

**Registro de Atendimento
Emergencial**

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL						DATA/HORA: 25/10/2017 20:10:57	
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE							
CNS	70097812099992	NOME	LUIZA FEIJO ALVES			Registro	5529891
CPF	00046209325	RG	99010263455	D. NASC	18/02/1997	ESTADO CIVIL	SEXO F
NOME DA MÃE		MARIA LAURA ALVES FEIJO		NOME DO PAI		LUIZ DE BÓIS XAVENES FEIJO	
TIPO DE LOGRADOURO, Rua		ENDERECO DO PACIENTE		1022	Nº	25	BAIRRO: CONTANTO CEARA
COMPLEMENTO		TELEFONE CONTATO	34892085	MUNICIPIO	FORTALEZA	UF: CE	CEP: 60532710
IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL							
NOME		MARIA CLEIRISMAR ALVES FEIJO		PARENTESCO	IRMA	TELEFONE	34892085
ACIDENTE DE TRABALHO							
TIPO DE VINCULO:		CBO DO EMPREGADO	CNPJ DO EMPREGADOR		COSIDO DO DNAER:		
ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO							
MOTIVO DE ATENDIMENTO: Adenites com pedestre, Pedestre traumatizado em colisão com um veículo a pedal.							
QUEIXAS: pedestre esmagada por carro na 2ª taxa e dor lombar							
OBSERVAÇÕES: taxa dor moderada							
SINAIS VITAIS							
LOCAL DA OCORRÊNCIA: Área Pública		Escala de Dor	Modesto	PRIORIDADE DE ATENDIMENTO: LARANJA			
ESPECIALIDADE DO ATENDIMENTO:							
ATENDIMENTO MÉDICO							
Assinatura do Médico PROTOCOLO - 101 RAE TIRADA NO SISTEMA E-SUS DATA 25/10/2017 ASSINATURA DO SERVIDOR(A)							
TEMPO NECESSÁRIO PARA OBSERVAÇÃO							
EXAMES COMPLEMENTARES SOLICITADOS							
ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE							
DATA E HORA DO ATENDIMENTO				CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA:			

Documentação médica - hospital



RELATÓRIO MÉDICO

Relato, para os devidos fins, junto ao DPVAT, que o Sr.(a):

Luís Freixo Alves

vítima de acidente de trânsito, em 20/12, sofreu

TRM Counter
Fracture as well as Counter C1
Cid. - S 32.0

e submeteu-se a tratamento(s):

Thompson's Circumlocution
College ~~is~~ ^{is} ~~not~~
the same

encontra-se de alta clínica, e apresenta invalidez permanente, com grau de incapacidade funcional irreversível de:

Poder de desforço no
 mesmo local. que importa
 para membros inferiores, Orumais
 do fango de membro inferior
 Orumais. Uma fada general
 no mesmo. Um fado A
 fletis do colunna. Um proce-
 timento general. Preparado de
 fidele. A 10 m. de afirmitis

20.07.2018

Fco. Mardônio Salgueiro Almeida
Ortopedia - Traumatologia

~~SECRET~~

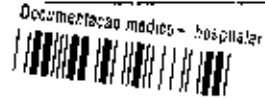
Francisco Marjônio Salmito de Almeida

EXHIBIT 45:



LAUDO MÉDICO

RELATÓRIO DE ALTA



Nome: LUÍZA FEIJÓ ALVES

Idade: 51 anos meses

Prontuário: _____ Unidade: 18

Leito: 30

RESUMO CLÍNICO

Evolução/Intercorrências/Medicações relevantes:

Paciente sofreu acidente automobilístico com TCE e concussão e
trauma cervical. Realizou pericetomia exploradora com retirada
de corpo estranho + limpeza + exposição de estruturas pericetose. Drenos
retirados no 3º PO. Evoluiu bem com dieta, sem queixas.
Alta dia 08/10/17.

Diagnóstico Principal: Lesão perfurante da pericetia

Diagnósticos Secundários: _____

Síndromas Apresentadas: _____

Procedimentos Cirúrgicos: () Não

1- Cirurgia realizada: pericetomia

Cirurgião: Dr. FERNANDO Holanda

Tipo de anestesia/Sedação: _____ Data: 29/09/17

2- Cirurgia realizada: _____

Cirurgião: _____

Tipo de anestesia/Sedação: _____ Data: ____/____/____

3- Cirurgia realizada: _____

Cirurgião: _____

Tipo de anestesia/Sedação: _____ Data: ____/____/____

4- Cirurgia realizada: _____

Cirurgião: _____

Tipo de anestesia/Sedação: _____ Data: ____/____/____

5- Cirurgia realizada: _____

Cirurgião: _____

Tipo de anestesia/Sedação: _____ Data: ____/____/____

6- Cirurgia realizada: _____

Cirurgião: _____

Tipo de anestesia/Sedação: _____ Data: ____/____/____

Procedimentos Invasivos/Exames

() Sim () Não

1- _____ Data: ____/____/____

2- _____ Data: ____/____/____



3-	Data	/	/
4-	Data	/	/
5-	Data	/	/
6-	Data	/	/

Condições de Alta/Transferência
Curado ☒ Melhorado () Inalterado () Óbito ()
Destino: Residência ☒ Atendimento domiciliar () Transferência para: _____
Retornar: ☒ Ambulatório em _____ Dr.(a) _____
Observações: 1) Retornar ao ambulatório de Cirurgias Gerais em 30 dias
2) Se houverem melhorias, retornar ao Ambulatório de Cirurgias Gerais
3) Se não houver melhorias, retornar ao Hospital JF
4) Seguir tratamento

Data: 08/10/17

Médico: [Assinatura]
CRM/Carimbo: _____

Escritório Autorizado
ALEXANDRA ALMEIDA LUCAS

CARTÓRIO DE REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS DO DISTRITO DE JUREMA
Oficina
Rua do Comércio, 21
Cidade de Jurema
Parque União - Ceará
(85) 3237-1871
(85) 8778-1318

REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS DO DISTRITO DE JUREMA

Cartório de Jurema - Tel: 3237-1871
Rm: Claudete Carneiro Bezerra - Tábua 1
Caratula que apresenta cópia fotostática
reproduzida (fot) do original
Do que dou fé. Ceará - CE 21 de março de 2011
Salvo(s): 195588-HOMENAGEM

99556101

99010259454 DATA DE EXPEDIENTE 06/03/2011

LEZZA FEIJÓ ALVES
ALUGO
LUIZ DE BONS KINENES FEIJÓ
MARIA LAURA ALVES FEIJÓ

DATA DE NASCIMENTO 18/03/1967

END. ORDEM
277. CASAMENTO - CARTÓRIO: PARANGABA TERMO: 16270 FOLHA: 465
CE: 8-28 FORTALEZA - CE
CEP: 402.893-25

Assinatura do Diretor

LE Nº 7.116 DE 20/04/03

MINISTÉRIO DA FAZENDA
Receta Federal

CPF

000.482.093-26

LEZZA FEIJÓ ALVES

99556101

Documentos de Identificação

Escritório Autorizado
ALEXANDRA ALMEIDA LUCAS

REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS DO DISTRITO DE JUREMA
Cartório de Jurema - Tel: 3237-1871
Rm: Claudete Carneiro Bezerra - Tábua 1
Caratula que apresenta cópia fotostática
reproduzida (fot) do original
Do que dou fé. Ceará - CE 21 de março de 2011
Salvo(s): 195588-HOMENAGEM

99556101

ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA FORENSE DO ESTADO DO CEARÁ
COORDENADORIA DE IDENTIFICAÇÃO HUMANA E PERÍCIA CRIMINAL

Cartão de Identificação

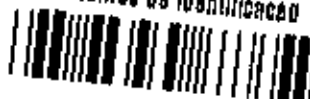
Nome: LEZZA FEIJÓ ALVES

CPF: 000.482.093-26

Assinatura: [Assinatura]

Caratula que apresenta cópia fotostática reproduzida (fot) do original

Documentos de identificação



CPF: 0259454

24.03.2011

IZA FEIJÓ ALVES

LIZ DE SOIS XIMENES FEIJÓ

MARIA LAURA ALVES FEIJÓ

CE

DATA DE NASCIMENTO
18/03/1967

END. CASAMENTO - CARTÓRIO: PARANGABA TERMO: 16273 FOLHA: 845
24.03.2011 FORTALEZA - CE
12.893.25



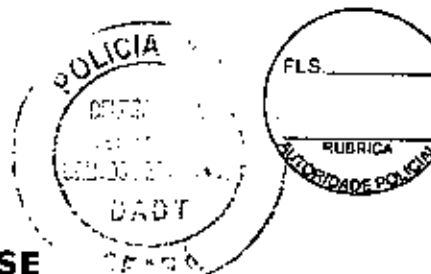
Receita Federal

CPF

Receita Direta



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO



GUIA POLICIAL À PERÍCIA FORENSE

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 5555 / 201

GUIA Nº 301 - 1201 / 2017

FORTALEZA, 31 de Outubro de 2017

Natureza do Exame: CORPO DE DELITO



Requisito à Perícia Forense o exame LESAO CORPORAL da pessoa abaixo qualificada:

Nome: LUIZA FEIJO ALVES

Nacionalidade: BRASIL

Data de Nascimento: 18/03/1967

Grau de Instrução: ALFABETIZADO

Filiação: LUIS DE BOIS XIMENES FEIJO

MARIA LAURA ALVES FEIJO

Documento de Identificação: RG

Órgão Emissor: SSP

Residência: RUA 1022, 25 4ª ETAPA, CONJUNTO CEARA - FORTALEZA/CE

Local da Ocorrência: AV H, CONJUNTO CEARA - FORTALEZA/CE

Data e Hora da Ocorrência: 26/09/2017 19:00

Observação: AFIRMA TER SIDO VITIMA DE ACIDENTE DE TRANSITO, GUIA COM FINS PARA DPVAT

Laudo para: DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO

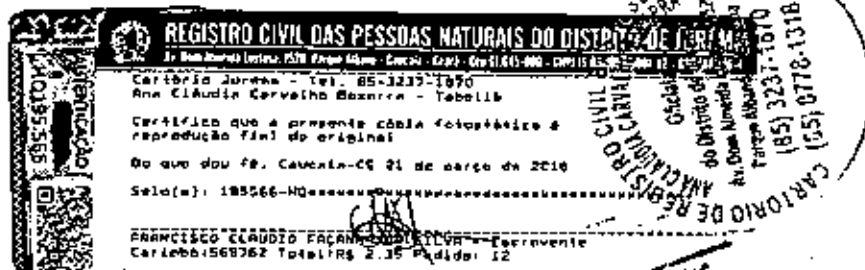
Naturalidade: MERUOCA/CE

Estado Civil: CASADO(A)

Profissão: DO LAR

Número: 99010259456

UF:



ALEXANDRA ALMEIDA LUCAS
Escrevente Autorizada

DELEGADO(A) DIANA MÁRCIA NOGUEIRA SURIMÃ - 012875-1-6

TERMO DE RECEBIMENTO DE GUIA POLICIAL À PERÍCIA FORENSE

Declaro que recebi da **DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO** a Guia de número **1201 / 2017** do município de **FORTALEZA**.



COMANDO DO ESTADO DO CEARÁ
DEPARTAMENTO DE TRÁFICO
DEPARTAMENTO DE TRÁFICO

DEPARTAMENTO DE TRÁFICO

DEPARTAMENTO DE TRÁFICO

DEPARTAMENTO DE TRÁFICO

DEPARTAMENTO DE TRÁFICO

DEPARTAMENTO DE TRÁFICO

DEPARTAMENTO DE TRÁFICO

DEPARTAMENTO DE TRÁFICO

DEPARTAMENTO DE TRÁFICO

DEPARTAMENTO DE TRÁFICO

DEPARTAMENTO DE TRÁFICO

DEPARTAMENTO DE TRÁFICO

DEPARTAMENTO DE TRÁFICO

DEPARTAMENTO DE TRÁFICO

DEPARTAMENTO DE TRÁFICO

DEPARTAMENTO DE TRÁFICO

DEPARTAMENTO DE TRÁFICO

DEPARTAMENTO DE TRÁFICO

DEPARTAMENTO DE TRÁFICO

DEPARTAMENTO DE TRÁFICO

DEPARTAMENTO DE TRÁFICO

DEPARTAMENTO DE TRÁFICO

DEPARTAMENTO DE TRÁFICO

DEPARTAMENTO DE TRÁFICO

DEPARTAMENTO DE TRÁFICO

DEPARTAMENTO DE TRÁFICO

DEPARTAMENTO DE TRÁFICO

DEPARTAMENTO DE TRÁFICO

DEPARTAMENTO DE TRÁFICO

DEPARTAMENTO DE TRÁFICO

DEPARTAMENTO DE TRÁFICO

DEPARTAMENTO DE TRÁFICO

DEPARTAMENTO DE TRÁFICO

DEPARTAMENTO DE TRÁFICO

DEPARTAMENTO DE TRÁFICO

DEPARTAMENTO DE TRÁFICO

DEPARTAMENTO DE TRÁFICO

DEPARTAMENTO DE TRÁFICO

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180163164 **Cidade:** Fortaleza **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LUIZA FEIJO ALVES **Data do acidente:** 26/09/2017 **Seguradora:** PREVIMIL VIDA E PREVIDENCIA S/A

PARECER

Diagnóstico: Fratura de L1, trauma crânio encefálico e lesão perfurante no pescoço.

Descrição do exame médico pericial: Ao exame do segmento lombar da coluna vertebral, apresenta contratura muscular paravertebral. Apresenta desconforto à mobilização e redução da amplitude de movimentos do segmento, com flexão aos 75º, extensão aos 28º, flexão lateral aos 30º e rotação lateral aos 30º. Com relação ao trauma crânio encefálico, apresenta boa evolução após acidente, estando preservadas todas as funções neurológicas plenas. Não apresenta qualquer comprometimento de função vital ou autonômica decorrentes da lesão. Não apresenta sequelas funcionais relacionadas à lesão perfurante no pescoço.

Resultados terapêuticos: A periciada apresentou na fase aguda das lesões fratura de L1, trauma crânio encefálico e lesão perfurante no pescoço, conforme documentos de pronto atendimento de 26/09/2017. Como medida terapêutica, restou submetida a tratamento conservador e medicamentoso. Após a realização das medidas terapêuticas, a evolução clínica da lesão no segmento lombar da coluna vertebral apresentou redução da e mobilidade. Com relação ao trauma crânio encefálico e lesão perfurante no pescoço, apresentou melhora resolutive, não restando sequelas. Atualmente, o estágio clínico demonstra que as lesões consolidaram com sequelas, isto é, existe déficit funcional permanente no segmento lombar da coluna vertebral. Inexistem medidas terapêuticas disponíveis, estando as lesões consolidadas.

Sequelas permanentes: Perda parcial e incompleta em segmento lombar da coluna vertebral, em grau leve, devido redução da e mobilidade.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 16/01/2019

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Roberto Mendes Rodrigues

CRM do médico: 4600 -

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 completa da mobilidade do segmento lombar da coluna vertebral	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

PRESTADOR

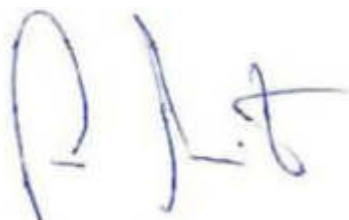
EXPERMED PERÍCIAS MÉDICAS ADM E JUDICIAIS LTDA EPP

Médico revisor: Henrique Rodrigues Rosito

CRM do médico: 5402

UF do CRM do médico: RS

Assinatura do médico:



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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.

Número do Sinistro: 3180163164

Nome do(a) Examinado(a): LUIZA FEIJO ALVES

Endereço do(a) Examinado(a): Rua 1022, 25 - Fortaleza/CE

Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: 99010259456, SSP-Ce

Data e local do acidente: 26/09/2017, Fortaleza, CE

Data e local do exame: 16/01/2019 - FORTALEZA/CE

Resultado da Avaliação Médica

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

Fratura de L1, trauma crânio encefálico e lesão perfurante no pescoço.

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

Conforme apurado na anamnese e exame físico, o estágio clínico atual da lesão obteve melhora depois de terem sido adotadas as medidas terapêuticas cabíveis: tratamento conservador e medicamentoso. A avaliação física aponta para a existência de sequelas permanentes no segmento lombar da coluna vertebral, após o esgotamento das medidas terapêuticas disponíveis para as lesões da periciada.

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

Ao exame do segmento lombar da coluna vertebral, apresenta contratura muscular paravertebral. Apresenta desconforto à mobilização e redução da amplitude de movimentos do segmento, com flexão aos 75°, extensão aos 28°, flexão lateral aos 30° e rotação lateral aos 30°. Com relação ao trauma crânio encefálico, apresenta boa evolução após acidente, estando preservadas todas as funções neurológicas plenas. Não apresenta qualquer comprometimento de função vital ou autonômica decorrentes da lesão. Não apresenta sequelas funcionais relacionadas à lesão perfurante no pescoço.

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

[X] Sim [] Não

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

[☒] Sim [☐] Não.

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

Perda parcial e incompleta em segmento lombar da coluna vertebral, devido redução da e mobilidade.

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

VII. Segundo previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

() “Vítima em tratamento”

Esta avaliação médica deve ser repetida em ___ dias

() “Sem sequela permanente” (Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica).

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

Região Corporal (Sequela): Segmento lombar da coluna vertebral - N/A - LEVE - 25%

% do dano:

() 10% residual (☒) 25% leve () 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela): - -

% do dano:

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

Região Corporal (Sequela): - -

% do dano:

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

Região Corporal (Sequela): - -

% do dano:

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

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


Assinatura

Dr. Roberto Mendes Rodrigues
Ortopedia - Traumatologia
CRM 4608

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder das
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0121979/18
Vítima: LUIZA FEIJO ALVES
CPF: 000.482.093-25

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 26/09/2017
Titular do CPF: LUIZA FEIJO ALVES

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

Outros



LUIZA FEIJO ALVES : 000.482.093-25

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.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 28/03/2018
Nome: LUIZA FEIJO ALVES
CPF/CNPJ: 000.482.093-25

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 06/04/2018
Nome: JULIANA MARQUES RODRIGUES
CPF: 149.018.967-09

LUIZA FEIJO ALVES

JULIANA MARQUES RODRIGUES

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder - DPVAT

COBERTURA SOLICITADA

☐ MORTE ☐ INVALIDEZ PERMANENTE ☒ DAMS

IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA

VÍTIMA LUÍZA FEIJÓ ALVES

DATA DO ACIDENTE 26/05/2017 POSSUI CPF ☒ SIM ☐ NÃO Nº CPF 000.482.093-25

PARA VÍTIMAS OU BENEFICIÁRIOS COM IDADE DE 0 A 15 ANOS

- ☐ Documento de identificação do Representante Legal (cópia simples)
- ☐ CPF do Representante Legal (cópia simples)
- ☐ Comprovante de residência do representante legal (cópia simples), ou declaração de residência (original)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- Com base na legislação em vigor, poderão ser solicitados documentos complementares, como os listados ao lado, neste formulário
- Para acompanhar o pedido de indenização, acesse www.dpvatseguradortransito.com.br ou ligue grátis SAC DPVAT 0800 022 1204
- Todos os documentos devem estar legíveis

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

- ☐ Registro de Ocorrência Policial - original ou cópia autenticada ☐ Sim ☐ Não
- ☐ Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
- ☐ Comprovante de Ato Declaratório - quando necessário
- ☐ Laudo de Invalidiz do IML - original ou cópia autenticada ☐ Sim ☐ Não
- ☐ Declaração de Ausência de Laudo do IML (original), junto com relatório médico, comprovando a existência de sequelas permanentes, com a data da alta definitiva - Somente na impossibilidade de apresentar o laudo do IML
- ☐ Declaração do Proprietário do veículo - quando necessário
- ☐ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- ☐ CPF da vítima (cópia simples)
- ☐ Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples) ou comprovante de residência em nome de terceiro (cópia simples), juntamente com declaração de residência (original)
- ☐ Autorização de pagamento (original), com documentos que confirmem os dados bancários (vide orientações no próprio formulário)

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE DAMS

- ☒ Registro de Ocorrência Policial - original ou cópia autenticada ☐ Sim ☐ Não
- ☒ Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
- ☒ Comprovante de Ato Declaratório - quando necessário
- ☒ Comprovantes das despesas (recibos e notas fiscais), contendo a discriminação dos honorários médicos e despesas médicas (materiais e medicamentos), juntamente com os recibos médicos (originais)
- ☐ Declaração do Proprietário do veículo - quando necessário
- ☐ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- ☒ CPF da vítima (cópia simples)
- ☒ Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples) ou comprovante de residência em nome de terceiro (cópia simples), juntamente com declaração de residência (original)
- ☒ Autorização de pagamento (original), com documento que confirme os dados bancários (orientações no próprio formulário)

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE MORTE

- ☐ Registro de Ocorrência Policial - original ou cópia autenticada ☐ Sim ☐ Não
- ☐ Certidão de óbito da vítima - cópia autenticada ☐ Sim ☐ Não
- ☐ Comprovante de Ato Declaratório - quando necessário
- ☐ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- ☐ CPF da vítima (cópia simples)
- ☐ Documento de identificação de todos os beneficiários (cópia simples)
- ☐ CPF de todos os beneficiários (cópia simples)
- ☐ Comprovante de residência dos beneficiários (cópia simples) ou comprovante de residência em nome de terceiro (cópia simples), juntamente com declaração de residência (original)
- ☐ Autorização de pagamento para todos os beneficiários (original), com documentos que confirmem os dados bancários (vide orientações no próprio formulário)
- ☐ Laudo Cadavérico (IML) - somente quando solicitado - cópia autenticada: ☐ Sim ☐ Não

DOCUMENTOS ESPECÍFICOS DOS BENEFICIÁRIOS - COBERTURA MORTE

- BENEFICIÁRIO CÔNJUGE (ESPOSO OU ESPOSA)**
 - ☐ Certidão de Casamento com data atual (cópia simples)
 - ☐ Declaração de Cônjuge (original)
- BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO (A)**
 - ☐ Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal, ou prova de dependência através da carteira de trabalho, ou Alvará Judicial reconhecendo a união estável (cópia simples)
- BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO (A) E CÔNJUGE - QUANDO AMBOS (AS) SÃO BENEFICIÁRIOS (AS)**
 - ☐ Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal ou Decisão Judicial que reconheça a união estável (cópia simples)
 - ☐ Certidão de Casamento, com data atual (cópia simples)
 - ☐ Declaração de Separação de Fato (original), declarada pelo cônjuge
 - ☐ Termo de Conciliação (original), assinado pelo(a) companheiro(a), e o cônjuge
- BENEFICIÁRIO DESCENDENTE (FILHO(A) OU NETO(A))**
 - ☐ Declaração de Únicos Herdeiros (original)
- BENEFICIÁRIO ASCENDENTE (PAI, MÃE OU AVÓS)**
 - ☐ Declaração de Únicos Herdeiros (original)
- BENEFICIÁRIO COLATERAL (IRMÃO, IRMÃ, TIO (A) OU SOBRINHO(A))**
 - ☐ Declaração de Únicos Herdeiros (original)
- ☐ Certidão de Óbito dos pais da vítima (cópia simples)
- ☐ Certidão de Óbito dos filhos da vítima - quando necessário - (cópia simples)
- ☐ Outros Documentos apresentados:

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

Portador da documentação (Nome) LUÍZA FEIJÓ ALVES
 Quem é o portador? ☐ Vítima ☐ Beneficiário ☐ Representante Legal - CPF do portador: 000.482.093-25
 E-mail: marianamiraflores@hotmail.com
 Data: 22/05/2017 Assinatura: Luíza Feijó Alves

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO

Ponto de Atendimento (Nome do Ponto) Ag. CONTINÚO CEARÁ
 Atendente Geovany R. Barbosa Matrícula 81480243
 Data: 22/05/2017 Assinatura: Geovany R. Barbosa
 MAT. 8178.027.3

Vinicius Campos da Silva

De: Jose Carlos
Enviado em: quinta-feira, 15 de março de 2018 11:33
Para: Vinicius Campos da Silva
Cc: Sonia Faro
Assunto: Protocolo

Vinicius

Em função dos problemas que estamos passando com relação a manutenção dos relógios protocoladores, em **medida extrema exceção**, autorizo até que tenhamos todos os protocoladores funcionando normalmente, protocolar somente a primeira folha dos processos recebidos dos Correios.

Para certificarmos que essa **medida de exceção é válida** somente para esse período, solicito imprimir uma cópia desse e-mail e anexar a cada processo de sinistro que estiver nessa condição.

Quando suspendermos esse critério, favor passar-me um e-mail configurando o retorno ao procedimento padrão.

José Carlos Carvalho
Gerente de Sinistros



Rua da Assembleia, 100 – 21º andar
Centro - Rio de Janeiro – RJ CEP: 20011-904
Tel.: 55 21 3861-4600 / Ramal: 4654
E-mail : jose.carlos@seguradoralider.com.br

CONFIDENCIALIDADE Esta mensagem é confidencial; seu conteúdo não constitui um compromisso da Seguradora Líder, exceto se fornecido em conjunto com um acordo por escrito entre as partes. Qualquer divulgação ou uso não autorizado, total ou parcial, é proibido. Caso você não seja um dos destinatários desta mensagem, favor notificar ao remetente imediatamente.

CONFIDENTIALITY This message is confidential; its contents do not constitute a commitment by Seguradora Líder except where provided for in a written agreement between you and Seguradora Líder. Any unauthorized disclosure, use or dissemination, either whole or partial, is prohibited. If you are not the intended recipient of the message, please notify the sender immediately.

De: Arthur Froes
Enviada em: quinta-feira, 15 de março de 2018 11:18
Para: Jose Carlos <jcarloscarvalho@seguradoralider.com.br>
Assunto: RES: Produção: 13/03/2018

JC,
Contingencialmente, até que os protocoladores retornem, estou de acordo em procedermos desta forma.

Atenciosamente,

Arthur Fróes
Superintendente de Sinistros
arthur.froes@seguradoralider.com.br
Tel.: 55 21 3861-4286

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0121979/18
Vítima: LUIZA FEIJO ALVES
CPF: 000.482.093-25

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 26/09/2017
Titular do CPF: LUIZA FEIJO ALVES

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Laudo do IML - Lesões corporais
Outros

Outros



LUIZA FEIJO ALVES : 000.482.093-25

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.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 28/03/2018
Nome: LUIZA FEIJO ALVES
CPF: 000.482.093-25

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 17/04/2018
Nome: Elen Tais Alves Pereira
CPF: 126.261.667-07

LUIZA FEIJO ALVES

Elen Tais Alves Pereira

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS



Seguradora Líder - DPVAT

COBERTURA SOLICITADA

() MORTE ☒ INVALIDEZ PERMANENTE () DAMS

IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA

VÍTIMA LUÍZA FEIJÓ ALVES

DATA DO ACIDENTE 26/09/2017 POSSUI CPF ☒ SIM () NÃO Nº CPF 000487209325

PARA VÍTIMAS OU BENEFICIÁRIOS COM IDADE DE 0 A 15 ANOS

- () Documento de identificação do Representante Legal (cópia simples)
- () CPF do Representante Legal (cópia simples)
- () Comprovante de residência do representante legal (cópia simples), ou declaração de residência (original)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- Com base na legislação em vigor, poderão ser solicitados documentos complementares, como os listados ao lado, neste formulário
- Para acompanhar o pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodatransito.com.br ou ligue grátis SAC DPVAT 0800 022 1204
- Todos os documentos devem estar legíveis

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

- ☒ Registro de Ocorrência Policial - original ou cópia autenticada () Sim () Não
- ☒ Documentos médicos/hospitais que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
- ☒ Comprovante de Ato Declaratório - quando necessário
- ☒ Laudo de Invalidez do IML - original ou cópia autenticada () Sim () Não
- () Declaração de Ausência de Laudo do IML (original), junto com relatório médico, comprovando a existência de sequelas permanentes, com a data da alta definitiva - Somente na impossibilidade de apresentar o laudo do IML
- () Declaração do Proprietário do veículo - quando necessário
- ☒ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- ☒ CPF da vítima (cópia simples)
- ☒ Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples) ou comprovante de residência em nome de terceiro (cópia simples), juntamente com declaração de residência (original)
- ☒ Autorização de pagamento (original), com documentos que confirmem os dados bancários (vide orientações no próprio formulário)

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE DAMS

- () Registro de Ocorrência Policial - original ou cópia autenticada () Sim () Não
- () Documentos médicos/hospitais que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
- () Comprovante de Ato Declaratório - quando necessário
- () Comprovantes das despesas (recibos e notas fiscais), contendo a discriminação dos honorários médicos e despesas médicas (materiais e medicamentos), juntamente com os recibos médicos (originais)
- () Declaração do Proprietário do veículo - quando necessário
- () Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- () CPF da vítima (cópia simples)
- () Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples) ou comprovante de residência em nome de terceiro (cópia simples), juntamente com declaração de residência (original)
- () Autorização de pagamento (original), com documento que confirme os dados bancários (orientações no próprio formulário)

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE MORTE

- () Registro de Ocorrência Policial - original ou cópia autenticada () Sim () Não
- () Certidão de óbito da vítima - cópia autenticada () Sim () Não
- () Comprovante de Ato Declaratório - quando necessário
- () Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- () CPF da vítima (cópia simples)
- () Documento de identificação de todos os beneficiários (cópia simples)
- () CPF de todos os beneficiários (cópia simples)
- () Comprovante de residência dos beneficiários (cópia simples) ou comprovante de residência em nome de terceiro (cópia simples), juntamente com declaração de residência (original)
- () Autorização de pagamento para todos os beneficiários (original), com documentos que confirmem os dados bancários (vide orientações no próprio formulário)
- () Laudo Cadavérico (IML) - somente quando solicitado - Cópia Autenticada: () Sim () Não

DOCUMENTOS ESPECÍFICOS DOS BENEFICIÁRIOS - COBERTURA MORTE

- BENEFICIÁRIO CÔNJUGE (ESPOSO OU ESPOSA)**
 - () Certidão de Casamento com data atual (cópia simples)
- () Declaração de Cônjuge (original)**
- BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO (A)**
 - () Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal, ou prova de dependência através da carteira de trabalho, ou Alvará Judicial reconhecendo a união estável (cópia simples)
- BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO (A) E CÔNJUGE - QUANDO AMBOS (AS) SÃO BENEFICIÁRIOS (AS)**
 - () Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal ou Decisão Judicial que reconheça a união estável (cópia simples)
 - () Certidão de Casamento, com data atual (cópia simples)
 - () Declaração de Separação de Fato (original), declarada pelo cônjuge
 - () Termo de Conciliação (original), assinado pelo(a) companheiro(a), e o cônjuge
- BENEFICIÁRIO DESCENDENTE (FILHO(A) OU NETO(A))**
 - () Declaração de Únicos Herdeiros (original)
- BENEFICIÁRIO ASCENDENTE (PAI, MÃE OU AVÓS)**
 - () Declaração de Únicos Herdeiros (original)
- BENEFICIÁRIO COLATERAL (IRMÃO, IRMÃ, TIO (A) OU SOBRINHO(A))**
 - () Declaração de Únicos Herdeiros (original)
- () Certidão de Óbito dos pais da vítima (cópia simples)
- () Certidão de Óbito dos filhos da vítima - quando necessário - (cópia simples)
- () Outros Documentos apresentados:

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

Portador da documentação (Nome) LUÍZA FEIJÓ ALVES
 Quem é o portador? ☒ Vítima () Beneficiário () Representante Legal - CPF do portador 000487209325
 E-mail MARCELIANNAFEALVES@HOTMAIL.COM Telefone (85) 993934002
 Data 26/09/2017 Assinatura Luíza Feijó Alves

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO

Ponto de Atendimento (Nome do Ponto) AT CONSUNO CEAM
 Atendimento Adenauer P. Urubaru Matrícula 81480833
 Data 26/09/2017 Assinatura Adenauer P. Urubaru
 RAT. 8.178.027.3

Vinicius Campos da Silva

De: Jose Carlos
Enviado em: quinta-feira, 15 de março de 2018 11:33
Para: Vinicius Campos da Silva
Cc: Sonia Faro
Assunto: Protocolo

Vinicius

Em função dos problemas que estamos passando com relação a manutenção dos relógios protocoladores, **em medida extrema exceção**, autorizo até que tenhamos todos os protocoladores funcionando normalmente, protocolar somente a primeira folha dos processos recebidos dos Correios.

Para certificarmos que essa **medida de exceção é válida** somente para esse período, solicito imprimir uma cópia desse e-mail e anexar a cada processo de sinistro que estiver nessa condição.

Quando suspendermos esse critério, favor passar-me um e-mail configurando o retorno ao procedimento padrão.

José Carlos Carvalho
Gerente de Sinistros



Rua da Assembleia, 100 – 21º andar
Centro – Rio de Janeiro – RJ CEP: 20011-904
Tel.: 55 21 3861-4600 / Ramal: 4654
E-mail : jose.carlos@seguradoralider.com.br

CONFIDENCIALIDADE Esta mensagem é confidencial; seu conteúdo não constitui um compromisso da Seguradora Líder, exceto se fornecido em conjunto com um acordo por escrito entre as partes. Qualquer divulgação ou uso não autorizado, total ou parcial, é proibido. Caso você não seja um dos destinatários desta mensagem, favor notificar ao remetente imediatamente.

CONFIDENTIALITY This message is confidential; its contents do not constitute a commitment by Seguradora Líder except where provided for in a written agreement between you and Seguradora Líder. Any unauthorized disclosure, use or dissemination, either whole or partial, is prohibited. If you are not the intended recipient of the message, please notify the sender immediately.

De: Arthur Froes
Enviada em: quinta-feira, 15 de março de 2018 11:18
Para: Jose Carlos <jcarloscarvalho@seguradoralider.com.br>
Assunto: RES: Produção: 13/03/2018

JC,

Contingencialmente, até que os protocoladores retornem, estou de acordo em procedermos desta forma.

Atenciosamente,

Arthur Frões
Superintendente de Sinistros
arthur.froes@seguradoralider.com.br
Tel.: 55 21 3861-4286

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0121979/18
Vítima: LUIZA FEIJO ALVES
CPF: 000.482.093-25

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 26/09/2017
Titular do CPF: LUIZA FEIJO ALVES

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Declaração de Inexistência de IML

Outros

Outros



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.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 25/04/2018
Nome: LUIZA FEIJO ALVES
CPF: 000.482.093-25

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 27/04/2018
Nome: Alexandre Tavares Belfort
CPF: 024.208.707-86

LUIZA FEIJO ALVES

Alexandre Tavares Belfort

Vinícius Campos da Silva

De: Jose Carlos
Enviado em: quinta-feira, 15 de março de 2018 11:33
Para: Vinícius Campos da Silva
Cc: Sonia Faro
Assunto: Protocolo

Vinicius

Em função dos problemas que estamos passando com relação a manutenção dos relógios protocoladores, em **medida extrema exceção**, autorizo até que tenhamos todos os protocoladores funcionando normalmente, protocolar somente a primeira folha dos processos recebidos dos Correios.

Para certificarmos que essa **medida de exceção é válida** somente para esse período, solicito imprimir uma cópia desse e-mail e anexar a cada processo de sinistro que estiver nessa condição.

Quando suspendermos esse critério, favor passar-me um e-mail configurando o retorno ao procedimento padrão.

José Carlos Carvalho
Gerente de Sinistros



Rua da Assembleia, 100 – 21º andar
Centro - Rio de Janeiro – RJ CEP: 20011-904
Tel.: 55 21 3861-4600 / Ramal: 4654
E-mail: jose.carlos@seguradoralider.com.br

CONFIDENCIALIDADE Esta mensagem é confidencial; seu conteúdo não constitui um compromisso da Seguradora Líder, exceto se fornecido em conjunto com um acordo por escrito entre as partes. Qualquer divulgação ou uso não autorizado, total ou parcial, é proibido. Caso você não seja um dos destinatários desta mensagem, favor notificar ao remetente imediatamente.

CONFIDENTIALITY This message is confidential; its contents do not constitute a commitment by Seguradora Líder except where provided for in a written agreement between you and Seguradora Líder. Any unauthorized disclosure, use or dissemination, either whole or partial, is prohibited. If you are not the intended recipient of the message, please notify the sender immediately.

De: Arthur Froes;
Enviada em: quinta-feira, 15 de março de 2018 11:18
Para: Jose Carlos <jcarloscarvalho@seguradoralider.com.br>
Assunto: RES: Produção: 13/03/2018

JC,
Contingencialmente, até que os protocoladores retornem, estou de acordo em procedermos desta forma.

Atenciosamente,

Arthur Fróes
Superintendente de Sinistros
arthur.froes@seguradoralider.com.br
Tel.: 55 21 3861-4266

SINISTRO: 3180163164

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder - DPVAT

COBERTURA SOLICITADA

☐ MORTE ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ DAMS

IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA

VÍTIMA LUIZA FELTO ALVES

DATA DO ACIDENTE 26/09/2017 POSSUI CPF ☒ SIM ☐ NÃO Nº CPF 000.482.09.825

PARA VÍTIMAS OU BENEFICIÁRIOS COM IDADE DE 0 A 15 ANOS

- ☐ Documento de identificação do Representante Legal (cópia simples)
- ☐ CPF do Representante Legal (cópia simples)
- ☐ Comprovante de residência do representante legal (cópia simples), ou declaração de residência (original)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- Com base na legislação em vigor, poderão ser solicitados documentos complementares, como os listados ao lado, neste formulário
- Para acompanhar o pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue grátis SAC DPVAT 0800 022 1204
- Todos os documentos devem estar legíveis

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

- ☐ Registro de Ocorrência Policial - original ou cópia autenticada ☐ Sim ☐ Não
- ☐ Documentos médicos/hospitais que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
- ☐ Comprovante de Ato Declaratório - quando necessário
- ☐ Laudo de Invalidez do IML - original ou cópia autenticada ☐ Sim ☐ Não
- ☒ Declaração de Ausência de Laudo do IML (original), junto com relatório médico, comprovando a existência de sequelas permanentes, com a data da alta definitiva - Somente na impossibilidade de apresentar o laudo do IML
- ☐ Declaração do Proprietário do veículo - quando necessário
- ☐ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- ☐ CPF da vítima (cópia simples)
- ☐ Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples) ou comprovante de residência em nome de terceiro (cópia simples), juntamente com declaração de residência (original)
- ☐ Autorização de pagamento (original), com documentos que confirmem os dados bancários (vide orientações no próprio formulário)

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE DAMS

- ☐ Registro de Ocorrência Policial - original ou cópia autenticada ☐ Sim ☐ Não
- ☐ Documentos médicos/hospitais que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
- ☐ Comprovante de Ato Declaratório - quando necessário
- ☐ Comprovantes das despesas (recibos e notas fiscais), contendo a discriminação dos honorários médicos e despesas médicas (materiais e medicamentos), juntamente com os recibos médicos (originais)
- ☐ Declaração do Proprietário do veículo - quando necessário
- ☐ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- ☐ CPF da vítima (cópia simples)
- ☐ Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples) ou comprovante de residência em nome de terceiro (cópia simples), juntamente com declaração de residência (original)
- ☐ Autorização de pagamento (original), com documento que confirme os dados bancários (orientações no próprio formulário)

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE MORTE

- ☐ Registro de Ocorrência Policial - original ou cópia autenticada ☐ Sim ☐ Não
- ☐ Certidão de óbito da vítima - cópia autenticada ☐ Sim ☐ Não
- ☐ Comprovante de Ato Declaratório - quando necessário
- ☐ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- ☐ CPF da vítima (cópia simples)
- ☐ Documento de identificação de todos os beneficiários (cópia simples)
- ☐ CPF de todos os beneficiários (cópia simples)
- ☐ Comprovante de residência dos beneficiários (cópia simples) ou comprovante de residência em nome de terceiro (cópia simples), juntamente com declaração de residência (original)
- ☐ Autorização de pagamento para todos os beneficiários (original), com documentos que confirmem os dados bancários (vide orientações no próprio formulário)
- ☐ Laudo Cadavérico (IML) - somente quando solicitado - Cópia Autenticada: ☐ Sim ☐ Não

DOCUMENTOS ESPECÍFICOS DOS BENEFICIÁRIOS - COBERTURA MORTE

- BENEFICIÁRIO CÔNJUGE (ESPOSO OU ESPOSA)**
 - ☐ Certidão de Casamento com data atual (cópia simples)
 - ☐ Declaração de Cônjuge (original)
- BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO (A)**
 - ☐ Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal, ou prova de dependência através da carteira de trabalho, ou Alvará Judicial reconhecendo a união estável (cópia simples)
- BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO (A) E CÔNJUGE - QUANDO AMBOS (AS) SÃO BENEFICIÁRIOS (AS)**
 - ☐ Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal ou Declaração Judicial que reconheça a união estável (cópia simples)
- ☐ Certidão de Casamento, com data atual (cópia simples)
- ☐ Declaração de Separação de Fato (original), declarada pelo cônjuge
- ☐ Termo de Conciliação (original), assinado pelo(a) companheiro(a), e o cônjuge
- BENEFICIÁRIO DESCENDENTE (FILHO(A) OU NETO(A))**
 - ☐ Declaração de Únicos Herdeiros (original)
- BENEFICIÁRIO ASCENDENTE (PAI, MÃE OU AVÓS)**
 - ☐ Declaração de Únicos Herdeiros (original)
- BENEFICIÁRIO COLATERAL (IRMÃO, IRMÃ, TIO (A) OU SOBRINHO(A))**
 - ☐ Declaração de Únicos Herdeiros (original)
- ☐ Certidão de Óbito dos pais da vítima (cópia simples)
- ☐ Certidão de Óbito dos filhos da vítima - quando necessário - (cópia simples)
- ☐ Outros Documentos apresentados:

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

Portador da documentação (Nome) LUIZA FELTO ALVES
 Quem é o portador? ☒ Vítima ☐ Beneficiário ☐ Representante Legal - CPF do portador
 E-mail luisa.felto@alves Telefone (80) 987953131
 Data 19/04/2018 Assinatura Luisa Felto Alves

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO

Ponto de Atendimento (Nome do Ponto) CORREIOS AC CONJUNTO CEARA
 Atendente FRANCISCA JOYATIANA Matrícula 8179804
 Data: 19/04/2018 Assinatura: Francisca Joyatiana

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0121979/18
Vítima: LUIZA FEIJO ALVES
CPF: 000.482.093-25

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 26/09/2017
Titular do CPF: LUIZA FEIJO ALVES

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Outros

LUIZA FEIJO ALVES : 000.482.093-25

Autorização de pagamento

Outros



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 cancela 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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data da entrega: 26/06/2018
Nome: LUIZA FEIJO ALVES
CPF: 000.482.093-25

Data do cadastramento: 27/06/2018
Nome: Karine Gomes de Lima
CPF: 074.990.807-65

LUIZA FEIJO ALVES

Karine Gomes de Lima

SINISTRO: 3180165164

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder - DPVAT

COBERTURA SOLICITADA

() MORTE (X) INVALIDEZ PERMANENTE () DAMS

IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA

VÍTIMA LUÍZA FELIJO ALVES

DATA DO ACIDENTE 26/09/17 POSSUI CPF ☒ SIM () NÃO Nº CPF 000.482.093-25
 PARA VÍTIMAS OU BENEFICIÁRIOS COM IDADE DE 0 A 15 ANOS

- () Documento de identificação do Representante Legal (cópia simples)
- () CPF do Representante Legal (cópia simples)
- () Comprovante de residência do representante legal (cópia simples), ou declaração de residência (original)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- Com base na legislação em vigor, poderão ser solicitados documentos complementares, como os listados ao lado, neste formulário
- Para acompanhar o pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue grátis SAC DPVAT 0800 022 1204
- Todos os documentos devem estar legíveis

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

- () Registro de Ocorrência Policial - original ou cópia autenticada () Sim () Não
- () Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
- () Comprovante de Ato Declaratório - quando necessário
- () Laudo de Invalidez do IML - original ou cópia autenticada () Sim () Não
- () Declaração de Ausência de Laudo do IML (original), junto com relatório médico, comprovando a existência de sequelas permanentes, com a data da alta definitiva - Somente na impossibilidade de apresentar o laudo do IML
- () Declaração do Proprietário do veículo - quando necessário
- () Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- () CPF da vítima (cópia simples)
- () Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples) ou comprovante de residência em nome de terceiro (cópia simples), juntamente com declaração de residência (original)
- (X) Autorização de pagamento (original), com documentos que confirmem os dados bancários (vide orientações no próprio formulário)

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE DAMS

- () Registro de Ocorrência Policial - original ou cópia autenticada () Sim () Não
- () Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
- () Comprovante de Ato Declaratório - quando necessário
- () Comprovantes das despesas (recibos e notas fiscais), contendo a discriminação dos honorários médicos e despesas médicas (materiais e medicamentos), juntamente com os recibos médicos (originais)
- () Declaração do Proprietário do veículo - quando necessário
- () Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- () CPF da vítima (cópia simples)
- () Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples) ou comprovante de residência em nome de terceiro (cópia simples), juntamente com declaração de residência (original)
- () Autorização de pagamento (original), com documento que confirme os dados bancários (orientações no próprio formulário)

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE MORTE

- () Registro de Ocorrência Policial - original ou cópia autenticada () Sim () Não
- () Certidão de óbito da vítima - cópia autenticada: () Sim () Não
- () Comprovante de Ato Declaratório - quando necessário
- () Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- () CPF da vítima (cópia simples)
- () Documento de identificação de todos os beneficiários (cópia simples)
- () CPF de todos os beneficiários (cópia simples)
- () Comprovante de residência dos beneficiários (cópia simples) ou comprovante de residência em nome de terceiro (cópia simples), juntamente com declaração de Residência (original)
- () Autorização de pagamento para todos os beneficiários (original), com documentos que confirmem os dados bancários (vide orientações no próprio formulário)
- () Laudo Cadavérico (IML) - somente quando solicitado - Cópia Autenticada: () Sim () Não

DOCUMENTOS ESPECÍFICOS DOS BENEFICIÁRIOS - COBERTURA MORTE

- BENEFICIÁRIO CÔNJUGE (ESPOSO OU ESPOSA)**
 - () Certidão de Casamento com data atual (cópia simples)
 - () Declaração de Cônjuge (original)
- BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO (A)**
 - () Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal, ou prova de dependência através da carteira de trabalho, ou Alvará Judicial reconhecendo a união estável (cópia simples)
- BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO (A) E CÔNJUGE - QUANDO AMBOS (AS) SÃO BENEFICIÁRIOS (AS)**
 - () Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal ou Decisão Judicial que reconheça a união estável (cópia simples)
 - () Certidão de Casamento, com data atual (cópia simples)
 - () Declaração de Separação de Fato (original), declarada pelo cônjuge
 - () Termo de Conciliação (original), assinado pelo(a) companheiro(a), e o cônjuge
- BENEFICIÁRIO DESCENDENTE (FILHO(A) OU NETO(A))**
 - () Declaração de Únicos Herdeiros (original)
- BENEFICIÁRIO ASCENDENTE (PAI, MÃE OU AVÓS)**
 - () Declaração de Únicos Herdeiros (original)
- BENEFICIÁRIO COLATERAL (IRMÃO, IRMÃ, TIO (A) OU SOBRINHO(A))**
 - () Declaração de Únicos Herdeiros (original)
 - () Certidão de Óbito dos pais da vítima (cópia simples)
 - () Certidão de Óbito dos filhos da vítima - quando necessário - (cópia simples)
 - () Outros Documentos apresentados:

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

Portador da documentação (Nome) LUÍZA FELIJO ALVES
 Quem é o portador? (X) Vítima () Beneficiário () Representante Legal - CPF do portador 000.482.093-25
 E-mail MARCIANILIA FELIJO ALVES Telefone 318912085
 Data 19/06/18 Assinatura Adriano Augusto Alves

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO

Ponto de Atendimento (Nome do Ponto) CO REIOS CONJUNTO CEARA
 Atendente FRANCISCO JONATAN Matrícula 18798024
 Data: 19/06/2018 Assinatura: Francisco Jonatan

De: Jose Carlos

Enviada em: quinta-feira, 15 de março de 2018 11:33

Para: Vinicius Campos da Silva <vinicius.silva@seguradoralider.com.br>

Cc: Sonia Faro <soniafaro@seguradoralider.com.br>

Assunto: Protocolo

Vinicius

Em função dos problemas que estamos passando com relação a manutenção dos relógios protocoladores, **em medida extrema exceção**, autorizo até que tenhamos todos os protocoladores funcionando normalmente, protocolar somente a primeira folha dos processos recebidos dos Correios.

Para certificarmos que essa **medida de exceção é válida** somente para esse período, solicito imprimir uma cópia desse e-mail e anexar a cada processo de sinistro que estiver nessa condição.

Quando suspendermos esse critério, favor passar-me um e-mail configurando o retorno ao procedimento padrão.

José Carlos Carvalho
Gerente de Sinistros



Rua da Assembleia, 100 – 21º andar
Centro - Rio de Janeiro – RJ CEP: 20011-904
Tel.: 55 21 3861-4600 / Ramal: 4654
E-mail : jose.carlos@seguradoralider.com.br

CONFIDENCIALIDADE Esta mensagem é confidencial; seu conteúdo não constitui um compromisso da Seguradora Líder, exceto se fornecido em conjunto com um acordo por escrito entre as partes. Qualquer divulgação ou uso não autorizado, total ou parcial, é proibido. Caso você não seja um dos destinatários desta mensagem, favor notificar ao remetente imediatamente.

CONFIDENTIALITY This message is confidential; its contents do not constitute a commitment by Seguradora Líder except where provided for in a written agreement between you and Seguradora Líder. Any unauthorized disclosure, use or dissemination, either whole or partial, is prohibited. If you are not the intended recipient of the message, please notify the sender immediately.

De: Arthur Froes

Enviada em: quinta-feira, 15 de março de 2018 11:18

Para: Jose Carlos <jcarloscarvalho@seguradoralider.com.br>

Assunto: RES: Produção: 13/03/2018

JC,

Contingencialmente, até que os protocoladores retornem, estou de acordo em procedermos desta forma.

Atenciosamente,

Arthur Fróes
Superintendente de Sinistros
arthur.froes@seguradoralider.com.br
Tel.: 55 21 3861-4286

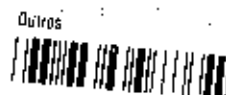


www.seguradoralider.com.br
Rua da Assembleia, 100 – 21º andar
Centro - Rio de Janeiro – RJ CEP: 20011-904

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0121979/18



Número do Sinistro: 3180163164

Vítima: LUIZA FEIJO ALVES

Data do acidente: 26/09/2017

CPF: 000.482.093-25

CPF de: Próprio

Titular do CPF: LUIZA FEIJO ALVES

Seguradora: PREVIMIL VIDA E PREVIDENCIA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

Outros

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: 27/12/2018

Nome: LUIZA FEIJO ALVES

CPF: 000.482.093-25

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 27/12/2018

Nome: Karen Souza da Motta Rocha

CPF: 131.046.337-97

LUIZA FEIJO ALVES

Karen Souza da Motta Rocha

Sinistro n. 3180 163164

Luiza Feijo Alves

CPF. 000.482.093 - 25

Pendocin





	REGISTRADO URGENTE registered priority	PESO (kg) 0.25
Recebido		AR MP
Assinatura		Doc.

JT78921054 FIM

Seguradora Lida de Seguros

Rua da Assembleia n. 100

17. Andar - Centro - R.J.

Cep. 20011-000.

Revidiuna Sifua de Oliveira Bernardo

Rua 1068 n. 135. Conjunto Luna

cep. 60.533-090

Fortaleza - Ceara

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180163164 **Cidade:** Fortaleza **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LUIZA FEIJO ALVES **Data do acidente:** 26/09/2017 **Seguradora:** PREVIMIL VIDA E PREVIDENCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 07/01/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO.
FRATURA NA 1ª VÉRTEBRA DA COLUNA LOMBAR.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR.
ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: #SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Lesões neurológicas que cursem com dano cognitivo-comportamental alienante	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
Perda completa da mobilidade do segmento lombar da coluna vertebral	25 %	Em grau residual - 10 %	2,5%	R\$ 337,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ3

Nome: KARLA SUELY MALHAES DE SOUZA

CRM: 5252099-1

UF do CRM: RJ

Assinatura:

Karla Souza

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180163164 **Cidade:** Fortaleza **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LUIZA FEIJO ALVES **Data do acidente:** 26/09/2017 **Seguradora:** PREVIMIL VIDA E PREVIDENCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 09/07/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TCE E TRM COM FRATURA DE COLUNA LOMBAR (L1)

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR

Sequelas permanentes:

Sequelas: Não definido

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares: SOLICITO LAUDO DE IML

Observações:

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 ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180163164 **Cidade:** Fortaleza **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LUIZA FEIJO ALVES **Data do acidente:** 26/09/2017 **Seguradora:** PREVIMIL VIDA E PREVIDENCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 07/01/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO.
FRATURA NA 1ª VÉRTEBRA DA COLUNA LOMBAR.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR.
ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: #SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Lesões neurológicas que cursem com dano cognitivo-comportamental alienante	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
Perda completa da mobilidade do segmento lombar da coluna vertebral	25 %	Em grau residual - 10 %	2,5%	R\$ 337,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180163164

Cidade: Fortaleza

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: LUIZA FEIJO ALVES

Data do acidente: 26/09/2017

Seguradora: PREVIMIL VIDA E
PREVIDENCIA S/A

PARECER

Diagnóstico: Fratura de L1, trauma crânio encefálico e lesão perfurante no pescoço.

Descrição do exame médico pericial: Ao exame do segmento lombar da coluna vertebral, apresenta contratura muscular paravertebral. Apresenta desconforto à mobilização e redução da amplitude de movimentos do segmento, com flexão aos 75º, extensão aos 28º, flexão lateral aos 30º e rotação lateral aos 30º. Com relação ao trauma crânio encefálico, apresenta boa evolução após acidente, estando preservadas todas as funções neurológicas plenas. Não apresenta qualquer comprometimento de função vital ou autonômica decorrentes da lesão. Não apresenta sequelas funcionais relacionadas à lesão perfurante no pescoço.

Resultados terapêuticos: A periciada apresentou na fase aguda das lesões fratura de L1, trauma crânio encefálico e lesão perfurante no pescoço, conforme documentos de pronto atendimento de 26/09/2017. Como medida terapêutica, restou submetida a tratamento conservador e medicamentoso. Após a realização das medidas terapêuticas, a evolução clínica da lesão no segmento lombar da coluna vertebral apresentou redução da e mobilidade. Com relação ao trauma crânio encefálico e lesão perfurante no pescoço, apresentou melhora resolutive, não restando sequelas. Atualmente, o estágio clínico demonstra que as lesões consolidaram com sequelas, isto é, existe déficit funcional permanente no segmento lombar da coluna vertebral. Inexistem medidas terapêuticas disponíveis, estando as lesões consolidadas.

Sequelas permanentes: Perda parcial e incompleta em segmento lombar da coluna vertebral, em grau leve, devido redução da e mobilidade.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 16/01/2019

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Roberto Mendes Rodrigues

CRM do médico: 4600 -

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 completa da mobilidade do segmento lombar da coluna vertebral	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

PRESTADOR

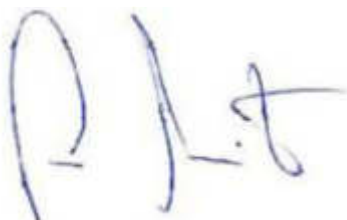
EXPERMED PERÍCIAS MÉDICAS ADM E JUDICIAIS LTDA EPP

Médico revisor: Henrique Rodrigues Rosito

CRM do médico: 5402

UF do CRM do médico: RS

Assinatura do médico:



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0121979/18

Número do Sinistro: 3180163164

Vítima: LUIZA FEIJO ALVES

CPF: 000.482.093-25

Seguradora: PREVIMIL VIDA E PREVIDENCIA S/A

Data do acidente: 26/09/2017

CPF de: Próprio

Titular do CPF: LUIZA FEIJO ALVES

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

Outros

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: 27/12/2018

Nome: LUIZA FEIJO ALVES

CPF: 000.482.093-25

LUIZA FEIJO ALVES

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 27/12/2018

Nome: Karen Souza da Motta Rocha

CPF: 131.046.337-97

Karen Souza da Motta Rocha

Rio de Janeiro, 11 de Abril de 2018

Aos Cuidados de: LUIZA FEIJO ALVES

Nº Sinistro: 3180163164

Vitima: LUIZA FEIJO ALVES

Data do Acidente: 26/09/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180163164**.

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

Carta nº 12642201



Rio de Janeiro, 11 de Abril de 2018

Aos Cuidados de: LUIZA FEIJO ALVES

Nº Sinistro: 3180163164

Vitima: LUIZA FEIJO ALVES

Data do Acidente: 26/09/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180163164**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Declaração de Inexistência de IML faltando página

A documentação deve ser entregue na **SEGURADORA LÍDER DPVAT - REGULAÇÃO**, 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, 19 de Abril de 2018

Aos Cuidados de: LUIZA FEIJO ALVES

Nº Sinistro: 3180163164

Vitima: LUIZA FEIJO ALVES

Data do Acidente: 26/09/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180163164**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Autorização de pagamento não conclusivo
- Declaração de Inexistência de IML faltando página

A documentação deve ser entregue na **SEGURADORA LÍDER DPVAT - REGULAÇÃO**, 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

Carta nº 12682815



Rio de Janeiro, 04 de Maio de 2018

Aos Cuidados de: LUIZA FEIJO ALVES

Nº Sinistro: 3180163164

Vitima: LUIZA FEIJO ALVES

Data do Acidente: 26/09/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180163164**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Autorização de pagamento não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **SEGURADORA LÍDER DPVAT - REGULAÇÃO**, 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, 09 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: LUIZA FEIJO ALVES

Nº Sinistro: 3180163164

Vitima: LUIZA FEIJO ALVES

Data do Acidente: 26/09/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180163164**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **SEGURADORA LÍDER DPVAT - REGULAÇÃO**, 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

Carta nº 13069526





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 07 de Janeiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3180163164

Vítima: LUIZA FEIJO ALVES

Data do Acidente: 26/09/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Comunicamos que o pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado e está em análise e o prazo regulamentar de 30 dias foi interrompido para apuração de dados e informações adicionais. Assim que todas as informações forem finalizadas, o prazo voltará a seguir normalmente.

Por favor, aguarde contato e continue acompanhando o seu pedido de indenização através dos canais oficiais da Seguradora Líder DPVAT.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 27 de Janeiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3180163164

Vítima: LUIZA FEIJO ALVES

Data do Acidente: 26/09/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), LUIZA FEIJO ALVES

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\$ 843,75

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade do segmento lombar

da coluna vertebral 25%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 25%) 6,25%

Valor a indenizar: 6,25% x 13.500,00 = R\$ 843,75

Recebedor: **LUIZA FEIJO ALVES**

Valor: **R\$ 843,75**

Banco: **001**

Agência: **000003887-3**

Conta: **000010049770-5**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

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



CAIXA ECONOMICA FEDERAL

INA: sorteios de segunda-feira a sábado, após

068-421444340-2

09/MAR/2018

HORA DE 10:14:14

LOT. 5.024040-4

LOCALIDADE: FORTALEZA

AG. VINCULADA: 1469

TERM 06086

CONTROLE: 6810029

COMPROVANTE DE ABERTURA DE POUP CAIXA FACIL

NOME: LUIZA FEIJO ALVES

AGENCIA: 1469

OPERAÇÃO: 013

CONTA-DV: 000.000.085.323-8

DATA DA ABERTURA: 09/03/2018

LOTERIAS CAIXA

068-421444340-2

2ª VIA

Nome do pai



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

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 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

Nome completo da vítima

000.482.093-25

LUÍZA FEIJÓ ALVES

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo LUÍZA FEIJÓ ALVES		CPF titular da conta 000.482.093-25	Profissão DO LAR
Endereço RUA 1022 Nº 25		Número 25	Complemento 4ª ETAPA
Bairro CONJUNTO CEARÁ	Cidade FORTALEZA	Estado Pe	CEP 60532-710
Email HARCIVANIA.F.ALVES@HOTMAIL.COM			Telefone (DDD) 85 9979-74002

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

- ☐ RECUSO INFORMAR
 ☒ SEM RENDA
 ☐ ATÉ R\$ 1.000,00
 ☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
 ☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00
 ☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00
 ☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00
 ☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

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

☐ BRADESCO (237)
 ☐ BANCO DO BRASIL (001)
 ☐ ITAÚ (341)

☒ **CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)**

AGÊNCIA NRO. **1469** DIV **085.323** CONTA NRO. **09:013** DIV **8**
 (Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

☐ **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

BANCO Nome **_____** NRO **_____**
 AGÊNCIA NRO. **_____** DIV **_____** CONTA NRO. **_____** DIV **_____**
 (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 a Seguradora Líder 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.

FORTALEZA/CE 21 de MARÇO de 2018

Local e Data

Luíza Feijó Alves

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

CAIXA ECONÔMICA FEDERAL

INA: sorteios de segunda-feira a sábado. Após,
068-421444340-2

09/MAR/2018

HORA DE 10:14:14

LOT. 5.024040-4

LOCALIDADE: FORTALEZA

NO. VINCULADA: 1469

TERM 060857

CONTROLE: 68100297

COMPROVANTE DE ABERTURA DE POUP CAIXA FACIL

NOME: LUIZA FEIJÓ ALVES

END. 1469

RESERVAÇÃO: 013

CAIXA-DV: 000.000.005.323-8

DATA DA ABERTURA: 09/03/2018

LOTÉRIAS CAIXA

068-421444340-2

me do pai


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

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 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 ASI: **3180163164** CPF da Vítima: **000.482.093-25** Nome completo da vítima: **LUÍZA FEIJÓ ALVES**

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo: **LUÍZA FEIJÓ ALVES** CPF titular da conta: **000.482.093-25** Profissão: **DO LAR**
Endereço: **RUA 1022** Número: **25** Complemento: **4ª ETAPA**
Bairro: **CONJUNTO CEARÁ** Cidade: **FORTALEZA** Estado: **CEARÁ** CEP: **60532710**
Email: **MARCIVANIA F ALVES@HOTMAIL.COM** Telefone (DDD): **85** **997974002**

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

☐ RECUSO INFORMAR ☒ SEM RENDA ☐ ATÉ R\$ 1.000,00 ☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00 ☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00 ☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00 ☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

CONTAS BANCÁRIAS (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ BRADÉSCO (237) ☒ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAÚ (341)
☐ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA NRO.: **3887** D/V: **3** CONTA NRO.: **49.770** D/V: **3**
(Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

VARIAÇÃO: 51

CONTAS BANCÁRIAS (todos os bancos)

BANCO Nome: _____ NRO: _____
AGÊNCIA 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 a Seguradora Líder 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.

FORTALEZA/CE 19 de JUNHO de 2018

Local e Data

Luiza Feijó Alves
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

Contratado: (I) **Banco do Brasil S.A.**, com sede em Brasília, Distrito Federal, por sua agência 3887-3 - CONJUNTO CEARA (CE), inscrita no CNPJ nº 000.000/5172-16, (II) **Associação de Poupança e Empréstimo - Pouplex**, CNPJ nº 00.655.522/0001-21, sociedade civil sem fins lucrativos, com sede em Brasília, Distrito Federal, na qualidade de gestora do produto da Poupança Pouplex, doravante denominada **Pouplex**, por intermédio do **Banco do Brasil S.A.**.

Proponente/Contratante 1: **LUIZA FEIJO ALVES**, inscrito(a) no CPF sob o n.º 000.482.093-25, capaz, sexo feminino, brasileiro(a), natural de MERUOCA CE, nascido(a) em 18/03/1967, filho(a) de LUIS DE BOIS XIMENES FEIJO e MARIA LAURA ALVES FEIJO, portador(a) do(a) carteira de identidade nº. 99010259456, emitido(a) em 06/06/2011, pelo(a) SSPCE, do lar, endereço residencial: R 1022 25, CONJUNTO CEARA, FORTALEZA - CE, CEP 60.532-710, telefone(s) (85) 98795-3131, solteiro(a), sem união estável.

Dados da conta*variação 51*

Agência 3887-3, conta-corrente n.º 49.770-3, poupança ouro n.º 510.049.770-6, poupança pouplex n.º 960.049.770-8, conta individual, aberta em 19.06.2018.

PACOTE DE SERVIÇOS: O Proponente/Contratante Declara ter conhecimento de que pode optar por:

- a) **ADERIR** ao pacote de serviços na modalidade oferecida pelo **Banco do Brasil S.A.** na forma da Carta Circular BACEN nº 3.594, de 22/04/2013, por meio do Termo de Adesão a Pacote de Serviços de Conta de Depósitos - Pessoa Física, anexo a esta proposta/contrato de abertura de conta-corrente.
- b) **ADERIR** ao Pacote de Serviços constante do Termo de Adesão a Pacote de Serviços anexo à proposta/contrato de abertura de conta-corrente.

19/06/2018 - BANCO DO BRASIL - 11:14:02
780810563
COMPROVANTE DE DEPÓSITO EM POUPANÇA
EM DINHEIRO 0112

CLIENTE: LUIZA FEIJO ALVES
AGÊNCIA: 3887-3 CONTA: 49.770-3 VAR: 51

DATA 19/06/2018
NR. DOCUMENTO 78.001.856.300.112
VALOR DINHEIRO
VALOR TOTAL

NR. AUTENTICAÇÃO C.908.544.D03.908.48C

Creditos a partir de 04/05/2012 estão
disciplinados pela Lei 12.703.

LEIA NO VERSO COMO CONSERVAR ESTE DOCUMENTO,
ENTRE OUTRAS INFORMAÇÕES.

GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 5555 / 2017

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

FRANCISCO DELANIO CAMPELO ALMEIDA - MAT.: 404836-1-6

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

• pleroventrie fenyk elher

40195365

REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS DO DISTRITO DE ALFENEA

In: Rua Aurora, Lote 1524, Parque Thales - Camamu - Goro. Cep: 45.655-000 - Alfena - BA

Certidão Jurada - Tel. 85-3227-1670
Ana Cláudia Carvalho Bezerra - Tabelião

Certifico que a presente contém fotostática
reprodução fiel do original

Da que dou fé. Camamu-CE 21 de março de 2010

Selo(a): 105565-XXXXXXX

FRANCISCO CLAUDIO FACANHA DA SILVA - Escrevente
Carimbo: 568761 Total: R\$ 2,15 Pedido: 12

ASSOAS NATURAIS
REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS DO DISTRITO DE ALFENEA
CARTÓRIO DE ALFENEA
do Distrito de Alfena
Alfena - BA
pessoa física
(85) 3227-1670

ALEXANDRA ALMEIDA LIMA
Escrevente Autorizada



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
 SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
 POLÍCIA CIVIL
 DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO

ASL - 0121929/18

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 5555 / 2017

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**

Data / Hora da Comunicação: **31/10/2017, 13:23:22**

Data / Hora da Ocorrência: **26/09/2017, 19:00:00**

Endereço da Ocorrência: **AVENIDA H**

Complemento:

Bairro: **CONJUNTO CEARA**

Município: **FORTALEZA/CE**

Ponto de Referência: **PROXIMO AO COLEGIO MARINHEIRO POPEYE**

Dados da(s) Vitima(s)

Nome: **LUIZA FEIJO ALVES**

Nascimento: **18/03/1967** CPF: **000.482.093-25**

RG: **99010259456**

Orgão Emissor: **SSP**

UF:

Filiação: **MARIA LAURA ALVES FEIJO**

LUIS DE BOIS XIMENES FEIJO

Endereço: **RUA 1022, 25 4º ETAPA**

Bairro: **CONJUNTO CEARA**

Município: **FORTALEZA/CE**

País: **BRASIL**



CEP:

Telefone: **(85) 98795-3131**

Noticiante(s)

Nome: **MARCIVANIA FEIJO ALVES**

Nascimento: **12/01/1988** CPF: **028.052.073-51**

RG: **2002012035111**

Orgão Emissor: **SSP CE**

UF:

Filiação: **LUIZA FEIJO ALVES**

MARCOS ANTONIO TARGINO ALVES

Endereço: **RUA PEREIRA BARBOSA 1520, 69**

Bairro: **JARDIM JATOBA**

Município: **FORTALEZA/CE**

País: **BRASIL**

CEP:

Telefone: **(85) 99797-4002**

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **HVT7959** Uf: **CE** Município: **FORTALEZA** Chassi: **BN002212**

Renavam: **159643945** Tipo do Veículo: **AUTOMOVEI** Marca / Modelo:

VW/VOYAGE LS Ano Fabricação: **1981** Ano Modelo: **1982** Combustível:

GASOLINA Cor: **CINZA** Proprietário: **VALDECI FERREIRA LIMA**

Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **COLISAO**

Histórico

A NOTICIANTE COMPARECE A ESTA ESPECIALIZADA A FIM DE REGISTRAR QUE, NA DATA CITADA, A SUA MÃE(VITIMA) DE NOME LUIZA FEIJÓ ALVES ATRAVESSAVA ANDANDO A AVENIDA H QUANDO UM CARRO DE PLACAS HVT-7959 CONDUZIDO POR VALDECI FERREIRA DE LIMA, ATROPELOU A VITIMA, CAINDO A VITIMA NO ASFALTO, FICANDO LESIONADA SENDO SOCORRIDA PELO SAMU PARA O INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA. E NADA MAIS DISSE.///////

OBS: COMUNICAÇÃO FALSA É CRIME CAPITULADO NO ART.340 DO CPB.

REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS DO DISTRITO DE JARDIM

Av. Dom Bosco, 1529 - Jd. Santa Helena - Fortaleza - CE - CEP: 60.010-000

Carimbo: JARDIM - Tel: (85) 3231-1650

Uma cópia de cada registro é entregue ao interessado.

Carimbo que o presente é uma cópia autenticada.

reprodução (em) do original.

Do que deu fé, o Cartório em 21 de março de 2018.

Selo(s): 1185562 - Nome: JARDIM - CPF: 000.000.000-00

Francisco Claudio Pereira da Silva - Escrevente

Carimbo: 669768 Total: R\$ 2,30 Pagador: 32

Carimbo: 669768

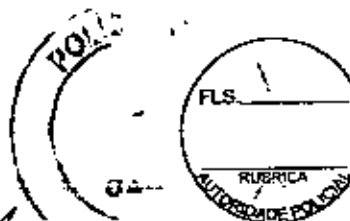
Carimbo: 669768

1185562-2018-03-21 19:00:00 01 000000000000

Carimbo: 669768



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO



BOLETIM DE Ocorrência N° 301 - 55551/2017

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

FRANCISCO DELÂNIO CAMPELO ALMEIDA - MAT.: 404836-1-6

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

alexandra lucas



REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS DO DISTRITO DE JUREMA
R. Dom Antônio Lucas, 1521 - Pôrto Alegre - Ceará - Cx. 8145 000 - Jurema - CE 61.100-000
Cidade Jurema - Tel.: 85-3237-1670
Rm. Cláudia Carvalho Olegário - Tabella

Certifico que a presente cópia fotostática é reprodução fiel da original.

De que deu fé. Ceará-CE 21 de março de 2018

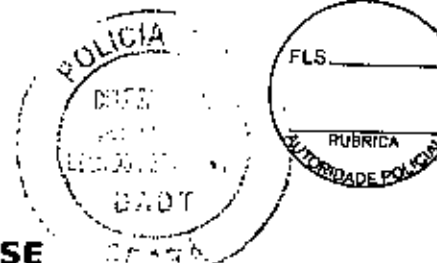
Síntese: 195567-HD*****

FRANCISCO CLAUDIO FARIAS DA SILVA - Escrivão
Carteira: 849708 Total: R\$ 2.135 Páida: 12

ALEXANDRA ALMEIDA LUCAS
Escrivente Autorizada



Inocência
GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO



GUIA POLICIAL À PERÍCIA FORENSE

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 5555 / 201

GUIA Nº 301 - 1201 / 2017

FORTALEZA, 31 de Outubro de 2017

Natureza do Exame: CORPO DE DELITO

Declaração de Inexistência de IML



Requisito à Perícia Forense o exame LESAO CORPORAL da pessoa abaixo qualificada:

Nome: LUIZA FEIJO ALVES

Nacionalidade: BRASIL

Data de Nascimento: 18/03/1967

Grau de Instrução: ALFABETIZADO

**Filiação: LUIS DE BOIS XIMENES FEIJO
MARIA LAURA ALVES FEIJO**

Naturalidade: MERUOCA/CE

Estado Civil: CASADO(A)

Profissão: DO LAR

Documento de Identificação: RG

Número: 99010259456

Órgão Emissor: SSP

UF:

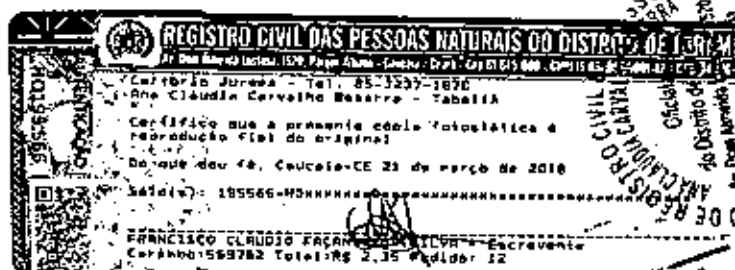
Residência: RUA 1022, 25 4ª ETAPA, CONJUNTO CEARÁ - FORTALEZA/CE

Local da Ocorrência: AV H, CONJUNTO CEARÁ - FORTALEZA/CE

Data e Hora da Ocorrência: 26/09/2017 19:00

**Observação: AFIRMA TER SIDO VITIMA DE ACIDENTE DE TRANSITO, GUIA COM FINS
PARA DPVAT**

Laudó para: DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO



ALEXANDRA ALMEIDA LUCAS
Escritor Autorizada

DELEGADO(A) DIANA MÁRCIA NOGUEIRA SURIMÃ - 012875-16

TERMO DE RECEBIMENTO DE GUIA POLICIAL À PERÍCIA FORENSE

Declaro que recebi da DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO a Guia de número 1201 / 2017 do município de FORTALEZA.



SINISTRO: 3180463164

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

LUIZA FELJO ALVES

CPF da Vítima

000 48209325

Data do Acidente

26-09-2017

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

Telefone (DDD)

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

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 Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

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

FORTALEZA-CE 19 de ABRIL de 2018

Local e Data

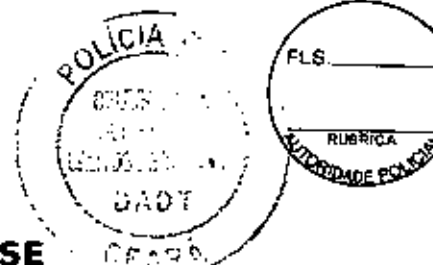
LUIZA FELJO ALVES

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO



GUIA POLICIAL À PERÍCIA FORENSE

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 5555 / 201

GUIA Nº 301 - 1201 / 2017

FORTALEZA, 31 de Outubro de 2017

Comprovação de ato declaratório



Natureza do Exame: CORPO DE DELITO

Requisito à Perícia Forense o exame LESAO CORPORAL da pessoa abaixo qualificada:

Nome: LUIZA FEIJO ALVES

Nacionalidade: BRASIL

Data de Nascimento: 18/03/1967

Grau de Instrução: ALFABETIZADO

Filiação: LUIS DE BOIS XIMENES FEIJO

MARIA LAURA ALVES FEIJO

Documento de Identificação: RG

Órgão Emissor: SSP

Naturalidade: MERUOCA/CE

Estado Civil: CASADO(A)

Profissão: DO LAR

Número: 99010259456

UF:

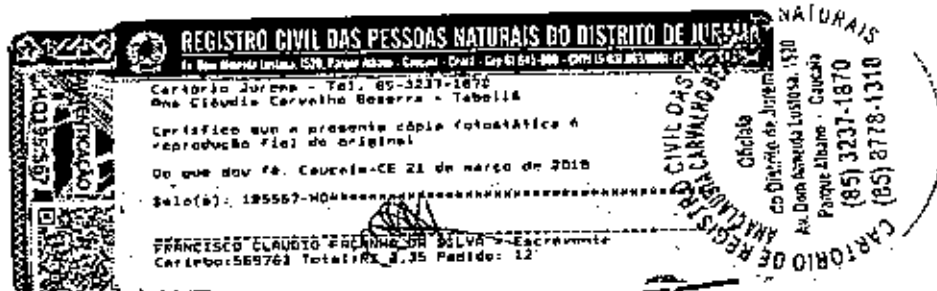
Residência: RUA 1022, 25 4ª ETAPA, CONJUNTO CEARA - FORTALEZA/CE

Local da Ocorrência: AV H, CONJUNTO CEARA - FORTALEZA/CE

Data e Hora da Ocorrência: 26/09/2017 19:00

Observação: AFIRMA TER SIDO VITIMA DE ACIDENTE DE TRANSITO, GUIA COM FINS PARA DPVAT

Lauda para: DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO



ALEXANDRA ALMEIDA LUCAS
Escritor Autorizada

DELEGADO(A) DIANA MÁRCIA NOGUEIRA SURIMÃ - 012875-1-6

TERMO DE RECEBIMENTO DE GUIA POLICIAL À PERÍCIA FORENSE

Declaro que recebi da DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO e Guia de número 1201 / 2017 do município de FORTALEZA.

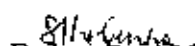
DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins, que o SAMU 192 Regional Fortaleza, prestou atendimento a Sra. **Luiza Feijó Alves**, no dia **26/09/2017**, às **19h32min**, na **Avenida H, 4ª Etapa**, no **Bairro Conjunto Ceará**, vítima de acidente de trânsito.

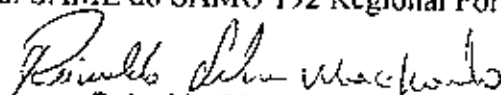
Documento requerido pela Sra. **Marcivania Feijó Alves**, Processo nº **P927578/2017**.

Fortaleza, 6 de novembro de 2017.

Atenciosamente,


Esther Cunha

Coord. SAME do SAMU 192 Regional Fortaleza


Reinaldo Silva Machado

Protocolo do SAMU 192 Regional Fortaleza



ATO

DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins, que o SAMU 192 Regional Fortaleza, prestou atendimento a Sra. Luiza Feijó Alves, no dia 26/09/2017, às 19h32min, na Avenida H, 4ª Etapa, no Bairro Conjunto Ceará, vítima de acidente de trânsito.

Documento requerido pela Sra. Marcivania Feijó Alves, Processo nº P927578/2017.

Fortaleza, 6 de novembro de 2017.

Comprovação de ato declaratório



Atenciosamente,

Esther Cunha
Esther Cunha

Coord. SAME do SAMU 192 Regional Fortaleza

Reinaldo Silva Machado
Reinaldo Silva Machado

Protocolo do SAMU 192 Regional Fortaleza



BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 21/01/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: LUIZA FEIJO ALVES

BANCO: 001

AGÊNCIA: 03887-3

CONTA: 000010049770-5

Nr. da Autenticação 049719190B0D4901

Nº DO CLIENTE
511430-6

Para regular sua fatura, utilize o nº acima sempre que entrar em contato conosco.

Ata da Sessão de Energia Elétrica
da cidade de Fortaleza, Lei nº 10.432
de 20 de abril de 2002

Companhia Energética de Ceará
Rua Pedro Velho, 150
CEP 60135-010 | Fortaleza - CE
CNPJ 07043251/000170 | CCE 01.195.248/3

enel

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE B-4 | Nº 513279859

Posto 10 01240 42 025000 - 1 **Data de Emissão** 15/02/2018

Nome LUIZA FEITO ALVES

End. Postal RUI 1022 (ONJ) CEARÁ 00025
COMUNTO CEARÁ - FORTALEZA - 60532710

Medidor 7699057 **Posto** 0048 189K

Classe 01-RESIDENCIAL 07-BX, RENDA MONOFÁSICO

RG/CPF/CNPJ 000482893-25 **OGF**

Nome do Responsável

DATAS

Mês de Referência	Data de Apresentação	Previsão Próxima Letra
Fev/2018	15/02/2018	14/03/2018

ÍNDICE DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

Vejas a legendagem verso desta conta.					
Conjuntos	Índice	Índice	Índice	Índice	Índice
Conjuntos	Índice	Índice	Índice	Índice	Índice
Conjuntos	Índice	Índice	Índice	Índice	Índice
Conjuntos	Índice	Índice	Índice	Índice	Índice
Conjuntos	Índice	Índice	Índice	Índice	Índice

ICMS

Base de Cálculo (IC)	Alíquota	Valor do Imposto	Conjuntos	Índice	Índice	Índice	Índice	Índice	Índice
Base de Cálculo (IC)	Alíquota	Valor do Imposto	Conjuntos	Índice	Índice	Índice	Índice	Índice	Índice
Base de Cálculo (IC)	Alíquota	Valor do Imposto	Conjuntos	Índice	Índice	Índice	Índice	Índice	Índice
Base de Cálculo (IC)	Alíquota	Valor do Imposto	Conjuntos	Índice	Índice	Índice	Índice	Índice	Índice
Base de Cálculo (IC)	Alíquota	Valor do Imposto	Conjuntos	Índice	Índice	Índice	Índice	Índice	Índice

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Let. Atual	Let. Anterior	Const.	Consumo (KWh)	Const. Ind.	Const. Fix.	Tarifa (R\$/KWh)	Valor (R\$)
15/02/18	14/01/18	1.02	184	6.00	30	0.14730	26.98
15/02/18	14/01/18	1.02	184	6.00	30	0.14730	26.98
15/02/18	14/01/18	1.02	184	6.00	30	0.14730	26.98

DESCRIÇÃO

DESCRIÇÃO	VALOR (R\$)
VALOR CONSUMO DO MES	26,98
MULTA MORATORIA REF 11/2017	1,50
ILIMINACAO PUBLICA MUNICIPAL	9,73
PIS-COFINS COMPLEMENTAR-TARIFA BAIXA REND	0,89
COB. SALDO FATURA ANTERIOR	24,55
DOACAO PEQ NAZARENO - TEL 0800 095 2214 1/1	15,00
INDENIZACAO TRIMESTRAL OTC	-0,84

Comprovante de residência



VENCIMENTO 01/03/2018 **TOTAL A PAGAR (R\$)** 77,81

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

Valor	1.02
Previdência	1.02
Distribuição	1.02
Encargos Setoriais	1.02
Previdência (PIS-COFINS)	1.02
IMPOSTO	1.02

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

Valor	1.02
Previdência	1.02
Distribuição	1.02
Encargos Setoriais	1.02
Previdência (PIS-COFINS)	1.02
IMPOSTO	1.02

CONSUMO COMPLEMENTAR: EMISSÃO DE CO₂ (kg/KWh)

Condições reais emissões pelo consumo de energia elétrica.

Emissão CO₂ Compensação CO₂ Condição Ecológica (kgCO₂)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO

Este documento não substitui a fatura de consumo de energia elétrica.

Para maiores informações, consulte o site da Enel ou o telefone 0800 095 2214.

Condições reais emissões pelo consumo de energia elétrica.

Emissão CO₂ Compensação CO₂ Condição Ecológica (kgCO₂)

Condições reais emissões pelo consumo de energia elétrica.

Emissão CO₂ Compensação CO₂ Condição Ecológica (kgCO₂)

Nº DO CLIENTE

511430-6

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

A Terisa Sociedade de Energia Elétrica
Instituída pela Lei nº 10.438
de 26 de abril de 2002

Companhia Energética do Ceará
Rua Padre Vieira, 150
CEP 60.335-040 | Fortaleza - CE
CNPJ 07.047.225/0001-70 | CCF 06.105.048-3

enel

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

513279859

Rota 10 01240 42 025000 - 3

Data de Emissão 15/02/2018

Nome LUIZA FEIJO ALVES

End. Postal RU 1022 CONJ CEARA 00025

CONJUNTO CEARA - FORTALEZA - 60532710

Modador 2699057

Poste 0046 169H

Classe 01-RESIDENCIAL U7-BX. RENDA MONOFASICO

RG/CPF/CNPJ 000482093-25

CGF

Nome do Responsável

DATAS

Mês de Referência 15/02/2018
Data de Apresentação 14/03/2018
Próxima Letura

ÍNDICE DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

Veja a legenda no verso desta conta.

Conjunta 0,00%
Mês 0,00%
Anual 0,00%

ICMS

Base de Cálculo (R\$) Alíquota Valor do Imposto
150,00 15,00 22,50

	Poderes Individuais			Apuração Individual		
	Mensal	Trím.	Anual	Mensal	Trím.	Anual
DIC	4,95	14,85	148,50	2,15	6,45	64,50
FC	3,17	9,51	95,10	1,09	3,27	32,70
OMC	-	-	-	-	-	-

RENTA PRECATORIA AO CONTROLE FISCAL

450,450 (100,00%) 100,00%

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Let. Anual	Let. Anterior	Const.	Consumo (kWh)	Const. Incl.	Const. Excl.	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
15/02/18	15/01/18	1,00	104	0,20	20	0,20000	4,00
15/01/18	15/12/17	30,00	184	-	-	0,20000	3,60

DESCRIÇÃO

VALOR CONSUMO DO MES
MULTA MORATORIA REF 11/2017
ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL
PIS-COFINS COMPLEMENTAR-TARIFA BAIXA REND/
COB. SALDO FATURA ANTERIOR
DOACAO PEQ NAZARENO - TEL 0800 095 2214 1/1
INDENIZACAO TRIMESTRAL DIC

VALOR (R\$)

26,98
1,50
9,73
0,89
24,55
15,00
-0,84

Comprovante de residência



VENCIMENTO 01/03/2018

PAGAR (R\$) 77,81

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

Consumo	4,00
Imposto de Renda	1,50
Imposto de Renda	9,73
Imposto de Renda	0,89
Imposto de Renda	24,55
Imposto de Renda	15,00
Imposto de Renda	-0,84
TOTAL	77,81

DETALHES DE CONSUMO (kWh - 31 meses)

100	104	107	124	156	125	80	78	105	111	110	78	77
-----	-----	-----	-----	-----	-----	----	----	-----	-----	-----	----	----

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÃO DE CO₂ (kg/kWh)

Compare suas emissões pelo consumo de energia elétrica.
Emissão de CO₂ Competência de CO₂ Certificação Ecológica (NCC)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO

Para visualizar sua conta, acesse o site www.enel.com.br ou ligue para 0800 095 2214.
Seu número de cliente é 511430-6. Seu telefone é 0800 095 2214.
Como as tarifas e valores podem variar, consulte a tabela de tarifas no verso desta conta.
Seu endereço é Rua Padre Vieira, 150 - Fortaleza - CE - CEP 60.335-040.

Caro Cliente, constam quitadas as faturas de consumo de energia elétrica desta unidade consumidora vencidas até 31/12/2017, conforme a Lei N. 12.007/2009. Esta declaração substitui quitações anteriores.

Documentação médica - hospitalar

RELATÓRIO MÉDICO

Relato, para os devidos fins, junto ao DPVAT, que o Sr.(a):

Luiz Freixo Alves

vítima de acidente de trânsito, em 26/09/2017, sofreu:

TRM Lombar
Fratura de vértebra L1
C10 - S32.0

e submeteu-se a tratamento(s):

Tratamento cirúrgico com
colite e placa
fixação

encontra-se de alta clínica, e apresenta invalidez permanente,
com grau de incapacidade funcional irreversível de:

Doer de dor forte no
região lombar, que impede
para membros inferiores, diminuição
do grau de membro inferior
inferior. Um caso grave
na pessoa. Um caso de
flexão do coluna. Com proce-
timento funcional. Previsão de
acidente. O caso não é definitivo

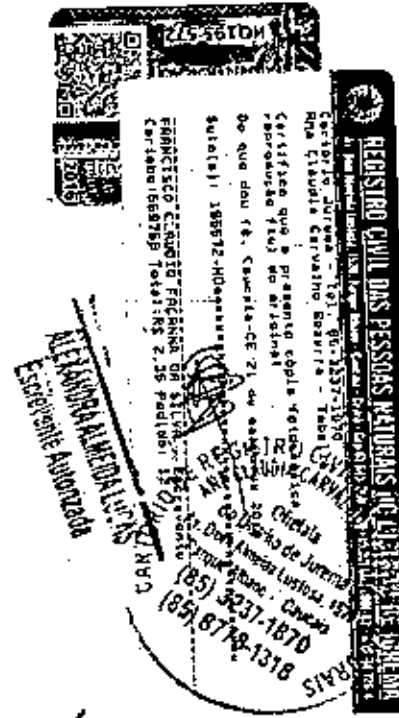
20/02/2018

Fco. Mardônio Salmito Almeida
Ortopedia - Traumatologia

CREMEC 4411

Dr. Francisco Mardônio Salmito de Almeida

CREMEC 4411



REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL						DATA/HORA: 26/09/2017 20:18:57	
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE							
CNS	700907812059682	NOME	LUIZA FEIJÓ ALVES		Registro	5529891	
CPF	03046209326	RG	98010268486	D. N. SC	19/03/1957	ESTADO CIVIL	
NOME DA MÃE		MARIA LAURA ALVES FEIJÓ		NOME DO PAI		LUIZ DE BOIS XIMENES FEIJÓ	
TIPO DE LOGRADOURO		Rua		ENDEREÇO DO PACIENTE		1022	
COMPLEMENTO		TELEFONE CONTATO		MUNICÍPIO		FORTALEZA	
		24892065		UF		CE	
				CEP		60532710	
IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL							
NOME		MARIA CLEIRISMAR ALVES FEIJÓ		PARENTESCO		IRMA	
				TELEFONE		34892065	
ACIDENTE DE TRABALHO							
TIPO DE VÍNCULO		CBO DO EMPREGADO		CNPJ DO EMPREGADOR		CÓDIGO DO CNAER	
ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO							
MOTIVO DE ATENDIMENTO: Acidentes com pedestre. Pedestre traumatizado em colisão com um veículo a pedal.							
QUEIXAS: pedestre atropelado por carro há 2 h; tórax e dor lombar							
OBSERVAÇÕES: lesão moderada							
SINAIS VITAIS							
LOCAL DA OCORRÊNCIA		Área Pública		Escola de Dor		Moderado	
ESPECIALIDADE DO ATENDIMENTO				PRIORIDADE DE ATENDIMENTO		LARANJA	
ATENDIMENTO MÉDICO							
Anamnese:							
Exame Físico:							
Conduta:							
TEMPO NECESSÁRIO PARA OBSERVAÇÃO							
EXAMES COMPLEMENTARES SOLICITADOS							
ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE							
DATA E HORA DO ATENDIMENTO				CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA:			

PROTOCOLO - 137
RAE TIRADA
NOLO SISTEMA E-SUS
DATA 05/10/2017
PROTÓCOLA 137267
SERVIDORIA