

Rio de Janeiro, 02 de Dezembro de 2016

Carta nº: 10117967

A/C: CRISTIANE MOREIRA DE OLIVEIRA

Sinistro: 3160709031 ASL-1166160/16
Vitima: CRISTIANE MOREIRA DE OLIVEIRA
Data Acidente: 29/06/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: EDILENE SOARES ROCHA

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site www.dpvatsegurodotransito.com.br, ou ligue para o SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site www.dpvatsegurodotransito.com.br, não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à Sabemi Seguradora S/A de origem onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 06 de Dezembro de 2016

Carta nº: 10134941

A/C: CRISTIANE MOREIRA DE OLIVEIRA

Sinistro: 3160709031 ASL-1166160/16
Vítima: CRISTIANE MOREIRA DE OLIVEIRA
Data Acidente: 29/06/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: EDILENE SOARES ROCHA

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

Em relação sinistro acima referenciado, comunicamos que após análise da documentação apresentada, foi detectada a necessidade de informações complementares, razão pela qual está sendo interrompido o prazo regulamentar para o pagamento da indenização.

Pedimos aguardar novo pronunciamento o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as averiguações cabíveis.

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

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 20 de Dezembro de 2016

Carta nº: 10214791

A/C: CRISTIANE MOREIRA DE OLIVEIRA

Sinistro: 3160709031 ASL-1166160/16
Vítima: CRISTIANE MOREIRA DE OLIVEIRA
Data Acidente: 29/06/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: EDILENE SOARES ROCHA

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: **CRISTIANE MOREIRA DE OLIVEIRA**

Valor: **R\$ 2.362,50**

Banco: **237**

Agência: **000000722-6**

Conta: **000001593-8**

Tipo: **CONTA CORRENTE**

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	2.362,50

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

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 =	R\$	2.362,50
---	-----	----------

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





Nº DO SINISTRO _____

CAMPO PREENCHIDO PELA _____

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com **dados do beneficiário** da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, Christiane Moreira de Oliveira

PORTADOR(A) DO RG Nº 893.9036-94 EXPEDIDO POR SSP-CE EM 06 / 10 / 94 E

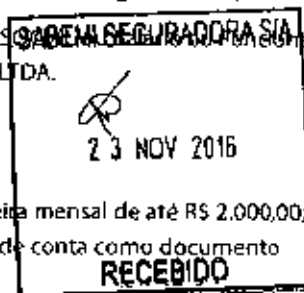
CPF (740306903-53) / CNPJ 000000000-0000-00, PROFISSÃO EC. DE ENTREVISTA

E RENDA MENSAL DE R\$ 1.000,00 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Christiane Moreira de Oliveira, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados **não devem**, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou qualquer outro nome.
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA.
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.



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

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO 237 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0722-6 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 1593-8

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

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

SEN. Poupou 15 de setembro de 2016
LOCAL E DATA

Christiane Moreira de Oliveira
ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.

Confira os dados informados, digite abaixo a assinatura eletrônica de sua conta, selecione CONFIRMAR e aguarde o comprovante.

CPF/CNPJ origem:

Conta origem:

Conta destino: 722-6 / 1593-8

Banco: 237-BANCO BRADESCO S/A

Valor a ser transferido:

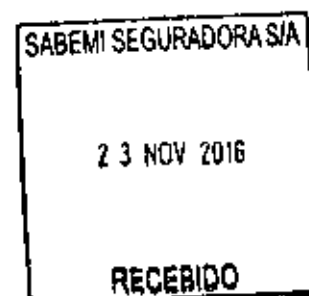
Tarifa de emissão de
DOC:

Valor total a ser
debitado:

Destinatário: CRISTIANE MOREIRA DE OLIVEIRA

CPF/CNPJ destinatário: 740.306.203-53

Finalidade: 99-Outros





4096 0072 2001 5939

4096

07/16 0722 6 0001593 8 03 00

CRISTIANE MOREIRA DE OLIVE

568

SABEMI SEGURODORA S/A

23 NOV 2016

RECEBIDO



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
 SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
 POLÍCIA CIVIL
 DELEGACIA REGIONAL DE SENADOR POMPEU



BOLETIM DE Ocorrência Nº 551 - 1359 / 2016

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
 Data / Hora da Comunicação: **12/07/2016 09:35:11**
 Data / Hora da Ocorrência: **29/06/2016 18:20:00**
 Endereço da Ocorrência: **SÍTIO INHARÉ**
 Complemento:
 Bairro: **ZONA RURAL** Município: **SENADOR POMPEU/CE**
 Ponto de Referência:



Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **CRISTIANE MOREIRA DE OLIVEIRA**
 Nascimento: **02/08/1974** CPF:
 RG: Orgão Emissor:
 Filiação: **CRISTINA MOREIRA DE OLIVEIRA**
CUSTÓDIO JOSÉ DE OLIVEIRA
 Endereço: **RUA PADRE JOACIR CAVALCANTE, 366**
 Bairro: **ALTO DA ESPERANÇA**
 Município: **SENADOR POMPEU/CE**
 País: **BRASIL** Telefone:

SABEMI SEGURADORA S/A
UF:
23 NOV 2016
CEP:
RECEBIDO

Histórico

Compareceu em cartório desta Delegacia de Polícia Civil, a pessoa acima qualificada, afirmando o seguinte; Que na data, hora e local, acima mencionados, o (a) declarante sofreu um acidente de trânsito quando trafegava na garupa da motocicleta HONDA/NXR 150 BROS ES, ano de fabricação/modelo 2014/2014 cor BRANCA, placa OSS-9660 Senador Pompeu/CE, chassi 9C2KD0550ER221078 licenciada em seu nome; Afirma o (a) declarante que o condutor de nome José Luciano Lopes do Nascimento, nascido aos 07/08/1983, portador da CNH nº 04675352732, filho de José Costa do Nascimento e de Rita Lopes do Nascimento, perdeu o controle do referido veículo momento em que colidiu com um animal (burro), vindo caírem ao solo; Que o (a) declarante informa que foi para o hospital de Senador Pompeu/CE; Que em consequência do acidente o (a) declarante afirma que sofreu fratura de punho esquerdo; Afirma ainda o (a) declarante que não foi socorrido (a) por nenhum órgão de atendimento de emergência tipo: Samu, Corpo de Bombeiro e Anjos do Asfalto; Que o (a) declarante procurou esta delegacia para lavrar o presente BO, e foi cientificado que as informações prestadas neste Boletim de Ocorrência são de sua inteira responsabilidade; Que está ciente de no caso das informações inseridas neste procedimento forem falsas, responderá pelo crime de falsidade ideológica de acordo com o artigo 299 do Código Penal Brasileiro. E nada mais disse.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE SENADOR POMPEU

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

DIANY CARVALHO ALVES - MAT.: 300030-1-2

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

Crystiane Moreira de Oliveira

[Handwritten signature]



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA REGIONAL DE SENADOR POMPEU

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 551 - 1359 / 2016

VISTO DO DELEGADO(A) :

JEFFERSON LOPES CUSTÓDIO - MAT.: 404548-1-0

SABEMI SEGURADORA S/A

23 NOV 2016

RECEBIDO

DELEGACIA REGIONAL DE SENADOR POMPEU

Impressão em: 12/07/2016 09:55:08

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML



Eu, Enriete Maria de Oliveira, portador da carteira de identidade nº 9999036-94 e inscrito no CPF/MF sob o nº 740.306.903-93, residente e domiciliado na Rua Pte. Soares Cavalcanti, 366, Cidade Senador Pompeu, Estado Pernambuco, declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

☒ Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou

☐ O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

☐ O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

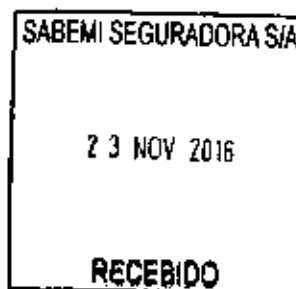
Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

Enriete Maria de Oliveira

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

Senador Pompeu - PE 15/09/2016

Local e data





FICHA DE OCORRÊNCIA

Documento de Identific:

0006

Página



PREFEITURA MUNICIPAL
DE SENADOR POMPEU

Nome do Paciente

D.N. 02/08/74

Justiano Moreira de Oliveira

Profissão Téc. de enfermagem	Idade 41	Cor PD	Sexo F	Estado Civil Solteira	Naturalidade Sen. Pompeu	Nac. Bras.
---------------------------------	-------------	-----------	-----------	--------------------------	-----------------------------	---------------

Residência
R. Pe. Joacim Lavalante, 366 - Alto da Esperança

Pai
Justiano José de Oliveira

Mãe
Justina Moreira de Oliveira

Responsável
O mesmo

Telefone:

O Paciente chegou ao hospital

Atendimento

Data

Hora

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Andando | <input type="checkbox"/> Regular |
| <input type="checkbox"/> De Automóvel | <input type="checkbox"/> Passando Mal |
| <input type="checkbox"/> Ambulância | <input type="checkbox"/> Comatoso |
| <input type="checkbox"/> Aparentemente bem | <input type="checkbox"/> Com Hemorragia |

29/06/16

19:20

☐ Acidente de Trabalho

Local

Queixa principal e Resumo da Doença Atual

Paciente vítima de acidente automobilístico, com
lesões e dificuldades de movimento, principalmente
extremidades inferiores, com um pé enfiado

DADOS CLÍNICOS

PRESSÃO ARTERIAL		PULSO	TEMPERATURA		PESO
MAX	MIN		AUXILIAR	RETAL	
130	80				

DIAGNÓSTICO

- Acidente automobilístico
- Fratura úlea

TRATAMENTO:

- 1) Dupum 150mg, 19:30
- 2) Alupren 100mg, 19:30
- 3) tramal 100mg, 19:30
- 4) Observação
- 5) Radiografia fêmur esquerdo
- 6) TALA GESSADA

DESTINO DADO AO PACIENTE

- Sócio 7.000
- | | |
|---|--------------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> Residência | <input type="checkbox"/> Internado |
| <input checked="" type="checkbox"/> Em Observação | <input type="checkbox"/> Transferido |
| <input type="checkbox"/> Encaminhado ao Ambulatório | |
| <input type="checkbox"/> Óbito às _____ horas após chegada A.U.E. | |
| <input type="checkbox"/> Óbito sem tratamento | |

Assinatura do Paciente ou Responsável

Medicação Administrada por:

SABEMI SEGURADORA S/A

Exames Complementares

23 NOV 2016

Diagnóstico Definitivo

Ass. do Médico

RECEBIDO



FICHA DE OCORRÊNCIA

Documento de Identific:

0006

Página



PREFEITURA MUNICIPAL
DE SENADOR POMPEU

Nome do Paciente

D.N. 02/08/74

Justiano Moreira de Oliveira

Profissão Téc. de enfermagem	Idade 41	Cor PD	Sexo F	Estado Civil Solteira	Naturalidade Sen. Pompeu	Nac. Bras.
---------------------------------	-------------	-----------	-----------	--------------------------	-----------------------------	---------------

Residência
R. Pe. Joacim Lavalante, 366 - Alto da Esperança

Pai
Justiano José de Oliveira

Mãe
Justina Moreira de Oliveira

Responsável
O mesmo

Telefone:

O Paciente chegou ao hospital

Atendimento

Data

Hora

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Andando | <input type="checkbox"/> Regular |
| <input type="checkbox"/> De Automóvel | <input type="checkbox"/> Passando Mal |
| <input type="checkbox"/> Ambulância | <input type="checkbox"/> Comatoso |
| <input type="checkbox"/> Aparentemente bem | <input type="checkbox"/> Com Hemorragia |

29/06/16

19:20

☐ Acidente de Trabalho

Local

Queixa principal e Resumo da Doença Atual

Paciente vítima de acidente automobilístico, com
lesões e dificuldades de movimento, principalmente
extremidades inferiores, com um pé enfiado

DADOS CLÍNICOS

PRESSÃO ARTERIAL		PULSO	TEMPERATURA		PESO
MAX	MIN		AUXILIAR	RETAL	
130	80				

DIAGNÓSTICO

- Acidente automobilístico
- Fratura úlea

TRATAMENTO:

- 1) Dupum 150mg, 19:30
- 2) Alupren 100mg, 19:30
- 3) tramal 100mg, 19:30
- 4) Observação
- 5) Radiografia fêmur esquerdo
- 6) TALA GESSARA

DESTINO DADO AO PACIENTE

- Sócio 7.000
- | | |
|---|--------------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> Residência | <input type="checkbox"/> Internado |
| <input checked="" type="checkbox"/> Em Observação | <input type="checkbox"/> Transferido |
| <input type="checkbox"/> Encaminhado ao Ambulatório | |
| <input type="checkbox"/> Óbito às _____ horas após chegada A.U.E. | |
| <input type="checkbox"/> Óbito sem tratamento | |

Assinatura do Paciente ou Responsável

Medicação Administrada por:

SABEMI SEGURADORA S/A

Exames Complementares

23 NOV 2016

Diagnóstico Definitivo

Ass. do Médico

RECEBIDO

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:

16/12/2016

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:

2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: CRISTIANE MOREIRA DE OLIVEIRA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 00722-6

CONTA: 000000001593-8

Nr. Autenticação

BRADESCO1612201605000000000023700722000000001593236250 PAGO

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA



Eu, Christiane Moreira de Oliveira

RG nº 8997036-94, data de expedição 06/12/94, Órgão SSP-PE

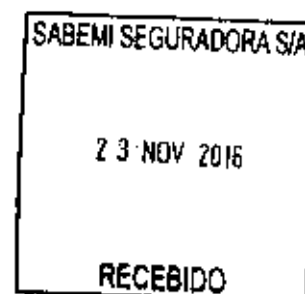
CPF nº 740.306.203-53, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Rua Al. Senador Pompeu,</u>
Número	<u>366</u>
Apto / Complemento	<u>11</u>
Bairro	<u>Centro</u>
Cidade	<u>Senador Pompeu</u>
Estado	<u>Paraíba</u>
CEP	<u>63.600-000</u>
Telefone de Contato	<u>(85) 99989-0779 / 98721-2741</u>
E-mail	<u>11</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Senador Pompeu - PB 15/09/2016

Assinatura do Declarante: Christiane Moreira de Oliveira



Rua Padre Valdevino, 150
CEP 60135-040 Fortaleza CE
CNPJ 07.047.251/0001-70 CGF 06.105.849-3

83840000001-4 14200031000-1 000008665Z0-6 05043936207-1

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA



Eu, Luiziane Moreira de Oliveira

RG nº 8997036-94, data de expedição 06/12/94, Órgão SSP-PE

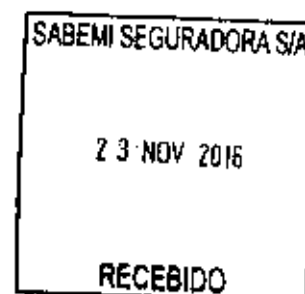
CPF nº 740.306.203-53, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Rua Al. Senador Pompeu,</u>
Número	<u>366</u>
Apto / Complemento	<u>11</u>
Bairro	<u>Centro</u>
Cidade	<u>Senador Pompeu</u>
Estado	<u>Paraíba</u>
CEP	<u>63.600-000</u>
Telefone de Contato	<u>(85) 99989-0779 / 98721-2741</u>
E-mail	<u>11</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Senador Pompeu - PB 15/09/2016

Assinatura do Declarante: Luiziane Moreira de Oliveira



86652-0

Rua Padre Valdeirino, 150
CEP 50135-040 Fortaleza CE
CNPJ 07.047.231/0001-70 CGF 05.105.849-3

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA (GRUPO B - SÉRIE B-1) 119

Rota 12 14000 05 155750 - 7 Data de Emissão 19/08/2016

Nome CRISTINA MOREIRA DE OLIVEIRA

End. Postal PE JOACY CAVALCANTE 00366

- SENADOR POMPEU - 63600000

Medidor 14230446

Posto 0000 0000

Classe 01-RESIDENCIAL MONOFASICO BAIXA RENDA Tar de Patêda 0,00

RG / CPF / CNPJ 518908953-34

CGF

Nome do Responsável

DATAS

Data de Apresentação
Ago/2016 9/08/2016 09/09/2016

ÍNDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

Voto a Legendado e Voto de Legenda

Conjunto SENADOR POMPEU

Mês Jun/2015 R\$ 27,06

DICI = 0,00 P

ICMS

Base de Cálculo (R\$) Alíquota Valor do Imposto
117,34 2,00% 31,68

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

4034.0443.9999.8896.6405.6892.9324

	Padrão Individual			Apuração Individual		
	Mensal	Títim.	Anual	Mensal	Títim.	Anual
DIC	5,43	50,86	21,73	0,88	5,13	0,88
HC	0,36	5,72	13,43	0,08	1,80	0,88
DMIC	0,11			0,00		

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Let. Anual	Let. Anual	Conv.	Consumo (kWh)	Conv. Ind.	Conv. Ind.	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
18923	18748	1,00	175	0,09	39	0,45232	75,64
					15	0,45232	43,58
19/08/16	19/08/16		31 DRS		175		55,46

DESCRIÇÃO	VALOR (R\$)
VALOR CONSUMO DO MÊS	80,46
ICMS COMPLEMENTAR BAIXA RENDA-CONV CONFAZ 079	9,96
MULTA MORATORIA REF 05/2016	2,10
JUROS DO MÊS	0,23
ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL	20,20
PIS-COFINS COMPLEMENTAR-TARIFA BAIXA RENDA	1,25

19/09/2016

114,20

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)

	Jul	Ago	Sep	Out	Nov	Dez	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun
Energia	179	175	187	181	194	176	189	214	162	180	171	152
Transmissão												
Distribuição												
Encargos Setoriais												
Tributos (ICMS PIS/COFINS)												
TOTAL	91,67											

Consumo de Energia Elétrica em kWh: 175
Valor em R\$: 75,64
Valor em R\$: 0,00

Cometa desta fatura R\$ 0,36 referente a PIS e COFINS.
Valor: R\$ 0,36 - PIS: R\$ 0,18 - COFINS: R\$ 0,18

SABEMI SEGURADORA S/A

23 NOV 2016

RECEBIDO

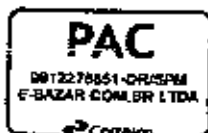
86652-0
19/08/2016
443057141
Ago/2016
114,20
0000086652 00504 39362 77

8384000001-4 14200031000-1 00000866520-6 05043936207-1





0018
Incorporada



mercado
livre

NF: 2473095

PLP: 53521890

PN066647719BR



Destinatário:

Edilene Soares - Avenida Francisco França Cambráia 970 -
Zona Urbana - Senador Pompeu
63600-000 - Ceará



Obs:

Remetente:

alessandro dias - QI 4 Conjunto B 35 - GUAR I - Brasília
71010-022 - Distrito Federal

Importante: Informamos que o Mercado Livre só se limita a publicação de anúncios on-line e não é o proprietário, não guarda posse, não vende e não é responsável pelas bens ou serviços ou conteúdo que são oferecidos neste portal, sendo a pessoa fornecendo neste anúncio o vendedor e responsável pelo bem enviado.

SABEMI SEGURADORA S/A

23 NOV 2016

RECEBIDO

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3160709031 **Cidade:** Senador Pompeu **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: CRISTIANE MOREIRA DE OLIVEIRA **Data do acidente:** 29/06/2016 **Seguradora:** SUHAI SEGUROS S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DA ULNA ESQUERDA.

Descrição do exame médico pericial: APRESENTA LIMITAÇÃO DE FLEXO-EXTENSÃO DO PUNHO COM EDEMA RESIDUAL, DIMINUIÇÃO DA FORÇA DE SUSTENTAÇÃO DO MEMBRO COM DISCRETA HIPOTROFIA MUSCULAR.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR COM MEDICAÇÃO, REPOUSO, IMOBILIZAÇÃO GESSADA POR 30 DIAS, FISIOTERAPIA (15SS).
SEM COMPLICAÇÕES.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 14/12/2016

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Greive Freitas Cavalcante

CRM do médico: 9050

UF do CRM do médico: CE

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

PRESTADOR

SAUDESEG SISTEMAS DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: LUIZ DE LIMA CASANOVA NETO

CRM do médico: 17761

UF do CRM do médico: PE

Assinatura do médico:





TRANSO
Boletim de Notícias

DECLARAÇÃO

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

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória. A recusa em fornecer as informações e documentos requisitados neste formulário não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

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

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu EDILENE SOARES ROCHA, portador(a) da CNH nº 04675350149, expedido por DETRAN/CE, em 13/11/2012, CPF/CNPJ nº 25.409.016/0001-83, na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário (a)

CRISTIANO MORAES DE OLIVEIRA

do sinistro de DPVAT da natureza INVALIDEZ da vítima

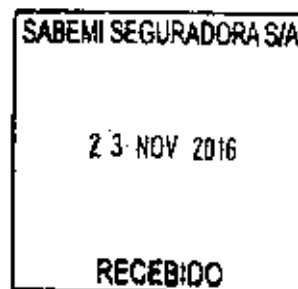
CRISTIANE MORAES DE OLIVEIRA

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

Profissão: AUTÔNOMO Renda Mensal: RECUSO DECLARAR

Documentos comprobatórios: RECUSO INFORMAR.

Edilene Soares Rocha
ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO



FICHA DE OCORRÊNCIA

Documento de Identificação



PREFEITURA MUNICIPAL
DE SENADOR POMPEU

Nome do Paciente

D.N. 02/08/74

Justino Moreira de Oliveira

Profissão	Idade	Cor	Sexo	Estado Civil	Naturalidade	Nac.
Téc. de enfermagem	42	PD	F	solteira	Sen. Pompeu	Bras.

Residência
R: R. Joacim Lavalante, 366 - alto da Esperança

Pai Justino José de Oliveira

Mãe Justina Moreira de Oliveira

Responsável: a mesma Telefone:

O Paciente chegou ao hospital		Atendimento	Data	Hora
<input type="checkbox"/> Andando	<input type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Acidente de Trabalho	29/06/16	19:20
<input type="checkbox"/> De Automóvel	<input type="checkbox"/> Passando Mal			
<input type="checkbox"/> Ambulância	<input type="checkbox"/> Comatoso			
<input type="checkbox"/> Aparentemente bem	<input type="checkbox"/> Com Hemorragia	Local		

Queixa principal e Resumo da Doença Atual
Paciente vítima de acidente automobilístico ocorrido com seu carro de deslocamento de movimento para esquerda, colidindo com outro veículo vindo de esquerda, com um pneu perfurado.

DADOS CLÍNICOS						DIAGNÓSTICO
PRESSÃO ARTERIAL		PULSO	TEMPERATURA		PESO	
MAX	MIN		AUXILIAR	RETAL		
130	80					- Acidente automobilístico - Fratura úlea

TRATAMENTO:

- 1) Dexametasona 12mg, 19:30
- 2) Analgésico 10mg, 19:30
- 3) Analgésico 10mg, 19:30
- 4) Observação
- 5) Redução de membro esquerdo
- 6) TALA GESSARA

SABEMI SEGURADORA S/A
23 NOV 2016
RECEBIDO

<p>DESTINO DADO AO PACIENTE</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Saída 7:00h</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Residência <input type="checkbox"/> Internado</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Em Observação <input type="checkbox"/> Transferido</p> <p><input type="checkbox"/> Encaminhado ao Ambulatório</p> <p><input type="checkbox"/> Óbito às _____ horas após chegada A.U.E.</p> <p><input type="checkbox"/> Óbito sem tratamento</p>	<p>Medicação Administrada por</p> <p>Exames Complementares</p> <p>Diagnóstico Definitivo</p> <p>Ass. do Médico</p>
Assinatura do Paciente ou Responsável	

ESTADO DO CEARÁ
PREFEITURA MUNICIPAL DE SENADOR POMPEU
Secretaria de Saúde e Saneamento
Sistema Único de Saúde



ATESTADO

Atesto para os devidos fins, que CRISTIANE NOZEM

FE OLIVEIRA

recebeu atendimento médico em:

30/06/16 com diagnóstico de: Enatuna

CID: S52.0

o(a) mesmo(a) está necessitando de: 10 (DEZ) dias de licença do
trabalho, a partir da data do atendimento.

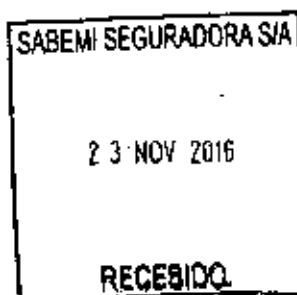
Senador Pompeu-Ce, 30/06/2016.

Dr. Antonio Gaspar do Vale Neto
Médico
CREC 15.686

MÉDICO/CRM

003, 10/4

003, 10/4





Dr. F^{co} Costa Neto

Membro Titular da Sociedade Brasileira
de Ortopedia e Traumatologia

Residência Médica em Ortopedia/Traumatologia
pelo Instituto Dr. José Frota - IJF

Atestado Médico

Atesto que CRISTIANE MORAES DE
OLIVEIRA encontra-se em recuperação
por CID S52.6, necessitando
de 30 (trinta) dias de afastamento
de suas atividades laborais

Dr. Fco Costa Neto
Ortopedista/Traumatologista
CRM: 12554 TEOT: 14744

07/07/16

• CLÍNICA E CIRÚRGIA • TRAUMATOLOGIA GERAL • ORTOPEDIA DO IDOSO
• ORTOPEDIA INFANTIL E DO ADULTO • MEDICINA DO ESPORTE

SABEMI SEGURADORA S/A

23 NOV 2016

RECEBIDO



Dr. F^{co} Costa Neto

Membro Titular da Sociedade Brasileira
de Ortopedia e Traumatologia

Residência Médica em Ortopedia/Traumatologia
pelo Instituto Dr. José Frota - IJF

Cristiane Moreira da Oliveira

Alcance 1000 - 01/12/12

Dr. Fco Costa Neto
Ortopedista Traumatologista
CRM: 12854 TEOT: 14744

07.07.16

• CLÍNICA E CIRURGIA • TRAUMATOLOGIA GERAL • ORTOPEDIA DO IDOSO
• ORTOPEDIA INFANTIL E DO ADULTO • MEDICINA DO ESPORTE

SABEMI SEGURODORA S/A

23 NOV 2016

RECEBIDO



Dr. F^{co} Costa Neto

Membro Titular da Sociedade Brasileira
de Ortopedia e Traumatologia

Residência Médica em Ortopedia/Traumatologia
pelo Instituto Dr. José Frota - IJF

CRISTIANE MORAES DE OLIVEIRA

RX do PUNHO (E) PP
P

Dr. Fco Costa Neto
Ortopedista e Traumatologista
CRM: 12654 TEOT: 14744

• CLÍNICA E CIRURGIA • TRAUMATOLOGIA GERAL • ORTOPEDIA DO IDOSO
• ORTOPEDIA INFANTIL E DO ADULTO • MEDICINA DO ESPORTE

SABEMI SEGURADORA S/A

23 NOV 2016

RECEBIDO -



Dr. F^{co} Costa Neto

Membro Titular da Sociedade Brasileira
de Ortopedia e Traumatologia

Residência Médica em Ortopedia/Traumatologia
pelo Instituto Dr. José Frota - IJF

- Pl Cristiane - Membro do Conselho

Gesso tipo lua em membro superior esquerdo
por 3 semanas.



Dr. Fco Costa Neto
Ortopedista e Traumatologista
CRM: 12654 TEOT: 14744

07.02.16

• CLÍNICA E CIRURGIA • TRAUMATOLOGIA GERAL • ORTOPEdia DO IDOSO
• ORTOPEdia INFANTIL E DO ADULTO • MEDICINA DO ESPORTE

SABEMI SEGURODORA S/A

23 NOV 2016

RECEBIDO



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO

CRISTIANE MOREIRA DE OLIVEIRA

02-08-74

Senador Pompeu - CE

Cert. Nasc. 36520 lv. A-55 fl. 99v

Cart. Senador Pompeu - CE

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO

CRISTIANE MOREIRA DE OLIVEIRA

02-08-74

Senador Pompeu - CE

Cert. Nasc. 36520 lv. A-55 fl. 99v

Cart. Senador Pompeu - CE

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO

CRISTIANE MOREIRA DE OLIVEIRA

02-08-74

Senador Pompeu - CE

Cert. Nasc. 36520 lv. A-55 fl. 99v

Cart. Senador Pompeu - CE

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO

CRISTIANE MOREIRA DE OLIVEIRA

02-08-74

Senador Pompeu - CE

Cert. Nasc. 36520 lv. A-55 fl. 99v

Cart. Senador Pompeu - CE

SADEM SEGURADORA S/A

23 NOV 2016

RECEBIDO



Ministério da Fazenda
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **740.306.203-53**

Nome da Pessoa Física: **CRISTIANE MOREIRA DE OLIVEIRA**

Data de Nascimento: **02/08/1974**

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data da Inscrição: **13/03/1995**

Digito Verificador: **00**

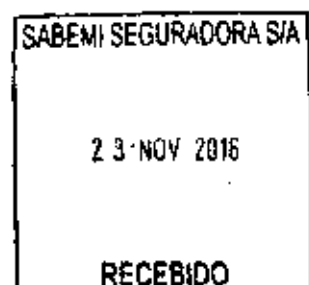
Comprovante emitido às: **12:05:40** do dia **08/10/2016** (hora e data de Brasília).

Código de controle do comprovante: **C56F.BDA6.94BC.FB34**

A autenticidade deste comprovante deverá ser confirmada na página da Secretaria da Receita Federal do Brasil na Internet, no endereço www.receita.fazenda.gov.br.

Este documento não substitui o "Comprovante de Inscrição no CPF".

(Modelo aprovado pela IN/RFB nº 1.548, de 13/02/2015.)



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
- MINISTÉRIO DAS CIDADES -

DETRAN - CE Nº 012261142635
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

PPF 01 0115517069 00000000 2015

CRISTIANE KNEHA DE OLIVEIRA

SENADOR POMPEU / CE

74030620353 6559660/CE

0115517069 00000000 221078

PAS/MOTOCICLO 125CC 125CC
GASOL/ALCO

MARCA / MODELO HONDA / NY 150 DATE 150
ANO FAB. 2014 ANO MOD. 2014

CAP / POT / CIL 2P / 0CV / 149CC
CATEGORIA PARTIC
DOP. PREDOMINANTE BRANCA

COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA
1 ***** 1 *****
2 ***** 2 *****
3 ***** 3 *****

FADIA (RVA) PARCELAMENTO / COTAS

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) IOF (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO

OBSERVAÇÕES

LOCAL SENADOR POMPEU DATA 08/12/2015

Ilson Ponte
Superintendente de Registro DETRAN - CE

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESS
AUTOMÓTORES DE VIA TERRESTRE, Q
TRANSPORTADAS QU'NA



CE Nº 012261142635 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.dpvatsegurodotransito.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO 2015 DATA EMISSÃO 08/12/2015

VIA 01 CPF / CNPJ 74030620353 PLACA 6559660

RENAVAM 0115517069 MARCA / MODELO HONDA / NY 150 DATE 150

ANO FAB. 2014 CAT. DOP. 09 Nº CASSI 9C2KD0556ER221078

PRÊMIO TARIFÁRIO

FMS (R\$) 129,04	DETRAN (R\$) 14,34	CUSTO DO SEGURO (R\$) 143,38
CUSTO DO BILHETE (R\$) 4,18	IOF (R\$) 1,11	TOTAL DO SEGURO (R\$) 292,01

PAGAMENTO * COTA ÚNICA PARCELADO DATA DE QUITAÇÃO 07/12/2015

SEGURADORA LÍDER - DPVAT
CNPJ 06.245.659/0001-04
www.seguradoralider.com.br

MOTOR: KU05E5E221078 94429



Vítima, proprietária do veículo.

SABEMI SEGURADORA S/A

23 NOV 2016

RECEBIDO



0029

INSTRUÇÕES PARA PAGAMENTO:
ESTE DOCUMENTO POSSUI DOIS EXTRATOS PARA PAGAMENTO, REFERENTES AO: (1) LICENCIAMENTO DO VEÍCULO E (2) SEGURO OBRIGATÓRIO, DEVENDO SER PAGO OS DOIS EXTRATOS PARA PLENA REGULARIZAÇÃO DO VEÍCULO.

Imatriculação
INTERIOR**2015****EXTRATO DE LICENCIAMENTO**

Documento de Arrecadação

Nº Doc. 1.50017749-8

Vencimento: 10/12/2015

Placa: OSS9560				Exercício: 2015	Folhas(s): 1/1
Órgão	Taxa de Licenciamento / Multas	Cód.	Nº AIT	Valor (R\$)	
	TAXA DE LICENCIAMENTO 2015	201		53,42	
	TAXA DE POSTAGEM DE DOCUMENTOS (CRLV) 2015	275		10,01	
Taxa de Licenciamento (R\$): 63,43		Multas (R\$): 0,00		Lic. + Multas (R\$): 63,43	

**EXTRATO DO SEGURO OBRIGATÓRIO**

Seguro Obrigatório Danos Pessoais

Nome: CRISTIANE MOREIRA DE OLIVEIRA		CPF/CGC: 740.306.203-53	Placa: OSS9560
Exercício: 2015	Prêmio Líquido: 290,90	IOF (0,38%): 1,11	Prêmio Total (R\$): 292,01

Autenticação Licenciamento

Autenticação Seguro Obrigatório

SABEMI SEGURADORA S/A

23 NOV 2016

RECEBIDO

CAIXA Loterias

CAIXA LOTERIAS S.A.
 Rua da Assembleia, 15 - Centro - São Paulo - SP
 CEP: 01302-900
 Fone: (011) 3000-1000
 Fax: (011) 3000-1000
 E-mail: caixa@caixa.gov.br
 Site: www.caixa.gov.br
 Valor do prêmio: R\$ 1.000.000,00
 Data de sorteio: 23/11/2016
 Hora de sorteio: 20h00
 Valor do prêmio: R\$ 1.000.000,00
 Data de sorteio: 23/11/2016
 Hora de sorteio: 20h00
 Valor do prêmio: R\$ 1.000.000,00
 Data de sorteio: 23/11/2016
 Hora de sorteio: 20h00

CAIXA Loterias

CAIXA Loterias

CAIXA LOTERIAS S.A.
 Rua da Assembleia, 15 - Centro - São Paulo - SP
 CEP: 01302-900
 Fone: (011) 3000-1000
 Fax: (011) 3000-1000
 E-mail: caixa@caixa.gov.br
 Site: www.caixa.gov.br
 Valor do prêmio: R\$ 1.000.000,00
 Data de sorteio: 23/11/2016
 Hora de sorteio: 20h00
 Valor do prêmio: R\$ 1.000.000,00
 Data de sorteio: 23/11/2016
 Hora de sorteio: 20h00
 Valor do prêmio: R\$ 1.000.000,00
 Data de sorteio: 23/11/2016
 Hora de sorteio: 20h00

CAIXA Loterias

23 NOV 2016

SABEMI SEGURADORA S/A
 RECEBIDO

* Conduzia o veículo no acidente

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL		
MINISTÉRIO DAS CIDADES		
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO		
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO		
NOME: JOSE LUCIANO LOPES DO NASCIMENTO		
	DOCUMENTOS / CATEGORIAS B	
	33297912001	SERPOC CE
	CNPJ	
	998.368.903-00	DATA EMISSÃO: 07/08/1983
FAMÍLIA		
JOSE COSTA DO NASCIMENTO		
RITA LOPES DO NASCIMENTO		
PATRONATO	APC	CATEGORIA
<input type="checkbox"/> FISCAL	<input checked="" type="checkbox"/> PROFISSIONAL	<input type="checkbox"/> OUTRO
VALORES	Emissão	
Valor: R\$ 1.000,00	Data: 26/06/2009	
Observações:		
Sem observação.		
<i>Santi Guerra Lopez de Montoya</i>		
Assessoria Técnica		
IDM	DATA	VALOR
GULHADA, CE		R\$ 800,00
		31/03/2014
<i>[Signature]</i>		18317151408
ASSINATURA DO DETENTOR		CE141028114

SABEMI SEGURODORA S/A

23 NOV 2016

RECEBIDO

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180234637

Cidade: Aracaju

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: JONAS DE JESUS RAMOS

Data do acidente: 22/06/2014

Seguradora: Sabemi Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 31/08/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA DE FACE
FRATURA DE PUNHO DIREITO

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO E ALTA MÉDICA

Sequelas permanentes: DANO PERMANENTE PARCIAL INCOMPLETO DE REPERCUSSÃO INTENSA EM 2º QUIRODÁCTILO E PUNHO DIREITOS

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: DEFICIT FUNCIONAL LEVE DO 2º QUIRODÁCTILO E PUNHO DIREITOS

Documentos complementares:

Observações: Nº DO LAUDO 8199/2015
DATA DO LAUDO 04/11/2015
DE ACORDO COM O QUESITO 6º.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	10 %	Em grau leve - 25 %	2,5%	R\$ 337,50
Total			8,75 %	R\$ 1.181,25

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ3

Nome: Paula Dias Carneiro

CRM: 52730980

UF do CRM: RJ

Assinatura:

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3160709031 **Cidade:** Senador Pompeu **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: CRISTIANE MOREIRA DE OLIVEIRA **Data do acidente:** 29/06/2016 **Seguradora:** SUHAI SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 06/12/2016

Valoração do IML: 0

Diagnóstico: FRATURA DE ULNA ESQUERDA E ESCORIAÇÕES

Resultados terapêuticos: A ESCLARECER

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: A DOCUMENTAÇÃO APRESENTADA NÃO PERMITE AVALIAR SEQUELAS

DANOS

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

PRESTADOR

VISÃO MÉDICA LTDA

Nome do médico: JORGE ALBERTO C DE SOUZA

CRM do médico: 52.37730-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3160709031 **Cidade:** Senador Pompeu **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: CRISTIANE MOREIRA DE OLIVEIRA **Data do acidente:** 29/06/2016 **Seguradora:** SUHAI SEGUROS S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DA ULNA ESQUERDA.

Descrição do exame médico pericial: APRESENTA LIMITAÇÃO DE FLEXO-EXTENSÃO DO PUNHO COM EDEMA RESIDUAL, DIMINUIÇÃO DA FORÇA DE SUSTENTAÇÃO DO MEMBRO COM DISCRETA HIPOTROFIA MUSCULAR.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR COM MEDICAÇÃO, REPOUSO, IMOBILIZAÇÃO GESSADA POR 30 DIAS, FISIOTERAPIA (15SS).
SEM COMPLICAÇÕES.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 14/12/2016

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Greive Freitas Cavalcante

CRM do médico: 9050

UF do CRM do médico: CE

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

PRESTADOR

SAUDESEG SISTEMAS DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: LUIZ DE LIMA CASANOVA NETO

CRM do médico: 17761

UF do CRM do médico: PE

Assinatura do médico:



PROCURAÇÃO PARTICULAR



Comprovação da autenticidade

OUTORGANTE (Beneficiário)

Nome: CRISTIANE MORAES DE OLIVEIRA
Nacionalidade: BRASILEIRA Estado Civil: SOLTEIRA
Profissão: TIC de Enfermagem
Identidade: 9997036-94 CPF: 740.306.903-93
Endereço: Rua: Rte. Senador Pompeu, 366
Bairro: Centro
Cidade: Senador Pompeu CEP: 63.600-000

OUTORGADO (Procurador)

Edilene Soares Rocha MEI, CNPJ nº 25.409.016/0001-83 com endereço profissional
Av. Francisco França Cambraia, 970, Bairro: Centro: Cidade: Senador Pompeu- Ceará,
CEP: 63.600-000.

Com este documento particular de procuração, autorizo ao meu procurador representar-me perante a Seguradora Líder dos Consórcios DPVAT ou qualquer outra Seguradora conveniada ao Seguro Obrigatório DPVAT, para que em meu nome possa efetuar assinaturas nos formulários relacionados ao Seguro Obrigatório DPVAT e para acompanhamento de meu(s) sinistro(s) DPVAT, no entanto esta procuração NÃO oferece poderes para que meu procurador ou qualquer outra pessoa receba a indenização em meu nome.

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado acima qualificado, a quem confio **poderes específicos** para representar-me perante a **Seguradora Líder dos consórcios DPVAT** ou qualquer outra Seguradora conveniada ao Seguro Obrigatório DPVAT, podendo para tanto efetuar em meu nome assinaturas nos formulários de Protocolo de Recepção de Documentos, Autorização de Pagamento de Indenização do Seguro DPVAT, Declaração de Ausência de Laudo, do IML e demais documentos e formulários relacionados ao Seguro Obrigatório DPVAT, podendo ainda acompanhar meu sinistro perante qualquer Seguradora, requerer e assinar em meu nome o que necessário for, enfim praticar todos os atos de direito, permitidos para perfeito cumprimento deste mandato; da qual figura como vítima, CRISTIANE MORAES DE OLIVEIRA

Cartório do Distrito Judiciário
do Bonfim - Distrito de Bonfim
Piauí - CEP 63600-000
Rua: Rte. Senador Pompeu, 366
Bairro: Centro
Cidade: Senador Pompeu - Ceará
CEP: 63.600-000

RECONHECIMENTO
Recorrido ao alvará nº 11 de 1997
007500267

Em test.
por autenticidade
por Semelhança. Dou fé.
do verídico

Benedito S. Pontes
Escritor

Marta Nélva Pinheiro
Oscilata Kriehina
Marta Nélva Pinheiro
Rua: Rte. Senador Pompeu, 366
Bairro: Centro
Cidade: Senador Pompeu - Ceará
CEP: 63.600-000

Sen. Pompeu - CE, 07 de Outubro de 2016

CRISTIANE MORAES DE OLIVEIRA

Assinatura do Outorgante (Beneficiário)

SABEMI SEGURADORA S/A

23 NOV 2016

RECEBIDO