Magalhães Gomes - Esc. Compromissada
Rosilene Rabelo Lima Alves - Esc. Compromissada
VALIDO SOMENTE COM O SELO DE AUTENTICIDADE



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 013.677.233-10 3 - CPF da vítima: 013.677.233-10 4 - Nome completo da vítima: Alanna Ruty da Silva

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo: Alanna Ruty da Silva 6 - CPF: 013.677.233-10
7 - Profissão: Agente de Seguros 8 - Endereço: E. Estrada das Flores, Quadra J, 5104
9 - Número: 5104 10 - Complemento:
11 - Bairro: Luiz Carlos de Freitas 12 - Cidade: Jaraguá do Norte 13 - Estado: SC 14 - CEP: 62.930-000
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD):

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:
☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☐ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: CONTA: (informar o dígito se existir)
☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: Bradesco
AGÊNCIA: 1781 7 CONTA: 01405 2
(informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu resultado.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (se houver)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte a aqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome: 22 JUL 2019

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Jaraguá do Norte-SC 18/07/19

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

Guia de atendimento - UNID. OBSERVAÇÃO 5 - URGÊNCIA

DADOS DO PACIENTE

Pontuação: 014288 Atendimento: 0003 Nome do Paciente: ALANNA RUTY DA SILVA
Documento(s): Identidade: 339258299 Local: LIMOEIRO DO NORTE/CE
Data de Nascimento: 27/05/1983 Mãe: LUIZA MARIA DA CONCEICAO SILVA
Pai: ANTONIO ROSA DA SILVA
Endereço: Conjunto Habitacional Estrada das Flores Luiz Alves de F Bairro: CEP: 62930-000 Município: LIMOEIRO DO NORTE
Profissão: AGRICULTORA Empresa: Cônjuge: UF: CE Telefone: 88 9412
Responsável: ANTONIO MARTINS CPF do Responsável: Endereço: Conjunto Habitacional Estrada das F Município: LIMOEIRO DO NORTE

DADOS DO ATENDIMENTO

Data Atendimento: 23/04/2019 Hora: 19:08 Convênio: SUS Matricula: Cid:
Profissional de Atendimento: LUCAS RIBEIRO MACIEL CRM/UF: 18799/CE Tipo Atendimento: CONSULTA CLINICA
Motivo de Acidente: Funcionário: ALBERTIANE TALITA DIAS COSTA
Prescrição:
Sinais Vitais: Data/Hora Liberação: 15/04/19 às 18 hs 40 Tipo de Saída: Alta Internação: Outo
Peso (kg): Altura (cm): T (°C): P (bpm): R (mpm): PA (mmHg): 130 X 80 Oximetria (%): Glicemia (mg):

Classificação de Risco

Classificação de Risco: AMARELO Data e Hora: 23/04/2019 19:22

Responsável pela Classificação: ISABELLA STEFANE MA

Relatório:

Paciente vítima de queda de moto, queixa-se de dor intensa em MIE. Nega alergia medicamentosa.

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

23/04/2019 19:33:37h Responsável: LUCAS RIBEIRO MACIEL CRM-CE 18799

Queda de motocicleta com trauma em joelho esquerdo hoje

Apresenta hematoma em joelho esquerdo

CD: Fratura? Contusão?

CD: Solicito Rx

Andréa G. da Rocha
Coord. de 21º
CPF: 9455511-13-15

LUCAS RIBEIRO MACIEL
CRM-CE 18799
Médico

LUCAS RIBEIRO MACIEL - CRM: 18799

Paciente menor
e copia dos exames

Luiz Fidelis Bar

LIBIA COELHO DA SILVA

22 JUL 2019

ASS:

Assinatura Paciente/Responsável: ANTONIO MARTINS

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: 02/08/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ALANNA RUTY DA SILVA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 01781-7

CONTA: 000000001405-2

Nr. Autenticação

BRADESCO0208201905000000000023701781000000001405168750 PAGO



ALANNA RUTY DA SILVA
RUA QUADRA J 2104, CASA 36 CAD. 12009, BAIRRO LUIZ A
CEP: 62.030-000 LIMOEIRO DO NORTE-CE

SERVIÇOS E TARIFAS

COD	DESCRIÇÃO	PAR	VALOR
01	AGUA		42,46
02	ESGOTO (80.0%)		33,88
06	RELIÇAO 07/06/2019		22,50
16	MULTA POR ATRASO - 03/2019		1,47
16	MULTA POR ATRASO - 04/2019		1,01

HIDROMETRIA

HIDROMETRIA	
LEITURA	DATA
ANTERIOR: 726	21/05/19
ATUAL: 741	18/08/19
CONSUMO: 13	DIAS: 29
LEITURA: 42	OCORR:

MÉDIA: 8 m²

ULTIMOS CONSUMOS



PARÂMETROS DA ÁGUA DISTRIBUÍDA

PARÂMETRO	MÉDIA DE 12 MÊSES						VALOR MÉDIO
	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	
CONC. DE O ₂	12.5	12.5	12.5	12.5	12.5	12.5	12.5
CONC. DE NH ₄	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5
CONC. DE NH ₃	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1
CONC. DE NO ₃	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0
CONC. DE NO ₂	0.2	0.2	0.2	0.2	0.2	0.2	0.2
CONC. DE PO ₄	0.05	0.05	0.05	0.05	0.05	0.05	0.05
CONC. DE CO ₃	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01
CONC. DE HCO ₃	0.02	0.02	0.02	0.02	0.02	0.02	0.02
CONC. DE H ₂ PO ₄	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01
CONC. DE H ₂ PO ₃	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01
CONC. DE H ₂ PO ₂	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01
CONC. DE H ₂ PO ₁	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01
CONC. DE H ₂ PO ₀	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01
CONC. DE H ₂ PO ₋₁	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01
CONC. DE H ₂ PO ₋₂	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01
CONC. DE H ₂ PO ₋₃	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01
CONC. DE H ₂ PO ₋₄	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01
CONC. DE H ₂ PO ₋₅	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01
CONC. DE H ₂ PO ₋₆	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01
CONC. DE H ₂ PO ₋₇	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01
CONC. DE H ₂ PO ₋₈	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01
CONC. DE H ₂ PO ₋₉	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01
CONC. DE H ₂ PO ₋₁₀	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01
CONC. DE H ₂ PO ₋₁₁	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01
CONC. DE H ₂ PO ₋₁₂	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01
CONC. DE H ₂ PO ₋₁₃	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01
CONC. DE H ₂ PO ₋₁₄	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01
CONC. DE H ₂ PO ₋₁₅	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01
CONC. DE H ₂ PO ₋₁₆	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01
CONC. DE H ₂ PO ₋₁₇	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01
CONC. DE H ₂ PO ₋₁₈	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01
CONC. DE H ₂ PO ₋₁₉	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01
CONC. DE H ₂ PO ₋₂₀	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01
CONC. DE H ₂ PO ₋₂₁	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01
CONC. DE H ₂ PO ₋₂₂	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01
CONC. DE H ₂ PO ₋₂₃	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01
CONC. DE H ₂ PO ₋₂₄	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01
CONC. DE H ₂ PO ₋₂₅	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01
CONC. DE H ₂ PO ₋₂₆	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01
CONC. DE H ₂ PO ₋₂₇	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01
CONC. DE H ₂ PO ₋₂₈	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01
CONC. DE H ₂ PO ₋₂₉	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01
CONC. DE H ₂ PO ₋₃₀	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01
CONC. DE H ₂ PO ₋₃₁	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01
CONC. DE H ₂ PO ₋₃₂	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01
CONC. DE H ₂ PO ₋₃₃	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01
CONC. DE H ₂ PO ₋₃₄	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01
CONC. DE H ₂ PO ₋₃₅	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01
CONC. DE H ₂ PO ₋₃₆	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01
CONC. DE H ₂ PO ₋₃₇	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01
CONC. DE H ₂ PO ₋₃₈	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01
CONC. DE H ₂ PO ₋₃₉	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01
CONC. DE H ₂ PO ₋₄₀	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01
CONC. DE H ₂ PO ₋₄₁	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01
CONC. DE H ₂ PO ₋₄₂	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01
CONC. DE H ₂ PO ₋₄₃	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01
CONC. DE H ₂ PO ₋₄₄	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01
CONC. DE H ₂ PO ₋₄₅	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01
CONC. DE H ₂ PO ₋₄₆	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01
CONC. DE H ₂ PO ₋₄₇	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01
CONC. DE H ₂ PO ₋₄₈	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01
CONC. DE H ₂ PO ₋₄₉	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01
CONC. DE H ₂ PO ₋₅₀	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01
CONC. DE H ₂ PO ₋₅₁	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01
CONC. DE H ₂ PO ₋₅₂	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01
CONC. DE H ₂ PO ₋₅₃	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01
CONC. DE H ₂ PO ₋₅₄	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01
CONC. DE H ₂ PO ₋₅₅	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01
CONC. DE H ₂ PO ₋₅₆	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01
CONC. DE H ₂ PO ₋₅₇	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01
CONC. DE H ₂ PO ₋₅₈	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01
CONC. DE H ₂ PO ₋₅₉	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01
CONC. DE H ₂ PO ₋₆₀	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01
CONC. DE H ₂ PO ₋₆₁	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01
CONC. DE H ₂ PO ₋₆₂	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01
CONC. DE H ₂ PO ₋₆₃	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01
CONC. DE H ₂ PO ₋₆₄	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01
CONC. DE H ₂ PO ₋₆₅	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01
CONC. DE H ₂ PO ₋₆₆	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01
CONC. DE H ₂ PO ₋₆₇	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01
CONC. DE H ₂ PO ₋₆₈	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01
CONC. DE H ₂ PO ₋₆₉	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01
CONC. DE H ₂ PO ₋₇₀	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01
CONC. DE H ₂ PO ₋₇₁	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01
CONC. DE H ₂ PO ₋₇₂	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01
CONC. DE H ₂ PO ₋₇₃	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01
CONC. DE H ₂ PO ₋₇₄	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01
CONC. DE H ₂ PO ₋₇₅	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01
CONC. DE H ₂ PO ₋₇₆	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01
CONC. DE H ₂ PO ₋₇₇	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01
CONC. DE H ₂ PO ₋₇₈	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01
CONC. DE H ₂ PO ₋₇₉	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01
CONC. DE H ₂ PO ₋₈₀	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01
CONC. DE H ₂ PO ₋₈₁	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01
CONC. DE H ₂ PO ₋₈₂	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01
CONC. DE H ₂ PO ₋₈₃	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01
CONC. DE H ₂ PO ₋₈₄	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01
CONC. DE H ₂ PO ₋₈₅	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01
CONC. DE H ₂ PO ₋₈₆	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01
CONC. DE H ₂ PO ₋₈₇	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01
CONC. DE H ₂ PO ₋₈₈	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01
CONC. DE H ₂ PO ₋₈₉	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01
CONC. DE H ₂ PO ₋₉₀	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01
CONC. DE H ₂ PO ₋₉₁	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01
CONC. DE H ₂ PO ₋₉₂	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01
CONC. DE H ₂ PO ₋₉₃	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01
CONC. DE H ₂ PO ₋₉₄	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01
CONC. DE H ₂ PO ₋₉₅	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01
CONC. DE H ₂ PO ₋₉₆	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01
CONC. DE H ₂ PO ₋₉₇	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01
CONC. DE H ₂ PO ₋₉₈	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01
CONC. DE H ₂ PO ₋₉₉	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01
CONC. DE H ₂ PO ₋₁₀₀	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01
CONC. DE H ₂ PO ₋₁₀₁	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01
CONC. DE H ₂ PO ₋₁₀₂	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01
CONC. DE H ₂ PO ₋₁₀₃	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01
CONC. DE H ₂ PO ₋₁₀₄	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01
CONC. DE H ₂ PO ₋₁₀₅	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01
CONC. DE H ₂ PO ₋₁₀₆	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01
CONC. DE H ₂ PO ₋₁₀₇	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01
CONC. DE H ₂ PO ₋₁₀₈	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01
CONC. DE H ₂ PO ₋₁₀₉	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01
CONC. DE H ₂ PO ₋₁₁₀	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01
CONC. DE H ₂ PO ₋₁₁₁	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01
CONC. DE H ₂ PO ₋₁₁₂	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01
CONC. DE H ₂ PO ₋₁₁₃	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01
CONC. DE H ₂ PO ₋₁₁₄	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01
CONC. DE H ₂ PO ₋₁₁₅	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01
CONC. DE H ₂ PO ₋₁₁₆	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01
CONC. DE H ₂ PO ₋₁₁₇	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01
CONC. DE H ₂ PO ₋₁₁₈	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01
CONC. DE H ₂ PO ₋₁₁₉	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01
CONC. DE H ₂ PO ₋₁₂₀	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01
CONC. DE H ₂ PO ₋₁₂₁	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01
CONC. DE H ₂ PO ₋₁₂₂	0.01	0.01	0.01				

DÉBITO(S):
EXISTE(M) 001 FATURA(S), TOTALIZANDO EM R\$ 51,43
VENCIMENTO 12/07/2019 VALOR R\$
CONFORME ABAIXO

2/07/2019 VALOR R\$ 101,44

CONFORME ABAIXO INFORMADO, EXISTEM DÉBITOS PARA COM ESTE SERVIÇO. SOLICITAMOS A REGULARIZAÇÃO DO MESMO ATÉ A DATA 25/08/19 QUANDO SERÁ EFETUADO O CORTE SEM PREVIO AVISO. TEL. 09778-8515/3423-4200/99988-05. CASO TENHA EFETUADO O PAGAMENTO, DESCONSIDERE ESSA CAIXA PAGTO: SAAE/ MERCANT.NOVA OPÇÃO/ LOTÉRICAS CAIXA INTERNET BANKING/ CORRESPONDENTES CAIXA/ FARMIS

SERVIÇO AUTÔNOMO DE ÁGUA E EGO DE LINDOINHO DO NORTE
DA TERRA DE LINDOINHO DO NORTE - LINDOINHO DO NORTE - MATO GROSSO DO SUL
CNPJ: 02.241.818/0001-00 - CEP: 76.200-000
Fone: (161) 3423.4200

0021878.4

0021878.4
ALANNA RUTY DA SILVA
12/07/2019 VALOR R\$ 101,44

82620000001-4 0021878 08.18.190119479 101,44
01440260002-8 18780819190-9 11947900004-2

LISA CONECTORA DE SEG. LTDA.

22 JUL, 2019

성명

Nº DO CLIENTE

6502963

Para agilizar seu atendimento, utilize o nº acima sempre que entrar em contato conosco.

A energia elétrica é fornecida sob a responsabilidade da Enel Brasil S.A. e a tarifa é aprovada pelo Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002.

Companhia Energética do Ceará
Rua Padre Vitorino, 150
CEP 00135-040 | Fortaleza CE
CNPJ 07047251/0001-70 | CGF 06 J05 B48-3

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE B-4 | Nº

580079017

Rota 16 25060 03 258000 - 9 Data de Emissão 22/06/2019

Nome ANA CRISTINA SILVA SOUZA

End. Postal RU ANTONIO JOSE BARBOSA 02023 02023 AP 01
BOM NOME - LHM. DO NORTE - 62930000

Medidor 2048163 Poste 0000 A515

Classe B1 - 01-RESIDENCIAL 07-BX. RENDA MONOFASICO

RG / CPF / CNPJ 018733253-39 CGF

Nome do Responsável

DATAS

Mês de Referência Data de Apresentação Previsão Próxima Leitura
Jun/2019 22/06/2019 25/07/2019

INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

Veja a legenda no verso deste cupom.
Conjuntos 42/2019 42,45
Mês 01/2019 3,00

ICMS

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

	Padrão Individual			Apuração Individual		
	Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual
DIC	5,15	10,33	23,77	2,31	0,00	0,00
FIC	3,23	6,47	12,95	1,00	0,00	0,00
DMIC	2,54			2,31		

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

E07D.2355.204E.0522.6739.D0E3.AB4B.5749

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo (kWh)	Cons. Incl.	Cons. Excl.	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
FP 0150	0015	1,00	1,05	0,00	0,00	44,19	44,22
22/06/19	22/05/19		00 0148				

DESCRIÇÃO

DESCRIÇÃO	VALOR (R\$)
VALOR CONSUMO DO MES	44,22
MULTA MORATORIA REF 05/2019	0,94
JUROS DO MES	0,63
ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL	14,26
PIS-COFINS COMPLEMENTAR-TARIFA BAIXA RENDA	0,97

VENCIMENTO

01/07/2019

TOTAL A PAGAR (R\$)

61,02

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

Transmissão	20,60
Distribuição	1,00
Encargos Sociais	2,15
Tributos (PIS e COFINS)	2,55
TOTAL	46,30

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)

136	135	139	148	131	145	142	137	138	135	136	127	121
-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÃO DE CO₂ (kg/kWh)Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.
Emitido kg (CO₂) Compensado kg (CO₂) Consciência Ecológica (R% CO₂)
52,70 0,00

INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO

PARA CONSULTAR SUA CONTA EM DEBITO AUTOMÁTICO UTILIZE SEU NÚMERO DO CLIENTE SEM O DÍGITO VERIFICADOR.

Em virtude da modernização dos nossos sistemas, alguns serviços ficarão temporariamente indisponíveis entre 22/06 e 02/07. Solicitações de emergência funcionarão normalmente.

Consta desta fatura R\$ 2,95 referente a PIS e COFINS. Alíquotas: PIS:0,64% e COFINS:2,95% (imposto de Renda, 100-220R - 400R) e taxa de 10,437-50 e 10,437-231

Bandeira Verde em Jun/2019, sem custo para os consumidores. Informações: www.enel.br/br

LÍBIA CORRÊA DE SÁ, LTDA.

22 JUL, 2019

Nº do Cliente: 6502963-1 Referência: Jun/2019
Data de Emissão: 22/06/2019 Total a Pagar (R\$): 61,02
Nº da Nota Fiscal: 580079017 Nº de Controle: 0006502963 00054 39582 60

83850000000-8 61020031000-9 00065029630-3 00543958273-4



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 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 Amalrington Sifra Souza inscrito (a) no CPF sob o Nº 018.733.253 39 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Glanna Ruty da Sifra inscrito (a) no CPF sob o Nº 013.677.233 10, do sinistro de DPVAT cobertura Invalidadez da Vítima Glanna Ruty da Sifra, inscrito (a) no CPF sob o Nº 013.677.233 10, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: Recupar Renda: Recupar e apresento os documentos comprobatórios: Recupar

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-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>Av. Jopei Barbosa</u>		Número	<u>2023</u>	Complemento
Bairro	<u>Bom-Rome</u>	Cidade	<u>Limoeiro do Norte</u>	Estado	<u>CE</u>
Email			Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD)	
			<u>62.930000</u>		

Limoeiro 18 de Julho de 2019
Local e Data

Amalrington Sifra Souza
Assinatura do Declarante

DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

Eu, Francisco Evivanilson Rosa da Silva
RG nº 20075667953, data de expedição 24/01/2019
Órgão SSP-CE, portador do CPF nº 058.450.483-70,
com domicílio na cidade de Limoeiro do Norte, no Estado de
Ceará, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Francisco Holanda, nº 51N,
complemento Bom nome, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima
Alanna Ruty da Silva, cujo o condutor era
Antonio Martins da Silva.
Veículo: Motociclo Modelo: 2010 FARESI Ano: 2010
Placa: NUS 4723 Chassi: 9E2KE1550AR091028
Data do Acidente: 23/04/19

Local e Data: Limoeiro do Norte-CE, 17/07/2019

Francisco Evivanilson Rosa da Silva

Assinatura do Declarante

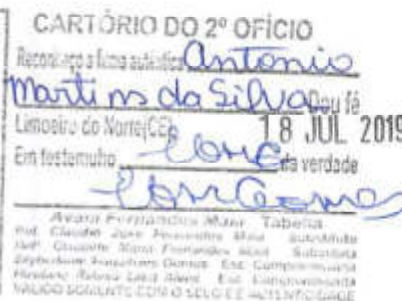
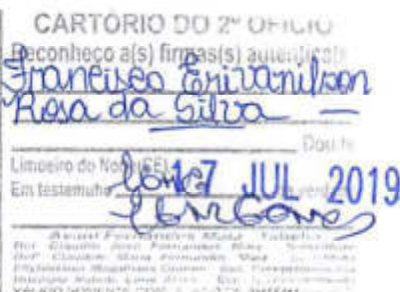
Antonio Martins da Silva

Assinatura do Condutor

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

LÍDER SEGUROSA S.A. S/A

22 JUL 2019



SOCIEDADE BENEFICENTE SAO CAMILO
HOSPITAL SAO RAIMUNDO
FICHA DE INTERNAÇÃO E ALTA

DADOS DO PACIENTE

Nome		ALANNA RUTY DA SILVA		Prontuário/Atendimento		J14368/0004	
Data Nascimento		16/08/1983		Local		LIMOEIRO DO NORTE	
País Nacionalidade		Brasil		Idade		35 Ano(s)	
Raça/Cor		Parda		Etnia			
Estado Civil		Solteiro(a)		Religião		CATÓLICA	
Documento(s)		Identidade: 339258299		CNS		70.8604.557.0742-80	
Endereço		CONJUNTO HABITACIONAL ESTRADA DAS FLORES		Município		LIMOEIRO DO NORTE-CE	
Fone		(88) 9412-4502		Profissão		AGRICULTORA	
Responsável		LUIZA MARIA DA CONCEICAO SILVA		CPF do Responsável			
Endereço Responsável				Cônjugue			
Mãe		LUIZA MARIA DA CONCEICAO SILVA		Pai		ANTONIO ROSA DA SILVA	

DADOS DA INTERNAÇÃO

Data/Hora	Quarto/Leito	Aposento	Clínica	Setor
23/04/2019 20:03	100-L	ENFERMARIA	MEDICA	UNID. OBSERVAÇÃO 5 - URGÊNCIA
Convênio	Matrícula	Autorização	Dias	Guia
SUS			0	
Medico			CRM	
RICAS RIBEIRO MACIEL			18799	
CID Principal		CID Complementar		
Observação				
Plano	Procedimento SUS			Sispre
ALANA JESSICA DE OLIVEIRA				
Data Saída	Hora	Condição da Saída	Usuário Saída	
23/04/2019	13:40	alta medicada	ALANA JESSICA DE OLIVEIRA	

TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO

Autorizo a internação do acima citado, neste hospital, bem como os tratamentos clínicos, cirúrgicos, realização de necrópsia, que se fizer necessário. Outrossim, tomo ciência e submeto-me as disposições gerais contidas no regulamento do hospital e declaro que não paguei Honorários e nem diferenças/taxas hospitalares. (exceto convênios e particular). OBS: O Hospital só se responsabiliza por objetos e valores dos pacientes ou acompanhantes, quando guardados na Tesouraria.

À Direção.

Andréa Gregório da Rocha
Coord. de Atendimento
CPF: 345800313415

LIBIA CORRÊA DE SOUZA LTDA.

22/04/2019

LIMOEIRO DO NORTE, 23 de abril de 2019.

Assinatura do paciente

Responsável pela Impressão: ALANA JESSICA DE OLIVEIRA

Libia Lidelis Corrêa
Assinatura do responsável



Sistema Único de Saúde - SUS / Ceará

FICHA DE REFERÊNCIA

354200287.3

Unidade de Origem: _____

Distrito Sanitário: _____ Município: _____

Nome: Alanna Rutty da Silva Prontuário N° _____

Sexo: M ☐ F ☒ Idade: 35 Ocupação: _____

Endereço: _____ Bairro: _____

Motivo do Encaminhamento:

Queixa de dor forte no pé, com trauma no pé esquerdo
Edema, hematoma no pé esquerdo com restrição de movimento

Resultado de Exames:

Rx: Fratura oblíqua de tíbia e fíbula esquerda, atingindo
plato + heel

Conduta já Realizada:

Impressão Diagnóstica: Fratura no pé CID: _____

Assinatura do Responsável - N° Registro

Função

Data

Hora

23/04/19

Agendamento

Encaminhamento para atendimento: Ambulatorial ☐ Hospitalar ☒ Auxílio Diagnóstico

Especialidade: Ortopedia / Traumatologia Profissional: _____

Unidade de Saúde: _____ Data ____/____/____ Hora ____

FICHA DE CONTRA - REFERÊNCIA (*)

NOME: _____ Sexo: M ☐ F ☐ Idade: _____

Unidade de Referência: _____

Município: _____ Prontuário N° _____ Alta ____/____/____

Resumo Clínico:

Resultado de Exames:

Diagnóstico: _____ CID: _____

Conduta Realizada: _____

Proposta de Conduta para Seguimento: _____

O problema justificou a referência?

☐ SIM

☐ NÃO

010.003

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

1 - Nome do Estab. Solicitante:
HOSPITAL REGIONAL DO SERTÃO CENTRAL - HRSC

2 - CNES:
7061021

3 - Nome do Estabelecimento
HOSPITAL REGIONAL DO SERTÃO CENTRAL - HRSC

4 - CNES:
7061021

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - Nome do Paciente
ALANNA RUTY DA SILVA

6 - Nº do Prontuário
14760

7 - Cartão Nacional de Saúde
160700692270004

8 - Data de Nascimento
27/06/1983

9 - Sexo
Feminino

10 - Nome da Mãe
LUIZA MARIA DA CONCEICAO SILVA

11 - Telefone de Contato
(88) 99727-3937

12 - Endereço (Rua, Bairro)
CONJUNTO ESTRADA DAS FLORES

Número
2104

13 - Município de Residência
LIMOEIRO DO NORTE

14 - Cód. IBGE

15 - UF
CEARÁ

16 - CEP
62930-000

JUSTIFICATIVA DA

17 - Principais sinais e sintomas clínicos

VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTO HÁ 8 DIAS, APRESENTANDO FRATURA DE PLATÔ TIBIAL
NECESSITA TTO CIRURGICO

18 - Condições que justificam a internação

Risco de complicação.

19 - Principais resultados de provas diagnósticas (resultados de exames realizados)

Anamnese e exame físico.

20 - Diagnóstico Inicial
S821

21 - CID10 Principal
S821

22 - CID10 Secundário

23 - CID10 Causas Associadas

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - Descrição do

25 - Código do procedimento

26 - Clínica
CLÍNICA

27 - Caráter da Internação

28 - Documento
CPF

29 - Nº do documento do profissional solicitante/assistente

30 - Nome do profissional solicitante / assistente
FRANCISCO JOSE FROTA PRADO FILHO

31 - Data da Solicitação
30/04/2019 07:09:00

32 - Assinatura e carimbo

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - () Acidente de trânsito

34 - () Acidente de trabalho típico

35 - () Acidente de trabalho trajeto

36 - CNPJ da seguradora

37 - Nº do Boleto

38 - Série

39 - CNPJ da empresa

40 - CNAE

41 - CBOR

42 - Vínculo com a

() Empregado

() Empregador

() Autônomo

() Desempregado

() Não segurado

AUTORIZAÇÃO

43 - Nome do profissional autorizador
CRISTIANO OLIVEIRA RABELO

44 - Cód. órgão
7061021

49 - Nº da autorização de internação hospitalar

45 - Documento
CPF

46 - Nº do documento do profissional solicitante/assistente

UNIL. COLEÇÃO DE SEG. LTDA.

47 - Data da
30/04/2019 07:

48 - Assinatura e carimbo

22 JUL. 2019



RELATÓRIO MÉDICO

Paciente	ALANNA RUTY DA SILVA	Idade	35 ano(s) 10	Prontuário	14760
Endereço	CONJUNTO ESTRADA DAS FLORES	UF:CEARÁ		Sexo	Feminino
Bairro:	LUIS ALVES	Cidad	LIMOEIRO DO NORTE		
CEP:	62930-000	Num:	2104		

Localização	
Clinica	CLÍNICA TRAUMATO- Enfermari 02
Internaça	30/04/2019 07:09 Alta: * Não Informado * * Não Informado
	Leito 405

Relatório

Tipo de Saída: Alta

Cancelada

Não

Resumo

realizado tto cirurgico de fratura de planalto tibial sem intercorrencias.
alta hospitalar com analgesia e aines e antibiotico

não pisar

mes

RX

Terapêutica

tto cirurgico com placa e parafuso

Diagnóstico

S821 - FRATURA DA EXTREMIDADE PROXIMAL DA TIBIA

DIAGNÓSTICOS

Princip	Código	Descrição
Sim	S821	FRATURA DA EXTREMIDADE PROXIMAL DA TIBIA

Condições de

Melhorado

Data Programada da

* Não Informado *

Observações Complementares

retornar em 16 dias ao ambulatorio

Responsável

Médico FRANCISCO JOSE FROTA PRADO FILHO

Data 02/05/2019

Agendament		
Data:	Data:	Data:
Hora:	Hora:	Hora:
Códig	Códig	Códig

Dr. Luiz Valdo
Traumato / Ortopedia
CRM - CE: 17007

LIBA CORRETORA DE SEC. LTDA.

22 JUL 2019



RELATÓRIO MÉDICO DE ADMISSÃO

Paciente: 014760 - ALANNA RUTY DA SILVA
Sexo: Feminino Idade: 35 ano(s) 10 mes(es) e 10 dia(s)
Nome da Mãe: LUIZA MARIA DA CONCEICAO SILVA
Endereço: CONJUNTO ESTRADA DAS FLORES
Bairro: LUIS ALVES
CEP: 62930-000
Leito Atual: null,null,null

Data de Nascimento: 27/06/1983

Num: 2104

Cidade: LIMOEIRO DO NORTE

UF: CEARÁ

ANAMNESE

Queixa Principal
DOR EM JOELHO

HDA

VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTO HÁ 8 DIAS, APRESENTANDO FRATURA DE PLATÔ TIBIAL
NECESSITA TTO CIRURGICO

ANTECEDENTES

Patológicos Progressos

NDN

Familiares

*** Não Informado ***

Sociais

*** Não Informado ***

EXAME FÍSICO

Estado Geral

NDN

Respiratório

NDN

Cardiológico

NDN

Abdominal

NDN

Neurológico

NDN

Extremidades

NDN

Outros

*** Não Informado ***

GLASGOW

Resultado: 15

DIAGNÓSTICOS

Princip	Confirmad	Código	Descrição
Sim	Sim	S821	FRATURA DA EXTREMIDADE PROXIMAL DA TIBIA

LIDIA GOMES FORTES DE S. A. T. D. A.

22 JUL 2019



HOSPITAL
REGIONAL
DO SERTÃO
CENTRAL



ISGH



CONSELHO REGIONAL DE
MEDICINA DO CEARÁ

Capítulo 1 - 107/16 do Conselho Regional de Medicina do Ceará
Resolução do Conselho Regional de Medicina do Ceará 107/16

ATESTADO MÉDICO

0

ATESTO PARA OS DEVIDOS FINS QUE:

ALANNA RUTY DA SILVA

FOI ATENDIDO (A) NESTE SERVIÇO, NECESSITANDO DE AFASTAMENTO
POR Sessenta (60) dias DIA(S) DE SUAS ATIVIDADES PROFISSIONAIS.

QUIXERAMOBIM, (CE)

14255

[Handwritten signature]

Dr. Lutz Vald
Traumato / Ortop
CRM - CE: 17037

[Handwritten signature]

DATA: 02/05/19
/ /

MÉDICO | CREMEC

LIVIA CORRÊTORA DE GRÁFICO, LTDA.

22 JUL, 2019

NOO



SUS

Sistema
Único de
SaúdeMinistério
da
SaúdeLAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

SOCIEDADE BENEFICENTE SAO CAMILO - HOSPITAL SAO RAIMUNDO

2 - CNES

2527707

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

SOCIEDADE BENEFICENTE SAO CAMILO - HOSPITAL SAO RAIMUNDO

4 - CNES

2527707

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

ALANNA RUTY DA SILVA

6 - Nº DO PHC

14308

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE

16.0700.692.2700-04

8 - DATA DE NASCIMENTO

27/06/1983

9 - SEXO

Masc ☐ 1Fem ☒ 2

10 - RAÇA/COR

03 - Preta

10.1 - ETN

11 - NOME DA MÃE

LUIZA MARIA DA CONCEIÇÃO SILVA

12 - TELEFONE DE CONTATO

(88) 9412-4502

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

14 - TELEFONE DE CONTATO

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

CONJUNTO HABITACIONAL ESTRADA DAS FLORES, 2104, LUIZ ALVES DE FREITAS

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

LIMOEIRO DO NORTE

17 - COD. IBGE MUNICÍPIO

23.37601

18 - UF

CE

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Queda de motocicleta com trauma em joelho esquerdo hoje

Apresenta hematoma em joelho esquerdo

RD: Fratura de tibia esquerda / joelho esquerdo

CD: Internação para avaliação por ortopedista

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Risco de complicação

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

Rx

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

Trauma joelho

24 - CID 10 PRINCIPAL

S02.5

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS A

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

1º Cirúrgico

28 - CLÍNICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

Eletiva

31 - DOCUMENTO

(X) CNS () CPF

32 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

703004824387379

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

LUCAS RIBEIRO MACIEL

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

27/04/2019

35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO Nº)

CRM-CE 119790

PREENCHER EM CASO DE CATEGÓRIAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

39 - CNPJ DA SEGURADORA

40 - Nº DO BILHETE

() ACIDENTE DE TRÂNSITO

() ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

() ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGUIR

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - COD. ÓRGÃO EMISSOR

48 - ENDEREÇO

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

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

52 - Nº DO REGISTRO DE INTERNAÇÃO

53 - Nº DO REGISTRO DE INTERNAÇÃO

22 JUL, 2019

Relatório de Cirurgia

Data de Conclusão: 01/05/19 12:57

Paciente: ALANNA RUTY DA SILVA
Prontuário: 14760
Clínica: CENTRO CIRÚRGICO GERAL
Cirurgião: GEORGE WALLACE FREIRE ALVES
1º Auxiliar: FRANCISCO ROBSON DA SILVA COSTA
Enfermeiro: MARIA ARLENE SARAIVA DE SOUZA
Instrumentador: MARIA MIKAELLY FERREIRA DOS SANTOS
Dt. Nascimento: 27/06/1983
Enfermaria: CENTRO CIRÚRGICO Leito: 01
Anestesiologia: JOSE NEUTON BENEVIDES DE LIMA
2º Auxiliar:
Circulante: EDUARDO DONATO SILVEIRA

Procedimentos Propostos

Código	Descrição	Principal
0408050551	TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DO PLANALTO TIBIAL	S
0408050187	RECONSTRUCAO OSTEOPlastica DO JOELHO	N
0408050683	TRATAMENTO CIRURGICO DE LUXACAO / FRATURA-LUXACAO AO NIVEL DO JOELHO	N

Procedimentos Realizados

Código	Descrição	Principal
0408050551	TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DO PLANALTO TIBIAL	S
0408050187	RECONSTRUCAO OSTEOPlastica DO JOELHO	N
150683	TRATAMENTO CIRURGICO DE LUXACAO / FRATURA-LUXACAO AO NIVEL DO JOELHO	N

Diagnóstico pré-operatório: Relatório Imediato do Patologista:

Exame Radiológico: Contagem Compressas e Instrumental:
SIM SIM

Acidentes e Incidentes:
NÃO

Anestesia | Ocorrências Principais:

Relatar as Causas que Justifiquem a Longa Duração da Cirurgia:

Grau de Contaminação: Limpa Tipo de Anestesia: Bloqueio

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

VIA DE ACESSO -TÉCNICA -TÁTICA -LIGADURAS -DRENAGEM -SUTURAS -MATERIAL EMPREGADO -ASPECTOS DAS VÍSCERAS

1. PACIENTE EM DDH SOB ANESTESIA
2. ASSEPSIA + ANTISSEPSIA + APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS
3. APOSIÇÃO DE FAIXA DE SMARCH
4. ACESSO POSTEROMEDIAL AO PLATO MEDIAL, IDENTIFICAÇÃO E ISOLAMENTO DA VEIA E NERVO SAFENO, RETRAÇÃO DA PATA DE GANSO E DESENVOLVIMENTO DO PLANO ANTERIOR À CABEÇA MEDIAL DO GASTROCNEMIO. REDUÇÃO DIRETA DA FRATURA E FIXAÇÃO UTILIZANDO 1 PLACA EM T 3,5MM + 4 PARAFUSOS CORTICAIS 3,5MM COM CHECAGEM POR RADIOSCOPIA
5. ACESSO ANTEROLATERAL, DISSECÇÃO POR PLANUS E INCISÃO SUBMENISCAL LATERAL PARA VISUALIZAÇÃO DA SUPERFÍCIE ARTICULAR. RETIRADA DE DEBRIS. REALIZADO NIVELAMENTO DO PLATÔ LATERAL E ESTABILIZAÇÃO PROVISÓRIA COM FIOS DE KIRSHENER.
6. ASSAGEM DE 2 PARAFUSOS ESPONJOSOS 6,0MM COM ARRUELA PARA FECHAMENTO DA ARTICULAÇÃO, RETIRADA DOS FIOS DE KIRSHENER, APOSIÇÃO DE PLACA EM L ANATÔMICA PARA PLANALTO TIBIAL E FIXAÇÃO COM 3 PARAFUSOS CORTICAIS 4,5MM.
7. REDUÇÃO E FIXAÇÃO DA TUBEROSIDADE ANTERIOR DA TÍBIA COM 2 PARAFUSOS CORTICAIS 4,5MM COM ARRUELA
8. CONTROLE RADIOGRÁFICO
9. LAVAGEM COM SF 0,9%, REVISÃO DA HEMOSTASIA, REINSERÇÃO DO MENISCO LATERAL, SÍNTESE POR PLANOS, CURATIVO ESTÉRIL

Data

01/05/19

Dr. George Wallace Freire Alves
CREMEC 16.670

Assinatura Cirurgião | CREMEC

Rod. CE KM 198, S/N, Estrada do Algodão - Quixeramobim - CE

Unidade mantida com recursos públicos, provenientes de seus impostos e contribuições sociais.

LICENCIAMENTO DE REG. ITDA.

22 JUL 2019

VER



RELATÓRIO MÉDICO

Paciente	ALANNA RUTY DA SILVA	Idade	35 ano(s) 10	Prontuário	14760
Endereço	CONJUNTO ESTRADA DAS FLORES	UF:CEARÁ		Sexo	Feminino
Bairro:	LUIS ALVES	Cidad	LIMOEIRO DO NORTE		
CEP:	62930-000	Num:	2104		

Localizaça					
Clinica	CLÍNICA TRAUMATO- Enfermari	02	Leito	405	
Internação	30/04/2019	07:09	Alta:	* Não Informado *	* Não Informado

Relatório

Tipo de Saída: Alta

Cancelada

Não

Resumo

realizado tto cirurgico de fratura de planalto tibial sem intercorrencias.
alta hospitalar com analgesia e aines e antibiotico

não pisar

Exames

rx

Terapêutica

tto cirurgico com placa e parafuso

Diagnóstico

S821 - FRATURA DA EXTREMIDADE PROXIMAL DA TIBIA

DIAGNÓSTICOS

Princip	Código	Descrição
Sim	S821	FRATURA DA EXTREMIDADE PROXIMAL DA TIBIA

Condições de

Melhorado

Data Programada da

* Não Informado *

Observações Complementares

retornar em 16 dias ao ambulatorio

Responsável

Médico FRANCISCO JOSE FROTA PRADO FILHO

Data 02/05/2019

Agendament		
Data:	Data:	Data:
Hora:	Hora:	Hora:
Códig	Códig	Códig

LIBER. CONSULTORIA DE SERV. LTDA.
Dr. Luiz Valdo
Traumato / Ortopedia
CRM / CE: 17087 2 JUL 2019

05/16/2011
 11:15 AM
 11:15 AM



SÃOCAMILO
Hospital São Raimundo

Exame: SBSCP0006848 Data: 24/04/2019 Hora: 13:52:43

Nome: ALANNA RUTY DA SILVA

Sexo: Feminino

Raça: Caucasóide

Estatura:

Responsável: IARA ELLEN DIOGENES DE ALENCAR

Solicitante: DRA ATAANDA

Indicação do exame: Avaliação de cardiopatias de base

Campo Extra 1

Campo Extra 2

Idade: 35 anos

Data Nasc.: * 27/06/1983

Peso:

Temperatura:

Registro: 469855

Registro:

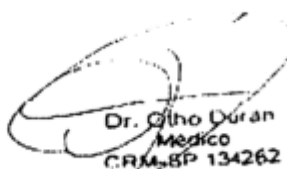
Condições Clínicas Especiais

PCTE NAO FAZ USO DE MARCA PASSO

PCTE COM MIE IMOBILIZADO

CONCLUSÃO

ECG NORMAL (FC = 88 BPM)


Dr. Otho Duran
Médico
CRM-SP 134262

Dr. Otho Duran - Cardiologista
CRM - SP 134262

Intervalos	(ms)	(mm - 25mm/s)	(bpm)	Valores de Referência
RR	681	17	88	
PR	-	-	-	120 a 200 ms
QRS	-	-	-	< 100 ms
QT	437	10.9	-	
QTc	530	13.2	-	< 450 ms

LIBIA CORRETORES E C. LIBIA

22 JUL. 2019

REPOUSO

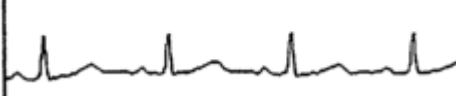
FC: 88 bpm

PAS/PAD: ---/--- mmHg

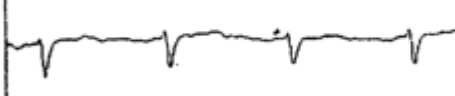
DI N 25 mm/s 32Hz



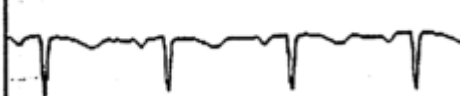
DII N 25 mm/s 32Hz



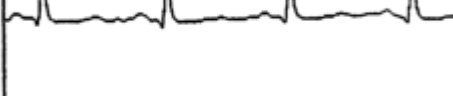
DIII N 25 mm/s 32Hz



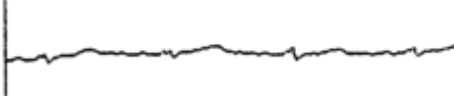
aVR N 25 mm/s 32Hz



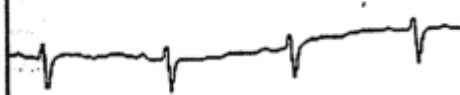
aVL N 25 mm/s 32Hz



aVF N 25 mm/s 32Hz



V1 N 25 mm/s 32Hz



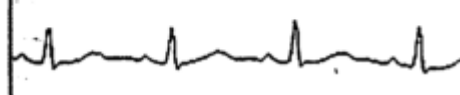
V2 N 25 mm/s 32Hz



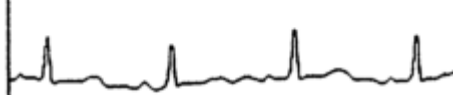
V3 N 25 mm/s 32Hz



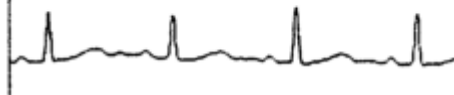
V4 N 25 mm/s 32Hz



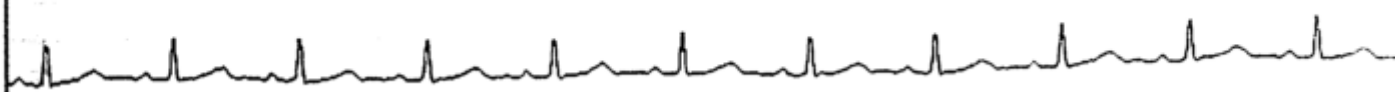
V5 N 25 mm/s 32Hz



V6 N 25 mm/s 32Hz



DII N 25 mm/s 32Hz



LÍBIA CORRÊA DE SOUZA LTDA.

22 JUL. 2019

LABORVALE

LABORATÓRIO E CLÍNICA MÉDICA



000100102346

Rua Camilo Brasiliense, 397 - Centro
62930-000 Limoeiro do Norte - CE
Fone: (88) 3423-2442
CNPJ.: 08.599.079/0001-20

Paciente

ALANNA RUTY DA SILVA

Médico

ATAANDA OHARA L DE M. MONTEIRO

Coleta

09-SB Sao Camilo

Convênio

SOCIEDADE BENEFICENTE SAO CAMILO - REGIONAL

Documento

Idade

35 (A)

Data de Coleta

24/04/19 17:23

Data de Emissão

24/04/19 18:36

RESULTADO

TAP - TEMPO DE PROTROMBINA

Tempo de Protrombina	:	11,9 seg	12 a 15
Atividade	:	100,0 %	70 a 100%
INR	:	1,00	0,85 a 1,20
Material	:	Sangue	
Método	:	YVI	

TTPA - TEMPO DE TROMB. PARC...

28,0 seg

Material : Sangue
Método : Automação Coagutimer II
V.R. : 30,00 a 45,00

Dra. Aianne Lamnara Freire e Silva
CRM: 9787

LIM. COLETA DE SANG. LTDA.

22 JUL 2019

Folha: 2 de 3

Os valores dos testes de laboratórios sofrem influência de estados fisiológicos, patológicos, e uso de medicamentos, etc. Somente seu clínico tem condições de interpretar corretamente estes resultados.

T8T*000*T00*0T0

LABORVIALE

LABORATÓRIO E CLÍNICA MÉDICA



000100102346

Rua Camilo Brasileiro, 397 - Centro
62930-000 Limoeiro do Norte - CE
Fone: (88) 3423-2442
CNPJ: 08.599.079/0001-20

Paciente

ALANNA RUTY DA SILVA

Médico

ATAANDA OHARA L DE M. MONTEIRO

Coleta

09-SB Sao Camilo

Documento

Idade

35 (A)

Data de Coleta

24/04/19 17:23

Data de Emissão

24/04/19 18:36

Convênio

SOCIEDADE BENEFICENTE SAO CAMILO - REGIONAL

RESULTADO

HEMOGRAMA

Material: Sangue Total com EDTA
Método: Automação ABX Pentra 60

Eritrograma

Valores de Referência

Hemácias em milhões	3,60 /mm ³	4,00 - 5,20
Hemoglobina	10,5 g %	12,00 - 16,00
Hematócrito	32,0 %	35,00 - 46,00
VCM	88,88 u3	80,00 - 100,00
HCM	29,16 pg	26,00 - 34,00
CHCM	32,81 %	31,00 - 36,00
RDW	14,0 %	10,0 - 15,0

Leucograma

Valores de Referência

Leucócitos		9.800 /mm ³	4.000 - 10.000		
Mielócitos	0 %	0 /mm ³	0 - 0	0 -	0
Metamielócitos	0 %	0 /mm ³	0 - 1	0 -	100
Bastões	0 %	0 /mm ³	3 - 5	120 -	500
Segmentados	44 %	4.312 /mm ³	54 - 62	2.160 -	6.200
Eosinófilos	1 %	98 /mm ³	2 - 5	80 -	500
Basófilos	0 %	0 /mm ³	0 - 1	0 -	100
Linfócitos	41 %	4.018 /mm ³	20 - 35	800 -	3.500
Monócitos	14 %	1.372 /mm ³	3 - 8	120 -	800
Plaquetas		309.000 /mm ³	150.000 - 450.000		
VPM		9,5 /mm ³	6,50 - 11,00		
Plaquetócrito		0,29 /mm ³	0,10 - 0,50		
PDW		14,3 /mm ³	10,00 - 18,00		

Observação

Hemácias normocíticas e normocrômicas. Linfócitos sem atipias.
Neutrófilos sem sinais degenerativos.
Plaquetas morfo e numericamente normais.

Dra. Alanne Lammara Freire e Silva
CRBM: 9787

Folha: 1 de 3

Os valores dos testes de laboratórios sofrem influência de estados fisiológicos, patológicos, e uso de medicamentos, etc. Somente seu clínico tem condições de interpretar corretamente estes resultados.



000100102346

Rua Camilo Brasiliense, 397 - Centro
62930-000 Limoeiro do Norte - CE
Fone: (88) 3423-2442
CNPJ.: 08.599.079/0001-20

Paciente

ALANNA RUTY DA SILVA

Médico

ATAANDA OHARA L DE M. MONTEIRO

Coleta

09-SB Sao Camilo

Idade

35 (A)

Data de Coleta

24/04/19 17:23

Convênio

SOCIEDADE BENEFICENTE SAO CAMILO - REGIONAL

Documento

Data de Emissão

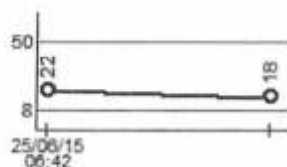
24/04/19 18:36

RESULTADO

URÉIA

18,00 mg/dL

Material : Soro
Método : Enzimático
V.R. : Adulto 19,0 a 49,0 mg/dL
Reçém-nascido: 8,4 a 25,8 mg/dL
Criança 10,8 a 38,4 mg/dL



CREATININA

Resultado : **0,80 mg/dL**

Material : Soro
Método : Cinético
V.R. : Creatinina: 0,4 a 1,3 mg/dL
Clearance de Creatinina:
Homens : 90 a 140 ml/min/1.73m2
Mulheres: 80 a 125 ml/min/1.73m2

Dra. Alayne Lammara Freire e Silva
CRM: 9787

LICIA CORRÊA DE OLIVEIRA LTDA.

22 JUL 2019

LABORVÁLE

LABORATÓRIO E CLÍNICA MÉDICA



000100102346
Rua Camilo Brasileiro, 397 - Centro
62930-000 Limoeiro do Norte - CE
Fone: (88) 3423-2442
CNPJ.: 08.599.079/0001-20

Paciente

ALANNA RUTY DA SILVA

Médico

ATAANDA OHARA L DE M. MONTEIRO

Coleta

09-SB Sao Camilo

Idade

35 (A)

Data de Coleta

24/04/19 17:23

Convênio

SOCIEDADE BENEFICENTE SAO CAMILO - REGIONAL

Dir.mento

Data de Emissão

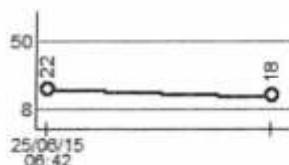
24/04/19 18:36

RESULTADO

URÉIA

18,00 mg/dL

Material : Soro
Método : Enzimático
V.R. :
Adulto: 19,0 a 49,0 mg/dL
Recém-nascido: 8,4 a 25,8 mg/dL
Criança: 10,8 a 38,4 mg/dL



CREATININA

Resultado : 0,80 mg/dL

Material : Soro
Método : Cinético
V.R. :
Creatinina: 0,4 a 1,3 mg/dL
Clearance de Creatinina:
Homens : 90 a 140 ml/min/1.73m2
Mulheres: 80 a 125 ml/min/1.73m2

Dra. Alanne Lammara Freire e Silva
CRBM: 9787

Folha: 3 de 3

Os valores dos testes de laboratórios sofrem influência de estados fisiológicos, patológicos, e uso de medicamentos, etc. Somente seu clínico tem condições de interpretar corretamente estes resultados.



SÃO CAMILO
Hospital São Raimundo

Exame: SBSCP0006848 Data: 24/04/2019 Hora: 13:52:43

Nome: ALANNA RUTY DA SILVA

Sexo: Feminino

Raça: Caucasóide

Estatura:

Responsável: IARA ELLEN DIOGENES DE ALENCAR

Solicitante: DRA ATAANDA

Indicação do exame: Avaliação de cardiopatias de base

Campo Extra 1

Campo Extra 2

Idade: 35 anos

Data Nasc.: 27/06/1983

Peso:

Temperatura:

Registro: 469655

Registro:

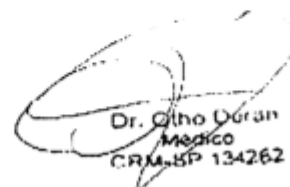
Condições Clínicas Especiais

PCTE NAO FAZ USO DE MARCA PASSO

PCTE COM MIE IMOBILIZADO

CONCLUSÃO

ECG NORMAL (FC = 88 BPM)


Dr. Otho Duran
Médico
CRM-SP 134262

Dr. Otho Duran - Cardiologista
CRM - SP 134262

Intervalos	(ms)	(mm - 25mm/s)	(bpm)	Valores de Referência
RR	681	17	88	
PR	-	-	-	120 a 200 ms
QRS	-	-	-	< 100 ms
QT	437	10.9	-	
QTc	530	13.2	-	< 450 ms

LIDIA CORREIA DE SOUZA DE SOUZA LTDA.

22 JUL. 2019

HRP

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTERIO DAS CIDADES

DETRAN - CE Nº 014637335597

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEICULO

VIA 01 COD. RENAVAM 210507187 RNTIC 0000000000 EXERCICIO 2019

FRANCISCO SANTANILSON ROBA DA SILVA

LIMOEIRO DO NORTE/CE

05845048370 NUS4723

PLACA ANT./R PLACA CHASSI
*****/CE 9C2KC1550AR091028

ESP. DE TRF. COMBUSTIVEL
PAS/MOTOCICLO/NAO APLIC. GASOLINA

MARCA/MODELO ANO FAB. ANO MOD.
HONDA/CG 150 FAN ESI 2010 2010

CAP/POT/CIL. CATEGORIA COR PREDOMINANTE
2P/OCV/149CC PARTIC CINZA

COTA UNICA VENC. COTA UNICA VENC. COTAS
I ***** 1 *****
P *****
V *****
A *****

FAIXA LPVA PARCELAMENTO/COTAS
*** ***** 3 *****

PREMIO TARIFARIO (R\$) COT (R\$) PREMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO
80.11 0.32 84.58 14/06/2019

LOCAL DATA
LIMOEIRO DO NORTE 24/06/2019

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULO
E AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE ADQUIRIDO POR CARGA A PESSOA
TRANSPORTADAS OU NAO. SEGURO DPVAT

CE Nº 014637335597 BILHETE DE SEGURO DPVAT

2019

05845048370 NUS4723

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

014637335597 80805895508

EXERCICIO DATA EMISSAO
2019 24/06/2019

VIA 01 CPF / CNPJ PLACA
05845048370 NUS4723

RENAVAM MARCA / MODELO
210507187 HONDA/CG 150 FAN ESI

ANO FAB. CAT. TARIF. Nº CHASSI
2010 09 9C2KC1550AR091028

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$) DENATRAN (R\$) CUSTO DO SEGURO (R\$)
36.05 4.01 40.05

CUSTO DO BILHETE (R\$) IOF (R\$) TOTAL A SER PAGO SEGURADO (R\$)
4.15 0.32 84.58

PAGAMENTO DATA DE QUITAÇÃO
☒ COTA ÚNICA ☐ PARCELADO 14/06/2019

PROPRIETARIO

LOTE/DO SEGURO DPVAT
MOTOR: KC15E5A091028 608/0001-04

LISTA CORRETORA DE SEG. LTDA.

22 JUL. 2019

Ass.

ouros

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

CE

FRANCISCO ERIVANILSON ROSA DA SILVA

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR UF
20075667953 SSP CE

CM 058.450.483-70 **DATA NASCIMENTO** 07/05/1992

PRIMAÇÃO
ANTONIO ROSA DA SILVA
LUIZA MARIA DA CONCEICAO SAIVA

PERMISSÃO **ACC** **CAT.VEIC.**
AB

Nº REGISTRO 06135224876 **VALIDADE** 16/01/2024 **1ª HABILITAÇÃO** 31/07/2014

OBSERVAÇÕES
SEM OBSERVAÇÃO:

Fº Francisco Rosa da Silva
ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL LIMOEIRO DO NORTE, CE **DATA EMISSÃO** 24/01/2019

Rui V. de F. P.
RUI VASCONCELOS PENTE
ASSINATURA DO EMISSOR

72061614066
CE168941600

CEARÁ

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1668679917

PROIBIDO PLASTIFICAR
1668679917

100% CORRUPÇÃO ZERO TUA

22 JUL 2019

2019

22 JUL 2019
LIBR. CONT. ORÇ. DE SER. LUBA

PROIBIDO PLASTIFICAR

1226297454

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

1226297454

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSPORTES
CARTÃO NACIONAL DE HABILITACÃO

ANTONIO MARTINS DA SILVA

CPF: 2007648395 **REPOS: 581.556.199-20** **CE: 19/12/1965**

ARGEMIR DO RIBEIRO DA SILVA
FRANCISCA MARTINS DA SILVA

CPF: 26/05/2010 **REPOS: 13/11/2020** **CE: 26/05/2010**

SEM OBSERVAÇÃO:

Antônio Martins da Silva

LOCAL: RUISELA, CE **DATA VENCIMENTO: 17/11/2015**

24218900844
CE150679297

DETRAN-CE (CEARA)

Souza

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190439508 **Cidade:** Limoeiro do Norte **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ALANNA RUTY DA SILVA **Data do acidente:** 23/04/2019 **Seguradora:** SOMPO SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 29/07/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE PLATÔ TIBIAL ESQUERDO. P.2,3

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE-PLACA E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA. P.8

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DE JOELHO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DE JOELHO ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190439508 **Cidade:** Limoeiro do Norte **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ALANNA RUTY DA SILVA **Data do acidente:** 23/04/2019 **Seguradora:** SOMPO SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 29/07/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE PLATÔ TIBIAL ESQUERDO. P.2,3

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE-PLACA E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA. P.8

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DE JOELHO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DE JOELHO ESQUERDO.

Documentos complementares:
Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

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

PROCURAÇÃO

Outorgante: Alanna Ruty da Silva, brasileiro(a), estado civil solteira, profissão agricultora, residente e domiciliado á Rua Cj Estrada das Flores, Nº 2104 QD 7; bairro LUIS ALVES DE FREITAS AV 104
Município de Limoeiro do Norte Estado de(o) Ceará, Cep. 62930-000
portador(a) do Rg nº 3392582/99, SSP/ CE e CPF nº 013.677.233-10

Outorgado: Ana Cristina Silva Souza Lopes, brasileiro(a)
Estado civil casada, profissão agricultora, residente e domiciliado(a) á Rua Antonio José Barbosa, nº 2023, bairro Bom-nome
Município de Limoeiro do Norte, Estado de (o) Ceará, Cep: 62930-000
portador (a) do Rg nº 2003099029869, SSP/ Ceará e CPF nº 01873325339

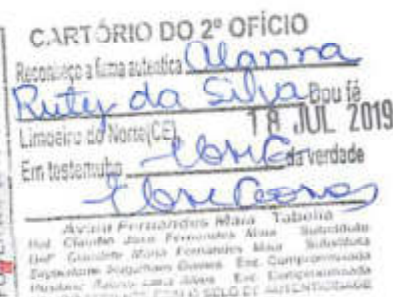
Poreste instrumento particular de procuração, o(a) outorgante nomeia e constitui o(a) outorgado(a) seu bastante procurador(a), para fim especial de requerer junto é qualquer seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou em acidente de transito o(a) Sr.(a) Alanna Ruty da Silva ocorrido em 23.04.19, conforme registrado pelo B.O anexo ao processo.

Podendo dito(a) procurador(a), representar o(a) outorgante como se o(a) próprio(a) fosse, podendo requerer, assinar recibos, assinar Declaração de endereço, assinar Autorização de Pagamento/Cedido de Indenização de Sinistro DPVAT, enfim requerer e assinar todos os papéis e documentos que forem precisos e praticar todos os demais atos necessários para o mais amplo e fiel cumprimento do presente mandato.

Limoeiro do Norte - CE, quarta De 2019
2º OFÍCIO  Alanna Ruty da Silva
Outorgante

CPF Nº 013.677.233-10

Obs: Reconhecer firma em cartório por autenticidade ou verdadeira



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0246837/19

Vítima: ALANNA RUTY DA SILVA

CPF: 013.677.233-10

Seguradora: SOMPO SEGUROS S/A

Data do acidente: 23/04/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ALANNA RUTY DA SILVA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

ANA CRISTINA SILVA SOUZA LOPES : 018.733.253-39

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

ALANNA RUTY DA SILVA : 013.677.233-10

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 22/07/2019
Nome: ANA CRISTINA SILVA SOUZA LOPES
CPF: 018.733.253-39

ANA CRISTINA SILVA SOUZA LOPES

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 22/07/2019
Nome: JOAO CAIO OLIVEIRA DA SILVA
CPF: 001.023.383-02

JOAO CAIO OLIVEIRA DA SILVA

Rio de Janeiro, 24 de Julho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190439508

Vítima: ALANNA RUTY DA SILVA

Data do Acidente: 23/04/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ALANNA RUTY DA SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

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

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você