

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**

Carta nº 13318344



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**

Carta nº 13321603



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**

Carta nº 13397095



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**



---

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

## 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          |

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 SOUSA TEIXEIRA

**DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL**

|  |                    |  |                                   |
|--|--------------------|--|-----------------------------------|
| Nome completo<br>MARIA RODRIGUES DE SOUSA TEIXEIRA |                    | CPF titular da conta<br>322.752.503-87 | Profissão<br>DO LAR               |
| Endereço<br>RUA ROSALVO QUINDEME                   |                    | Número<br>267                          | Complemento<br>AP 03              |
| Bairro<br>QUINTO CORA                              | Cidade<br>FOURMELA | Estado<br>CE                           | CEP<br>60351-200                  |
| Email<br>mariafem                                  |                    |  | Telefone (DDD)<br>(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**

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

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

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

☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA NRO. 0748 D/V. CONTA NRO. 106724 D/V. 8  
(Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

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

BANCO Nome NRO.  
AGÊNCIA NRO. D/V. CONTA NRO. D/V.  
(Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

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

Vilhena, 10 de 08 de 2018

Local e Data

x Maria Rodrigues Teixeira

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 inválida sem assinatura. Authorized signature Not valid unless signed.



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

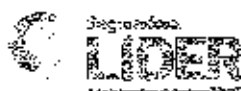
débito

POUPANÇA

INVESTPREV  
SEGURADORA S/A

27 AGO. 2018

ENTRADA



# AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE BENEFÍCIO - CRÉDITO EM CONTA E DEBITO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CONTRATO SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, consulte o site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou ligue para o 0800 099081 (0221) 294 ou 0800 0221706 (atendimento para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

## INFORMAÇÕES PARA PRESENTAMENTO:

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 crédito e pagamento.

A conta bancária deve ser de titularidade do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização.

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 a 17 anos - Beneficiário que o Beneficiário seja assinado 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 Seguro ou AEI

3180.396.499

CPF do Vítima

322.752.503 - 87

Nome completo do Vítima

MAYARA RODRIGUES DE SOUSA TOXEIRO

## DADOS DO SEGURADOR DA POLÍCIA, BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

|                                   |                 |             |
|-----------------------------------|-----------------|-------------|
| Nome completo                     | CPF do Vítima   | Residência  |
| MAYARA RODRIGUES DE SOUSA TOXEIRO | 322.752.503-87  | DO LAR      |
| Endereço                          | Número          | Complemento |
| RUA VERGOSA N. 1                  | 1070            | CASA 02     |
| Cidade                            | Estado          | CEP         |
| CAMPINHA                          | CE              | 66332-190   |
| Bairro                            | Telefone (fixo) |             |
| 240 km                            | (85) 98551-4585 |             |

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

## TABELA DE RETENÇÃO FISCAL E CASOS ESPECIAIS

|  |  |   |  |
|--|--|---|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> RENDIMENTO                                     | <input type="checkbox"/> SOB RENDA                     | <input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.200,00                               | <input type="checkbox"/> R\$ 1.200,00 ATÉ R\$ 2.000,00 |
| <input type="checkbox"/> R\$ 2.000,00 ATÉ R\$ 5.000,00                             | <input type="checkbox"/> R\$ 5.000,00 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"/> CANCELAMENTO (casos de cancelamento de seguro) |  | <input type="checkbox"/> CANCELAMENTO (casos de cancelamento de seguro) |  |
| <input type="checkbox"/> CANCELAMENTO (casos de cancelamento de seguro)            |  | <input type="checkbox"/> CANCELAMENTO (casos de cancelamento de seguro) |  |
| Assinatura   | CPF  | Assinatura  | CPF  |
| 0748   | 106724   |   |  |
| Assinatura do Vítima   | Assinatura do Representante Legal                      | Assinatura do Vítima  | Assinatura do Representante Legal                      |

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprometida a seguradora seguradora para o crédito, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAX, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetuada a cobrança, reconheço e dou plena quitação de todos os valores indenizados.

Folha 01 de 01 de 2018

Lugar e Data

Mayara Rodrigues de Sousa Toxeiro

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

INVESTPREV  
SEGURO S/A

04 OUT, 2018

ENTRADA

**GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ**

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA MUNICIPAL DE URUBURETAMA



FLS. \_\_\_\_\_

RUBRICA

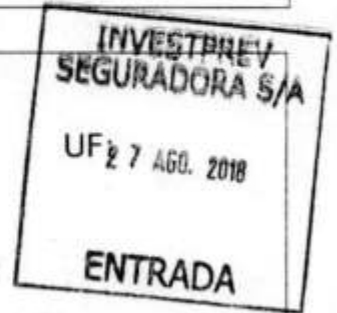
AUTORIDADE POLICIAL

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 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 DEFRENTE 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 :****AIRTON ROCHA DE OLIVEIRA - MAT.: 021722-1-6****RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:****Maria Rodrigues Sousa****VISTO DO DELEGADO(A) :****PATRICIA PEREIRA GONÇALVES - MAT.: 30119584****Maria das Graças Sousa Lima**

DELEGACIA MUNICIPAL DE URUBURETAMA

**Zilda de Mesquita Uchoa**

Pág. 1 de 1

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

João Evangelista Ferreira Duarte

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 TEIXEIRA

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
- ☒ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido.

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

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

**INVESTPREV!  
SEGURADORA S/A**

27 AGO. 2018

**ENTRADA**

Ouro Preto/CE 10 de 08 de 2018

Local e Data

y Maria Rodrigues Teixeira

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

NOME DO ACIDENTE  
**MARIA RODRIGUES DE SOUSA TEIXEIRA**

CADASTRO

NOME MAE  
**JOANA RODRIGUES DE SOUSA**

ENDEREÇO  
**RUA ROSALVO QUINDERE 267 AP 03 OLAVO OLIVEIRA**

CONTATO  
**(85)99852-341**

NASCIMENTO  
**04/06/1951(66 ANOS)**

NOME RESPONSÁVEL  
**A MESMA**

MUNICÍPIO  
**FORTALEZA**

Nº DO PRONTUÁRIO  
**143419**

SEXO  
**F**

Nº DOB  
**174784**

TACADOR  
**PARDO**

UF  
**CE**

CEP  
**60.351-200**

LOCAL DA OCORRÊNCIA/TRANSPORTE/ENDEREÇO DO ACIDENTE

### OCCORRÊNCIA

QUEDA  
**RELATA QUE SOFREU QUEDA DE MOTO, APRESENTA DOR EM BRAÇO.**

SINTOMAS  
**NI**

MOTIVO  
**QUEDA DE MOTO**

ESCALA DE DOR  
**99 (ADULTO)**

PESO  
**NI KG**

TEMPERATURA  
**NI °C**

CLASSIFICAÇÃO  
**AMARELO**

PRESSÃO ARTERIAL  
**NI/NI**

ALERGIAS  
**NI**

### SINAIS VITAIS

SAT O2  
**NI%**

PULSO  
**NI**

GLUCOSE  
**NI**

RESPONSÁVEL PELA CLASSIFICAÇÃO  
**LANNA NHAYARA TEIXEIRA BRAZ**

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

ÁREA DE ATENDIMENTO  
**ATENDIMENTO TRAUMA**

### ÁREA ATENDIMENTO

ANAMNESE

### ATENDIMENTO MÉDICO

- Queda P. ALT. MOTO, DÍGNO Queda de moto
- COLT RN (C)
- DDA E EXTEN. LOAS
- NA ENFERMIA FX MSD
- Ø

DIST C/ MOTO INSTANTANEA

DIAGNÓSTICO  
**FX MSD DIST C**

SALTI SUGERIDO:

☐ HC ☐ SU ☐ US ABDOMINAL ☐ TC CRÂNIO ☐ RAIO-X

COG. PROCEDIMENTO  
**0301060122**

☐ OUTROS

### PRESCRIÇÃO MÉDICA

#### MEDICAMENTO

**CECTOPROFENO 100MG IM**

#### APRAZAMENTO

**(15:10)**

**INVESTPREV  
SEGURADORA S/A**

**27 AGO. 2018**

**ENTRADA**

### TIPO DE ALTA/BAIXA

☒ DECISÃO MÉDICA ☐ A PEDIDO ☐ EVASÃO ☐ TRANSFERÊNCIA ☐ INTERNAÇÃO ☐ ÓBITO: ☐ ATÉ 48 HORAS ☐ APÓS 48 HORAS

BESTINO DO CORPO: ☐ FAMÍLIA ☐ IML ☐ ANAT. PATOL

DATA E HORA DO ATENDIMENTO

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 souza teixeira

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

**Marcia Ramos**

**Mat. 45632**

**Coordenador do SAME - HDEAM**

25

ENTRADA

SECRET

SECRET

SECRET  
NO. 100-100000  
100-100000  
100-100000

Nº DO CLIENTE  
**8224769-2**  
Para utilizar 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 Vieira, 150  
CEP 60135-040 | Fortaleza - CE  
CNPJ 07047251/0001-70 | CGF 05.105.848-3

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 de 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 CHURRA  
Mês Mai/2018  
DÍGFI 0,00  
EIXO 41,32

**ICMS**

| Base de Cálculo (R\$) | Alíquota | Valor do Imposto |
|-----------------------|----------|------------------|
| 155,03                | 27,00%   | 41,85            |

Padrão Individual

|      | Mensal | Trim. | Anual | Mensal | Trim. | Anual |
|------|--------|-------|-------|--------|-------|-------|
| DIC  | 5,31   | 10,62 | 21,25 | 0,00   | 0,00  | 0,00  |
| FIC  | 3,30   | 6,60  | 13,20 | 0,00   | 0,00  | 0,00  |
| DMIC | 3,03   |       |       | 0,00   |       |       |

**ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL**

5589.6908.DF04.A77A.0EE6.23A7.0C7E.7570

**INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO**

| Leit. Atual | Leit. Anterior | Const. | Consumo (kWh) | Consumo Incl. | Consumo Excl. | Tarifa (R\$/kWh) | Valor (R\$) |
|-------------|----------------|--------|---------------|---------------|---------------|------------------|-------------|
| FP 14203    | 14011          | 1,00   | 192           | 0,00          | 192           | 0,00745          | 155,03      |
| 18/07/18    | 19/06/18       |        | 29 D146       |               | 192           |                  | 155,03      |

**DESCRIÇÃO**

**VALOR (R\$)**

VALOR CONSUMO DO MES 155,03  
Multa Moratoria Ref 06/2018 3,27  
JUROS DO MES 1,67  
CORREÇÃO 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

**COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO**

|                            |               |
|----------------------------|---------------|
| Energia                    | 56,34         |
| Transmissão                | 6,07          |
| Distribuição               | 32,45         |
| Encargos Setoriais         | 6,70          |
| Tributos (ICMS PIS-COFINS) | 50,87         |
| <b>TOTAL</b>               | <b>155,03</b> |

**HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)**

| Jan  | Fev  | Mar  | Abr  | Mai  | Jun  | Jul  | Ago  | Sep  | Out  | Nov  | Dez  |
|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| 1,03 | 1,02 | 2,15 | 1,74 | 1,18 | 1,75 | 1,73 | 1,46 | 1,97 | 1,68 | 1,95 | 1,77 |

HIST: Jan Feb Mar Abr Mai Jun Jul Ago Set Out Nov Dez

**CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÃO DE CO<sub>2</sub> (kg/kWh)**

Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica

Emitido kg (CO<sub>2</sub>) Compensado kg (CO<sub>2</sub>) Consciência Ecológica (%CO<sub>2</sub>)

74,96 0,00

0 100

**INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISO DE VENCIMENTO**

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 n° 10.438 de

26 de abril de 2002

Esta é a segunda via de

JUL/2018

Utilize o n° abaixo sempre  
que entrar em contato conosco

N° DO CLIENTE

8169740

DV 6

VENCIMENTO

TOTAL A PAGAR (R\$)

Rota 18 01250 30 0118400

Medidor

Poste

Nome ALEXANDRINA MACELINO BARROSO

0000 0

Endereço Postal

End. da Unidade RU VECOSA MAIA 01070 CS 02 CANINDEZINHO FORTALEZA

Consumidora 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 0,57587 17,27

## OUTROS PAGAMENTOS

CDB. SALDO FATURA ANTERIOR

ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA MES (R\$ 1,59)

24,73

## DATAS DE LEITURA

Data de Emissão/  
ApresentaçãoPrev. Próxima  
Leitura

26/07/2018

27/08/2018

## ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

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

## ICMS

Base de Cálculo (R\$)

Aliquota

Valor do Imposto

ISENTO

## 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

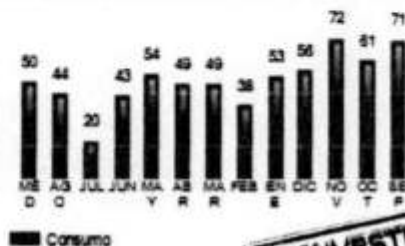
Veja a legenda no verso desta conta. CM: 12,93

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 (un) | 3,23              | 6,47  | 12,95 | 0,00                | 0,00  | 0,00  |
| DMIC (h) | 2,94              |       |       | 0,00                |       |       |

## HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÕES DE CO<sub>2</sub> (kg/kWh)

Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.

Emitido kg (CO<sub>2</sub>) | Compensado kg (CO<sub>2</sub>) | Consciência Ecológica(%CO<sub>2</sub>)

0 100

## INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO

autenticação mecânica cliente

N° do Cliente:

8169740-6

N° da Nota Fiscal: 535101633

Total a Pagar (R\$): 42,00

Data de Emissão:

12/09/2018

Referência: JUL/2018

N° de Controle:

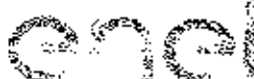
FATURA PAGA, NÃO RECEBER

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

INVESTPREV  
SEGURADORA S/A

21 SET. 2018

ENTRADA



Nota Fiscal - Conta de Energia Elétrica Grupo B (Série B.A.) N° 830203532

Companhia Saneamento de São Paulo

Rua Funchal, 470 - 152 - CEP 05315-040 - São Paulo - SP  
CNPJ 07.000.470/0001-00 FONE 011-3073.3333

A Nota Fiscal de Energia Elétrica

tem prazo de validade de 12 meses a contar da data de emissão

Validade até 2002

Este é o documento fiscal

JUL/2002

Unidade de consumo

Unidade de consumo

Unidade de consumo

Unidade de consumo

Unidade de consumo

Unidade de consumo

Unidade de consumo

Unidade de consumo

Unidade de consumo

Unidade de consumo

Unidade de consumo

Unidade de consumo

Unidade de consumo

Unidade de consumo

Unidade de consumo

Unidade de consumo

Unidade de consumo

Unidade de consumo

Unidade de consumo

Unidade de consumo

Unidade de consumo

Unidade de consumo

Unidade de consumo

Unidade de consumo

Unidade de consumo

Unidade de consumo

Unidade de consumo

Unidade de consumo

Unidade de consumo

Unidade de consumo

Unidade de consumo

Unidade de consumo

Unidade de consumo

Unidade de consumo

Unidade de consumo

Unidade de consumo

Unidade de consumo

Unidade de consumo

Unidade de consumo

Unidade de consumo

Unidade de consumo

Unidade de consumo

Unidade de consumo

Unidade de consumo

Unidade de consumo

Unidade de consumo

Unidade de consumo

Unidade de consumo

Unidade de consumo

Unidade de consumo

Unidade de consumo

Unidade de consumo

Unidade de consumo

Unidade de consumo

Unidade de consumo

Unidade de consumo

Unidade de consumo

Unidade de consumo

Unidade de consumo

Unidade de consumo

Unidade de consumo

Unidade de consumo

Unidade de consumo

Unidade de consumo

Unidade de consumo

Unidade de consumo

Unidade de consumo

Unidade de consumo

Unidade de consumo

Unidade de consumo

Unidade de consumo

Unidade de consumo

Unidade de consumo

Unidade de consumo

Unidade de consumo

Unidade de consumo

Unidade de consumo

Unidade de consumo

Unidade de consumo

Unidade de consumo

Unidade de consumo

Unidade de consumo

Unidade de consumo

Rua Funchal, 470 - 152 - CEP 05315-040 - São Paulo - SP

Nome: ALEXANDRINA MARCELO ZAPAROSO

Endereço: Rua

Medidor

Posto

1001 B

Preço da Unidade

R\$ 1.200,00

Consumo

1000 kWh

Preço da Unidade

R\$ 1.200,00

OTF

Classe

B3 - 01-RESIDENCIAL - MONOFASICA

Fator de Potência

Consumo de Energia Elétrica (kWh)

Consumo de Energia Elétrica (kWh)

Consumo de Energia Elétrica (kWh)

Consumo de Energia Elétrica (kWh)

Consumo de Energia Elétrica (kWh)

Consumo de Energia Elétrica (kWh)

Consumo de Energia Elétrica (kWh)

Consumo de Energia Elétrica (kWh)

Consumo de Energia Elétrica (kWh)

Consumo de Energia Elétrica (kWh)

Consumo de Energia Elétrica (kWh)

Consumo de Energia Elétrica (kWh)

Consumo de Energia Elétrica (kWh)

Consumo de Energia Elétrica (kWh)

Consumo de Energia Elétrica (kWh)

Consumo de Energia Elétrica (kWh)

Consumo de Energia Elétrica (kWh)

Consumo de Energia Elétrica (kWh)

Consumo de Energia Elétrica (kWh)

Consumo de Energia Elétrica (kWh)

Consumo de Energia Elétrica (kWh)

Consumo de Energia Elétrica (kWh)

Consumo de Energia Elétrica (kWh)

Consumo de Energia Elétrica (kWh)

Consumo de Energia Elétrica (kWh)

Consumo de Energia Elétrica (kWh)

Consumo de Energia Elétrica (kWh)

Consumo de Energia Elétrica (kWh)

Consumo de Energia Elétrica (kWh)

Consumo de Energia Elétrica (kWh)

Consumo de Energia Elétrica (kWh)

Consumo de Energia Elétrica (kWh)

Consumo de Energia Elétrica (kWh)

Consumo de Energia Elétrica (kWh)

Consumo de Energia Elétrica (kWh)

Consumo de Energia Elétrica (kWh)

Consumo de Energia Elétrica (kWh)

Consumo de Energia Elétrica (kWh)

Consumo de Energia Elétrica (kWh)

Consumo de Energia Elétrica (kWh)

Consumo de Energia Elétrica (kWh)

Consumo de Energia Elétrica (kWh)

Consumo de Energia Elétrica (kWh)

Consumo de Energia Elétrica (kWh)

Consumo de Energia Elétrica (kWh)

Consumo de Energia Elétrica (kWh)

Consumo de Energia Elétrica (kWh)

Consumo de Energia Elétrica (kWh)

Consumo de Energia Elétrica (kWh)

Consumo de Energia Elétrica (kWh)

Consumo de Energia Elétrica (kWh)

Consumo de Energia Elétrica (kWh)

Nº do Cliente: 830203532 Nº da Nota Fiscal: 830203532 Total a Pagar (R\$): 42,00  
Data de Emissão: 12/06/2002 Referência: 2002/06/12 Nº da Controladora

PATURA PAGA, NÃO RECEBER



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/biblioteca/web/docoriginal.aspx?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP<sup>1</sup> 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 COAF**<sup>2</sup>.

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

<sup>2</sup> 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 Luiz Antônio Pinheiro Viegas inscrito (a) no CPF 049.321.648, 07,  
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário MAURÍCIO RODRIGUES DE SOUSA TEIXEIRA inscrito  
(a) no CPF sob o nº 322.752.503-87, do sinistro de DPVAT cobertura INDENIZACAO da Vitima  
MAURÍCIO RODRIGUES DE SOUSA 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<br><u>RUA 1</u> |                          | Numero<br><u>182</u>    | Complemento<br><u>103</u>                       |
| Bairro<br><u>P. Novo</u> | Cidade<br><u>CAUCAIA</u> | Estado<br><u>CE</u>     | CEP<br><u>61610-000</u>                         |
| Email<br><u>NAO tem</u>  |                          | Telefone comercial(DDD) | Telefone celular (DDD)<br><u>(85) 985519585</u> |

CAUCAIA, 10 de 08 de 18  
Local e Data

[Assinatura]  
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  
mencionado 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: VVVH/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 )



Reconheço firmas João Evangelista Ferreira Duarte

João Evangelista Ferreira Duarte

☒ POR SERIE, MANO ☒ POR AUTENTICIDADE

Uruburetama/CE 07/08/2018

Em testemunha da verdade

Assinatura do Declarante

Assinatura do Condutor





**Prefeitura de  
Fortaleza**

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

SU

## REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL

### DADOS PESSOAIS

|  |  |  |                           |
|--|--|--|---------------------------|
| NOME DO PACIENTE<br><b>MARIA RODRIGUES DE SOUSA TEIXEIRA</b>     |  | Nº DO PRONTUÁRIO<br><b>143419</b>        | Nº DO BE<br><b>174784</b> |
| CADERNOS   |  | NASCIMENTO<br><b>04/06/1951(66 ANOS)</b> | SEXO<br><b>F</b>          |
| NOME MÃE<br><b>JOANA RODRIGUES DE SOUSA</b>                      |  | NOME RESPONSÁVEL<br><b>A MESMA</b>       | RACIA/COR<br><b>PARDO</b> |
| ENDEREÇO<br><b>RUA ROSALVO QUINDERÊ 267 AP 03 OLAVO OLIVEIRA</b> |  | MUNICÍPIO<br><b>FORTALEZA</b>            | UF<br><b>CE</b>           |
| CONTATO<br><b>(85)99852-341</b>                                  |  | CEP<br><b>60.351-200</b>                 |                           |

### OCORRÊNCIA

LOCAL DA OCORRÊNCIA/TRANSPORTE/ENDOS DO ACIDENTE

### CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

|   |                                     |
|---|-------------------------------------|
| QUEIXA<br><b>RELATA QUE SOFREU QUEDA DE MOTO, APRESENTA DOR EM BRAÇO.</b> | MOTIVO<br><b>QUEDA DE MOTO</b>      |
| SINTOMAS<br><b>NI</b>   | ESCALA DE DOR<br><b>99 (ADULTO)</b> |

### SINAIS VITAIS

|                             |                                  |                      |                    |                       |
|-----------------------------|----------------------------------|----------------------|--------------------|-----------------------|
| PESO<br><b>NI KG</b>        | PRESSÃO ARTERIAL<br><b>NI/NI</b> | SAT O2<br><b>NI%</b> | PULSO<br><b>NI</b> | GLICEMIA<br><b>NI</b> |
| TEMPERATURA<br><b>NI °C</b> | ALERGIAS<br><b>NI</b>            |                      |                    |                       |

|                                 |  |  |
|---------------------------------|--|--|
| CLASSIFICAÇÃO<br><b>AMARELO</b> | RESPONSÁVEL PELA CLASSIFICAÇÃO<br><b>LANNA NHAYARA TEIXEIRA BRAZ</b> | DATA E HORA DA CLASSIFICAÇÃO<br><b>13/10/2017 16:40:19</b> |
|---------------------------------|--|--|

|  |                  |
|--|------------------|
| ÁREA DE ATENDIMENTO<br><b>ATENDIMENTO TRAUMA</b> | ÁREA ATENDIMENTO |
|--|------------------|

### ATENDIMENTO MÉDICO

ANAMNESE

- queda P. ALT. M. J. D. Q. queda de moto
- COLT. RU. (E)
- D. M. E. C. T. M. L. O. D. S.
- M. E. M. D. F. X. M. D. D. I. S. T. C. I. M. S. Q. I. T. N. O. T. I. C. A. M. A.
- X

|  |  |     |
|--|--|-----|
| DIAGNÓSTICO<br><b>FX M. D. I. S. T. (E)</b>  | COD. PROCEDIMENTO<br><b>0301060120</b> | CID |
| SAD. SOLICITADO:<br><input type="checkbox"/> HC <input type="checkbox"/> SU <input type="checkbox"/> US ABDOMINAL <input type="checkbox"/> TC CRÂNIO <input type="checkbox"/> RAIO-X | <input type="checkbox"/> OUTROS        |     |

### PRESCRIÇÃO MÉDICA

| MEDICAMENTO                 | APRAZAMENTO    | OBSERVAÇÕES |
|-----------------------------|----------------|-------------|
| <b>CECTOPROFOL 100MG IM</b> | <b>(15.10)</b> |             |
|                             |                |             |
|                             |                |             |
|                             |                |             |
|                             |                |             |
|                             |                |             |

### TIPO DE ALTA/SAÍDA

|   |   |
|---|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> DECISÃO MÉDICA <input type="checkbox"/> A PEDIDO <input type="checkbox"/> EVASÃO <input type="checkbox"/> TRANSFERÊNCIA <input type="checkbox"/> INTERNAÇÃO | ÓBITO: <input type="checkbox"/> ATÉ 48 HORAS <input type="checkbox"/> APÓS 48 HORAS |
| DESTINO DO CORPO: <input type="checkbox"/> FAMÍLIA <input type="checkbox"/> IML <input type="checkbox"/> ANAT. PATOL  |   |

DATA E HORA DO ATENDIMENTO

CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA

**Dr. Leandro Rêgo**  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM 17134

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.

maria rodrigues de souza teixeira

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

**Marcia Ramos**  
Mat. 45632  
Coordenador do SAME - HDEAM

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

**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 - TERT 130251/SBQ

Assinatura do(s) executante (s):

Hora do início: \_\_\_\_:\_\_\_\_

Hora do término: \_\_\_\_:\_\_\_\_

INVESTPREV/  
SEGURADORA S/A

27 AGO. 2018

ENTRADA

43 (0414)

815 P?      100007      100007      100007      100007

2019-10-10 10:10:10

EXPORT AND IMPORT

7-00000000 08 001 00000000 08 00000000 08 001 001 001

4234

[illegible]

500 1000 1500 2000 2500 3000 3500 4000 4500 5000 5500 6000 6500 7000 7500 8000 8500 9000 9500 10000

25/11/2014

244

*[Faint handwritten notes at the bottom of the page]*

2004

II      m n k    i p s d    38    45 46 47

4.  $\frac{1}{2} \log 2 = \frac{1}{2} \log 2$  Set  $\log 2 = 0.3010$  (4)

*[Faint handwritten notes at the bottom of the page]*

25

31 2-5-1954 (2)

*[Faint handwritten notes]*

1057820

*[Faint handwritten notes at the bottom of the page]*

2. a.  $\frac{1}{2}$  b.  $\frac{1}{2}$  c.  $\frac{1}{2}$  d.  $\frac{1}{2}$

2. 2. 193 - 23. 1. 1971

1. (10) = 2-21 22+23

6. The following are the names of the persons who have been appointed as members of the committee:

*[Faint handwritten notes at the bottom of the page]*

*[Faint handwritten notes at the bottom of the page]*

225

① 120

2



11

3/20/18

... 2000 ...

1940



Prefeitura de  
**Fortaleza**

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

### 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  
Cirurgião de Quadril e Trauma  
CRM 11586 - TEOT 130251/580

24/10/17  
23:58

POI. Pod retorno do CC as 20.50.  
Segue orientado da, cuidados com  
necessidades, higiene e higiene com  
dieta prescrita. Curativo de FO  
limpo. Mantendo cuidados de  
escrimeagem. — For Libel  
2672423

25/10/17

Fisioterapia.  
Paciente recebe acordados comant, orientado,  
verbais, entres. Segue em 1º episódio  
de 1º episódio. Realizado durante período

Mikele Araújo  
CRM 211525-F  
Fisioterapia

25/10

A Exat 13 Clínia

A Pte 665, POI Ex punho (nho) (A)

A Exat 13 Clínia, Alcool, diurese (A), contidos 3 dias  
fóss (A) - 1º episódio, 1º episódio, 1º episódio

A Exat 13 Clínia, Alta de 90.

INVESTPREV  
SEGURODORA S/A

Dr. Antônio Fabrício Cardel.  
CRM 211525-F  
CRM 211525-F

27 AGO. 2018

ENTRADA

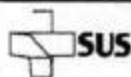
Av. Lineu Machado, 145 - Jôquei Clube  
CEP: 60520-100 Fone: (85) 3233-3954  
Fortaleza - Ceará

))

))



72670017887 - 2317103282637



Sistema Único de Saúde  
Ministério da Saúde

# LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

## Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL E MATERNIDADE ZILDA ARNS NEUMANN

2 - CNES

7 0 4 7 4 2 8

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL E MATERNIDADE ZILDA ARNS NEUMANN

4 - CNES

7 0 4 7 4 2 8

## Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Maria Rodriguez de Sousa Teixeira

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

59278

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

7 0 2 1 0 6 7 6 0 7 6 9 9 9 6

8 - DATA DE NASCIMENTO

04/06/1957

9 - SEXO

Masc. ☒ 1 Fem. ☒ 3

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

Joana Rodriguez de Sousa

11 - TELEFONE DE CONTATO

1599152347

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

R. Rosalvo Amindes, 267, 4ºº3 - Olavo Oliveira

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Enxalga

14 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

60357200

## JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Poucos Vozes auscultadas no pulmão @ 12-  
SUSPEITA DE FROTA

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Pressão normal

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

Ausente + ex Fes + h2x

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

Fx Pulmão ATOL @

21 - CID 10 PRINCIPAL

S-J2.5

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

## PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

OSTEOMIELITE

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

0908050407

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

( ) CNS ☒ CPF

29 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

71485031329

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

2/10/17

32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

Dr. Felipe O. Magalhães  
Médico Tratamento Ortopédico  
CRM-PE 7280

## PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - Nº DO BILHETE

38 - SÉRIE

34 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE DA EMPRESA

41 - CBOR

35 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

( ) EMPREGADO

( ) EMPREGADOR

( ) AUTÔNOMO

( ) DESEMPREGADO

( ) APOSENTADO

( ) NÃO SEGURADO

## AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - Cód. Órgão Emissor

45 - Nº DA AUTORIZAÇÃO

46 - DOCUMENTO

47 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

( ) CNS ( ) CPF

48 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

49 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

INVESTPREV

SEGURODORA S/A

27 AGO. 2018

ENTRADA

PLANT INDUSTRY  
BUREAU OF PLANT INDUSTRY  
WASHINGTON, D. C.  
1915

PLANT INDUSTRY  
BUREAU OF PLANT INDUSTRY  
WASHINGTON, D. C.  
1915

PLANT INDUSTRY  
BUREAU OF PLANT INDUSTRY  
WASHINGTON, D. C.  
1915

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

7 - DATA DE NASCIMENTO

8 - SEXO

Masc. ☐ 1

Fem. ☒ 3

9 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

10 - TELEFONE DE CONTATO

11 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

12 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

13 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

14 - UF

15 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

16 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

17 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

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

19 - DIAGNÓSTICO INICIAL

20 - CID 10 PRINCIPAL

21 - CID 10 SECUNDÁRIO

22 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

23 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

25 - CLÍNICA

26 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

27 - DOCUMENTO

28 - Nº DO

29 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

30 - DATA DA SOLICITAÇÃO

31 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - ☐ ACIDENTE DE TRÂNSITO

34 - CNPJ DA SEGURADORA

35 - Nº DO BILHETE

36 - SÉRIE

37 - ☐ ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

38 - CNPJ DA EMPRESA

39 - CNAE DA EMPRESA

40 - COOR

41 - ☐ ACIDENTE TRABALHO TRAJECTO

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

☐ EMPREGADO

☐ EMPREGADOR

☐ AUTÔNOMO

☐ DESEMPREGADO

☐ APOSENTADO

INVESTPRE/  
SEGURADORA S/A

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR

45 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

46 - DOCUMENTO

47 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

48 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

49 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

ENTRADA

12670017887

O.E.: M230440001

ESFERA: PÚBLICO

APRESENTAÇÃO: 12 / 2017

DATA: 17/11/2017

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 solíc: 210157969330001  
CNS: 7047428 - HOSPITAL E MATERNIDADE DRA ZILDA ARNS NEUMANN CNS: 70210676076999-6  
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 QUINDERE 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 RADIO Diag. secundário:  
Complementar: Causa Obito:  
Carater atendimento: 02 - URGENCIA Modalidade: HOSPITALAR  
Data internação: 21 / 10 / 2017 Data saída: 25 / 10 / 2017 Mot saída: 12 - ALTA MELHORADO  
Liberação SISAIH01: AIH Anterior: AIH Posterior: -

FATURADO

[ Causas Externas (Acidente ou Violência) ]

CNPJ do Empregador: . . . / -

CNAER: -

Vínculo Previdência: . . . / -

CBOR: -

**PROCEDIMENTOS REALIZADOS**

| Linha | Procedimento | Documento CBO             | CNES/CNPJ | Apurar Valor p/ | Qtde | Cmot    | Descrição                                |
|-------|--------------|---------------------------|-----------|-----------------|------|---------|--|
| 1     | 0408020407   | 980016000954102 223605    | 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     | 0802010040   | 980016000954102 223605    | 7047428   | 7047428         | 4    | 10/2017 | CONSULTA AVALIACAO EM PACIENTE INTERNADO |
| 4     | 0802010040   |                           | 7047428   | 7047428         | 4    | 10/2017 | DIARIA DE ACOMPANHANTE DE IDOSOS C/      |
| 5     | 0802010040   | 980016000954102 223605    | 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 - MOTOCICLISTA ESPEC TRAUM EM ACID TRANSITO |

Número de Nascidos: 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

  
DRA. ZILDA ARNS NEUMANN  
Diretora do Hospital  
CNPJ nº 07.041.704/0001-00  
04076008

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

RECEITUÁRIO MÉDICO

Nome:

Prontuário:

#  
Protranspin: 20m.  
Punção do pé direito distal  
(E) - Sinal de p.m. e  
ambos

Fortaleza, 05 de 12 de 17.

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 - Jôquei 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. Texeira

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 Rato Distal E

DIAGNÓSTICO FINAL / CID-10

Fx Rato Distal E

HISTÓRIA CLÍNICA E EXAME FÍSICO:

Paciente com história de fx punho E

### RESULTADOS DOS PRINCIPAIS EXAMES REALIZADOS

Rx punho

### EVOLUÇÃO E COMPLICAÇÕES

Evolução satisfatória

### TERAPÊUTICA REALIZADA:

Trs Cirurgias de fratura radio distal E + Reparo Ligamento

Dr. Fernando Thales  
Dr. Thiago Cavalcanti

### ORIENTAÇÃO PÓS ALTA:

Retorno ao ambulatório TO  
Analgesia

### CONDIÇÕES DE ALTA

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

INVESTPREV  
SEGURODORA S/A

27 AGO. 2014

ENTRADA

Carimbo Médico  
CREME 1405

Fortaleza - Ceará 25/10/14

CARIMBO DO SERVIÇO

CARIMBO E ASS. DO MÉDICO

RECEIVED

1912

NOV 10

1912

NOV 10

1912

NOV 10

1912

NOV 10

1912

NOV 10

1912

NOV 10

1912

NOV 10

1912

NOV 10

1912

NOV 10

1912

NOV 10

1912

NOV 10

1912

NOV 10

1912

NOV 10

1912

NOV 10

1912

NOV 10

1912

NOV 10

1912

NOV 10

1912

NOV 10

1912

NOV 10

1912

NOV 10

1912

NOV 10

1912

NOV 10

1912

NOV 10

1912

NOV 10

1912

NOV 10

1912

NOV 10

1912

NOV 10

1912

NOV 10

1912

NOV 10

1912

NOV 10

1912

NOV 10

1912

NOV 10

1912

NOV 10

1912

NOV 10

1912

NOV 10

1912

NOV 10

1912

NOV 10

1912

NOV 10

1912

NOV 10

1912

NOV 10

1912

NOV 10

1912

NOV 10

1912



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 50, 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 ALESSOU NÃO PODER FORNECER ESTE LAUDO, HAJA VISTO, TODA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA JÁ FOI FORNECIDA E POR ELA PODERÁ SE FAZER UMA AVALIAÇÃO DO MEU ESTADO FÍSICO FUTURO E PERMANENTE.

SOLICITO PERÍCIA MARCADA EM FORTALEZA/CE

x Maria Rodrigues Sousa Teixeira.

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. Texeira

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 Rato distal E

DIAGNÓSTICO FINAL / CID-10

Fx Rato distal E

HISTÓRIA CLÍNICA E EXAME FÍSICO:

Paciente com história de fx punho E

### RESULTADOS DOS PRINCIPAIS EXAMES REALIZADOS

fx punho

### EVOLUÇÃO E COMPLICAÇÕES

Evolução sem complicações

### TERAPÊUTICA REALIZADA:

Trs Cirurgias de fratura metacarpo distal E + Reparo Ligamento

Dr. Francisco Thales  
Dr. Thiago Cavalcanti

### ORIENTAÇÃO PÓS ALTA:

Revisão no ambulatório TQ  
Analgesia

### CONDIÇÕES DE ALTA

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

Assinatura Médica  
CREME- 1405

Fortaleza - Ceará 25/10/14

CARIMBO DO SERVIÇO

CARIMBO E ASS. DO MÉDICO

Av. Lineu Machado, 145 - Jôquei Clube  
CEP: 60520-100 Fone: (85) 3233-3545  
Fortaleza - Ceará

Investprev Seguradora S/A

15 JAN 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO CEARÁ  
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL  
POLÍCIA FORENSE DO ESTADO DO CEARÁ  
LABORATÓRIO DE ANATOMIA PATOLÓGICA E MEDICINA LEGAL

PROIBIDA FOTOCOPIA



Polegar Direito



*Marcelo Rodrigues Silva*

RECIBO DE ENTREGA

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2009084077 - 6 DATA DE EMISSÃO 07/05/2015

NOME MARIA RODRIGUES DE SOUSA TEIXEIRA

RELACÃO RAYMUNDO RODRIGUES DE SOUSA

JOANA RODRIGUES DE SOUSA

NACIONALIDADE URUGUAYANA - CE DATA DE NASCIMENTO 04/06/1951

DOC. ORDEM CERT. CASAMENTO - CARTÃO: 1 OFÍCIO TENO: 1866 FOLHA: 184 LIVRO: 8-20 URUGUAYANA - CE

CPF 1 VIA 124172386 P.: 113

ASSINATURA DO DIRETOR LEI Nº 7.116 DE 28/06/83

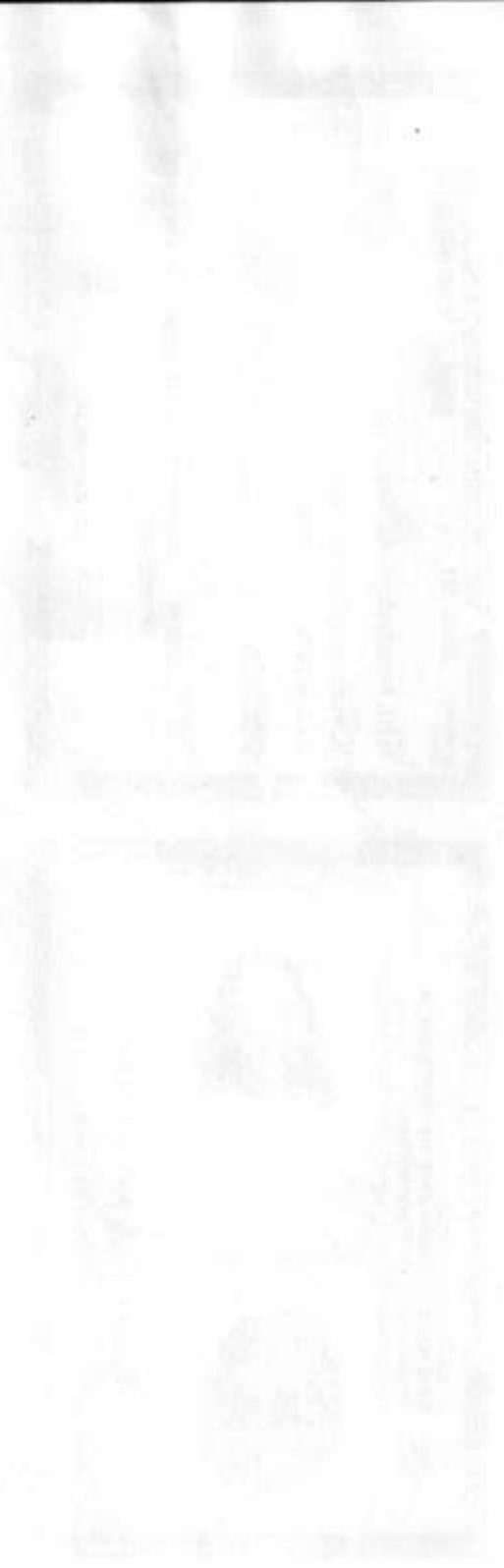
INVESTPREV  
SEGURADORA S/A

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**

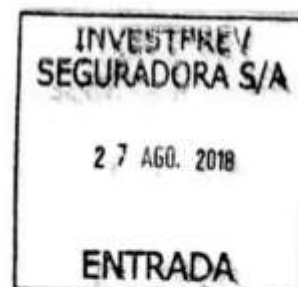
Digito Verificador: **00**

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.)



**MINISTÉRIO DA FAZENDA**  
**Receita Federal**  
**Cadastro de Pessoas Físicas**

**COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO**

Número  
**322.752.503-87**

Nome  
**MARIA RODRIGUES DE SOUSA TEIXEIRA**

Nascimento  
**04/06/1951**

**VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO**





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - CE  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

MANO 01 487715810 0000000000 2016

JOAO EVANGELISTA FERREIRA DUARTE  
URUBURETAMA/CE

37217356334 01E6008  
9C2K61670CR617853

37217356334 01E6008

HONDA/CG 150 FAN ESI

2P/0CV/149CC

1º 2º 3º

PREMIO TARIFARIO (R\$) 00/00/0000

PREMIO TOTAL (R\$) 00/00/0000

DATA DE PAGAMENTO 00/00/0000

URUBURETAMA/CE

03/05/2017

INVESTPREV  
SEGURADORA S/A

27 AGO. 2018

ENTRADA

CE Nº 013132341150 BILHETE DE SEGURO DPVAT

2016

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT  
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO

37217356334  
www.seguradoralider.com.br  
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO 2016 DATA EMISSÃO 03/05/2017

VIA 01 37217356334

RENAVAM 487715810

ANO FAB 2012 DATA 09

9C2K61670CR617853

PRÊMIO TARIFÁRIO

CUSTO DO BILHETE (R\$) 00/00/0000

DATA DE QUITAÇÃO 00/00/0000

URUBURETAMA/CE

03/05/2017

LOTE/DOSSIER  
MOTOR: KC16E7C617853

9102-40H

**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: magalhaesccho@gmail.com  
Telefone:  
Endereço: rua1 182 103n  
CEP: 61.601-311

Celular: (85) 98551-9585  
Bairro: p romualdo  
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 definitivas, 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?

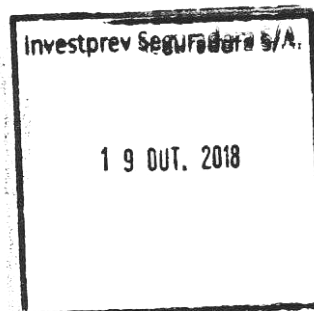
**Documentos**

| 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),

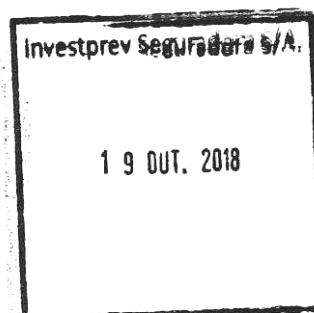
Considerando os termos da Resolução CNSP N.º 279, de 30 de janeiro de 2013, requeremos analisar o pleito, abaixo, e responder diretamente ao interessado, no prazo de 15 (quinze) dias, contados a partir da data de recebimento desta comunicação.

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 magalhaesccho@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 prescricionais 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

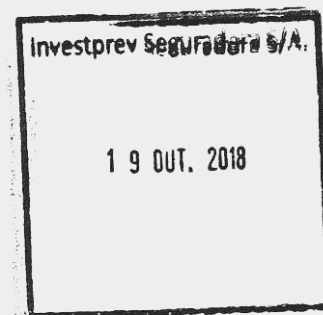
Distrito Federal  
Setor Bancário Sul, Quadra 1 – BL.K – 13º andar – Ed. Seguradora  
Brasília – DF – CEP: 70093-900

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.

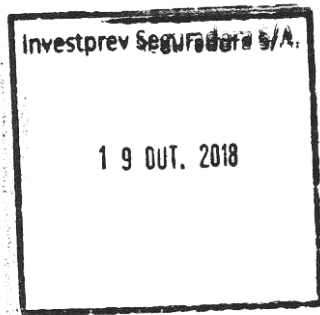
Assim, para fins de recebimento de valores considerados devidos ou para se exigir o cumprimento de outros direitos, deverá ser acionado o Poder Judiciário, observados os prazos prescricionais previstos no Código Civil Brasileiro

*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 TEIXEIRA **Data do acidente:** 13/10/2017 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

## 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

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

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

Por este instrumento particular de procuração 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.

Fortaleza/CE, 07 de 08 de 2018.

Maria Rodrigues de Sousa Teixeira

OUTORGANTE

(RECONHECER A ASSINATURA POR AUTENTICIDADE)



# 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](http://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

**Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

**Data do acidente:** 13/10/2017

**Titular do CPF:** MARIA RODRIGUES DE SOUSA TEIXEIRA

**CPF de:** Próprio

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

Documentação médico-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](http://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: 15/01/2019  
Nome: MARIA RODRIGUES DE SOUSA TEIXEIRA  
CPF: 322.752.503-87

\_\_\_\_\_  
MARIA RODRIGUES DE SOUSA TEIXEIRA

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 15/01/2019  
Nome: Camila Feitosa Pedrosa  
CPF: 668.217.543-49

\_\_\_\_\_  
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 médico-hospitalar

Outros

## ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://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: 19/10/2018  
Nome: LUIS ANTONIO BATISTA DE MAGALHAES  
CPF: 049.321.648-07

\_\_\_\_\_  
LUIS ANTONIO BATISTA DE MAGALHAES

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 19/10/2018  
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

**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](http://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: 04/10/2018  
Nome: MARIA RODRIGUES DE SOUSA TEIXEIRA  
CPF: 322.752.503-87

MARIA RODRIGUES DE SOUSA TEIXEIRA

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 04/10/2018  
Nome: Camila Feitosa Pedrosa  
CPF: 668.217.543-49

Camila Feitosa Pedrosa