

BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA: 19/10/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.531,25

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MARIA DEUSELINA VITAL DE SOUSA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 00789-7

CONTA: 000001003836-7

Nr. Autenticação

BRADESCO191020180500000000023700789000001003836253125 PAGO

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180454047 **Cidade:** Tauá **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARIA DEUSELINA VITAL DE SOUSA **Data do acidente:** 02/07/2018 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER

Diagnóstico: TCE COM HEMATOMA COM HEMATOMA SUBGALEAL DENSO PARIETAL POSTERIOR ESQUERDO
FRATURA NO PÚBIS E ÍSQUIO À DIREITA

Descrição do exame médico pericial: MARCHA ENCURTADA E CLAUDICANTE, LIMITAÇÃO DE FLEXÃO A 40°, EXTENSÃO A 5°, ADUÇÃO A 5°, ABDUÇÃO A 12°, ROTAÇÃO MEDIAL A 22° E LATERAL A 17°

Resultados terapêuticos: RESULTOU EM CONSOLIDAÇÃO DA FRATURA, PORÉM COM PREJUÍZO À MOBILIDADE.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU INTENSO DO QUADRIL DIREITO

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 17/10/2018

Conduta mantida:

Observações: APRESENTA, EM DECORRÊNCIA DO TCE, SINTOMAS SUBJETIVOS SEM BASE MÉDICA SUFICIENTE PARA INDENIZAÇÃO.
APRESENTA EXAME DE AUDIOMETRIA DE 15/09/18 QUE REFERE PERDA AUDITIVA. NÃO APRESENTA AUDIOMETRIA ANTERIOR AO ACIDENTE; NÃO FOI SUBMETIDO A TC DE MASTOIDE; NÃO FOI SUBMETIDO A EXAME DE BERA; NÃO FOI SUBMETIDO A RNM DE CRÂNIO, OU SEJA, NÃO TEVE EXAME QUE AVALIOU CÓCLEA, MEATO ACÚSTICO INTERNO E/OU NERVO ACÚSTICO.

Médico examinador: Greive Freitas Cavalcante

CRM do médico: 9050

UF do CRM do médico: CE

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um quadril	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
Total			18,75 %	R\$ 2.531,25

PRESTADOR

SAUDESEG SISTEMAS DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: GALDINO LEONARDO

CRM do médico: 17727

UF do CRM do médico: PE

Assinatura do médico:

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180454047 **Cidade:** Tauá **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARIA DEUSELINA VITAL DE SOUSA **Data do acidente:** 02/07/2018 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER

Diagnóstico: TCE COM HEMATOMA COM HEMATOMA SUBGALEAL DENSO PARIETAL POSTERIOR ESQUERDO
FRATURA NO PÚBIS E ÍSQUIO À DIREITA

Descrição do exame médico pericial: MARCHA ENCURTADA E CLAUDICANTE, LIMITAÇÃO DE FLEXÃO A 40°, EXTENSÃO A 5°, ADUÇÃO A 5°, ABDUÇÃO A 12°, ROTAÇÃO MEDIAL A 22° E LATERAL A 17°

Resultados terapêuticos: RESULTOU EM CONSOLIDAÇÃO DA FRATURA, PORÉM COM PREJUÍZO À MOBILIDADE.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU INTENSO DO QUADRIL DIREITO

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 17/10/2018

Conduta mantida:

Observações: APRESENTA, EM DECORRÊNCIA DO TCE, SINTOMAS SUBJETIVOS SEM BASE MÉDICA SUFICIENTE PARA INDENIZAÇÃO.
APRESENTA EXAME DE AUDIOMETRIA DE 15/09/18 QUE REFERE PERDA AUDITIVA. NÃO APRESENTA AUDIOMETRIA ANTERIOR AO ACIDENTE; NÃO FOI SUBMETIDO A TC DE MASTOIDE; NÃO FOI SUBMETIDO A EXAME DE BERA; NÃO FOI SUBMETIDO A RNM DE CRÂNIO, OU SEJA, NÃO TEVE EXAME QUE AVALIOU CÓCLEA, MEATO ACÚSTICO INTERNO E/OU NERVO ACÚSTICO.

Médico examinador: Greive Freitas Cavalcante

CRM do médico: 9050

UF do CRM do médico: CE

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um quadril	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
Total			18,75 %	R\$ 2.531,25

PRESTADOR

SAUDESEG SISTEMAS DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: GALDINO LEONARDO

CRM do médico: 17727

UF do CRM do médico: PE

Assinatura do médico:

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180454047 **Cidade:** Tauá **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARIA DEUSELINA VITAL DE SOUSA **Data do acidente:** 02/07/2018 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 09/10/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO (HEMATOMA SUBGALEAL DENSO PARIETAL POSTERIOR ESQUERDO). PERDA AUDITIVA BILATERAL.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: X SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.
(@ PÁGINA 04).

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Lesões neurológicas que cursem com dano cognitivo-comportamental alienante	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
Perda auditiva total bilateral (surdez completa)	50 %	Em grau médio - 50 %	25%	R\$ 3.375,00
Total			35 %	R\$ 4.725,00

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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3180454047
Nome do(a) Examinado(a): Maria Deuselina Vital de Sousa
Endereço do(a) Examinado(a): Rua Sebastiao Leitao, 320
Cidade Nova Taua CE CEP: 63660-000
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / CE] 20161436336
Data local do acidente: [02/07/2018]
Data local do exame: [17/10/2018] Boa Viagem [CE]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:
**TCE COM HEMATOMA COM HEMATOMA SUBGALEAL DENSO PARIETAL POSTERIOR ESQUERDO
FRATURA NO PÚBIS E ÍSQUIO À DIREITA**
- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.
Tratamento: TRATAMENTO CONSERVADOR COM MEDICAÇÃO, REPOUSO, IMOBILIZAÇÃO, FISIOTERAPIA
Complicações: SEM
Data da Alta: 17/09/2018
- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:
**MARCA ENCURTADA E CLAUDICANTE, LIMITAÇÃO DE FLEXÃO A 40º, EXTENSÃO A 5º, ADUÇÃO A 5º, ABDUÇÃO A 12º,
ROTAÇÃO MEDIAL A 22º E LATERAL A 17º**
- IV. Nexo de casualidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?
(X) Sim () Não
- V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)
(X) Sim () Não
- VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:
**PERDA DE REPERCUSSÃO INTENSA NA REDUÇÃO DA AMPLITUDE DE MOVIMENTO NORMAL DA ARTICULAÇÃO DO
QUADRIL E ALTERAÇÃO DA MARCHA**
Caso a resposta do item V seja "Não", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b"
- VII. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.
- a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).
- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> "Vítima em tratamento"
<i>Esta avaliação médica deve ser repetida em dias</i> | <input type="checkbox"/> "Sem sequela permanente"
<i>(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)</i> |
|--|--|
- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.
- | | |
|---|--|
| Região Corporal (Sequela):
QUADRIL - Lado Direito
% do dano: <input type="checkbox"/> 10% residual <input type="checkbox"/> 25% leve
<input type="checkbox"/> 50% médio <input checked="" type="checkbox"/> 75% intensa <input type="checkbox"/> 100% completo | Região Corporal (Sequela):
% do dano: <input type="checkbox"/> 10% residual <input type="checkbox"/> 25% leve
<input type="checkbox"/> 50% médio <input type="checkbox"/> 75% intensa <input type="checkbox"/> 100% completo |
| Região Corporal (Sequela):
% do dano: <input type="checkbox"/> 10% residual <input type="checkbox"/> 25% leve
<input type="checkbox"/> 50% médio <input type="checkbox"/> 75% intensa <input type="checkbox"/> 100% completo | Região Corporal (Sequela):
% do dano: <input type="checkbox"/> 10% residual <input type="checkbox"/> 25% leve
<input type="checkbox"/> 50% médio <input type="checkbox"/> 75% intensa <input type="checkbox"/> 100% completo |
- VIII. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.
**APRESENTA, EM DECORRÊNCIA DO TCE, SINTOMAS SUBJETIVOS SEM BASE MÉDICA SUFICIENTE PARA INDENIZAÇÃO.
APRESENTA EXAME DE AUDIOMETRIA DE 15/09/18 QUE REFERE PERDA AUDITIVA. NÃO APRESENTA AUDIOMETRIA
ANTERIOR AO ACIDENTE; NÃO FOI SUBMETIDO A TC DE MASTOIDE; NÃO FOI SUBMETIDO A EXAME DE BERA; NÃO FOI
SUBMETIDO A RNM DE CRÂNIO, OU SEJA, NÃO TEVE EXAME QUE AVALIOU CÍClea, MEATO ACÚSTICO INTERNO E/OU
NERVO ACÚSTICO.**

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com Nome e CRM




Dr. Greive Freitas Cavalcante
CPF - 558.900.833-68
CRM/CE - 9050

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0357111/18

Vítima: MARIA DEUSELINA VITAL DE SOUSA

CPF: 812.766.053-15

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

Data do acidente: 02/07/2018

Titular do CPF: MARIA DEUSELINA VITAL DE SOUSA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

GLAUCO FASSHEBER URBANO MELO : 456.941.763-91

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

MARIA DEUSELINA VITAL DE SOUSA : 812.766.053-15

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

Data da entrega: 28/09/2018
Nome: GLAUCO FASSHEBER URBANO MELO
CPF: 456.941.763-91

GLAUCO FASSHEBER URBANO MELO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 28/09/2018
Nome: JOAO CAIO OLIVEIRA DA SILVA
CPF: 001.023.383-02

JOAO CAIO OLIVEIRA DA SILVA

DADOS DO PACIENTE

Local		TAUA		Pais Nacionalidade		Idade		74 Ano(s)	
Etnia		Branca		Estado Civil		Religioso			
Número(s)		286203894		CNS		89.8002.778.4428-11		Município	
Nome		JA ANTONIO VIEIRA GOMES		Número		319		Bairro	
Profissão		AGRICULTORA		Empresa		TAUA-CE		CNPJ	
CPF do Responsável		9922-7245		CPF do Responsável		63680-000		Fone Empresa	
Responsável		MARIA LUCIMAR VITAL		Cônjugo		ANTONIO JOSE VITAL		Pai	
Mãe		MARIA AVELINA MOTA		Mãe		ANTONIO JOSE VITAL		Mãe	

DADOS DA INTERNAÇÃO

Arquivo		10/07/2018 16:59		Quarto/Leito		100-0001		Aposento	
Enfermagem		ENFERMAGEM		Clínica		MEDICA		Setor	
Unid. de Inter.		CLIN MEDICA		Dias		0		Guia	
CID Complementar		3885		CPM		3885		Paciente	
Procedimento SUS		SUSPENSÃO		Condição de Saída		Alta		Usuário Saída	
Módulo		04.07.18.10:30		Módulo		04.07.18.10:30		Módulo	

TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO

autorizo a internação do acima citado, neste Hospital, bem como os tratamentos clínicos, cirúrgicos e realização de necropsia, que se fizer necessário. Outrossim, tomo ciência e submeto-me às disposições gerais contidas no regulamento do Hospital. OBS: O Hospital só se responsabiliza por objetos e valores dos pacientes ou acompanhantes, quando guardados na Tesouraria.

COPIA
O ORIGINAL

Assinatura do responsável

28 SET, 2018
SIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

JA, 3 de julho de 2018.

Assinatura do paciente
Assinatura do responsável

DADOS DO PACIENTE

Unidade	Atendimento	Nome do Paciente	CNS	Guia de Autorização
933	0006	MARIA DEUSELINA VITAL DE SOUSA	898002778442911	
Idade: 286203994	Estado Civil	Sexo		
Idade: 77/1943	Solteiro(a)	Masculino		
Local	Idade			
TAUA/CE	74 Ano(s)			
FONIO JOSE VITAL		Mãe MARIA AVELINA MOTA		
Endereço	Bairro	CEP	Município	UF
ANTONIO VIEIRA GOMES, 319	JOSÉ ÓSIMO	63660-000	TAUA	CE
Profissão	Empresa	Cônjuge	Telefone	
RICULTORA			88 99227245	
Responsável	CPF do Responsável	Endereço	Município	UF
RIA LUCIAMAR VITAL		RUA ANTONIO VIEIRA GOMES, 319	TAUA	CE

DADOS DO ATENDIMENTO

Atendimento	Hora	Convênio	Matrícula	CID
17/2018	16:37	SUS		
Sinal do Atendimento	Nº Conselho	Tipo Atendimento		
Idade do Acidente	Funcionário			
	MAURICIO RODRIGUES GONÇALVES			
Data/Hora Liberação		Tipo de Saída		
/ / às hs.		() Alta () Internação () Óbito		
s Vitais				
Peso (kg)	Altura (cm)	T (°C)	P (bpm)	R (mpm)
				PA (mmHg)
				Oximetria (%):
				Glicemia (mg/dL)

vo do Atendimento e Sumário de Atendimento (Histórico, Diagnóstico, Exames Solicitados e Conduta)

Dr. Antonio Wilson Pedrosa
Especialista em Clínica Médica
CRM 3085

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA

28 SET. 2018

Carimbo e Assinatura do Médico

Assinatura Paciente/Responsável
Responsável: MARIA LUCIAMAR VITAL

Receituário

Mario Deszelina

Nome: Mario Deszelina Vital & Sampaio

Luís M. L.

Pt vitino de Atropelamento no

do 02/07/18. TCE Moderado com
Hematomas Subgaleal de base parietal posterior
Esquerda, Medida 63 x 7 mm. +

fraturas prévias em Pênis e inguio
à direita. Realizado Tratamento Conservador.

Pt rapar por dificuldade pl
deambular, com marcha claudicante. +

diminuição de força em MMII com
limitação funcional em grau intenso.

Ponto auditivo esquerdo de grau leve no.
Moderado no ouvido (D) e Ponto Médio de
grau Moderado o mesmo no ouvido (E) + Otolite
intenso + tontura Aguda transiente.

Alto Médico 17/09/18

Data: 17/09/18

Médico CRM

Sua saúde em primeiro lugar.

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

28 SET. 2018

Assinatura

TERRADIC

EXAME: TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE CRANIO

NOME: MARIA DEUSELINA VITAL DE SOUSA

DATA DO LAUDO: 02-07-2018

MÉDICO SOLICITANTE: DR GUSTAVO

LAUDO

Realizados cortes volumétricos em tomógrafo multislice de 4 canais, sem a administração endovenosa do produto de contraste iodado.

Parênquima cerebral homogêneo com valores de atenuação normais e boa diferenciação entre substância branca e cinzenta.

Dilatação não hipertensiva dos ventrículos laterais e terceiro.

Acentuação dos sulcos corticais, fissuras silvianas e cisternas basais.

Elementos da fossa posterior sem alterações.

CONCLUSÃO:

Redução volumétrica cortical cerebral própria da idade.

OBS.: Hematoma subgaleal denso parietal posterior esquerdo, medindo 63 x 7 mm.

EDILSON COSTA DE FRANCO
RADIOLÓGIA E DIAGNÓSTICO POR IMAGEM
CRM 9328

PIA CORRETORA DE SEG. LTD.

28 SET. 2018.



EXAME: RAIO X
NOME: MARIA DEUZELINA VITAL DE SOUSA
DATA DO LAUDO: 12-09-2018
MÉDICO SOLICITANTE: SOL.PROPRIA

LAUDO

BACIA

Fraturas prévias em consolidações no púbis e ísquio à direita
Demais estruturas ósseas íntegras
Textura óssea normal
Espaços articulares preservados
Partes moles peri-articulares sem alteração

ED WILSON CUSTODIO FRANCIELINO
RADIOLOGIA E DIAGNÓSTICO POR IMAGEM
CRM 9325

DIÁ CORRETORA DE SEG. LTD.

28 SET. 2018



Clínica de Imagem Dr. João da Luz

CLÍNICA E PRONTO SOCORRO DR. ALBERTO FEITOSA LIMA

CGF: 06.828.998-7 CNPJ: 05.468.210/0001-22

SERVIÇO DE AUDIOLOGIA

Nome: Maria Deuselins Vital de Sousa

Idade: 75

Ocupação: Aposentada

Data: 15/09/18

AUDIOGRAMA



Masc(hz)	250	500	1k	2k	3k	4k	6k	8k
V.A.								
V.O.								

Masc(hz)	250	500	1k	2k	3k	4k	6k	8k
V.A.								
V.O.								

IPRF

O.D. 75 dB

Mono: —

Diss: 92%

Masc —

IPRF

O.E. 300 dB

Mono: —

Diss: 88%

Masc —

LRF 45 dB

Masc —

LRF 75 dB

Masc —

CONCLUSÃO: P perda auditiva sensorial neural de grau leve a moderado no ouvido direito e perda mista de grau moderado a severo no ouvido esquerdo.

28 SET. 2018

Ass:

Fonoaudióloga

M^{te} Fabíola Batalha
Fonoaudióloga
CRF 6259 - CE

28 SET. 2018

DETRAN

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - CE Nº 013571000195
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

MA PPT 01 00706460413 00000000000 2017
COD. RENAVAM ENTR. EXERCÍCIO

EMERSON MARCOS PEDROZA BENEVIDES
TAAU / CE

CPF / CNPJ 93115067372
PLACA ANT / UF HWF 5498 / CE

CHASSI 9BWZZ377WP588881
COMBUSTÍVEL GASOLINA

ESPÉCIE TIPO FAS/AUTOMÓVEL/NAO APLIC.

FAIXA I PVA. 5P/55CV/1000CC
COTA ÚNICA VW/GOL SPECIAL

PARCELAMENTO / COTAS 1º ISENTO
CATEGORIA PARTIC

PREMIO TARIFARIO (R\$) 10F (R\$) 0,00
PREMIO TOTAL (R\$) 0,00

DATA DE PAGAMENTO 15/09/2017

LOCAL TAAU

DATA 15/09/2017

ASSINATURA DO DETRAN-CE

ASSINATURA DO DETRAN-CE

ASSINATURA DO DETRAN-CE

ASSINATURA DO DETRAN-CE

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

CE Nº 013571000195 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO	DATA EMISSÃO
2017	3/09/2017

VIA	OPF / CNPJ	PLACA
01	93115067372	HMF5498

RENKAM	MARCA / MODELO	Nº CHASSI
00706460413	VW/GOL	SPECIAL
ANO FAB	CULTELE	
1998	01	9BWZZZ377WP588881

PRÊMIO TARIFÁRIO

FMS (R\$)	DEBUTAM (R\$)	CUSTO DO SEGURO (R\$)
28,66	3,18	31,85

CUSTO DO BILHETE (R\$)	IQF (R\$)	TOMADA DE SEGURO (R\$)
4,15	0,26	48,1

PAGAMENTO	PARCELADO	DATA DE QUITAÇÃO
<input checked="" type="checkbox"/> COTA ÚNICA	<input type="checkbox"/>	11/09/2017

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CHPJ 09.548.008/0001-04

01663

INSICOR: AF2330857



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 558 - 2280 / 2018

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTES - OUTROS**
Data / Hora da Comunicação: **04/09/2018 14:26:01**
Data / Hora da Ocorrência: **02/07/2018 09:16:00**
Endereço da Ocorrência: **RUA JUVINIANO BARRETO**
Complemento: **ZONA URBANA**
Bairro: **CENTRO** Município: **TAUÁ/CE**
Ponto de Referência: **DR. CORDEIRO**

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **MARIA DEUSELINA VITAL DE SOUSA**
Nascimento: **20/07/1943** CPF: **812.766.053-15**
RG: **20161436336** Órgão Emissor: **SSPD** UF:
Filiação: **MARIA AVELINA MOTA**
ANTONIO JOSE VITAL
Endereço: **SÍTIO SEBASTIÃO LEWITÃO**
Bairro: **CIDADE NOVA**
Município: **TAUÁ/CE** CEP:
País: **BRASIL** Telefone:
→

Noticiante(s)

Nome: **MARIA LUCIMAR VITAL**
Nascimento: **07/08/1970** CPF: **004.318.893-17**
RG: **95014004263** Órgão Emissor: **SSP** UF:
Filiação: **MARIA DEUSELINA VITAL**
NC
Endereço: **RUA FRANCISCO PEREIRA FILHO, 68**
Bairro: **CIDADE NOVA** CEP:
Município: **TAUÁ/CE**
País: **BRASIL** Telefone: **(88) 9763-9852**

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **HWF5498** Uf: **CE** Município: **TAUÁ** Chassi:
98WZZZ377WP588881 Renavam: **706460413** Tipo do Veículo:
AUTOMÓVEL Marca / Modelo: **VW/GOL SPECIAL** Ano Fabricação: **1998**
Ano Modelo: **1999** Combustível: **GASOLINA** Cor: **VERMELHA**
Proprietário: **EMERSON MARCOS PEDROZA BENEVIDES** Situação:
NÃO INFORMADO Envolvimento: **ENVOLVIDO**

Histórico

Informa a noticiante que no dia, hora e local acima citados, quando sua genitora MARIA DEUSELINA VITAL DE SOUSA, foi vítima de atropelamento por um veículo acima caracterizada, tendo o condutor Marcos Antonio Pedrosa Benevides, sofrendo a vítima TC de crânio + trauma em quadris. Acrescenta que a mesma foi socorrida por uma equipe do Pro-Cidadania para o Hospital desta cidade e tendo como testemunha o condutor do veículo acima descrito, não teve ajuda do SAMU, CORPO DE BOMBEIROS. E nada mais disse. As informações ora prestadas são de inteira responsabilidade do noticiante. Obs.: o(a) noticiante ficou ciente das penalidades do artigo 299, do C.P.B.



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA REGIONAL DE TAUA



BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 558 - 2280 / 2018

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE TAUA

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

JOSÉ MONTEIRO ARRAIS JUNIOR - MAT.: 198230-1-6

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

X maria lucimar cital

VISTO DO DELEGADO(A) :

ADRIANO DE QUEIROZ ANDRADE - MAT.: 30116011

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

28 SET. 2018

555

Guia de atendimento - PRONTO SOCORRO

DADOS DO PACIENTE

Prontuário 054933
Atendimento 0004
Nome do Paciente MARIA DEUSELINA VITAL

CNS 898002778442911

Guia de Autorização

Documento(s) Identidade 286203994

Estado Civil Solteiro(a)

Sexo Masculino

Data de Nascimento 20/07/1943

Local TAUÁ/CE

Idade 74 Ano(s)

Pai ANTONIO JOSE VITAL

Mãe MARIA AVELIA MOTA

Endereço RUA ANTONIO VIEIRA GOMES, 319

Bairro JOSÉ ÓSIMO

CEP 63660-000

Município TAUÁ

UF CE Telefone 88 99227245

Profissão AGRICULTORA

Empresa

Cônjuge

Responsável LUIZ CORREIA DE OLIVEIRA

CPF do Responsável

Endereço RUA ANTONIO VIEIRA GOMES, 319

Município TAUÁ

UF CE

DADOS DO ATENDIMENTO

Data Atendimento 02/07/2018
Hora 09:16
Convênio SUS

Matrícula

CID

Profissional do Atendimento GUSTAVO AUGUSTO LIMA TRINETO

CRM/UF 8306/CE

Tipo Atendimento

Indicador de Acidente

Funcionário

RAFAEL SILVA VALE

Observação

Sala

Data/Hora Liberação

às 14:20 hs

Tipo de Saída

☒ Alta

☐ Internação

☐ Óbito

Sinais Vitais

Peso (kg)

Altura (cm)

T (°C)

P (bpm)

R (mpm)

PA (mmHg)

Oximetria (%)

Glicemia (mg/dL)

Motivo do Atendimento e Sumário de Atendimento (Histórico, Diagnóstico, Exames Solicitados e Conduta)

→ 1. Anorexia
2. Anemia
3. Anemia (anemia)

ph: 140 x 80 mmHg
Dx: 102 mg/dL
sat 96% sem O2
72 bpm

1. Anorexia + 140 x 80 mmHg
2. Anemia + 102 mg/dL
3. Anemia (anemia)
4. Sat 96% sem O2
5. Obs
6. TC crânio

Alta
GUSTAVO AUGUSTO LIMA TRINETO - CRM 8306

ATORA DE SEG. U

28 SET. 2018

Assinatura Paciente/Responsável
Responsável: LUIZ CORREIA DE OLIVEIRA

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

832766053-15

Nome completo da vítima

MARIA DEUSELINA VITAL DE SOUZA

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo MARIA DEUSELINA VITAL DE SOUZA		CPF titular da conta 832766053-15	Profissão APRESENTADA
Endereço RUA SEBASTIÃO LEITÃO		Número 320	Complemento CASA
Bairro Cidade NOVA	Cidade TAVÁ	Estado CE	CEP 63660-000
Email			Telefone (DDD)

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

☐ RECUSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☒ ATÉ R\$ 1.000,00 ☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00 ☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00 ☐ 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. 0789 D/V 7 CONTA NRO. 3003836 D/V 7
(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.

DIÁ CORRETORA DE SEC

Tavá - CE, 12 de Setembro de 2018

Local e Data

28 SET. 2018

Maria Deuseлина Vital de Souza

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

Rio de Janeiro, 11 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: **MARIA DEUSELINA VITAL DE SOUSA**

Sinistro: **3180454047**

Vítima: **MARIA DEUSELINA VITAL DE SOUSA**

Data do Acidente: **02/07/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **GLAUCO FASSHEBER URBANO MELO**

Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3180454047** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

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