



Seguradora Líder • DPVAT



Rio de Janeiro, 01 de Outubro de 2015

Carta nº: 7917112

A/C: NAIARA QUEIROZ

Sinistro: 3150862016
Vitima: NAIARA QUEIROZ
Data Acidente: 26/08/2015
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

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

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

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

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

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

ATENÇÃO:

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

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à MBM SEGURADORA S/A de origem onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 13 de Outubro de 2015

Carta nº: 7981283

A/C: NAIARA QUEIROZ

Sinistro: 3150862016
Vítima: NAIARA QUEIROZ
Data Acidente: 26/08/2015
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

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

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

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

ATENÇÃO:

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





Comprovante de Inscrição e de Situação Cadastral

Contribuinte,

Confira os dados de Identificação da Pessoa Jurídica e, se houver qualquer divergência, providencie junto à RFB a sua atualização cadastral.

 REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL CADASTRO NACIONAL DA PESSOA JURÍDICA			
NÚMERO DE INSCRIÇÃO 15.513.956/0001-04 MATRIZ		COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO E DE SITUAÇÃO CADASTRAL	
		DATA DE ABERTURA 10/05/2012	
NOME EMPRESARIAL MARIA LOPES RODRIGUES MARTINS- ME			
TÍTULO DO ESTABELECIMENTO (NOME DE FANTASIA) M. LOPES SERVICOS PESSOAIS			
CÓDIGO E DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE ECONÔMICA PRINCIPAL 96.09-2-99 - Outras atividades de serviços pessoais não especificadas anteriormente			
CÓDIGO E DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES ECONÔMICAS SECUNDÁRIAS Não informado			
CÓDIGO E DESCRIÇÃO DA NATUREZA JURÍDICA 213-5 - EMPRESARIO (INDIVIDUAL)			
LOGRADOURO AV SAO VICENTE DE PAULA		NÚMERO 242	COMPLEMENTO TERREO
CEP 63.870-000	BARRIO/DISTRITO CENTRO	MUNICÍPIO BOA VIAGEM	UF CE
SITUAÇÃO CADASTRAL ATIVA		DATA DA SITUAÇÃO CADASTRAL 10/05/2012	
MOTIVO DE SITUAÇÃO CADASTRAL			
SITUAÇÃO ESPECIAL EXERCÍCIO		DATA DA SITUAÇÃO ESPECIAL 04/05/2012	

Aprovado pela Instrução Normativa RFB nº 1.183, de 19 de agosto de 2011.

Emitido no dia 19/07/2012 às 14:07:52 (data e hora de Brasília).

Página: 1/1

[Voltar](#)

 Preparar Página
para impressão

A RFB agradece a sua visita. Para informações sobre política de privacidade e uso, [clique aqui](#).
[Atualize sua página](#)



Seguradora Líder - DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO



Nº DO SINISTRO _____

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

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

EU, **NAIARA QUEIROZ**, PORTADOR (A) DO RG Nº. **2007684163-9**, EXPEDIDO POR SSPDS/CE EM 21/09/2010 E INSCRITO (A) NO CPF Nº. **065.712.233-50**, PROFISSÃO AGRICULTORA E RENDA MENSAL DE R\$ 788,00, NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO (A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA **NAIARA QUEIROZ**, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

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

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

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

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

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

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

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

Nº do BANCO 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0752 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 27432-2 OP: 013

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

Quixadá – CE, 01 de Setembro de 2015

LOCAL E DATA

Naiara Queiroz

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

⚠ ATENÇÃO

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

**Comprovante de transferência entre contas da CAIXA - TEV**

Via Internet Banking CAIXA

Emitente: MARIA LOPES RODRIGUES MARTINS**Conta origem:** 4370 / 003 / 00000144-7**Conta destino:** 0752 / 013 / 00027432-2**Nome destinatário:** NAIARA QUEIROZ**Valor:** R\$ 5,00**Data de débito:** 09/09/2015**Data/hora da operação:** 09/09/2015 13:39:12**Código da operação:** 00217050**Chave de segurança:** TZLES8J31P7XAU5K

... não coincidir com dia não útil e/ou com o último dia útil do ano, a
... primeiro dia útil subsequente."

... CONTA DE DESTINO SERA EFETUADO APOS O

... pelo cliente.

"Quando a data de
transferência será feita ...

DEBITO REALIZADO COM SUCESSO.O DE-
PROCESSAMENTO DA TRANSACAO

Operação realizada com sucesso conforme as informações for...

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104



DECLARAÇÃO

Devido à exigência da Seguradora Líder-DPVAT, de que o (a) beneficiário (a) do seguro DPVAT que possui conta bancária na CEF apresente documento do banco, declarando que a conta não possui quaisquer impedimentos para fins de depósito de indenização de DPVAT, o (a) abaixo assinado declara:

A CEF nega-se através de suas agências, a emitir tal documento. Por isso, o (a) declarante declara por si, sob sua responsabilidade, para efeitos de crédito referente à indenização do seguro DPVAT, que a conta apresentada à Seguradora Líder-DPVAT, em seu nome, não possui impedimento algum para a realização de tal depósito.

Local e data: Abicuriungo - CE, 17/08/2015

Maiana Queiroz

Nome: Maiana Queiroz

CPF: 065.747.233-60

Agência: 0752 Operação: 013

Conta da CEF nº: 27432-2





GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA REGIONAL DE QUIXADA



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 534 - 4562 / 2015

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **01/09/2015 10:33:00**
Data / Hora da Ocorrência : **26/08/2015 19:30:00**
Endereço da Ocorrência: **LGO APÓS A LOC. VARZEA DA ONÇA**

QUIXADA /CE

Ponto de Referência: **ENTRE QUIXADÁ E IBICUITINGA**

GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEG. PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
DEPARTAMENTO DE POLÍCIA DO INTERIOR
12ª DPPO-DELEGACIA
REGIONAL DE QUIXADA - CE
FONE/FAX: (085) 3445.1047

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **NAIARA QUEIROZ**
Nascimento : **03/04/1994**
RG: **2007684163-9** Órgão Emissor: **SSPDS** UF: **-** CPF:
Filiação: **NC**

ELIZABETE QUEIROZ

Endereço: **LGO CANINDEZINHO**

SEDE

IBICUITINGA CE BRASIL

Telefone:

Histórico

SOB AS PENALIDADES DOS ARTIGOS 340 E 342 DO CÓDIGO PENAL BRASILEIRO, O(A) NOTICIANTE REGISTRA QUE: no dia e hora e local acima citados, pilotava o motociclo HONDA/CG 125 FAN KS, COR PRETA, PLACA NUP 4673, CHASSI 9C2C4110AR658151, registrado em nome da noticiante, tendo como garupa a menor NATALIA APARECIDA FERREIRA de 14 anos de idade, quando a moto veio a derrapar na areia e a mesma perdeu o controle vindo a cair; Que, ambas foram socorridas por populares para o Hospital M. Eudálio Barroso, nesta turfe; Que, tem como testemunhas do ocorrido as pessoas de CELIO SILVA DAMASCENO e ADRIELE SOARES SILVA. E, nada mais disse.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE QUIXADA

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO : João José de Souza Mendes

JOAO JOSE DE SOUZA MENDES - MAT.: 300047-1-X

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO : Naiara Queiroz

VISTO DO DELEGADO(A) : _____

ANNA CLAUDIA NERY DA SILVA - MAT.: 300121-1-X

SEGURADORA

01 OUT 2015

DPVAT/CE



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, **NAIARA QUEIROZ**, Portador (a) da carteira de Identidade nº 2007684163-9 expedido por SSPDS/CE e inscrito no CPF/MF sob o nº **065.712.233-50**, residente e domiciliado no **DT CANINDEZINHO**, na cidade de **IBICUITINGA**, estado do **Ceará**, 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:

- (x) Não há estabelecimento do IML no município da minha residência;
- () O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- () O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

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

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

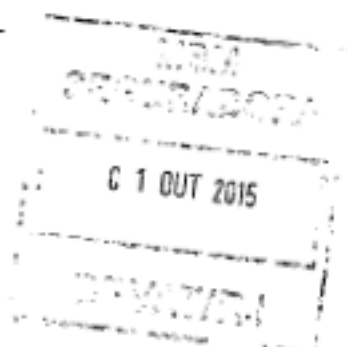
Naiara Queiroz

Assinatura do declarante

Conforme documento de identificação

Quixadá – CE, 01 de Setembro 2015.

Local e data





Secretaria Municipal da Saúde
BOLETIM DE ATENDIMENTO DE PACIENTE EXTERNO

210.540

Dr. Decidido
vis

UNIDADE: H. M. B. P. Hora de Chegada: _____

DATA: 26.08.15

P.A. _____

() 1º Atendimento

() Previdenciário

() Outros

Temperatura: _____

1 - Identificação:

Nome: Vairan Queiroz

Estado Civil: Solteiro Sexo: () Masculino () Feminino Data de Nascimento: _____

Naturalidade: Quixadá Idade: 21

Procedência: Quixadá Profissão: _____

Categoria: S. J. S. Nº Cartão SUS - CNS: 898 0042 8080786

Residência: Iguatema

2 - Queixa Principal:

3 - História Atual:

4 - Exames Solicitados:

5 - Hipótese diagnóstica:

H. M. Dr. EUDASIO BARROSO

Jonatas Brito de Alencar Filho
CRM 43894/2015
Médico

DATA	PROCEDIMENTO	RÚBRICA
27.08.15	Exame físico	H. M. Dr. EUDASIO BARROSO
	Rx = Fratura de úmero D.	
	ed = Imobilização com gesso m. S. D.	



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, NAIARA QUEIROZ

RG nº 2007684163-9 Data da expedição 21/09/2010 Órgão SSPDS/CE

CPF nº. 065.712.233-50 Venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	DT CANINDEZINHO
Número	512
Apto / Complemento	—
Bairro	IBICUITINGA
Cidade	IBICUITINGA
Estado	CEARÁ
CEP	62.955-000
Telefone de Contato	(88) 3427-2621
E-mail	mlopessegurosboaviagem@hotmail.com

Por ser verdade, firmo-me.

Quixadá – CE, 01 de Setembro 2015

Local e Data

Naiara Queiroz

Assinatura do Declarante



DO CLIENTE
6163429-8

Rua Paulo Vitorino, 190
CEP: 01141-000, Fone: 011 3071-1000
CNPJ: 07.047.251/0001-00
A Tarifa Social de Energia Elétrica foi criada
pela Lei nº 10.438, de 24 de abril de 2002

005-00

COMPANHIA DE ENERGIA ELÉTRICA DO PARANÁ - COPEL

Data: 27 25132 78 094000 - 0 Data de Emissão: 08/07/2015
Nome: FABIANA FERREIRA SOARES
Endereço: OT CANINDEZINHO 00000
IBICUITINGA - IBICUITINGA - 82955000
Medidor: 3217327 Poste: 0000 0000
Classe: 01-RESIDENCIAL MONOFASICO BAIXA RENDADOR de Potência
RG / CPF / CNPJ: 220168768-40 CGF
Nome do Responsável:

Atividade	Data de Início	Data de Término	Previsão de Término
Atividade	04/08/2015	08/08/2015	08/08/2015

Base da Cálculo (R\$)	Alíquota	Valor do Imposto
ISDITO		

Atividade	Data de Início	Data de Término	Previsão de Término
Atividade	04/08/2015	08/08/2015	08/08/2015

VALOR CONSUMO DO MÊS 13,00
MULTA MORATORIA REF 04/2015 0,11
ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL 6,71
PIS-COFINS COMPLEMENTAR-TARIFA BAIXA RENDA 0,90

ENCARGAMENTO 14/08/2015 **PAGAR (R\$)** 20,72

Atividade	Data de Início	Data de Término	Previsão de Término
Atividade	04/08/2015	08/08/2015	08/08/2015

Atividade	Data de Início	Data de Término	Previsão de Término
Atividade	04/08/2015	08/08/2015	08/08/2015

informações

CONTAS EM ATRASO

Previsão de Aviso
NOTIFICAÇÃO DE SUSPENSÃO DO FORNECIMENTO DE ENERGIA ELÉTRICA
Prezado Cliente, constata-se em nossos controles contábil em atraso.
Devido o atrasamento do Dútilo, O não pagamento da dívida implica
na possibilidade de suspensão do fornecimento de energia em 15 dias
após a emissão desta, conforme previsto na RES. ANEEL 414/10, Art. 172
c/c 173, bem como o envio das informações aos ÓRGÃOS DE PROTEÇÃO
AO CREDITO E CAPTIVIO DE PROTESTO. Caso já tenha efetuado o pagamento,
fazer favor desconsiderar o aviso.

BAIXA POSSÍVEL COLHER LEITURA POR: LEITURA BIOMÉTRICA COM ART 86 RES 414-10

Bandeira Tarifária: VERMELHA

Consta desta fatura R\$ 1,00 referente a PIS e COFINS.

Em 2015 entrou em vigor o sistema de bandeiras tarifárias. A bandeira verde não implica cobrança adicional. As bandeiras amarela e vermelha, quando acionadas, implicam tarifas de maior valor, devido ao maior custo de geração. Não informar em...

Jul. P/Contato:
(88) 3427-2621

DO CLIENTE 6163429-8 Referência: Jul/2015
Data de Emissão: 08/07/2015 Total a Pagar (R\$): 20,72
Nº da Nota Fiscal: 393102841 Nº de Controle: 0006163429 00013 39132 64



Caro Cliente, constam quitadas as faturas de consumo de energia elétrica desta unidade consumidora vencidas até 31/12/2014, conforme a Lei N. 12.007/2009. Esta declaração substitui quitadas anteriores.



DECLARAÇÃO

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

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

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

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

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

Pelo exposto, eu MARIA LOPES RODRIGUES MARTINS – ME, CNPJ Nº 15.513.956/0001-64, representada por sua Titular - MARIA LOPES RODRIGUES MARTINS, portador (a) do RG nº 2007730844-6, expedido por SSPDS/CE, em 27/10/2010, CPF nº 799.359.663.72 na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário(a) Naiana Queiroz do sinistro de DPVAT da natureza Invalidez da vítima Naiana Queiroz, e conforme determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas: Profissão e Renda Mensal: Vou optar pela opção de me recusar a fornecer.

Documentos comprobatórios: CNPJ, RG, CPF E COMPROVANTE DE RESIDENCIA. (recusou-se)

ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO(A)



Secretaria Municipal da Saúde
BOLETIM DE ATENDIMENTO DE PACIENTE EXTERNO



210-540

UNIDADE: H. M. B. P. Hora de Chegada: _____ DATA: 26.08.15
P.A. _____
☐ 1º Atendimento ☐ Previdenciário ☐ Outros Temperatura: _____

1 - Identificação:
Nome: Maiana Queiroz
Estado Civil: Solteira Sexo: ☐ Masculino ☐ Feminino Data de Nascimento: ____/____/____
Naturalidade: Quixadá Idade: 21
Procedência: Quixadá Profissão: _____
Categoria: S. U. S. Nº Cartão SUS - CNS: 898 0042 80807386
Residência: Henrique

2 - Queixa Principal: _____

3 - História Atual: Doi que caiu e
caiu - tomou um

4 - Exames Solicitados: _____

5 - Hipótese diagnóstica: Rx unid

H. M. Dr. EUDASIO BARROSO
Jonatas Brito de Alencar Filho
CRM 40598

DATA	PROCEDIMENTO	RÚBRICA
<u>27.08.15</u>	<u>Rx = Fratura do úmero D.</u> <u>ed = probabilidade de fratura m S. D</u> <u>por 45 d</u>	<u>H. M. Dr. EUDASIO BARROSO</u> <u>Jonatas Brito de Alencar Filho</u> <u>CRM 40598</u>

04 OUT 2015

SUS - Sistema Único de Saúde

PREFEITURA MUNICIPAL DE IBICUITINGA

Secretaria Municipal de Saúde

FICHA DE REFERÊNCIA

1. Preencher Esta Ficha Em 3 Vias
2. Ao Terminar a consulta ou tratamento entregar 2 vias ao usuário, orientando-o para retornar com a 1ª Via à unidade de Origem.

Unidade de Origem: _____

Distrito Sanitário: _____ Município: _____

Nome: Naiana Queiroz Prontuário Nº: _____

Sexo: M ☐ F ☒ Data de Nascimento: 03/04/1994 Ocupação: _____

End.: _____ Bairro: _____ Fone: _____

Motivo do Encaminhamento: paciente sofreu queda de moto com
problemas na cabeça em UMSO. Necessita
avaliação e conduta especializada

Resultado de Exames: _____

Conduta Realizada: _____

Impressão Diagnóstica: _____

Assinatura do Encaminhante - Nº Registro: Francineiry Amorim de Silv.
MÉDICA
CREMEO: 5597 Função: Médica Data: 26/08/15 Hora: _____

AGENDAMENTO

Encaminhamento para atendimento: Ambulatorial ☐ Hospitalar ☒ Auxílio Diagnóstico ☐

Procedimento: _____ Profissional: Neurologista

Unidade Referência: _____ Data: 1/1 Hora: _____

FICHA DE CONTRA REFERÊNCIA (*)

Unidade de Referência: _____

Município: _____ Prontuário Nº: _____ Alta: 1/1

Resumo Clínico/cirúrgico: _____

Resultado de Exames: _____

Diagnósticos: Principal _____ Cid.: _____

Secundário 1 _____ Cid.: _____

Secundário 2 _____ Cid.: _____

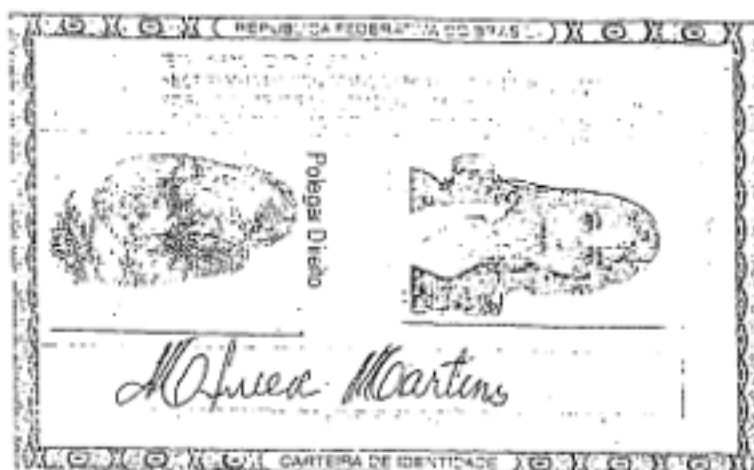
Proposta de conduta para segmento: _____

O Problema justificou a referência? _____ O Motivo da referência coincide com o diagnóstico? _____

Sim ☐ Não ☐ Sim ☐ Não ☐

Assinatura do Consultante - Nº Registro: _____ Função: _____ Data: 1/1

(*) Utilizar também como resumo de alta



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
REGISTRO CIVIL	2007730844 - 6
DATA DE EXPIRAÇÃO	27/10/2010
NOME MARIA LOPES RODRIGUES MARTINS	
FILIAÇÃO JOSÉ MENDES RODRIGUES	
RITA MENDES LOPES	
NATURALIDADE	DATA DE NASCIMENTO
MONSENHOR TABOSA - CE	16/12/1976
DOC. ORIGINAR CERT. CASAMENTO - CARTÓRIO:1 OFÍCIO TERMO:4.669 FOLHA:10V	
LIVRO:0-10 DOA VIAGEM - CE	
CPF 799.359.663-72	
1 VIA	ASSINATURA DO DETENTOR
LEI Nº 7.116 DE 20/08/83	

6 1 OUT 2010



AVISO DE SINISTRO DPVAT

Tipo de Sinistro - Morte () Invalidez ☒ DAMS () - Seguradora : MBM - 6084

Valor da Indenização - RS: _____

Vítima : Moisés Severo Nascimento / /

CPF: /

Reclamante - Vítima () Beneficiário () Procurador ()

Beneficiário: _____ CPF/CGC: /

Endereço:

Bairro:

Cidade:

Estado:

CEP:

TEL: ()

Procurador: _____ CPF/CGC: /

Endereço:

Bairro:

Cidade:

Estado:

CEP:

TEL: ()

Dados da Ocorrência

Data do Sinistro /Fato: / /

Data do Boletim /Registro: / /

Estado da ocorrência:

Veic. Identificado

Placa

Tipo de Veículo

() sim () não

Vítima:

1 - Transportado ()

2 - Não transportado ()

3 - Motorista ☒

Complemento do Processo () Envio de Processo Novo ()

Número do Processo:

CE, 17109/2015

Local / Data

Assinatura





Seguradora Líder - DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS

ID

IDENTIFICAÇÃO

VITIMA Maíra OliveiraDATA DO ACIDENTE 26/02/2015 CPF DA VITIMA 065.342.233-50

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR vitima () REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARENTESCO COM A VITIMA ÉENDEREÇO DO PORTADOR De CamandóNº 511 COMPLEMENTO Barro BrasíliaCIDADE Brasília UF DF CEP 62935-000

E-MAIL

TELEFONE ()

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

☒ REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTÊNTICA E LEGÍVEL)☒ CARTILHA DE IDENTIDADE DA VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTILHA DE TRABALHO OU CARTILHA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)☒ CPF DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)☒ LAUDO DO IML (CÓPIA AUTÊNTICA E LEGÍVEL)☒ NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VITIMA E RELEMBRO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL) QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA☒ BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)☒ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)☒ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE COMPROVEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

☒ CARTILHA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTILHA DE TRABALHO OU CARTILHA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)☒ CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)☒ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)☒ OBR: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VITIMA MENOR DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

☒ REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTÊNTICA E LEGÍVEL)☒ CARTILHA DE IDENTIDADE DA VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTILHA DE TRABALHO OU CARTILHA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)☒ CPF DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)☒ RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SÓRTEJAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)☒ COMPROVANTES (ORIGINALS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES, QUIRÚRGICAS☒ NOTAS FISCAIS (ORIGINALS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA, ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)☒ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)☒ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE COMPROVEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

☒ CARTILHA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTILHA DE TRABALHO OU CARTILHA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)☒ CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)☒ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)☒ OBR: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VITIMA MENOR DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

VALORES DE INDENIZAÇÃO

• INVALIDEZ PERMANENTE - ATE R\$ 15.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRADUAÇÃO DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVIDENTE NA LEI 6.194/74.

• DESPESAS MÉDICAS (DAMS) - REEMBOLSO ATE R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.

• O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA.

• COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FOMULÁRIO.

• PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSAR WWW.DPVATSEGURODPVATTRANSISTO.COM.BR OU LIGAR GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204.

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 17/03/15

IDENTIDADE:

ASSINATURA

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA

NOME

ASSINATURA



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTERIO DAS CIDADES

011960102006

01 214843332 000000000000 2015

May-2019

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3150862016

Cidade: Quixadá

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: NAIARA QUEIROZ

Data do acidente: 26/08/2015

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 12/11/2015

Valoração do IML: 0

Diagnóstico: TRAUMA NO MEMBRO SUPERIOR DIREITO

Resultados terapêuticos: LIMITAÇÃO

Sequelas permanentes: COMPROMETIMENTO DA FUNÇÃO

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: MEMBRO SUPERIOR 25%

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 funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

PRESTADOR

AMORIM E MATTOS SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS LT

Nome do médico: JOSE ARTUR FIALHO AMORIM

CRM do médico: 52.31474-2

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3150862016

Cidade: Quixadá

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: NAIARA QUEIROZ

Data do acidente: 26/08/2015

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DO ÚMERO DIREITO.

Descrição do exame médico pericial: VÍTIMA APRESENTA ANGULAÇÃO DO ÚMERO DIREITO, LIMITAÇÃO DE MOVIMENTOS E DÉFICIT DE FORÇA DO COTOVELO, PUNHO E MÃO DIREITOS.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR COM GESSO. EVOLUIU COM COMPLICAÇÃO POR LESÃO DO NERVO RADIAL. FEZ FISIOTERAPIA, EVOLUÇÃO SATISFATÓRIA, COM ALTA DEFINITIVA E COM SEQUELAS PERMANENTES;

Sequelae permanentes: Limitação funcional do membro superior direito

Sequelae: Com sequela

Data da perícia: 16/11/2015

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Casemiro Dutra de Medeiros Junior

CRM do médico: 6818

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 funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
Total			35 %	R\$ 4.725,00

PRESTADOR

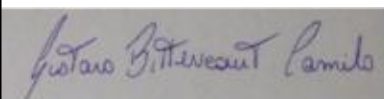
ACE Gestão de Saúde Ltda.

Médico revisor: GUSTAVO B CAMILO

CRM do médico: 52.94275-8

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 26/11/2015

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 4.725,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: NAIARA QUEIROZ

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00752

CONTA: 000000027432-2

Nr. da Autenticação EFC02B7B1DEA806E

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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Nome do(a) Examinado(a): **NAIARA QUEIROZ** Sinistro: **3150862016** Data: **26/08/2015**

Endereço do(a) Examinado(a): **DT CANINDEZINHO, SN - IBICUITINGA - Ibicuitinga - CE - CEP 62955-000**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSPDS /CE**] **2007684163-9**

Data local do exame: [**16/11/2015**] **Boa Viagem** [**CE**]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)
FRATURA DIAFISÁRIA DO ÚMERO DIREITO. VÍTIMA APRESENTA ANGULAÇÃO DO ÚMERO DIREITO, LIMITAÇÃO DE MOVIMENTOS E DÉFICIT DE FORÇA DO COTOVELO, PUNHO E MÃO DIREITOS.

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

Caso a resposta seja "Não", favor NÃO preencher os demais campos abaixo, exceto o das observações (item V*), se necessário

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

Caso a resposta seja "Não", prosseguir SOMENTE se houver alguma correlação entre a queixa e o histórico do acidente, justificando-a nas observações (item V*)

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações.
TRATAMENTO CONSERVADOR COM GESSO. EVOLUIU COM COMPLICAÇÃO POR LESÃO DO NERVO RADIAL. FEZ FISIOTERAPIA, EVOLUÇÃO SATISFATÓRIA, COM ALTA DEFINITIVA E COM SEQUELAS PERMANENTES;

III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)? [**X**] Sim [] Não

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

Limitação funcional do membro superior direito

Caso a resposta seja "Não", concluir dentre as opções no item IV "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item IV opções "b" ou "c"

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

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

() "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em ____ dias

() "Exame não permite conclusão"

Vide motivo do impedimento no campo das observações

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

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

Região Corporal (Sequela):
Membro superior direito

% do dano: () 10% residual () 25% leve
(**X**) 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

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

() Total = "100% da IS"

V. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.


Casemiro Dutra de M. Junior
CREMEC 6818 CPF 120.679.68-27
MÉDICO

Casemiro Dutra de Medeiros Junior - CRM: 6818 - CE