
Rio de Janeiro, 03 de Setembro de 2018

Aos Cuidados de: **MARIA RODRIGUES DE SOUSA TEIXEIRA**

Nº Sinistro: **3180396499**
Vitima: **MARIA RODRIGUES DE SOUSA TEIXEIRA**
Data do Acidente: **13/10/2017**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **LUIS ANTONIO BATISTA DE MAGALHAES**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180396499**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

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

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Rio de Janeiro, 03 de Setembro de 2018

Aos Cuidados de: **MARIA RODRIGUES DE SOUSA TEIXEIRA**
Nº Sinistro: **3180396499**
Vitima: **MARIA RODRIGUES DE SOUSA TEIXEIRA**
Data do Acidente: **13/10/2017**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **LUIS ANTONIO BATISTA DE MAGALHAES**

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180396499**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Comprovante de residência não conclusivo

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

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

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

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 24 de Setembro de 2018

Aos Cuidados de: **MARIA RODRIGUES DE SOUSA TEIXEIRA**
Nº Sinistro: **3180396499**
Vitima: **MARIA RODRIGUES DE SOUSA TEIXEIRA**
Data do Acidente: **13/10/2017**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **LUIS ANTONIO BATISTA DE MAGALHAES**

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180396499**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Comprovante de residência não conclusivo

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

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

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

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Rio de Janeiro, 08 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: **MARIA RODRIGUES DE SOUSA TEIXEIRA**
Nº Sinistro: **3180396499**
Vitima: **MARIA RODRIGUES DE SOUSA TEIXEIRA**
Data do Acidente: **13/10/2017**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **LUIS ANTONIO BATISTA DE MAGALHAES**

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180396499**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

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

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

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

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



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, 16 de Janeiro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3180396499

Vítima: MARIA RODRIGUES DE SOUSA TEIXEIRA

Data do Acidente: 13/10/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: LUIS ANTONIO BATISTA DE MAGALHAES

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), MARIA RODRIGUES DE SOUSA TEIXEIRA

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Documentação médico-hospitalar não enviado(a). não acusamos o recebimento do documento, necessário apresentar.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



BANCO DO BRASIL S.A.

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: DOC / TED

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

BANCO: 001

AGÊNCIA: 1769-8

CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA:

30/10/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:

1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MARIA RODRIGUES DE SOUSA TEIXEIRA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00748

CONTA: 000000106724-8

Nr. da Autenticação 2B4B9F892B6CD2DE

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180396499 **Cidade:** Uruburetama
Vítima: MARIA RODRIGUES DE SOUSA **Data do acidente:** 13/10/2017
Natureza: Invalidez Permanente
Seguradora: COMPREV SEGURADORA S/A
TEIXEIRA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 26/10/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE RÁDIO DISTAL ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO(OSTEOSSÍNTESE COM FIOS K.).
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO PUNHO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANALISE MÉDICO DOCUMENTAL DEFICIT FUNCIONAL MODERADO DO PUNHO ESQUERDO.

Documentos complementares:

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
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

**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 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

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

322.752.503-87

Nome completo da vítima

Maria Rodrigues de Souza Texeira

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	Maria Rodrigues de Souza Texeira	CPF titular da conta	322.752.503-87	Profissão	DO LAR
Endereço	Rua Rosário Quintal	Número	267	Complemento	AP 03
Bairro	Quintino Cunha	Cidade	Fortaleza	Estado	CE
Email	maria.tam	Telefone (DDD)	(85) 98551-9585		

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

<input checked="" type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00

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

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

CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA

0748

D/V

CONTA

106724

D/V

(Informar dígito se existir)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO

Nome

NRO

AGÊNCIA

D/V

CONTA

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.

Vila União, 10 de 08 de 2018
Local e Data

Maria Rodrigues Texeira

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

**INVESTPREV
SEGURADORA S/A**

27 AGO. 2018

ENTRADA

SAC CAIXA: 0800 726 0101 / Deficiente Auditivo ou de Fala: 0800 726 2492

Assinatura autorizada Inválido sem assinatura. Authorized signature. Not valid unless signed.



Maestro 1000 0000 0000 0000

Este cartão é pessoal e intransferível
Atendimento Comercial: 3004 1105 (Capitais e regiões metropolitanas)
0800 726 0505 (Demais regiões)
Ouvidoria: 0800 725 7474

caixa.gov.br

Maestro

CIRRUS

CAIXA

AQUI

Banco24Horas

Internacional

CAIXA

POUPANÇA



603689 0010 54430 5295

MARIA R S TEIXEIRA

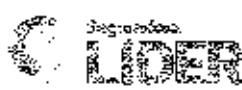
MasterCard

0748 013 00106724-8 12/20

débito

POUPANÇA





**INFORMAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E DEBITO
DE INSCRIÇÃO CADASTRAL PESSOAL FISICA - CÓDIGO DA SUAEP 445.12**

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.suaseguro.com.br ou ligue para o SUCRETARIA 021 2940 0850 0221566 (somente para processos com definição auditiva e de fala)

INSTRUÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem máscaras, caso contrário o seu pedido de indenização não é aceito. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de credito a 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 solicitado.

O nomeário Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 e 18 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). Apesar o Representante Legal precisar assinar o formulário (no campo 2 "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 18 e 27 anos - Necessário que o beneficiário seja autorizado pelo "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 da Agência ou AG: **3180 396 499** | Conta-corrente: **322.752.503 - 83** | Banco responsável: **MARCA DO BANCO S/A DE SUCURSAL DA VILA**

DADOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO, CURADORIA OU REPRESENTANTE LEGAL:

Nome completo MARYA ROBRAGUES DA SILVA TONELIN	CPF/CNPJ 132.752.503 - 83	Prova DO LAR
Emissor Brasil VERSOCA MUL	Formato Nº 70	Completo CRA 02
Nome CARINA TONELIN	Série CE	CEP 60232-190
Estado DF	Numero 133 3655 - 4585	Telefone (61) 3655 - 4585

Deciso, sob os penas de lei e pena falso de prova de identidade, junto à Seguradora Lider - 09481, residente endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de seu débito de endereço informado.

PLANO DE SEGURO MÍNIMAL E DATOS PNEU'S

<input checked="" type="checkbox"/> Seguro de passageiro	<input type="checkbox"/> Seguro de carro	<input type="checkbox"/> Até R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.000,00 a R\$ 3.000,00
<input checked="" type="checkbox"/> De R\$ 100,00 ATÉ R\$ 500,00	<input type="checkbox"/> De R\$ 500,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 7.000,00 ATÉ R\$ 10.000,00	<input type="checkbox"/> Acima de R\$ 10.000,00
<input checked="" type="checkbox"/> Credito de R\$ 1000,00 para cobertura de sinistro. Assinatura do agente:		<input checked="" type="checkbox"/> Credito de R\$ 1000,00 para cobertura de sinistro. Assinatura do agente:	
Assinatura: Carina Tonelin Data: 11/06/2018 Assinatura: Carina Tonelin Data: 11/06/2018		Assinatura: Carina Tonelin Data: 11/06/2018 Assinatura: Carina Tonelin Data: 11/06/2018	
Agência: 0948	Agência: 106324	Agência: 0948	Agência: 106324
Endereço: Rua 100, nº 1000, Centro	Endereço: Rua 100, nº 1000, Centro	Endereço: Rua 100, nº 1000, Centro	Endereço: Rua 100, nº 1000, Centro

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprometendo a cobertura seguradora para o sinistro, autorizo a Seguradora Lider a efetuar o pagamento da Indenização do Seguro Ofício, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetuado o crédito, recolhendo o meu pleno quitação do valor indenizado.

Carina Tonelin, 01 de setembro de 2018.

Lider - Data

**INVESTIPREV
SEGURADORA S/A**

04/09/2018

Maria Robinson Soárez

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

ENTRADA



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
PÓLICIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE URUBURETAMA



BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 566 - 505 / 2018

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **25/07/2018 09:04:54**
Data / Hora da Ocorrência: **13/10/2017 06:30:00**
Endereço da Ocorrência: **RUA F -**
Complemento:
Bairro: **ESTÁDIO** Município: **URUBURETAMA/CE**
Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **MARIA RODRIGUES DE SOUSA TEIXEIRA**
Nascimento: **04/06/1951** CPF:
RG : **124172386** Orgão Emissor: **SSP**
Filiação: **JOANA RODRIGUES DE SOUSA**
RAIMUNDO RODRIGUES DE SOUSA
Endereço: **RUA RUA DOS LAGEIROS, 24**
Bairro:
Município: **URUBURETAMA/CE** CEP:
País: **BRASIL** Telefone: **9969-8916**



Histórico

INFORMA QUE NO LOCAL E HORA ACIMA REFERIDOS SE CONDUZIA COMO GARUPEIRA NA MOTOCICLETA HONDA/CG 150 FAN ESI, COR VERMELHA, ANO E MODELO 2012, PLACA OIE 6008-CE., CHASSI 9C2KC1670CR617853, LICENCIADA EM NOME DE JOÃO EVANGELISTA FERREIRA DUARTE, CONHECIDO POR MOTA E GENRO DA NOTICIANTE QUE AO CHEGAR DEFRONTE A CASA DA NOTICIANTE O PILOTO DA MOTOCICLETA NAO CONSEGUIU SEGURAR O VEÍCULO E O MESMO VEIO A TOMBAR QUANDO A NOTICIANTE TENTOU SAIR DA MOTOCICLETA E ACABOU CAINDO AO SOLO POR CIMA DO BRAÇO ESQUERDO, TENDO NO MOMENTO SIDO AJUDADA POR MOTA A LEVANTAR E DEVIDO AS FORTES DORES E UM CORTE NO SEIO ESQUERDO SEGUIU PARA A CIDADE DE FORTALEZA A CATA DE ATENDIMENTO MÉDICO NO IJF DE ANTONIO BEZERRA, CONFORME DOCUMENTO DE PRIMEIRO ATENDIMENTO MÉDICO,CÓPIA ANEXA, SENDO TESTEMUNHA DO ACIDENTE MARIA DAS GRAÇAS SOUSA LIMA, PORTADORA DO rg 20073463196-CR E ZILDA DE MESQUITA UCHOA, RG 20078380787-CE., RESIDENTES NO SÍTIO SÃO ROMÃO - RETIRO -URUBURETAMA E NA TRAVESSA DA FÁBRICA CAJU GOMES, BAIRRO SÃO JOÃO - URUBU

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE URUBURETAMA

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

Ailton Rocha AIRTON ROCHA DE OLIVEIRA - MAT.: 021722-1-6

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

Maria das Graças Sousa Lima

VISTO DO DELEGADO(A) :

Patrícia Pereira Gonçalves PATRICIA PEREIRA GONÇALVES - MAT.: 30119584

Maria das Graças Sousa Lima

Zilda de Mesquita Uchoa

DELEGACIA MUNICIPAL DE URUBURETAMA

Pág. 1 de 1

Impresso em: 25/07/2018 09:22:55

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 **MARIA RODRIGUES DE SOUSA TORRES** CPF da Vítima **322.752.503-87** Data do Acidente **13/10/2017**

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal	CPF do Representante legal
Email	Telefone (DDD)

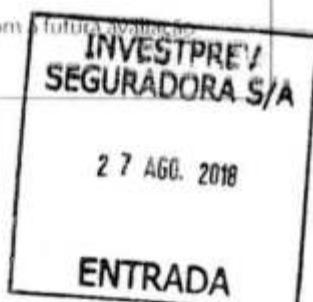
Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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
- 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.



Owbonet/CE 10 de 08 de 2018

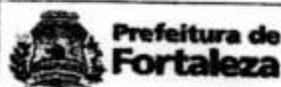
Local e Data

y Mara Rodrigues Lixia

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

ATO DECLAMATÓRIO



Prefeitura de
Fortaleza

PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL DISTRITAL EVANDRO AYRES DE MOURA ANTÔNIO BEZERRA

S

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL

DADOS PESSOAIS		Nº DO PRONTUÁRIO 143419	Nº DO BE 174784
Nome do paciente MARIA RODRIGUES DE SOUSA TEIXEIRA	CADÚS	SEXO F	RACIAIS PARDO
Nome das JOANA RODRIGUES DE SOUSA		DATA DE NASCIMENTO 04/06/1951(66 ANOS)	
ENDERECO RUA ROSALVO QUINDEIRE 267 AP 03 OLAVO OLIVEIRA	CONTATO (85)99852-341	MUNICÍPIO FORTALEZA	UF CE
		CEP 60.351-200	

LOCAL DA OCORRÊNCIA/TRANSPORTE/IDOSOS DO ACIDENTE

OCORRÊNCIA

QUEIXA RELATA QUE SOFREU Queda de moto, APRESENTA DOR EM BRAÇO.	MOTIVO QUEDA DE MOTO	ESCALA DE DOR 99 (ADULTO)
SINTOMAS NI		

PESO NI KG	PRESSÃO ARTERIAL NI/NI	SATUR. NI%	POSSO NI	GLOSSEMA NI
TEMPERATURA NI °C	ALERGIAS NI			

CLASSIFICAÇÃO AMARELO

RESPONSÁVEL PELA CLASSIFICAÇÃO
LANNA NHAYARA TEIXEIRA BRAZ

DATA E HORA DA CLASSIFICAÇÃO
13/10/2017 16:40:19

ÁREA DE ATENDIMENTO
ATENDIMENTO TRAUMA

ATENDIMENTO MÉDICO

- Queda P-DLT NO JG, Digaq queda de moto
- COLT PUN (2)
- DOR E CRENHA IGLASS
- NA ENFERMAGA FX NED
- DIST C/ TMAQ INTRANTICULAR

DIAGNÓSTICO FX NED DIST (2)	CÓD. PROcedimento 6501060202	OU
SINT. SUCITADO: () HC () SU () US ABDOMINAL () TC CRANIO () RAIO-X	() OUTROS	

PRESCRIÇÃO MÉDICA

MÉDICAMENTO Cetororopos 100MG IM	APRAZAMENTO (15-10)	INVESTIGAÇÕES PREV SEGURADORA S/A
		27 AGO. 2018
		ENTRADA

TIPO DE ALTA/SAÍDA 1) DECISÃO MÉDICA () A PEDIDO () EVASÃO () TRANSFERÊNCIA () INTERNAÇÃO ÓBITO: () ATÉ 48 HORAS () APÓS 48 HORAS	DESTINO DO CORPO: () FAMÍLIA () IMIL () ANAT. PATOL	CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA
--	--	---

Impresso por LANNA NHAYARA TEIXEIRA BRAZ em 13/10/2017 às 16:40:22
Declaro serem verdadeiras as informações aqui prestadas, sobre as quais assumo todas as responsabilidades, sob pena de incorrer nas sanções previstas no art. 299 do Código Penal.

Dr. Leandro Régo
Ortopedista Traumatologista
CRM: 17134

maria rodrigues de sousa teixeira

HOSPITAL DISTRITAL DR. EVANDRO AYRES DE MOURA
ATESTO QUE COPIA CONFERE COM ORIGINAL

Marcia Ramos

Mat. 45632

Coordenador do SAME - HDEM

25



AGM 78

RECIBO DE PAGAMENTO
8224769-2

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

A Tarifa Social de Energia Elétrica

foi criada pela Lei nº 10.438

de 26 de abril de 2002

Companhia Energética do Ceará

Rua Padre Vitorino, 350

CEP 60135-040 | Fortaleza CE

CNPJ 03.047.251/0001-70 | CGF 06.105.848-3

enel

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE B-4 | Nº 533949086

Rota 12 22000 12 154200 - 2 Data de Emissão 18/07/2018

Nome LUIS ANTONIO BATISTA DE MAGALHAES

End. Postal RU 0001 00182 00182 AP 103 BL N
PDE ROMUALDO - CAUCAIA - 61600040

Medidor 2711799 Poste 0000 0000

Classe 01-RESIDENCIAL 01-NORMAL MONOFASICO

RG / CPF / CNPJ 049321648-07 CGF

Nome do Responsável

DATAS

Mês de Referência Data da Apresentação Previsão Próxima Leitura

Jul/2018 18/07/2018 20/08/2018

INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

Veja a legenda no verso desta conta.
Conjunto CHURRASCO

Mês Jul/2018 ESG 41,32

ICMS

Baixa de Cálculo (R\$) Aliquota Valor do Imposto

155,83 27,00% 41,85

Padrão Individual Apuração Individual

Mensal Trim Anual Mensal Trim Anual

DIC 5,31 10,62 21,25 8,88 8,88 8,88

FIC 3,38 6,60 13,20 8,88 8,88 8,88

DMIC 3,89 8,00 8,00 8,00 8,00 8,00

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

5589.6968.DF04.A77A.0EE6.2047.807E.7578

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Lcit. Atual Lcit. Anterior Cons. Consumo (kWh) Cons. Ind. Cons. Fct. Tarifa (R\$/kWh) Valor (R\$)

FP 14283 14011 1.80 192 8,88 192 0,09745 155,83

18/07/18 19/06/18 29 DIA6 192 155,83
DESCRÍPCAO VALOR (R\$)

VALOR CONSUMO DO MES 155,83

MULTA MORATORIA REF 06/2018 3,27

JUROS DO MES 1,67

CORRECAO MONETARIA DO MES 4,26

ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL 23,02

- ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA MES (R\$ 14,28)

VENCIMENTO

25/07/2018

TOTAL A PAGAR (R\$)
187,25

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)

Energia 56,34
Transmissão 5,87
Distribuição 32,45
Encargos Setoriais 8,78
Tributos (ICMS PIS/COFINS) ... 58,87
TOTAL 155,83



CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÃO DE CO₂ (kg/kWh)

Compreende suas emissões pelo consumo de energia elétrica

Emitido kg (CO₂) Compensado kg (CO₂) Consciência Ecológica (%CO₂)

74,96 0,00 0 100

INFORMAÇÕES IMPORTANTE AVISO DE PAGAMENTO

INVESTPREV
SEGURADORA S/A

27 AGO. 2018

ENTRADA

3180396499



Nota Fiscal - Conta de Energia Elétrica Grupo B | Série B-4 | N° 535101633
Companhia Energética do Ceará

Rua Padre Valdevino, 150 | CEP 60135 040 | Fortaleza CE
 CNPJ 07.047.251/0001-70 | CGF 06.105.848-3

A Tarifa Social de Energia Elétrica
 foi criada pela Lei nº 10.438 de
 26 de abril de 2002

DADOS DO CLIENTE

Esta é a segunda via de

JUL/2018

Utilize o n° abaixo sempre
 que entrar em contato conosco

Nº DO CLIENTE
8169740 DV **6**

VENCIMENTO

TOTAL A PAGAR (R\$)

Rota 18 01250 30 0118400
 Medidor
 Nome ALEXANDRINA MACELINO BARROSO
 Endereço Postal

Poste
 0000 0

End. da Unidade Consumidora RU VERCOSA MAIA 01070 CS 02 CANINDEZINHO FORTALEZA
 61000000

RG / CPF / CNPJ 525.457.503-44 CGF

Classe B1 - 01-RESIDENCIAL, MONOFASICA Fator de Potência 0

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leitura Atual Leitura Anterior Constante Consumo (kWh) Consumo Incl. Consumo Faturado

FP	1869	1849	1	20	0	30
----	------	------	---	----	---	----

DESCRIÇÃO DA CONTA

Quantidade Tarifa Valor (R\$)

ENERGIA CONSUMO

30 6,57597 17,27

DATAS DE LEITURA

Data de Emissão/ Apresentação	Prev. Próxima Leitura
----------------------------------	--------------------------

26/07/2018 27/08/2018

OUTROS PAGAMENTOS

COR. SALDO FATURA ANTERIOR

ADICIONAL SАНDEIRA VERMELHA MIES (R\$ 1,50)

24,73

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

F2F2.F1AF.A963.55EB.0545.EA39.4CAE.3D0F

ICMS

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

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

ENERGIA	8,90
TRANSMISSÃO	0,95
DISTRIBUIÇÃO	5,07
ENCARGOS SETORIAIS	1,36
TRIBUTOS (ICMS, PIS/COFINS)	0,99

ÍNDICE DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

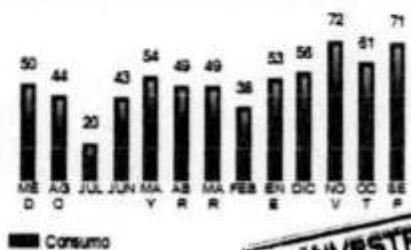
Veja a legenda no verso desta conta. CM: 12,93

Conjunto BOM JARDIM

Mês MAI/ 2018

	Padrão Individual		Apuração Individual			
	Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual
DIC (h)	5,19	10,38	20,77	0,00	0,00	0,00
FIC (uni)	3,23	6,47	12,95	0,00	0,00	0,00
DMIC (h)	2,94			0,00		

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)



INVESTPREV
SEGURADORA S/A

21 SET. 2018

ENTRADA

autenticação mecânica cliente

Nº do Cliente: 8169740-6 Nº da Nota Fiscal: 535101633 Total a Pagar (R\$): 42,00
 Data de Emissão: 12/09/2018 Referência: JUL/2018 Nº de Controle:

FATURA PAGA, NÃO RECEBER

CONTATO : (85) 98551-9585
 (85) 99728-4882

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO 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 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

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

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

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

Pelo exposto, eu Luis Antônio Antônio Magalhães inscrito (a) no CPF 049.321.648-07, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Maria Rodrigues de Souza Teixeira inscrito (a) no CPF sob o Nº 322.752.503-87, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima Maria Rodrigues de Souza Teixeira, inscrito (a) no CPF sob o Nº 322.752.503-87, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço	<u>Rua 1</u>		Número	<u>182</u>	Complemento	<u>103</u>	
Bairro	<u>P. Novo Rio</u>	Cidade	<u>Curitiba</u>	Estado	<u>PR</u>	CEP	<u>61640-000</u>
Email	<u>nao@não.com.br</u>			Telefone comercial(DDD)		Telefone celular (DDD)	<u>(25) 985519585</u>

Curitiba, 10 de 08 de 18

Fagello
Assinatura do Declarante



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, JOÃO EVANGELISTA FERREIRA DUARTE,
RG nº 3324106-98, data de expedição 29/09/98,
Órgão SSP/CE, portador do CPF nº 372.173.563-34, com domicílio
na cidade de FORTALEZA, no Estado de
CEARÁ, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
RUA ROSALVO QUINDERE, nº 267,
complemento AP. 03, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
menionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima MARIA RODRIGUES DE SOUSA TEIXEIRA, cujo o condutor era
JOÃO EVANGELISTA FERREIRA DUARTE.

Veículo: MOTO

Modelo: HONDA CG 150 FANESI

Ano: 2012/2012

Placa: OIE6008

Chassi: 9C2KC1670CR617853

Data do Acidente: 13/10/2017

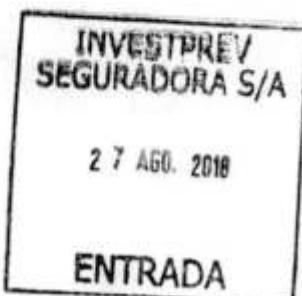
Local e Data: Vurb/CE, 07/08/2018

João Evangelista Ferreira duarte

Assinatura do Declarante

João Evangelista Ferreira duarte

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





REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL

DADOS PESSOAIS			
NAME DO PACIENTE MARIA RODRIGUES DE SOUSA TEIXEIRA CADUS	NASCIMENTO 04/06/1951(66 ANOS)	Nº DO PRONTUÁRIO 143419	Nº DO BE 174784
NAME MAE JOANA RODRIGUES DE SOUSA ENDERECO RUA ROSALVO QUINDERÉ 267 AP 03 OLAVO OLIVEIRA CONTATO (85)99852-341	SEXO F	RACACOR PARDO	
	MUNICÍPIO FORTALEZA	UF CE	CEP 60.351-200

LOCAÇÃO OCORRÊNCIA/TRANSPORTE/DADOS DO ACIDENTE	OCORRÊNCIA
---	------------

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO	
QUEIXA RELAÇA QUE SOFREU QUEDA DE MOTO, APRESENTA DOR EM BRAÇO. SINTOMAS NI	MOTIVO QUEDA DE MOTO
PESO NI KG	SINAIS VITAIS
TEMPERATURA NI °C	PAT O2 NI%
CATEGORIA AMARELO	PULSO NI
	GLUCEMIA NI
	RESPONSÁVEL PELA CLASSIFICAÇÃO LANNA NHAYARA TEIXEIRA BRAZ
	ÁREA ATENDIMENTO
	DATA E HORA DA CLASSIFICAÇÃO 13/10/2017 16:40:19

ÁREA DE ATENDIMENTO ATENDIMENTO TRAUMA	ATENDIMENTO MÉDICO
---	--------------------

ANAMNESE
<ul style="list-style-type: none"> • Queda p. alt no jg direito queda de moto • cont pun (e) • dor e edema local • na evolução px nro dist c/mqg lntniciam • x

DIAGNÓSTICO	COD. PROCEDIMENTO	CID
px nro dist (e)	0301060100	
() HC () SU () US ABDOMINAL () TC CRANIO () RAIO-X		() OUTROS

PRESCRIÇÃO MÉDICA		
MÉDICAMENTO	APRAZAMENTO	OBSERVAÇÕES
cefotimopos 100mg im	(15-10)	

TIPO DE ALTA/SAÍDA
() DECISÃO MÉDICA () A PEDIDO () EVASÃO () TRANSFERÊNCIA () INTERNAÇÃO ÓBITO: () ATÉ 48 HORAS () APÓS 48 HORAS DESTINO DO CORPO: () FAMÍLIA () IML () ANAT. PATOL
CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA

Impresso por LANNA NHAYARA TEIXEIRA BRAZ em 13/10/2017 às 16:40:22
Declaro serem verdadeiras as informações aqui prestadas, sobre as quais assumo todas as responsabilidades, sob pena de incorrer nas sanções previstas no art. 299 do Código Penal.

Dr. Leandro Rêgo
Ortopedia e Traumatologia
CRM: 17134

maria rodrigues de sousa teixeira

HOSPITAL DISTRITAL DR. EVANDRO AYRES DE MOURA
ATESTO QUE CóPIA CONFERE COM ORIGINAL

Marcia Ramos
Mat. 45632
Coordenador do SAME - HDEAM

INVESTIPREV
SEGURADORA S/A

27 AGO. 2018

15
ENTRADA



Prefeitura de
Fortaleza

Prefeitura Municipal de Fortaleza
Secretaria Municipal de Saúde
Coordenadoria de Hospitais e Unidades Especializadas
Hospital e Maternidade Dra. Zilda Arns Neumann

FICHA DE DESCRIÇÃO DE ATO CIRÚRGICO

Nome:
MARIA RODRIGUES DE SOUSA TEIXEIRA

Pront. Nº:
59218

Indicação cirúrgica: **FRATURA RÁDIO DISTAL ESQUERDO**

Cirurgia realizada: **TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA RÁDIO DISTAL
ESQUERDO 30721199 + REPARO LIGAMENTAR 30721237**

Cirurgião:
DR. THIAGO AGUIAR CAVALCANTI DE OL

Auxiliar:
DR. FREDERICO THALES

Anestesista:
DR. GEOVAR

Data da cirurgia:
24/10/2017

Descrição médica

- 1. ANTISSEPSIA PACIENTE DECUBITO DORSAL**
- 2. ASSEPSIA COM APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS**
- 3. REALIZAMOS REDUÇÃO DA FRATURA DO PUNHO ESQUERDO, RÁDIO DISTAL SOB
RADIOSCOPIA**
- 4. FIXAÇÃO COM 03 FIOS DE Kirschner 1.5 MM PERCUTÂNEO COM RADIOSCOPIA**
- 5. CURATIVO**
- 6. TALA AXILO PALMAR**

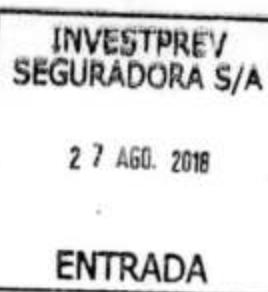
Frederico Thales de Vasconcelos
Ortopedia e Traumatologia
CREMEC 11.332

Dr. Thiago Cavalcanti
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia de Quadril e Trauma
CRM 11506 - TESP 130251/SBQ

Assinatura do(s) executante (s):

Hora do início: _____

Hora do término: _____



400' 815' first well at diamond point
bottomed out 200' + 100' at bottom of hole

start at 100' depth about 40'

200' 280' 300' 320' 340' 360' 380' 400' 420'

100' 200' 300' 400' 500' 600' 700' 800' 900'

200' 300' 400' 500' 600' 700' 800' 900'

500' 600' 700' 800' 900'

600' 700' 800' 900'

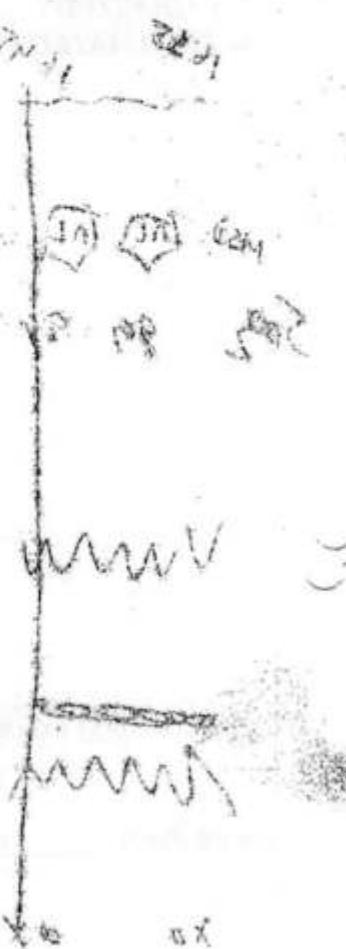
700' 800' 900'

the following diagram shows the

depths

II' mark along the road

a diagram showing the following
depths along the road
100' 200' 300' 400' 500' 600' 700' 800' 900'
100' 200' 300' 400' 500' 600' 700' 800' 900'
100' 200' 300' 400' 500' 600' 700' 800' 900'
100' 200' 300' 400' 500' 600' 700' 800' 900'
100' 200' 300' 400' 500' 600' 700' 800' 900'
100' 200' 300' 400' 500' 600' 700' 800' 900'
100' 200' 300' 400' 500' 600' 700' 800' 900'
100' 200' 300' 400' 500' 600' 700' 800' 900'



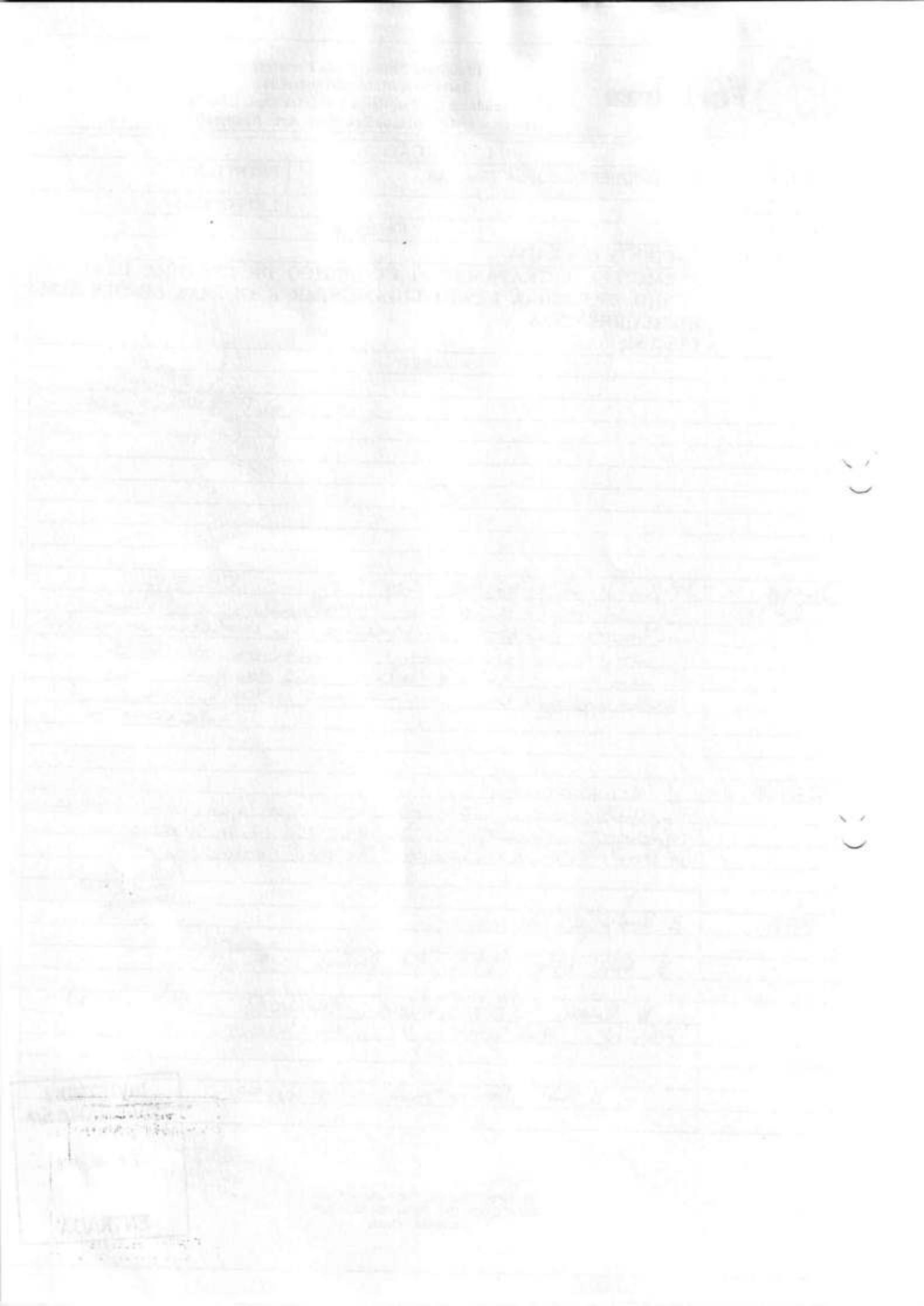
in the center marked around
marked 40'

D



EVOLUÇÃO

NOME:	MARIA RODRIGUES DE SOUSA TEIXEIRA	PRONT. Nº:
UNIDADE:		LEITO: ENF.
DATA/HORA	Evolução	
24/10/2017	PACIENTE OPERADA SUBMETIDA A TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA FRATURA PUNHO ESQUERDO, LESÃO LIGAMENTAR E OUTRAS LESÕES SEM INERCORRÊNCIAS CD: A SR	
	 Dr. Thiago Cavalcanti Ortopedia e Traumatologia Cirurgia de Quadril e Trauma CRM 11586 - TEST 130251/SBO	
24/10/2017 23:58	POI. Pct retorno do CC as 20:50. Sigue orientado do, cubitozou dis necessidades, enxujo e hidromassagem, Diurico ondulado. Curativo de FO limpo. Mantendo cuidados de enfermagem. — Enfermeira 267263	
25/10/2017	Fisioterapia. Paciente encontra acordado, consciente, orientado, lembraza, intenso. Deixar em 10 expiração inspiração. Utilizando durante procedimento	
25/10	H Envolg. Clínica H Pcte 665, POI fix punho (não ②) H Punho grivel, plástil, diâmetro ②, comprimento 3cm H ② - 4cm x 15cm, 100% lona H Lt. agendada alta as 90	



Identificação do Estabelecimento de Saúde
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE
HDEAM

2 - CNES

4 - CHES

Identificação do Paciente:

5 - NOME DO PACIENTE

maria Rodrigues de Souza - lucena

6 - N° DO PRONTUÁRIO
143419

7 - NOME DA PESSOA FÍSICA QUE FAZ A SOLICITAÇÃO

joana Rodrigues de Souza

8 - DATA DE NASCIMENTO

04/06/51

9 - SEXO

Mas.

Fem.

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

Rua Rosalvo Quindure - 267 aptº 03 Olavo Oliva

11 - TELEFONE DE CONTATO

85 919852341

12 - ENDERECO (RUA, Nº, BARRA)

Jontaleia

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO

PIK

15 - UF

CEP

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

18 - COLOCÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

grauamento edema e desfer de d

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

Exame de desferes

Exame de desferes

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

PROCEDIMENTO SOLICITADO

26 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

Mário Jorge Gomes da Freta
Ortopedista / Traumatologista

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

32 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)
CRETEC 2013

Maria Rodrigues

16/10/17

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

33 - I ACIDENTE DE TRÂNSITO

35 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - N° DO BILHETE

38 - SÉRIE

34 - I ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

36 - CNPJ DA EMPRESA

39 - CNAE DA EMPRESA

41 - COD.

35 - I ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

I EMPREGADO

I EMPREGADOR

I AUTÔNOMO

I DESEMPREGADO

I APOSENTADO

I M. REQUERIDO

INVESTPREV
SEGURADORA S/A

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR

45 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR
27 AGO. 2018

46 - DOCUMENTO

47 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

48 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

49 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

ENTRADA

12670017837

59218

PAG.: 1
DATA: 17/11/2017

O.E : M230440001	ESFERA : PÚBLICO	ESPELHO DA AIH	APRESENTAÇÃO: 12 / 2017	
Num AIH : 231710328263-7	Situação : DIGITADA	Tipo : 01-INICIAL	Apresentação : 12/2017	Data Autorização: 21 / 10 / 2017
Especialidade : 01 - CIRURGICO	Orgão Emissor : M230440001	CRC:		
Doc autorizador : 210157970340007	Doc med resp : 210157969330001	Doc diretor clínico : 200913803810006	Doc médico solic : 210157969330001	CNS : 70210676076999-6
CNES : 7047428 - HOSPITAL E MATERNIDADE DRA ZILDA ARNS NEUMANN	Paciente : MARIA RODRIGUES DE SOUSA TEIXEIRA			Prontuário : 59218
Data Nasc. : 04 / 06 / 1951	Sexo : FEMININO	Nacionalidade : 010 - BRASIL	Tipo Doc. : Identidade	Doc : 20090840776
Responsável pac. : MARIA RODRIGUES DE SOUSA TEIXEIRA			Nome da Mãe : JOANA RODRIGUES DE SOUSA	
Endereço : RUA ROSALVO QUINDEIRE 267 AP 03 Bairro: OLAVO OLIVEIRA			Raça/Cor: 04-AMARELA Etnia: 0000-NAO SE APLICA	
Município : 230440 - FORTALEZA	UF : CE CEP : 60351-200		Telefone : (85)9998-52341	Muda Proc.? : NÃO
Procedimento solicitado : 04.08.02.040-7 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA EXTREMIDADE / METAFISE DISTAL DOS OSSOS DO ANTEBRACO				
Procedimento principal : 04.08.02.040-7 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA EXTREMIDADE / METAFISE DISTAL DOS OSSOS DO ANTEBRACO				
Diag. principal : S525-FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO RÁDIO				
Complementar :			Diag. secundário :	
Caráter atendimento : 02 - URGENCIA			Causa Obito :	
Data Internação : 21 / 10 / 2017	Data saída : 25 / 10 / 2017	Mot saída : 12 - ALTA MELHORADO	Modalidade : HOSPITALAR	
Liberação SISAIH01 : [Causas Externas (Acidente ou Violência)]		AIH Anterior:	AIH Posterior : -	
CNPJ do Empregador : . . . / -		CNAER: -		
Vínculo Previdência :		CBOR: -		

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

Linha	Procedimento	Documento	CBO	CNES/CNPJ	Apurar Valor p/	Qtdc	Cmpt	Descrição
1	0408020407-98001600007-169-225270(4)			7047428	7047428	1	10/2017	TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA
2	0408020407 124612930410009 225151(6)			7047428	7047428	1	10/2017	TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA
3	0801010170270157969380001 225270			7047428	7047428	4	10/2017	CONSULTA/AVALIAÇÃO EM PACIENTE INTERNADO
4	0802010040			7047428	7047428	4	10/2017	DIARIA DE ACOMPANHANTE DE IDOSOS C/
5	0802010019 980016000053 102223605			7047428	7047428	2	10/2017	ATENDIMENTO FISIOTERAPEUTICO EM
6	0302040021 980016000954102 223605			7047428	7047428	2	10/2017	ATENDIMENTO FISIOTERAPEUTICO EM PACIENTE

CID SECUNDÁRIO

Cid	Característica	Descrição
V289	ADQUIRIDO	MOTOCICLISTA TRAUM. EM ACIDENTE DE TRANSPORTE SEM COLISAO - MOTOCICLETA ESPEC TRAUM EM ACID TRANSITO

Número de Nascedos

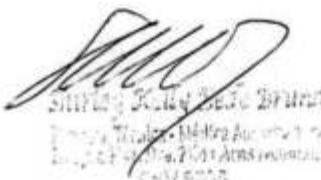
Número de Saídas

Nº Pré-Natal:

Vivos : Mortos : Altas : Transf.: Óbitos :

"De acordo com a Portaria SAS/MS Nº 92 de 22 de agosto de 1995 publicada no diário Oficial da União; Poder Executivo, Brasília, DF, 24.08.1995. Seção I, p. 12986, uma via deste relatório deve ser arquivado no prontuário do paciente"

ASSINATURA E CARIMBO
DIRETOR DO HOSPITAL

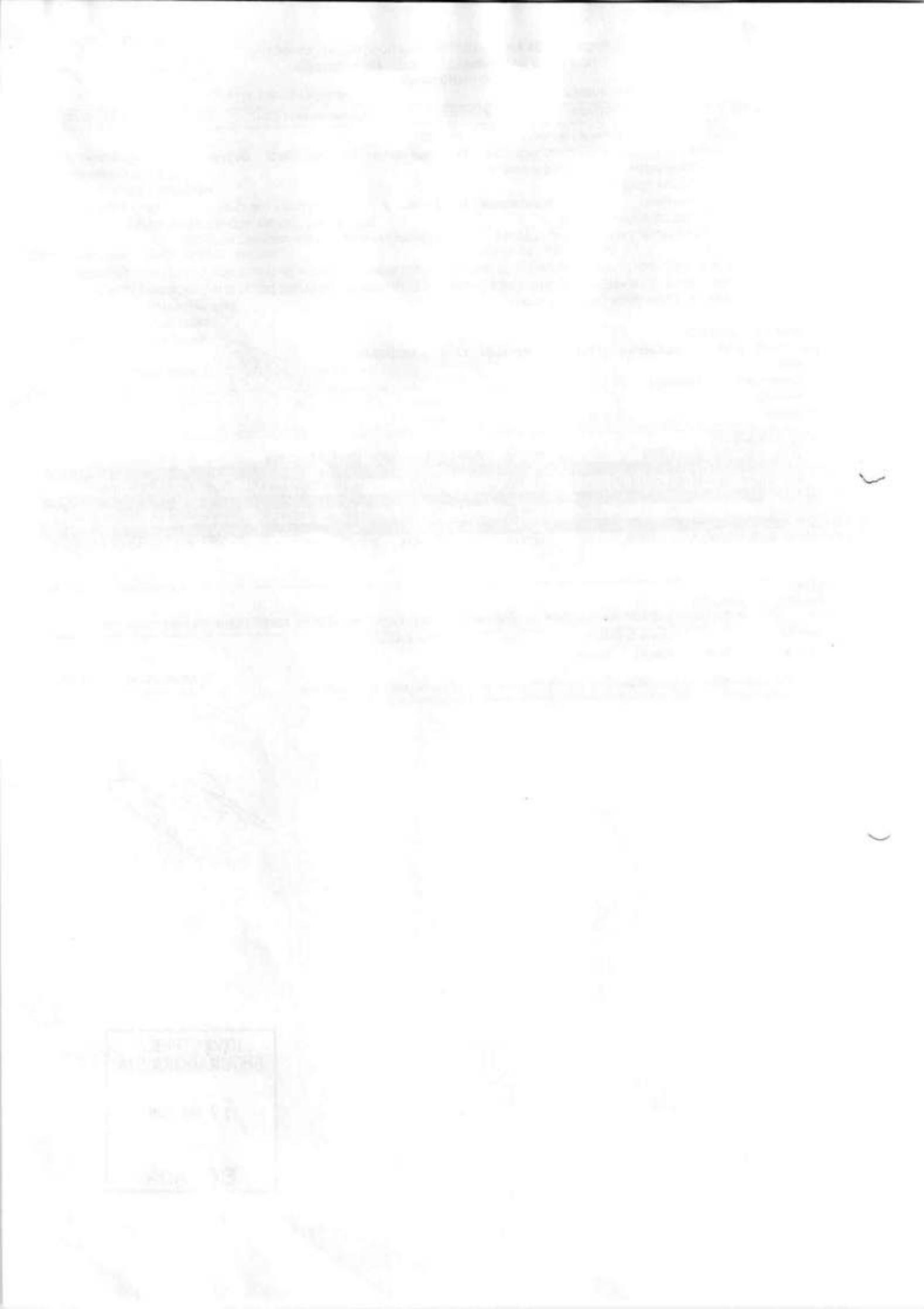


DR. RICARDO BRUNO
DIRETOR DO HOSPITAL
SANTO DOMINGO

INVESTPREV
SEGURADORA S/A

27 AGO. 2018

ENTRADA





Prefeitura Municipal de Fortaleza
Secretaria Municipal de Saúde
Coordenadoria de Hospitais e Unidades Especializadas
Hospital e Maternidade Dra. Zilda Arns Neumann

RECEITUÁRIO MÉDICO

Nome:

Prontuário:

~~Dr. Rodrigo Linhares~~
Horários: 7am -
Portas do pátio suspenso
E - Sinal de Pm e
andares

Fortaleza, 05 de Agosto de 2018.

~~Dr. Rodrigo Linhares
Ortopedia e Traumatologia
CREMEC: 8690 RQE: 6368~~

~~Assinatura do(a) Médico(a)/CRM~~

Hospital e Maternidade Dra. Zilda Arns Neumann
Av. Lineu Machado, 145 - Jóquei Clube - Cep: 60.520-101 - Fone: (85) 3233-3954
Fortaleza - Ceará

INVESTPREV
SEGURADORA S/A

27 AGO. 2018

ENTRADA



Prefeitura de
Fortaleza

Prefeitura Municipal de Fortaleza
Secretaria Municipal de Saúde
Coordenadoria de Hospitais e Unidades Especializadas
Hospital e Maternidade Dra. Zilda Arns Neumann

RESUMO DE ALTA

PACIENTE:	Maria Rodrigues de S. Teixeira		Nº PRONTUÁRIO: 59213
TOTAL DE DIAS DE PERMANÊNCIA:	ENFERMARIA / LEITO 65		
DATA DE ADMISSÃO	DATA DA ALTA		25/10/14
DIAGNÓSTICO INICIAL / CID-10 Fx Rádio Dístal E	DIAGNÓSTICO FINAL / CID-10 Fx Rádio Dístal E		
HISTÓRIA CLÍNICA E EXAME FÍSICO: Pcte 66m, cl histria de fx pnto, E			

RESULTADOS DOS PRINCIPAIS EXAMES REALIZADOS

Fx pnto

EVOLUÇÃO E COMPLICAÇÕES

Evolução d/ embolias

TERAPÊUTICA REALIZADA:

Fx limangis de fustes metá dístal E + Reparo Ligamento

{ D- Factura Thalg
D- Thiaz, Ursulato

ORIENTAÇÃO PÓS ALTA:

Regras d/ vinheta em T9
Analgésico

CONDIÇÕES DE ALTA

- () Curada () Melhorada () Inalterada () A pedido () Transferida
() OUTRA _____ () Óbito () Solicitada Necropsia

**INVESTPREV
SEGURADORA S/A**

27 AGO. 2018

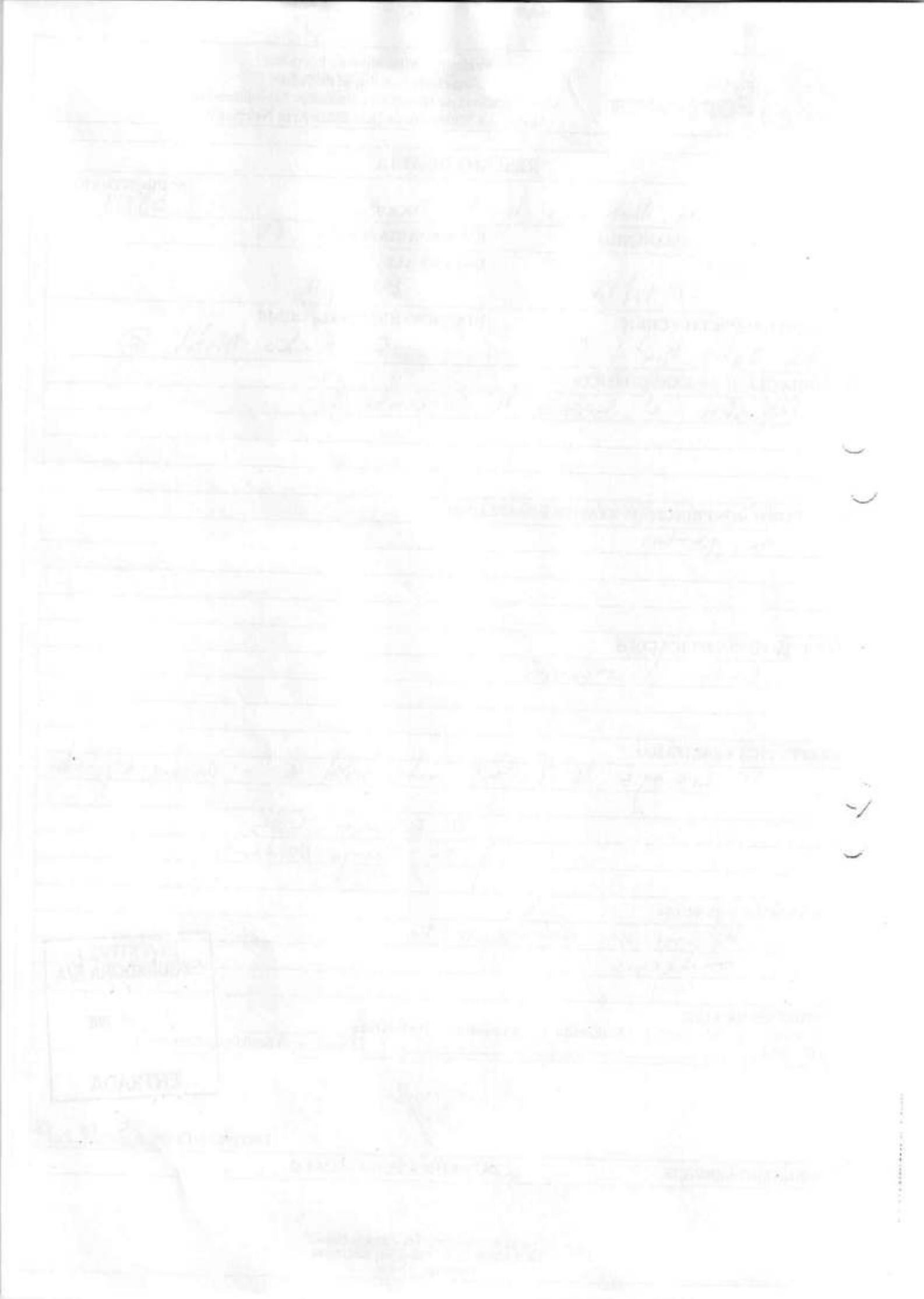
ENTRADA

Assinatura do Dr. Cid
Médico Responsável
CRM-CE 20005

Fortaleza - Ceará 25/10/14

CARIMBO DO SERVIÇO

CARIMBO E ASS. DO MÉDICO



Fortaleza/Ce, 10/10/2018

Investprev Seguradora S/A.

19 OUT. 2018

DECLARAÇÃO

EU, MARIA RODRIGUES DE SOUSA TEIXEIRA, CPF
322.752.503-87, em conformidade com o
Artigo 5º, LXXIV da constituição federal, declaro
SER POBRE NA FORMA DA Lei, NÃO podendo arcar
com o pagamento de uma consulta médica
particular para avaliar minhas sequelas
definitivas, pois o hospital que me atendeu
não pode fornecer este laudo,
Haja visto, toda documentação médica já
foi fornecida e por ela podem-se fazer
uma avaliação do meu estado físico futuro.
E permanente.

Solicito PERNICIA MERCADA EM FORTALEZA/CE

* Maria Rodrigues Sozinha.

Fortaleza/CE, 17 de dezembro de 2018.

SOLICITAÇÃO DE REVISÃO DE PROCESSO

SINISTRO: 3180396499

SEGURADO: MARIA RODRIGUES DE SOUSA TEIXEIRA

Solicito a revisão do processo, por não concordar com o valor atribuído a sequela definitiva. Sofri grave acidente perdi, parte dos meus movimentos e não me encontro mais com as mesmas condições de antes do acidente. Quero meu direito de realizar uma perícia médica, onde serei periciado pessoalmente, conforme art 3º da Lei 8194/74.

Sem mais agradeço.

SEGURADORA LIDER DPVAT

Missão

"Administrar com eficiência e transparência o seguro obrigatório de acidentes de trânsito, propiciando à população o conhecimento pleno e o acesso facilitado aos seus benefícios."

Quem Somos

"Este novo modelo de gestão está alinhado com os mais modernos mecanismos de governança corporativa e as mais modernas técnicas administrativas adotadas pelo mercado segurador e certamente vai contribuir para que o Seguro DPVAT seja visto como um benefício social importante de proteção da sociedade brasileira."

Investprev Seguradora S/A

15 JAN 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28



Prefeitura de
Fortaleza

Prefeitura Municipal de Fortaleza
Secretaria Municipal de Saúde
Coordenadoria de Hospitais e Unidades Especializadas
Hospital e Maternidade Dra. Zilda Arns Neumann

RESUMO DE ALTA

PACIENTE:	Maria Rodrigues de S. Tavares	Nº PRONTUÁRIO: 59213
TOTAL DE DIAS DE PERMANÊNCIA:	ENFERMARIA / LEITO 65	
DATA DE ADMISSÃO 22/10/14	DATA DA ALTA 25/10/14	
DIAGNÓSTICO INICIAL / CID-10 Fx radio distal E	DIAGNÓSTICO FINAL / CID-10 Fx radio distal E	
HISTÓRIA CLÍNICA E EXAME FÍSICO: Pedi 66m, cl histria d fx punt. E		

RESULTADOS DOS PRINCIPAIS EXAMES REALIZADOS

Ex p-mls

EVOLUÇÃO E COMPLICAÇÕES

Evolução d evolução

TERAPÊUTICA REALIZADA:

Fx linangs de fustas mto dura E + Repso Ligamento

{ Dr. Francisco Thales
Dr. Thales Mendes

ORIENTAÇÃO PÓS ALTA:

Reabilitação d evolução T9
Analgésicos

CONDIÇÕES DE ALTA

() Curada () Melhorada () Inalterada () A pedido () Transferida _____
() OUTRA _____ () Óbito () Solicitada Necropsia

Assinatura do Clube
Médico
CRM-CE 1005

Fortaleza - Ceará 25/10/14

CARIMBO DO SERVIÇO

CARIMBO E ASS. DO MÉDICO

Investprev Seguradora S/A



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL

DATA DE EXPEDIÇÃO: 07/06/2015

NOME: MARIA RODRIGUES DE SOUSA TEIXEIRA

FILHO(A): RAIMUNDO RODRIGUES DE SOUSA

JOANA RODRIGUES DE SOUSA

RESIDÊNCIA: UBUBETAMA - CE

DATA DE NASCIMENTO: 04/06/1951

DOC. N°: 2009081077 - 6

CERT. CASAMENTO - CARTÓRIO: 1 OFÍCIO TERRITÓRIO: 1866 FOLHA: 184

LIVRO: B-20 UBUBETAMA - CE

PG: ANT: 124172386

PG: 113

VIA:

Assinatura do Registrador

LEI N° 7.116 (FE 28/06/83)

INVESTPREV
SEGURADORA S/A

27 AGO. 2018

ENTRADA





Ministério da Fazenda
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **322.752.503-87**

Nome: **MARIA RODRIGUES DE SOUSA TEIXEIRA**

Data de Nascimento: **04/06/1951**

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data da Inscrição: **anterior a 10/11/1990**

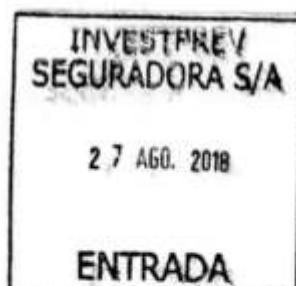
Dígito Verificador: **00**

Comprovante emitido às: **12:16:12** do dia **06/08/2018** (hora e data de Brasília).
Código de controle do comprovante: **DA8E.040B.08AC.8F9B**

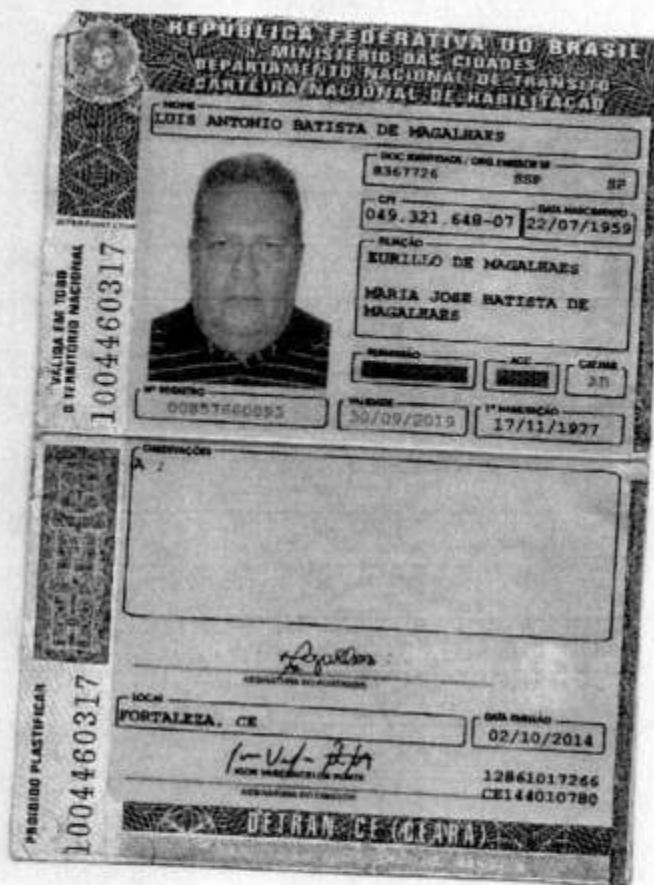


Este documento não substitui o "Comprovante de Inscrição no CPF".

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







Dados da reclamação

Protocolo: 2289884/2018

Reclamada: SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO
DPVAT S.A.

Via: Internet

Data: 10/10/2018

Dados do reclamante

Segurado: maria rodrigues de sousa teixeira

CPF/CNPJ: 322.752.503-87

UF: CEARÁ

Procurador: luis antonio b magalhaes

CPF/CNPJ: 049.321.648-07

Dados de contato

E-mail: magalhaescizo@gmail.com

Telefone:

Celular: (85) 98551-9585

Endereço: rua1 182 103n

Bairro: p romualdo

CEP: 61.601-311

Cidade: caucaia

Dados da denúncia

Assunto: Seguro (inclusive VGBL)/DPVAT/Invalidez/Exigências abusivas

Descrição dos fatos: Toda documentação apresentada para esta seguradora tem condições de avaliar qual são as sequelas definitivsa, assim como a alta definitiva. SOLICITO QUE A SEGURADA sEJA CONVOCADA PARA UMA PERICIA MEDICA EM CLINICA CREDENCIADA PELA SEGURADORA, PARA A AVALIAÇÃO DAS SEQUELAS EM CONFORMIDADE COM O ART. 3º da Lei 8194/74. POIS É ABUSIVO A SOLICITAÇÃO DE DOCUMENTAÇÃO, PROCURANDO CARACTERIZAR UMA SEQUELA INFERIOR A QUE EXISTE , PARA PROPOR UM PAGAMENTO DE SEGURO MENOR, CONFORME VEM SENDO PRATICADO POR ESSA SEGURADORA.

O SAC da empresa Sim
foi acionado?

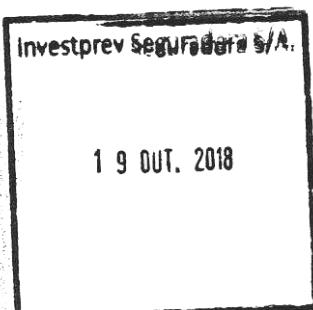
Documentos

Tipo	Número
Aviso de Sinistro	3180396499

Encaminhamentos

Atendente

Data



E-mail enviado para ouvidoria@seguradoralider.com.br

10/10/2018 10:58:52

Texto:

Senhor (a) Ouvidor (a),

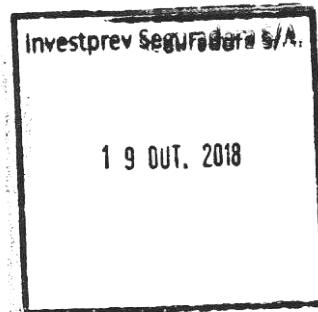
Considerando os termos da Resolução CNSP N.^o 279, de 30 de janeiro de 2013, requeremos analisar o pleito, abaixo, e responder diretamente ao interessado, no prazo de 15 (quinze) dias, contados a partir da data de recebimento desta comunicação.

Solicitamos, ainda, que, no caso de insatisfação do reclamante com a resposta dessa Ouvidoria, seja indicada a possibilidade de formalização de denúncia à Susep.

Para acessar os dados da sua reclamação, Clique aqui

Atenciosamente,
Superintendência de Seguros Privados - SUSEP

AO RETORNAR À SUSEP, INFORME O NÚMERO DO SEU ATENDIMENTO



E-mail enviado para magalhaescczo@gmail.com

10/10/2018 10:58:52

Texto:

Prezado(a) senhor(a),

Comunicamos que sua reclamação foi transmitida, nesta data, à ouvidoria da empresa reclamada, para que sejam prestados os devidos esclarecimentos ou apresentada a solução para o questionamento formulado.

Caso V.Sa. não seja atendido, satisfatoriamente, no prazo de 15 (quinze) dias, a contar da data de recebimento desta comunicação, poderá ser formalizada DENÚNCIA junto à Susep, pessoalmente ou por carta, em um dos endereços indicados abaixo, munido de cópia dos documentos que podem ser consultados no link abaixo, visando à abertura de processo administrativo, para apuração de irregularidades.

<http://www.susep.gov.br/setores-susep/seger/coate/relacao-de-documentos-necessarios-para-a-instauracao-de-processo-administrativo/relacao-de-documentos-necessarios-para-a-instauracao-de-processo-administrativo>

Esclarecemos, por oportuno, que, no âmbito de competência desta Autarquia, poderão ser aplicadas sanções administrativas, caso fiquem comprovadas irregularidades.

Assim, para fins de recebimento de valores que V.Sa. considere devidos ou para se exigir o cumprimento de outros direitos, deverá ser acionado o Poder Judiciário, observados os prazos prespcionais previstos no Código Civil Brasileiro.

Endereços da SUSEP:

Rio de Janeiro – Sede
Av. Presidente Vargas, 730 – Centro
Rio de Janeiro – RJ – CEP: 20071-900

São Paulo
Rua Formosa, 367 - 26º andar - Edifício CBI
São Paulo – SP – CEP: 01049-000

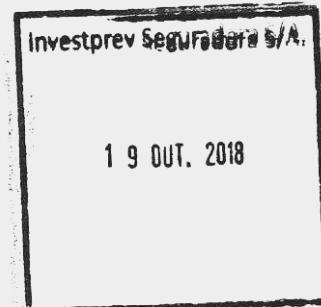
Distrito Federal
Setor Bancário Sul, Quadra 1 – BL.K – 13º andar – Ed. Seguradora
Brasília – DF – CEP: 70093-900

Rio Grande do Sul
Rua Coronel Genuíno, 421 - 11º andar
Centro Histórico - Porto Alegre - RS - CEP 90010-350

AO ENTRAR EM CONTATO COM A SUSEP INFORME O NÚMERO DO SEU ATENDIMENTO.

Para acessar os dados da sua reclamação, Clique aqui

Atenciosamente,
Superintendência de Seguros Privados - SUSEP



AO RETORNAR À SUSEP, INFORME O NÚMERO DO SEU ATENDIMENTO

A reclamação será transmitida à Ouvidoria da empresa reclamada, para que sejam prestados os devidos esclarecimentos ou apresentada a solução para o questionamento formulado.

Caso não haja atendimento satisfatório no prazo de 15 (quinze) dias, a contar da data de encaminhamento da reclamação, o reclamante poderá requerer a abertura de processo administrativo, pessoalmente ou por carta, munido de cópia dos documentos comprobatórios relacionados ao teor da reclamação.

Esclarecemos que, no âmbito de competência da SUSEP, poderão ser aplicadas sanções administrativas caso fiquem comprovadas irregularidades.

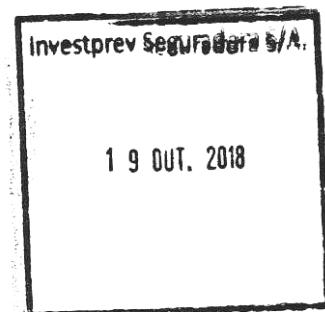
Assim, para fins de recebimento de valores considerados devidos ou para se exigir o cumprimento de outros direitos, deverá ser acionado o Poder Judiciário, observados os prazos prescricionais previstos no Código Civil Brasileiro

SUSEP, em 10/10/2018

Reclamante / Representante: _____

Atendente: _____

Matrícula Siape:



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180396499 **Cidade:** Uruburetama **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARIA RODRIGUES DE SOUSA SOUSA **Data do acidente:** 13/10/2017 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A
TEIXEIRA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 26/10/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE RÁDIO DISTAL ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO(OSTEOSSÍNTESE COM FIOS K.).
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO PUNHO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANALISE MÉDICO DOCUMENTAL DEFICIT FUNCIONAL MODERADO DO PUNHO ESQUERDO.

Documentos complementares:
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
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
		Total	12,5 %	R\$ 1.687,50

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ3

Nome: BRUNO BARBOSA MENDONCA

CRM: 900400

UF do CRM: RJ

Assinatura:

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE: MARIA RODRIGUES DE SOUSA TEIXEIRA		
RG: 124172386	CPF: 322.752.503-87	PROFISSÃO: DO LAR
RESIDÊNCIA: RUA ROSALVO QUINDEIRE, 267 AP. 03		
BAIRRO: QUINTINO CUNHA	CIDADE: FORTALEZA	UF: CE CEP: 60.351-200

OUTORGADO: LUIS ANTONIO BATISTA DE MAGALHÃES			
RG: 367726	CPF: 049.321.648-07	PROFISSÃO: ADM	
ENDEREÇO: RUA 1, 182			
BAIRRO: P. ROMUALDO	CIDADE: CAUCAIA	UF: CE	CEP: 61600-000

Por este instrumento particular de procura o Outorgante, confere, por vontade própria e por desconhecimento no trâmite, poderes ao Outorgado(a) para enviar documentos, receber correspondência, solicitar informações por escrito ou por telefone, ter acesso, apresentar documentos e acompanhar o andamento do Sinistro junto a **SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT** e SUSEP. Sendo, portanto, de responsabilidade do Outorgante a veracidade plena das informações e documentos apresentados e disponibilizados ao Outorgado(a), inerentes ao acidente no trânsito.

Johannesburg, 07 de 08 de 2018.

OUTOGANTE

(RECONHECER A ASSINATURA POR AUTENTICIDADE)



INVESTPREV
SEGURADORA S/A

27 AGO. 2018

ENTRADA

LARIONIO ARAUJO MATHIAS 2º OFICIO
URUBURETAMA CEARÁ

Recomendo firmas

Autógrafos de: *M. B. Araújo, L. M. Mathias, E. da Cunha, J. P. Soárez, R. G. Soárez*

POR SEMELHANÇA POR AUTENTICIDADE

Uruburetama - CE 2018-08-2018

Em testemunha:

Ana Karina *[Signature]* Matheus *[Signature]*

Eliiane da Costa *[Signature]* Ana Flávia *[Signature]*

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0313550/18

Número do Sinistro: 3180396499

Vítima: MARIA RODRIGUES DE SOUSA TEIXEIRA

CPF: 322.752.503-87

CPF de: Próprio

Data do acidente: 13/10/2017

Titular do CPF: MARIA RODRIGUES DE SOUSA TEIXEIRA

Seguradora: COMPREV SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

MARIA RODRIGUES DE SOUSA TEIXEIRA : 322.752.503-87

Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.
- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 21/09/2018
Nome: LUIS ANTONIO BATISTA DE MAGALHAES
CPF: 049.321.648-07

LUIS ANTONIO BATISTA DE MAGALHAES

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 21/09/2018
Nome: ATILA MAXIMILLIAN DE ASSIS BRAUN
CPF: 962.516.033-72

ATILA MAXIMILLIAN DE ASSIS BRAUN

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0313550/18

Número do Sinistro: 3180396499

Vítima: MARIA RODRIGUES DE SOUSA TEIXEIRA

CPF: 322.752.503-87

CPF de: Próprio

Data do acidente: 13/10/2017

Titular do CPF: MARIA RODRIGUES DE SOUSA TEIXEIRA

Seguradora: COMPREV SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médica-hospitalar

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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data da entrega: 15/01/2019

Nome: MARIA RODRIGUES DE SOUSA TEIXEIRA

CPF: 322.752.503-87

Data do cadastramento: 15/01/2019

Nome: Camila Feitosa Pedrosa

CPF: 668.217.543-49

MARIA RODRIGUES DE SOUSA TEIXEIRA

Camila Feitosa Pedrosa

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0313550/18

Número do Sinistro: 3180396499

Vítima: MARIA RODRIGUES DE SOUSA TEIXEIRA

CPF: 322.752.503-87

CPF de: Próprio

Data do acidente: 13/10/2017

Titular do CPF: MARIA RODRIGUES DE SOUSA TEIXEIRA

Seguradora: COMPREV SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médica-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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data da entrega: 19/10/2018

Nome: LUIS ANTONIO BATISTA DE MAGALHAES
CPF: 049.321.648-07

Data do cadastramento: 19/10/2018

Nome: ATILA MAXIMILLIAN DE ASSIS BRAUN
CPF: 962.516.033-72

LUIS ANTONIO BATISTA DE MAGALHAES

ATILA MAXIMILLIAN DE ASSIS BRAUN

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0313550/18

Número do Sinistro: 3180396499

Vítima: MARIA RODRIGUES DE SOUSA TEIXEIRA

CPF: 322.752.503-87

CPF de: Próprio

Data do acidente: 13/10/2017

Titular do CPF: MARIA RODRIGUES DE SOUSA TEIXEIRA

Seguradora: COMPREV SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

MARIA RODRIGUES DE SOUSA TEIXEIRA : 322.752.503-87

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.

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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data da entrega: 04/10/2018

Nome: MARIA RODRIGUES DE SOUSA TEIXEIRA
CPF: 322.752.503-87

Data do cadastramento: 04/10/2018

Nome: Camila Feitosa Pedrosa
CPF: 668.217.543-49

MARIA RODRIGUES DE SOUSA TEIXEIRA

Camila Feitosa Pedrosa