
Rio de Janeiro, 26 de Julho de 2017

Carta nº: 11368094

A/C: MARIA VALERIA DE ANDRADE CRUZ

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170398091 ASL-0275982/17

Vitima: MARIA VALERIA DE ANDRADE CRUZ

Data Acidente: 07/03/2017

Natureza: INVALIDEZ

Procurador: MARFRA HERBEN SILVA BANDEIRA

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

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

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

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

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

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

ATENÇÃO:

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

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,



Rio de Janeiro, 28 de Julho de 2017

Carta nº: 11386798

A/C: MARIA VALERIA DE ANDRADE CRUZ

Sinistro: 3170398091 ASL-0275982/17
Vítima: MARIA VALERIA DE ANDRADE CRUZ
Data Acidente: 07/03/2017
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: MARFRA HERBEN SILVA BANDEIRA

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

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

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

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

ATENÇÃO:

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 09 de Agosto de 2017

Carta nº: 11447561

A/C: MARIA VALERIA DE ANDRADE CRUZ

Sinistro: 3170398091 ASL-0275982/17
Vítima: MARIA VALERIA DE ANDRADE CRUZ
Data Acidente: 07/03/2017
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: MARFRA HERBEN SILVA BANDEIRA

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

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

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

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

ATENÇÃO:

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Sinistro: 3170398091 - 1

Nome do(a) Examinado(a): MARIA VALERIA DE ANDRADE CRUZ

Endereço do(a) Examinado(a): RUA JACA PARAIBA nº 399 - CENTRO - PENTECOSTE/CE

Identificação - Órgão Emissor/UF/Número: RG 2008010201994 - SSP

Data local do exame: 10/08/2017 FORTALEZA/CE

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)

FRATURAS DE COSTELAS, FRATURA DE ACETABULO DIREITO E FRATURA DE PUNHO ESQUERDO.

a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação?

SIM NÃO

b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico?

SIM NÃO

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações.

TRATAMENTO CONSERVADOR DAS LESOES COM IMOBILIZAÇÃO GESSADA NO ANTEBRAÇO ESQUERDO. EVOLUIU SEM DEFICIT DA FUNCAO RESPIRATORIA COM BLOQUEIO LEVE DA FLEXO / EXTENSÃO DO PUNHO A ESQUERDA E COM BLOQUEIO LEVE DA ABDUÇÃO E ADUCAO DO QUADRIL DIREITO. ESTA DE ALTA MEDICA.

III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)?

SIM NÃO

Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

DEFICIT FUNCIONAL LEVE NO PUNHO ESQUERDO E DEFICIT FUNCIONAL LEVE NO QUADRIL DIREITO.

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

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

Vítima em tratamento Sem sequela permanente

Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica

Exame não permite conclusão

Vide motivo do impedimento no campo das observações

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

Região Corporal(Sequela)

Região Corporal(Sequela)

PUNHO ESQUERDO.

10% 25% 50% 75% 100% 10% 25% 50% 75% 100%

Região Corporal(Sequela)

Região Corporal(Sequela)

QUADRIL DIREITO.

10% 25% 50% 75% 100% 10% 25% 50% 75% 100%

c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações(*):

Total = "100% da IS"

V. Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valorização do dano corporal.

NOTA DO REVISOR – APÓS AVALIAÇÃO DOS DOCUMENTOS OPTADO POR MANTER A VALORAÇÃO DEFERIDA PELO EXAMINADOR. -

Local e data de realização do exame médico legal:

CE - FORTALEZA, 10/08/2017

Médico Perito: FLAVIO EDUARDO PARO HADDAD CRM:52.57595-7/RJ


Dr. Flávio Eduardo Paro Haddad
Médico
CRM 10570

Assinatura do perito Examinador - CRM



AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDEN

Autorização de pagamento



Nº DO SINISTRO

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

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

EU, Maria Valéria de Andrade Cruz, PORTADOR(A) DO RG Nº 2008020201994 EXPEDIDO POP. C.N.H. EM 12/06/04 E
CPF 560104193-97 /CNPJ ██, PROFISSÃO Recurso
E RENDA MENSAL DE R\$ Recurso NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO
SEGURU DPVAT DA VÍTIMA Maria Valéria de A. Cruz. AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO
DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

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

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

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

NECEBEMOS

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

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO 001 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0962-8 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 5-7317

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

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

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

Penkose 30 de 06

LOCALE E DATA

de 2017 Alexis Valéria de A. Cruz
ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO



ATENÇÃO

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

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
22/06/2017 - Autoatendimento - 13:49:59
096271222 0704

COMPROVANTE DE ENTREGA DE ENVELOPE
DEPOSITO EM CONTA CORRENTE - DINHEIRO

=====

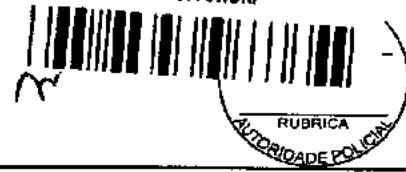
FAVURECIDO	MARIA VALERIA A CRUZ
AGENCIA:	0962-8
CONTA:	5.751-7
VALOR *	
NR. ENVELOPE	

RECEBEMOS
18 JUL 2017
Maria Gecineide F. Nobre
Corretora de Seguros Eirelli
CNPJ:21.487.736/0001-08



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE PENTECOSTE

Bolotim de ocorrência



BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 525 - 904 / 2017

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **22/06/2017 15:08:55**
Data / Hora da Ocorrência: **07/03/2017 13:00:00**
Endereço da Ocorrência: **RUA PE. SINVAL FACUNDO**
Complemento:
Bairro: **PENTECOSTE/CE**
Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **MARIA VALÉRIA DE ANDRADE CRUZ**
Nascimento: **05/02/1972** CPF: **3008010201994**
RG: **2008010201994** Orgão Emissor: **SSP**
Filiação: **TEREZINHA DE ANDRADE CRUZ**
ANISIO BEZERRA CRUZ
Endereço: **AVENIDA TABELIÃO FRANCISCO ALVES, 435**
Bairro: **CENTRO**
Município: **PENTECOSTE/CE**
País: **BRASIL** Telefone:

RECEBEMOS
1 JUL 2017

Maria Gecineide F. Nobre
Corregora de Segurança
CNPJ: 21.487.840/0001-06
CEP: 62.840-000

JX / MX

Histórico

A vítima compareceu a esta Delegacia para informar que no dia 07 de março do ano em curso, por volta das 13:00hs, sofreu um acidente de trânsito, tipo colisão, na Rua Pe. Sinval Facundo, Vila Nova, nesta cidade. Que na ocasião, a declarante dirigia a motocicleta HONDA/NRX 150 BROS ES, COR PRETA, ANO 2012, PLACA OIP6268, CHASSI 9C2KD0550CR600832, RENAVAM. 490820638, REGISTRADO EM SEU NOME, sentido Vila Nova/Centro, eis que foi surpreendida por um automóvel que iniciava uma manobra para adentrar na mão de direção para tomar a direção contrária. Que de imediato, buzinou e acionou os freios, na ocasião o condutor do automóvel parou sem concluir a manobra. Que a declarante tentou evitar a colisão, levando a moto para a mesma via que o condutor do automóvel saía. Que a declarante acabou colidindo na lateral traseira do automóvel, caindo no calçamento da Rua Francisco José da Silva. Que o condutor do automóvel se tratava do ELTON LUZ, Diretor da Escola Técnica, o qual prestou os primeiros socorros a declarante. Que a declarante foi socorrida por populares e levada para a UPA desta cidade, e no mesmo dia transferida para o Frotinha do Antonio Bezerra, na cidade de Fortaleza. Que em decorrência do sinistro, a declarante quebrou a bacia, a sétima costela e o rádio do braço esquerdo. Que o ELTON se comprometeu em ajudar financeiramente, no sentido de cobrir os gastos médicos da declarante, porém até o presente momento não cumpriu. E, nada mais disse, dando-se por encerrado o presente procedimento.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE PENTECOSTE

Lícia Nádia Pinho de Castro

Escrivã de Polícia

198308-1-0

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

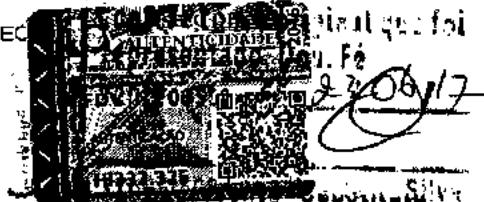
LICIA NADIA PINHO DE CASTRO - MAT.: 198308-1-0

DELEGACIA MUNICIPAL DE PENTECOSTE

Pág. 1 de 2

Impresso em: 22/06/2017 15:58:03

Valéria





GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE PENTECOSTE



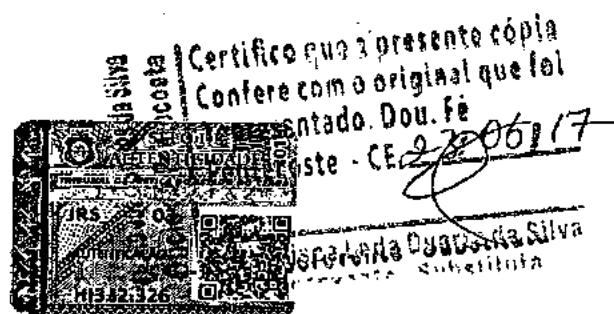
BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 525 - 904 / 2017

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

VISTO DO DELEGADO(A) :

JOÃO CARLOS ARAÚJO MACHADO - MAT.: 30079213

Licia Nádia Viana de Castro
Escrivã de Policia
198308-1-0



RECEBEMOS

18 JUL 2017

Maria Gecineide F. Nobre
Corretora de Seguros Eireli
CNPJ:21.487.736/0001-06

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML



Eu, Maria Valéria de Andrade Cruz, portador da carteira de identidade nº 2008010201994 e inscrito no CPF/MF sob o nº 560.104.193-97, residente e domiciliado na Rua Pará 399, Cidade Pentecoste, Estado Pernambuco, declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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

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

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

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

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

Maria Valéria de Andrade Cruz

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

Pentecoste 30/06/2017

Local e data

RECEBEMOS

18 JUL 2017
Maria Gecineide F. Nobre
Corretora de Seguros Eireli
CNPJ:21.487.736/0001-06

BANCO DO BRASIL S.A.

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: Doc - Transferencia para conta em outro banco

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

BANCO: 001

AGÊNCIA: 1234

CONTA: 12345

DATA DA TRANSFERENCIA: 04/09/2017

NUMERO DO DOCUMENTO: 317039809101

VALOR TOTAL: 1.687,50

TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MARIA VALERIA DE ANDRADE CRUZ

BANCO: 001

AGÊNCIA: 00962

CONTA: 000000005751

Número da Autenticação

E09B0266E6406CB2



PREFEITURA MUNICIPAL DE PENTECOSTE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO 24H

Rua Gonçalo Sales Pessoa, 496 - São Francisco
Pentecoste/CE | Fone/Fax: (85) 3352.2252

FICH

Recepção

Data: 27/03/17

Comprovação de ato declaratório



Horário: 13:43

Nome: José Valénius de Andrade Cruz Idade: 45
 Estado Civil: S C V D Sexo: M F Telefone:
 Identidade: _____
 Endereço: OCIDENTAL 191 - Rua Jace Parabá, 29
 Bairro: Centro Municipio: Pentecoste

Aparentemente bem

PRE-CONSULTA

Regular

Grave

Sinais Vitais: PA: 150/110 mmHg

ANAMNESE E EXAME FÍSICO

T: _____ °C

P: _____ bpm

R: _____ mmrpm

Queixa Principal: _____

Paciente vítima de acidente motorviário resultando em fratura no rebordo da escápula em ambos os lados.
Glicose 15, FC 180, FR(00), ST 02: 98%

Enfermeiro (a)

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA: Fratura rebordo / Fratura grande

EXAMES SOLICITADOS: RX

DESTINO

Residência Internação Recusou Internação Transferência

Óbito Observação

Maria Edineide de F. Nobre
Assinatura do Paciente

Assinatura do Médico (carimbo)

DR. CAIO SIMPLICIO
CRM-CE 15.160

① SF 0,94. 1000 g EU

② Cetorubien 100,0 EU

13:25 AD

Dr. Caio Simplicio
MEDICO
CREMEC 15.160

03.03.05.048/0001-03
Fundo Municipal de Saúde de Pentecoste
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO 24H
Confere com o original

Ent: 22/06/2017

Rua Gonçalo Sales Pessoa, 496 - São Francisco Pentecoste/CE
Fone/Fax: (85) 3352.2252 | E-mail: upapentecoste@hotmail.com.br

Ongela M. Vieira Campelo

RECEBEMOS

18 JUL 2017

Maria Gecineide F. Nobre
Conselheira de Seguros Eireli
CNPJ:21.487.736/0001-06



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Maria Valéria de Andrade Cruz

RG nº 2008010201994 data de expedição 12/06/04, Orgão EMM

CPF nº 560.104.193-97, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Rua Paráiba</u>
Número	<u>399</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>Centro</u>
Cidade	<u>Pentecoste</u>
Estado	<u>Ceará</u>
CEP	<u>62640-000</u>
Telefone de Contato	<u>(85) 991330940 (85) 992772656</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Pentecoste 30/06/2017

Assinatura do Declarante: Maria Valéria de A. Cruz

RECEBEMOS

18 JUL 2017

Maria Gecineide F. Nobre
Corretora de Seguros Eireli
CNPJ:21.487.736/0001-06



DADOS DO CLIENTE

Nome: PINA PATRICIA NOTA DE ARRILHO DOS SANTOS

End. Letra: RUA JACAR PARAIBA, 399, CENTRO

Cidade: PENITECOSTE

CEP: 62610-000

End. Entrega:

Cidade:

Local: 01-1

Selos: 001

Quadr: 001-1

Lote:

0237

CEP:

Subselo: 00

Subquadra: 00

Comp: 0000

ECONOMIAS

Residencial: 001 | Comercial: 000 | Industrial: 000 | Pública: 000

INFORMAÇÕES SOBRE MEDAÇÃO

Serviço	Medidor	Lectura Anterior	Lectura Atual	Volumetro	Média Semestral(m³)
ÁGUA	A16P205100	69	86	17	16

DATAS

Lectura Atual: 20/05/2017 | Emissa: 20/05/2017 | Lectra Água: 2823557
Lectura Anterior: 21/04/2017 | Próxima Lectra: 21/06/2017 | Lectra Esgoto:

QUALIDADE DA ÁGUA DISTRIBUÍDA REFERENTE A: 10/2015

Nº de Amostras	Coro	Turbidez	Cor	Coliformes Totais	Escherichia Coli
Edigidas	036	036	010	036	036
Analisadas	040	010	027	040	040
Em conformidade	040	001	000	036	040

MENSAGENS / INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Constatamos débito de R\$ 33,19. Caso pago, desconsiderar.
RELATORIO DA QUALIDADE DA AGUA VEJA NO SITE CAGECE

DESCRIPÇÃO DOS SERVIÇOS		Valor (R\$)	HISTÓRICO DE VOLUME		
			Mês/Ano	Água (m³)	Esgoto (m³)
ÁGUA		43,52	Mai/16	21	0
DESCONTO ÁGUA		-6,70	JUN/16	17	0
JUROS DE 0,033% AO DIA		0,43	JUL/16	18	0
MULTA DE 2%		0,61	AGO/16	15	0
			SET/16	14	0
			OUT/16	16	0
			NOV/16	19	0
			DEZ/16	16	0
			JAN/17	14	0
			FEV/17	11	0
			MAR/17	18	0
			ABR/17	16	0

TRIBUTOS SOBRE O FATURAMENTO		SUBSÍDIO	
Descrição	Valor (R\$)	Descrição	Valor (R\$)
PIS	0,34	VALOR DO SERVICO	58,97
COFINS	1,72	VALOR DO SUBSÍDIO	20,91
		VALOR TOTAL A PAGAR	36,06
MÊS/ANO	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR (R\$)	
06/2017	06/06/2017	36,06	

ONDE PAGAR SUA FATURA

Bancos: Bradesco, BSB, Itaú, BIC, Banco do Brasil, Caixa Econômica Federal, Santander, Triângulo. Outras: PagBank. A Cagece disponibiliza o serviço de débito em conta de sua fatura. Ativa já este serviço. Consulte sua agência.

Central de Atendimento
Cagece
0800 275 0195



É obrigatório do usuário manter seu cadastro atualizado junto à Cagece, conforme resoluções das Agências Reguladoras.

Mais informações pelo telefone: 0800 275 0195, nas lojas de atendimento, de 8h às 17h, no site www.cagece.com.br ou na Ouvidoria Cagece: 3101.1918, de 8h às 12h e 13h às 17h. Ouvidoria estadual: 155. Site da ARCE: www.arce.cagece.br.



DADOS DO CLIENTE		357015057258334 - 7145		
Inscric:	033700435	Código de Resposta:		
Local: 01-1	Selos: 001	Quadr: 001-1	Lote: 0237	Comp: 0000
	Subselo: 00			

Cidade: PENITECOSTE Vend. data: 06/06/2017 Total (R\$): 36,06

82640000000 4 36060009400 5 03370043501 0 00068822015 1



RECEBEMOS
18 JUL 2017
Maria Gecmeide F. Nobre
Corretora de Seguros Eireli
CNPJ:21.487.736/0001-06



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

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações e documentos requisitados neste formulário não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT. contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

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

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

Pelo exposto, eu MAFRA HERPEN BM NASCIMENTO portador(a) do RG nº 99097036560, expedido por GLN H, em 29/07/15, CPF/CNPJ nº 985659743.91, na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário (a) maria valéria de A Cruz do sinistro de DPVAT da natureza INVALIDEZ da vítima maria valéria de A Cruz, e conforme determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

Profissão: Revisor Renda Mensal: R\$ Reverso

Documentos comprobatórios: ENT/acompanhante Residência

mafrahernanascimento
ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO

18 JUL 2017
Maria Gecineide F. Nobre
Corretora de Seguros Eireli
CNPJ:21.487.736/0001-06

RECEBEMOS



ESTADO DO CEARÁ
PREFEITURA MUNICIPAL DE PENTECOSTE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL E MATERNIDADE REGIONAL VALE DO CURU
Rua Francisco Moreira, s/n - Pentecoste - Ceará

RECEITUÁRIO

Akerto fcu Maria Valéria de

Andrade Cruz, 45 anos, foi vítima de
Acidente de trânsito, moto - auto-
móvel em 07/03/2017, sofreu de
fraturas distais do rádio esquer-
do + fratura do acrômio direito +
contusão torácica. Realizou
os exames Rx + imobilização ferida
da mão direita superior. Elíptica +
fratura distal do rádio e
nervo, AINE, e encontra-se
em fase de reabilitação (fric-
tional mecânica para o pulso
elíptica e polialgia). Serra

Rx.

Dr. Celso Carvalho Nogueira
Ortopedia - Traumatologia
CREMEC - 4268 TEDT - 5113

PT: 15 52.5
C10: 75 32.4
S 20.2

Data: 21/06/2017

Carimbo e Assinatura do Médico

FUMAR CAUSA CÂNCER DE BOCA, ESÓFAGO E PULMÃO

RECEBEMOS

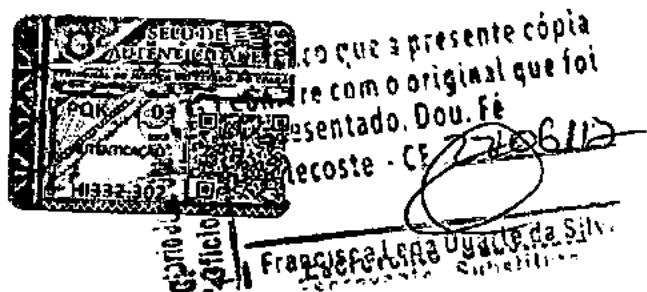
18 JUL 2017

Maria Gecineide F. Nobre
Corretora de Seguros Eireli
CNPJ: 21.487.736/0001-06



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

MARIA VALÉRIA DE ANDRADE CRUZ	
<small>DOC. NÚMERO / C.R. NÚMERO</small> 2008010201994 SNFDS CE	
<small>CPF</small> 560.104.193-87 <small>DATA Nascimento</small> 03/02/1972	
<small>PLACAR</small> ANÍSIO BEZERRA CRUZ TEREZINHA DE ANDRADE CRUZ	
<small>NÚMERO</small> 03319869212 <small>VENCIMENTO</small> 27/02/2020 <small>PRIMARIA</small> 12/06/2004	
<small>OBRAZO</small> Maria Valéria de Andrade Cruz <small>SEN. OBSERVAÇÃO:</small> <i>Maria Valéria de Andrade Cruz</i>	
<small>SOCH</small> PORTELEIRA, CE <small>DATA EMISSÃO</small> 26/07/2016	
<small>PROJETO DE LEI</small> 1289771854 <small>CE 254595608</small> DEN-BAN-CE (CEARÁ)	



RECEBEMOS

18 JUL 2017

Maria Gecineide F. Nobre
 Corretora de Seguros Eireli
 CNPJ:21.487.736/0001-06



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

NOME: MAFRA HERSEN BANDEIRA MARTINS NASCIMENTO	
DOC. IDENT. / ORG. EMISSOR UF: 99097036560 SSP CE	
CM: 985.659.743-91 - DATA NASCIMENTO: 17/12/1983	
PARECER: JOSE MILTON MARTINS MARIA DO SOCORRO SILVA BANDEIRA	
PERMISSÃO: CC CALHAR A	
VALIDADE: 08/03/2019 1 ^ª VALIDAÇÃO: 29/07/2015	
VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 1403807781	
PROIBIDO PLASTIFICAR	
OBSERVAÇÃO: SEM OBSERVAÇÃO:	
Assinatura do portador: Martyna Herzen Bandeira	
LOCAL: FORTALEZA, CE DATA EMISSÃO: 20/10/2015	
Assinatura do emissor: (Assinatura de Mário Vaz) 17968069912 CE156060574	
DETRAN CE CARA	

RECEBEMOS

18 JUL 2017

*Maria Gecineide F. Nobre
Corretora de Seguros Eireli
CNPJ:21.487.736/0001-06*

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0275982/17

Vítima: MARIA VALERIA DE ANDRADE CRUZ
CPF: 560.104.193-87

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 07/03/2017

Titular do CPF: MARIA VALERIA DE ANDRADE CRUZ

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

MARFRA HERBEN SILVA BANDEIRA : 985.659.743-91

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração
MARIA VALERIA DE ANDRADE CRUZ : 560.104.193-87
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

Responsável pelo recebimento na seguradora

Data: 18/07/2017

Nome: MARFRA HERBEN SILVA BANDEIRA
CPF/CNPJ: 985.659.743-91

Data: 18/07/2017

Nome: MARIA GECINEIDE FERREIRA NOBRE
CPF: 890.278.843-15

MARFRA HERBEN SILVA BANDEIRA

MARIA GECINEIDE FERREIRA NOBRE

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170398091 **Cidade:** Pentecoste **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARIA VALERIA DE ANDRADE CRUZ **Data do acidente:** 07/03/2017 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURAS DE COSTELAS, FRATURA DE ACETABULO DIREITO E FRATURA DE PUNHO ESQUERDO.

Descrição do exame médico pericial: DEFICIT FUNCIONAL LEVE NO PUNHO ESQUERDO E DEFICIT FUNCIONAL LEVE NO QUADRIL DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR DAS LESOES COM IMOBILIZAÇÃO GESSADA NO ANTEBRAÇO ESQUERDO. EVOLUIU SEM DEFICIT DA FUNÇÃO RESPIRATORIA COM BLOQUEIO LEVE DA FLEXO / EXTENSÃO DO PUNHO A ESQUERDA E COM BLOQUEIO LEVE DA ABDUÇÃO E ADDUÇÃO DO QUADRIL DIREITO. ESTA DE ALTA MEDICA.

Sequelas permanentes: APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO PUNHO ESQUERDO.
APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO QUADRIL DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 10/08/2017

Conduta mantida:

Observações: NOTA DO REVISOR - APÓS AVALIAÇÃO DOS DOCUMENTOS OPTADO POR MANTER A VALORAÇÃO DEFERIDA PELO EXAMINADOR. -

Médico examinador: FLAVIO EDUARDO PARO HADDAD

CRM do médico: 10570

UF do CRM do médico: SC

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Perda completa da mobilidade de um quadril	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PRESTADOR

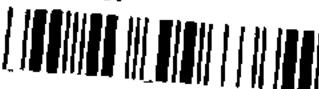
CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

Médico revisor: MARCUS HERRERA R ALMEIDA

CRM do médico: 52.20028-8

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: MARIA VALÉRIA DE ANDRADE CRUZ

Nacionalidade: BRASILEIRA

Est.Civil: SOLTEIRA

Profissão: RECLMSO

Identidade: 2008010201994

CPF: 560.104.193.87

Endereço: Rua em Parauapebas 399

RECEBEMOS

18 JUL 2017

Maria Gecineide F. Nobre
Corretora de Seguros Eireli
NP 121.487.736/0001-06

OUTORGADO:

Nome: MARIA HERBEN B M NASCIMENTO

Nacionalidade: BRASILEIRA

Est.Civil: CASADA

Profissão: RECLMSO

Identidade: 99099036560

CPF: 98565974391

Endereço: Rua se Salic

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meubastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT e suas respectivas consorciadas, afim de encaminhar o pedido de indenização referente ao Seguro Obrigatório – DPVAT, concedendoao outorgadopoderes para assinar, enviar e/ou requererqualsquer documentos necessáriosjunto as seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre perícia médica e solicitar reagendamento, podendo substabelecer e praticar, enfim, todos os atos dedireitopermitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato, afim de requerer a indenização do Seguro Obrigatório-DPVAT para a vítima

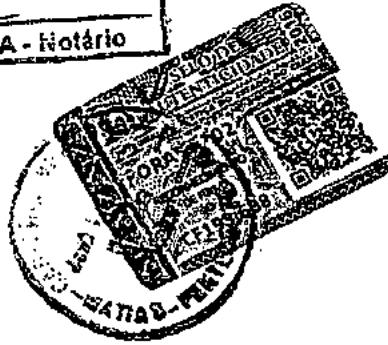
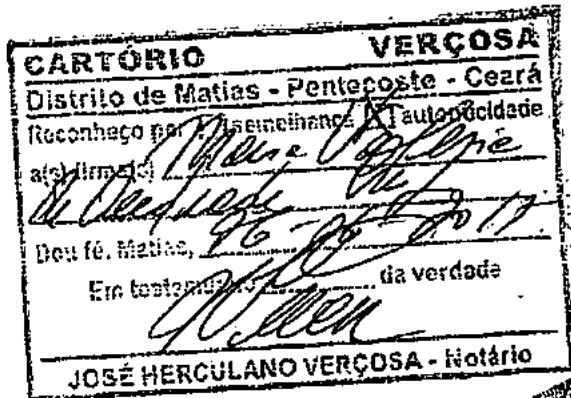
Pentecoste, 26 de Junho 2017

Local e data

Maria Valéria de Andrade Cruz

Assinatura do Outorgante

(reconhecer firma por autenticidade)



RECEBEMOS

18 JUL 2017

Maria Gecinide F. Nobre
Corretora de Seguros Eireli
CNPJ 21.487.736/0001-01