
Rio de Janeiro, 28 de Fevereiro de 2018

Aos Cuidados de: **ELIANE PEREIRA MARTINS**
Nº Sinistro: **3180090639**
Vitima: **ELIANE PEREIRA MARTINS**
Data do Acidente: **04/03/2016**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **ANA GLORIA DA SILVA CAMARA**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180090639**.

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, 28 de Fevereiro de 2018

Aos Cuidados de: **ELIANE PEREIRA MARTINS**
Nº Sinistro: **3180090639**
Vitima: **ELIANE PEREIRA MARTINS**
Data do Acidente: **04/03/2016**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **ANA GLORIA DA SILVA CAMARA**

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180090639**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Comprovante de residência infor. incorretas
- Declaração de Inexistência de IML faltando página

A documentação deve ser entregue na **COMPREV SEGURADORA S/A**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

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, 27 de Agosto de 2018

Aos Cuidados de: **ELIANE PEREIRA MARTINS**

Nº Sinistro: **3180090639**
Vitima: **ELIANE PEREIRA MARTINS**
Data do Acidente: **04/03/2016**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **ANA GLORIA DA SILVA CAMARA**

Assunto: NEGATIVA POR AUSÊNCIA DE COMPROVAÇÃO DOCUMENTAL

Senhor(a),

Até a presente data, não recebemos a documentação complementar solicitada para prosseguimento da análise do seu pedido de indenização cadastrado sob o sinistro **número 3180090639**.

Tendo em vista que a pendência não foi sanada no período de 180 dias, informamos que o seu pedido de indenização foi negado.

Caso deseje dar continuidade ao seu pedido de indenização, procure o ponto de atendimento onde o seu processo foi aberto para apresentar os documentos 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



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 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 assistido 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

063.388.964-44

Nome completo da vítima

Eliane Pereira Martins

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	CPF titular da conta	Profissão
Eduardo R. Plácido de Oliveira Reis	063.388.964-44	do lar
Endereço	Número	Complemento
Imaculada	694	
Bairro	Estado	CEP
	PR	56035-000
Email	Telefone (DDD)	
	51	

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.

COMPARECIMENTO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA

07/02/2018

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA
<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"/> 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\$ 10.000,00	<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)

 AGENCIA
 NRO. 1911 D/V

 CONTA
 NRO. 000241420 D/V

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

 BANCO
 Nome _____ NRO. _____

 AGENCIA
 NRO. _____ D/V CONTA
 NRO. _____ D/V

(Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

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

f. Pessoa, 29 de 01 de 2018

Local e Data:

Eliane Pereira Martins

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal





POLICIA MILITAR DO ESTADO DA PARAÍBA
COMANDO DO POLICIAMENTO DA REGIÃO METROPOLITANA
BATALHÃO DE POLÍCIA DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO - BPTRAN
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO



03

DADOS DO ACIDENTE

Nº BAT 0125 - 2016	Responsável pelo Levantamento do Acidente: Marcelo Teixeira de Andrade				Posto/Graduação: 1º SGT/PM
Rua, Avenida, Cruzamento, Rodovia, KM, Trecho da Rodovia: Acesso Oeste	Hora 10:28	Bairro Ilha do Bispo	Município: João Pessoa	UF: PB	
Data/Ocorrência 04/03/2016	Dia da Semana Sexta-Feira	C/S Vítima (Q/T) Com	Natureza do Acidente Choque	Tipo de pavimento Asfalto	Condições/Via Seca

Envolvidos no acidente (Quantidade) 01 veículo	Controle do trânsito no local Via de Sentido Duplo
---	---

Nome Janilson dos Santos Trajano	Sexo Masculino	Nascimento 10/12/1983	RG 2910990
-------------------------------------	-------------------	--------------------------	---------------

Endereço Rua Manguinhos, 37, Imaculada, Bayeux PB - Tel.(083)98799-7690	Condutor 01
1º Habilitação 02/09/2011	Categoria AB
Exame de Embriaguez Alcoólica	Registro CNH N.º 05293224132 U.F. PB Comportamento do Condutor Socorrido ao Hospital

Marca VW / Polo	Espécie Automóvel	Placa MYP-6970	Categoria Particular	Município João Pessoa	U.F. PB
--------------------	----------------------	-------------------	-------------------------	--------------------------	------------

Nome do Proprietário José Gomesindo C. D. Assunção	Seguradora DPVAT	Bilhete N.º 011753966269	Renavan N.º 0074819286-7	Data da Emissão 27/10/2014
Defeitos Nada constatado				

VERSAO DO CONDUTOR 01

O Condutor entregou declaração no dia 27/04/2016 onde informou que: Vinha do Hospital Arlinda Marques no sentido Via Oeste / Bayeux e foi surpreendido por um veículo S10 branco de placa não identificada, em alta velocidade, querendo fazer uma ultrapassagem, trancando o V1 na pista, nesse momento para não aconecer o choque puxou para a direita para o acostamento, perdendo o controle do veículo e atingindo uma árvore.

01/02/2016
Câmara de Compromisso com o Direito
01/02/2016

ADRIANO S. DA SILVA
MAC 520.321-2





POLICIA MILITAR DO ESTADO DA PARAÍBA
COMANDO DO POLICIAMENTO DA REGIÃO METROPOLITANA
BATALHÃO DE POLÍCIA DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO - BPTRAN



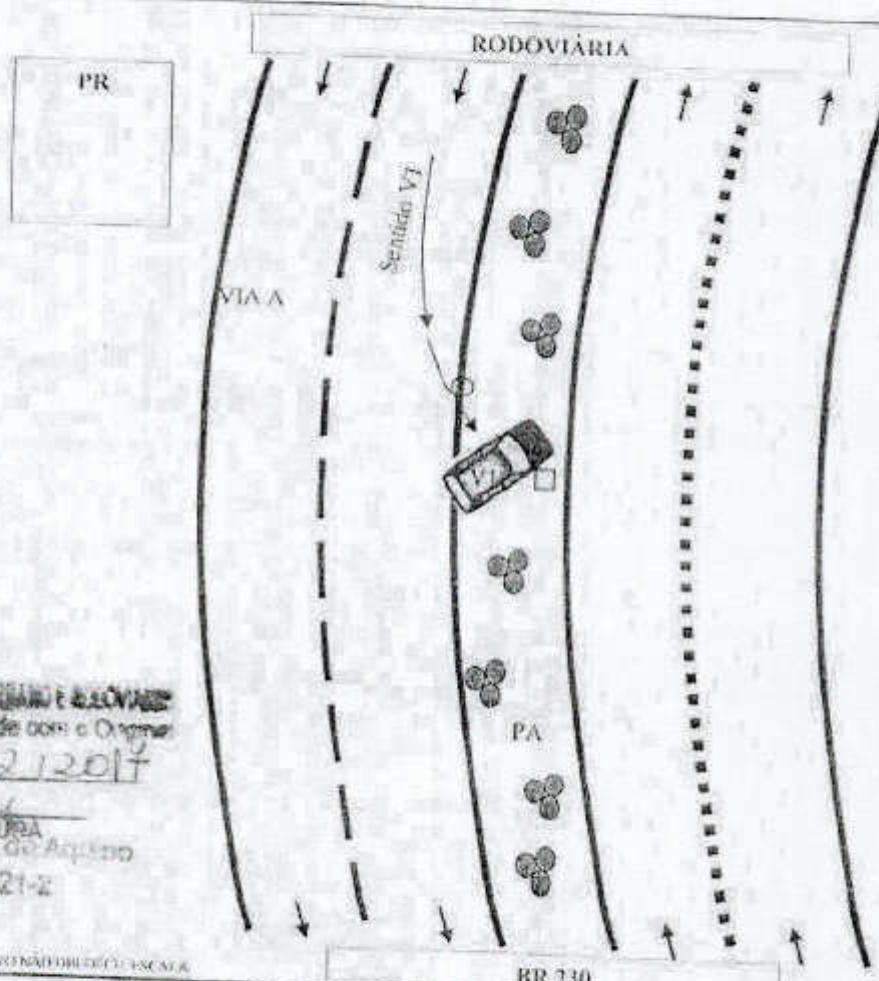
CROQUI DO BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO N° 0125/ 2016

AMARRAÇÕES

VIA "A" - Acesso Oeste 08,10metros

PR (Ponto de Referência) Subestação da Energisa
PA (Ponto de Amarração) Poste da Energisa

V1 (Veículo 01) Eixos Diântero-Direito 07,90 e Traseiro-Direito 06,25 metros para (PA)
V2 (Veículo 02)



AVARIAS



VI

Marcella Teixeira de Andrade, 1ºSgt PM
Responsável pelo levantamento





**SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
POLÍCIA MILITAR
BATALHÃO DE POLÍCIA DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO
SETOR DE BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO**

DECLARAÇÃO

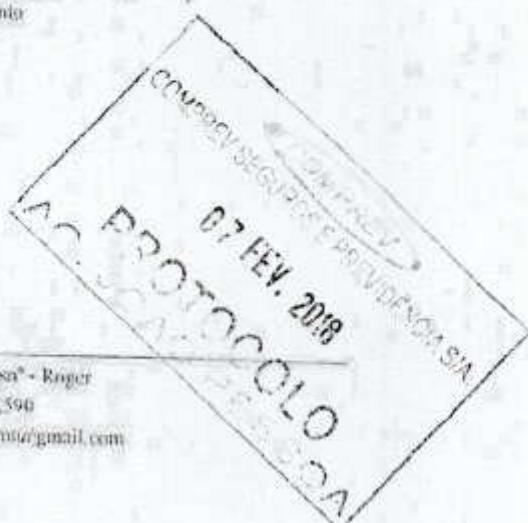
Declaro para os devidos fins, que ao rever o Boletim de Acidente de Trânsito de Nº 0125/2016, ocorrido no Acesso Oeste, no dia 04/03/2016, na Ilha do Bispo, João Pessoa/PB, ficou constatado a não inclusão dos dados da Vitima 03. Sendo assim, faz-se necessário acrescentar ao BOAT 0125-2016, como vitima 03, a Sra. Eliane Ferreira Martins, RG:3170567, CPF:063.380.964-44, passageira do V1, socorrida ao Hospital de Trauma.

João Pessoa-PB, 30 de Janeiro de 2017.

01/02/2013
ADRIAN GARCIA
Meu 528.371-2

Adriano Terceira de Andrade - Sgt PM
Responsável pelo Levantamento

Endereço: Rua Profº Sizenando Costa s/nº - Roger
Júlio Pessoa - PB, Cep.: 58.020.590
Telefone: (83) 3218-5817 - epm.bptan.ensu@gmail.com



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

Denilson Martins Trojano

CPF da Vítima

127.233.704-96

Data do Acidente

09/03/2016

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

Eliane Reisira Martins

Email

183486663691

CPF do Representante Legal

063388964-44

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:

Assinalar uma das opções abaixo:

- Não há estabelecimento do IML que atenda 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 Lider 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.

g. Reisira 29 de 01 de 2018

Local e Data

x Eliane Reisira Martins

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



Bulcão, Geraldo
Bulcão, Geraldo
Bulcão, Geraldo

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Sernam-Humberto Lucena

RX onda



ACOLHIMENTO, m - CNES: 123312 - Tel:

Boletim de Atendimento: 904263



Identificação do paciente

Nome	ELIANE PEREIRA MARTINS	Sexo	Feminino				
Nome	ELIANE PEREIRA MARTINS	Religião	EVANGELICA				
Data de nascimento	01/12/1986	Idade	30 anos 3 meses 3 dias	Estado civil	SOLTEIRO(A)	Parentesco	Própria
Nº	LUZIA PEREIRA MARTINS	PAI NÃO DECLARADO					
Endereço	MÉDIO INCOMPLETO	Responsável (Parentesco) A MESMA - O MESMO(A)					
DDD Móvel:	93	Fone Móvel	988218774	DDD Fixo		Fone Fixo	
Tipo documento	RG (IDENTIDADE)	Número documento	3170667	Nº Cns	99992273277106		
Local de procedimento	BR 230	UF	BAIRRO	UF	CBOR		
E-mail	Naturalidade	ALIANÇA		PE			

Endereço

CEP	58309530	Município de residência	SAYEUX	UF	BB	Logradouro	PLACIDO DE OLIVEIRA LIMA
Número	998	Complemento				Bairro	IMACULADA

Admissão

Data e Hora Previsão	04/02/2018 10:35:31	Número da placa	1000004742523	Centro	SUS
Especialidade	URGÊNCIA GERAL	Clinica	CLINICA TRAUMA E GERAL	Origem do paciente	RODOVIA
Classificação de risco					
Caráter de atendimento	URGÊNCIA	Motivo do atendimento	ACIDENTE DE AUTOMÓVEL	Detalhe do acidente	VEÍCULO X OBJETO

Indicadores e Transporte

Caso policial	Plano de atendimento	Veículo de ambulância	Transf.
Não	Não	Sim	Não
Meio de transporte		Quem transportou	
SAMU			

Sinais Vitais

PC	X	rrrrrr	Fuso	Temperatura
----	---	--------	------	-------------

Exames complementares

Rádio []	Sangue []	Unha []	TC []	Líquor []	ECG []	Ultrasonografia []
Dados clínicos						

Diagnóstico:

ANALOGO POR
ANA RENATA DE MEDEIROS NOBRE



**DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
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 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

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 nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Jana Glória da Silva Comorin inscrito (a) no CPF/CNPJ 365.023.914.00,
 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário, Eliane Pereira Martins inscrito
 (a) no CPF sob o Nº 063.388.964.44, do sinistro de DPVAT cobertura invalides da Vítima
Eliane Pereira Martins, inscrito (a) no CPF sob o Nº 063.388.161-04, conforme
 determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: _____ Renda: _____

e apresento os documentos comprobatórios:
Comprovante de residência - CPMEV - SEGURO DE FAMÍLIA

07 FEV. 2018

Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto à 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	Cidade	Número	Complemento
<u>Rua da República</u>	<u>João Pessoa</u>	<u>390</u>	
<u>Centro</u>		<u>PB</u>	<u>58010-180</u>
Email		Telefone comercial (DDD)	Telefone celular (DDD)

João Pessoa 05 de 02 de 2018
 Local e Data

Assinatura do Declarante



GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
 SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE
 HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA
 DIVISÃO MÉDICA



LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE	ELIANE PEREIRA MARTINS
DATA DE NASCIMENTO	01/12/85
NOME DA MÃE	LUZIA PEREIRA MARTINS
DADOS EXTRAÍDOS	
BOLETIM DE ENTRADA N.º	904.263
PRONTUÁRIO N.º	XXXXXXXXXXXXXX
DATA DO ATENDIMENTO	04/03/16
HORA DO ATENDIMENTO	10:35
MOTIVO DO ATENDIMENTO	ACIDENTE DE AUTOMÓVEL
DIAGNÓSTICO (S)	LESÕES SUPERFICIAIS MÚLTIPLAS
CID-10	V.20 + T.00.8

AVALIAÇÃO INICIAL:

PACIENTE DEU ENTRADA NESTE SERVIÇO, VITIMA DE ACOLISÃO VEÍCULO X OBJETO, REGISTRADO PELO SAMU, QUEIXANDO-SE DE DOR EM TERÇO INFERIOR DE Perna ESQUERDA + FCC EM BORDA DE LÍNGUA, A ESQUERDA. GLASGOW 15.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RÁ DE Perna ESQUERDA

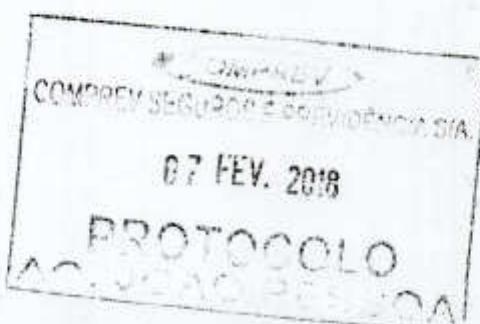
TRATAMENTO

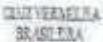
PACIENTE AVALIADO POR COT., SEM ALTERAÇÕES ÓSSEAS VISIVEIS + MEDICAÇÃO + AVALIAÇÃO BMF + ORIENTAÇÕES.

ALTA HOSPITALAR: 04/03/2016 ÀS 15:20
 DATA DA EMISSÃO: 28/10/2016

Drº. Joacília Braga Brandão
 CRM: 1741/PB

ATENÇÃO: Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para: DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO e CONTINUIDADE DE TRATAMENTO





EVOLUÇÃO DO PACI

100000-742267 RE 804761
ELIANE PEREIRA MARTINS
CT 4850-0111-1138
RE LUZIA PEREIRA MARTINS
END - R. UGARTE DE MELVILLAN, LIMA
N. 554 - 10000-0000
NAME:
PHONE: 01-
COLLEGE: 01- PRATICAS
GRADE: 20
CT. ENTRE

BE/PRONT

Nome do paciente

DATA	HORA	DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO
04.03.16	1520	<p>Paciente vítima de caiçarás de canto de árvore. Negava desmaio, dores de molas, epistaxe, alergia medicamentosa. No momento em BFO. Ao exame clínico apresenta ferimento aberto em região mandibular com sangramento. M. M. M. Vizinhos oculos mordidos e mandibulares preservados. Oclusão estável. Ausculta suspeitas de fraturas de fluturas em região de face.</p> <p>CD: I. Avaliação da "BFO"</p> <p>II. Orientações.</p> <p>III ALTA DA "BNF"</p> <p>Dr. Evandro Henrique Dr. Bucodental-Brasil RCC-103-3485</p> <p>COMPREV COMPANY DE SEGUROS E ASSISTÊNCIA</p> <p>07 FEV 2016</p>

07 FEB. 2013

Protocolo

万方数据



GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA
CENTRO DE IMAGEM

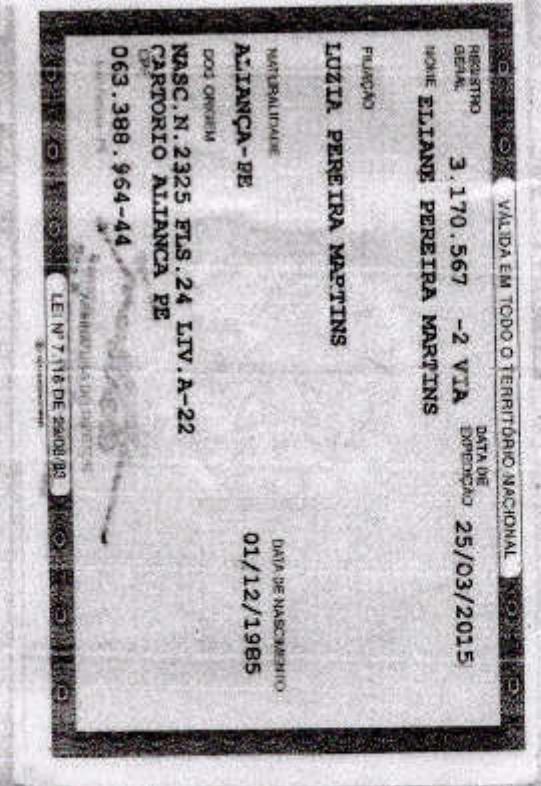
NOME: ELIANE PEREIRA MARTINS
BE: 904263
DATA: 17/3/2016 12:21
DATA EXAME: 04.03.2016

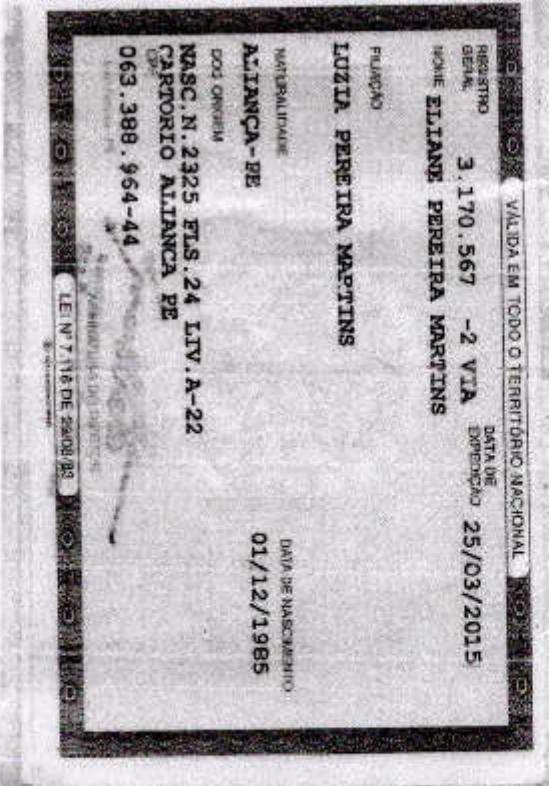
RX. Perna Esquerda AP e P
ESTRUTURA E DENSIDADE ÓSSEA NORMAIS.
AUSÊNCIA DE FRATURA.

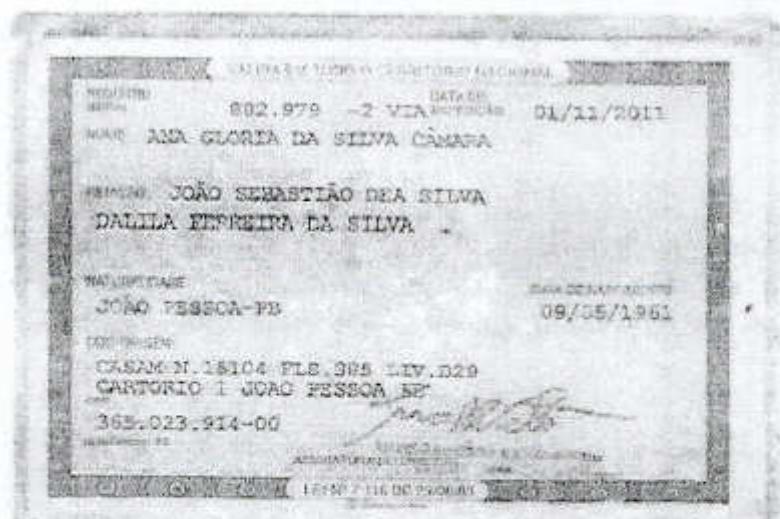


Exame(s) realizado(s) com limitações técnicas por não haver fonte em caráter de
urgência/emergência
Obs: Sugestões correlação clínica e laboratorial.


DR. CAIO MARIO MEDEIROS
RADIOLOGISTA CRM 3645







PROCURAÇÃO PARTICULAR

(Preencher com letras de forma legível e sem rasuras)

OUTORGANTE:

Nome: Eliane Pereira Martins
Nacionalidade: brasileira
Estado Civil: solteira
Identidade: 3 190.567
CPF: 063.388.964-44
Profissão: do lar
Endereço: R Pioecido de Oliveira Leme, n°994, Imaculada
CEP: 8898666-3691/98769-705
Telefone: (88) 98666-3691/98769-705

OUTORGADO:

Nome: Ana Glória de Siba Camore
Nacionalidade: Brasileira
Estado Civil: Viúva
Identidade: 882.779 SSP-PB
CPF: 305.923.914-00
Profissão: de lava
Endereço: R. da República, nº 399 Centro
CEP: 58010-18
Telefone: (83) 98873-0311

Pelo presente instrumento particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar o pedido de indenização referente ao seguro obrigatório DPVAT, concedendo ao outorgado poderes para assinar, enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto as seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre perícia médica e solicitar reagendamento, podendo substabelecer e praticar enfim, todos os atos de direito permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato a fim de requerer a indenização do SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT para a vítima: Eliane Pereira Martins

João Pessoa, 29/01/2018
Local e data

Local e data

x Eliane Perling Martins

Assinatura do OUTORGANTE

(Reconhecer firma por autenticidade/verdadeiro)



CARTÓRIO ÂNGELA CAETANO

2º Oficio Notarial

Angela Marmolejo C. Castaño
TICUAR
Rosalinda C. Castaño Márquez
sustituto