

Rio de Janeiro, 10 de Outubro de 2016

Carta nº: 9849729

A/C: REGINA SHERLE DA SILVA FERREIRA

Sinistro: 3160601850 ASL-1087287/16
Vítima: REGINA SHERLE DA SILVA FERREIRA
Data Acidente: 26/05/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: DAMIAO GOMES DA SILVA

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



Rio de Janeiro, 08 de Fevereiro de 2017

Carta nº 10486382

A/C: REGINA SHERLE DA SILVA FERREIRA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3160601850 ASL-1087287/16
Vitima: REGINA SHERLE DA SILVA FERREIRA
Data Acidente: 26/05/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: DAMIAO GOMES DA SILVA

Ref.: REPROGRAMAÇÃO DE PAGAMENTO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros rejeição da instituição bancária, devido aos dados bancários informados serem inconsistentes. Assim sendo, solicitamos esclarecimentos para regularização do impedimento, sendo necessário apresentação de novo formulário de Autorização de Pagamento preenchido e assinado e comprovante bancário atualizado.

Solicitamos que os documentos e/ou esclarecimentos sejam apresentados à **MBM SEGURADORA S/A** onde o aviso de sinistro foi registrado.

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

Atenciosamente.

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 03 de Março de 2017

Carta nº: 10604392

A/C: REGINA SHERLE DA SILVA FERREIRA

Sinistro: 3160601850 ASL-1087287/16
Vítima: REGINA SHERLE DA SILVA FERREIRA
Data Acidente: 26/05/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: DAMIAO GOMES DA SILVA

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: REGINA SHERLE DA SILVA FERREIRA

Valor: R\$ 7.087,50

Banco: 104

Agência: 000003587

Conta: 0000023137-4

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	7.087,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 70%) 52,50%

Valor a indenizar: 52,50% x 13.500,00 =	R\$	7.087,50
---	-----	----------

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



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

Sinistro: **3160601850 - 2**
Nome do(a) Examinado(a): **REGINA SHERLE DA SILVA FERREIRA**
Endereço do(a) Examinado(a): **RUA JOAO ROMAO DE SA BARRETO nº 251 - BREJO SECO - JUAZEIRO DO NORTE/CE**
Identificação - Órgão Emissor/UF/Número: **RG 2003034092671 - SSP**
Data local do exame: **26/01/2017 JUAZEIRO DO NORTE/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 DIAFISARIA DO FEMUR ESQUERDO.

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

☒ SIM ☐ NÃO

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

☒ SIM ☐ NÃO

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

TRATAMENTO CIRURGICO,OSTEOSSINTESE COM PLACA, EVOLUÇÃO COM HIPOTROFIA E ENCURTAMENTO SIGNIFICATIVO, INFECÇÃO, NECESSIDADE DE LIMPEZA MECANICA E ANTIBIOTICOTERAPIA. ATUALMENTE COM BLOQUEIO DA EXTENSAO E FLEXÃO DO JOELHO ESQUERDOS.

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

☒ SIM ☐ NÃO

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

LIMITAÇÃO FUNCIONAL INTENSA DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO

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

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

☐ Vítima em tratamento

☐ Sem sequela permanente

Esta avaliação médica deve ser repetida em _____ dias

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

☐ Exame não permite conclusão

Vide motivo do impedimento no campo das observações

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

Região Corporal(Sequela)

MEMBRO INFERIOR ESQUERDO

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☒ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela)

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela)

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela)

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

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

☐ Total = "100% da IS"

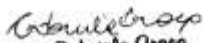
V. Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valorização do dano corporal.

EVOLUÇÃO INSATISFATORIA COM COMPLICAÇÕES DA FRATURA E ACOMETIMENTO INTENSO DO MEMBRO. -

Local e data de realização do exame médico legal:

CE - JUAZEIRO DO NORTE, 26/01/2017

Médico Perito: GABRIELA GRACA SUARES PINTO CRM:52.66379-4/RJ


Gabriela Graca
Ortopedista
CRM 52.66379-4

Assinatura do perito Examinador - CRM



Nº DO SINISTRO

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

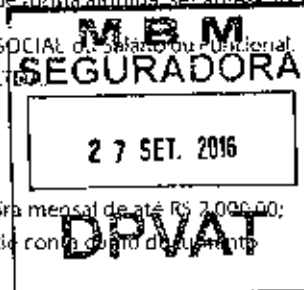
Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com **dados do beneficiário** da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

Regina Sherle da Silva Ferreira
TITULAR DO RG Nº 2003034092671 EXPEDIDO POR SSP/CE EM 07/10/08
CPF Nº 03996513-13-68 / CNPJ 00000000-00000000, PROFISSÃO Recuso
RECEITA MENSAL DE R\$ Recuso (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Regina Sherle da Silva Ferreira AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

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

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

- Conta salário e/ou benefício - nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional;
- Conta Empresarial - nos documentos aparecerem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade 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 quando do depósito 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 SISPDPVAT 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)

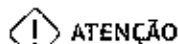
Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

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) 3587 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 23.131-4

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE 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 REFERIDA INDENIZAÇÃO.

Luizinho do Carmo de Setembro de 2016 Regina SHERLE DA SILVA FERREIRA
LOCAL E DATA 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.dpvatseguradouransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0271204



AUTO-ATENDIMENTO - AG. NOVA JUAZEIRO

DATA: 05/08/2016

HORA: 15:07:59

TERMINAL: 35871005

CONTROLE: 358710050905

COMPROVANTE DE TRANSFERÊNCIA ELETRÔNICA
DE VALORES - TEV

REMETENTE

CGC/AGÊNCIA : 3587 / NOVA JUAZEIRO

CONTA : 013.00.000.401-0

NOME : DAMIAO GOMES DA SILVA

FAVORECIDO DJ-4

CGC/AGÊNCIA : 3587 / NOVA JUAZEIRO

CONTA : 013.00.023.137-4

NOME : REGINA SHERLE DA S FERREIRA

VALOR :

DATA DE EFETIVAÇÃO : 05/08/2016

DEBITO REALIZADO COM SUCESSO. A-PREVISAO
DO CREDITO NA CONTA DESTINO E DE 30
MINUTOS.

Informações, reclamações, sugestões e elogios

SAC CAIXA: 0800-726 0101

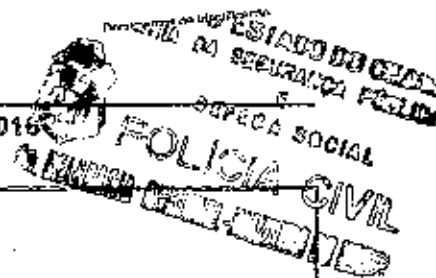
Duvidoria da CAIXA: 0300-725 7474

www.caixa.gov.br





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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 488 - 10542 / 2016

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: ACIDENTE DE TRÂNSITO
Data / Hora da Comunicação: 07/07/2016 11:46:05
Data / Hora da Ocorrência: 26/05/2016 04:00:00
Endereço da Ocorrência: AV CASTELO BRANCO
Complemento:
Bairro: PIRAJÁ Município: JUAZEIRO DO NORTE/CE
Ponto de Referência: ESQUINA COM E SÃO BENEDITO

Dados do(s) Vítima(s)

Nome: REGINA SHERLE DA SILVA FERREIRA
Nascimento: 30/12/1985 CPF: 039.965.373-28 UF: CE
RG: 2003034092671 Orgão Emissor: SSP
Filiação: IRIS MARIA DA SILVA FERREIRA
JOSE VICENTE FERREIRA
Endereço: RUA JOÃO ROMÃO, 251 CEP:
Bairro: BREJO SECO
Município: JUAZEIRO DO NORTE/CE
País: BRASIL Telefone:

Noticiante(s)

Nome: JOSE CARLOS DA SILVA
Nascimento: 07/01/1979 CPF: 862.956.913-15 UF: CE
RG: 97029112152 Orgão Emissor: SSP
Filiação: RAIMUNDA DOS SANTOS DA SILVA
ANTONIO NOGUEIRA DA SILVA
Endereço: RUA JOÃO ROMÃO, 251 CEP:
Bairro: BREJO SECO
Município: JUAZEIRO DO NORTE/CE
País: BRASIL Telefone: (88) 98831-9387



Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: HZA0078 UF: CE Município: JUAZEIRO DO NORTE Chassi: 9C6K2092070062249 Renavam: 507720676 Tipo do Veículo: MOTOCICLETA Marca / Modelo: YAMAHA/YBR 125K Ano Fabricação: 2006 Ano Modelo: 2007 Combustível: GASOLINA Cor: LARANJA Proprietário: JOSE CARLOS DA SILVA Situação: NÃO INFORMADO Envolvimento: ENVOLVIDO

Histórico

Advertido das penalidades cominadas ao crime de falso testemunho, relata a Vítima/Noticiante QUE conduzia a Motocicleta acima identificada e transportava a pessoa de Regina Sherle da Silva Ferreira como passageira, sendo que, após passarem por uma lombada, Regina Sherle veio a cair para trás, em virtude de ter ingerido bebida alcoólica, vindo ela a fraturar a diáfise do fêmur esquerdo, além de escoriações em ombro esquerdo. A vítima foi socorrida pelo SAMU para o HRC. E nada mais disse.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE JUAZEIRO DO NORTE

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO:

JOSE ORISMAR RICARTE JUNIOR - MAT.: 404965-1-5



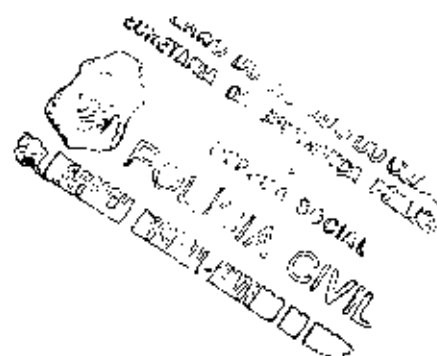
GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA REGIONAL DE JUAZEIRO DO NORTE

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 489 - 10542 / 2016

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: X José Carlos da Silva

VISTO DO DELEGADO(A):

FRANCISCO MARCELO MOURA DE ALMEIDA - MAT.: 133829-1-3





nun

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, Regina Sherle da Silva Ferreira, portador da carteira de identidade nº 290303409264 e inscrito no CPF/MF sob o nº 039.965.343-28, residente e domiciliado na Rua João Romão, nº 251 - Grupo Seco, cidade Juaqueiro do Norte Estado 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:

- () Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
- () O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- (X) 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 a 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 previa concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

X Regina Sherle da Silva Ferreira

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

Juaqueiro do Norte - CE, 26/09/16

Local e data





MI
SEGUR.



ESTADO DO CEARÁ

FICHA DE ATENDIMENTO

27 SET. 2016

DPVAT

IDENTIFICAÇÃO PACIENTE/CADASTRO
Nome: REGINA SHERLE DA SILVA FERREIRA Prontuário: 133187 Admissão: 26/05/2016
Data Nasc.: 01/01/1990 Idade: 26 ano(s) 4 mes(es) e 25 dia(s) Telefone: 88 88242279
Mãe: NAO INFORMADO
Sexo: Feminino RG: Município: JUAZEIRO DO NORTE
CEP: 63010-000 Bairro:
Endereço: RUA SAO MAMEDE

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO
Risco: LARANJA Classificador: VERA SANDRA CALIXTO ALVES Horário: 05:06
Queixa: paciente chega ao serviço, vítima de acidente de moto, apresentando escoriações pelo corpo e dor em mie
Fluxograma: TRAUMA MAIOR
Discriminador: DOR INTENSA
15 Temp.: Glicemia: Régua: 8 Pulso/FC:

ATENDIMENTO
Médico: FRANCISCA PRISCILA SAMPAIO CRUZ TELES CRM: 16756
Nº Atendimento: 325069 P.A.: Acidente: Sim Agressão: Não Peso:
Eixo: PEQUENAS CIRURGIAS
Hipótese Diagnóstico: MOTOCICLISTA [QUALQUER] TRAUMATIZADO EM UM ACIDENTE DE TRANSITO NAO ESPECIFICADO
Comorbidade:
HDA/Exame Físico:
PACIENTE COMPARECE AO SERVIÇO COM HISTÓRICO DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO, PACIENTE TRAZIDO PELO SAMU, PRANCHA RIGIDA, SEM COLAR CERVICAL. REALATA PERDA DA CONSCIENCIA, NEGA NAUSEA OU VOMITOS, NEGA DOR EM COLUNA CERVICAL TORACICA OU LOMBAR. APRESENTANDO SINAIS DE EMBRIAGUEZ. AO EXAME FÍSICO:
A - VIAS ÁREAS PERVIAS, SE SINAIS DE OBSTRUÇÃO.
B- PACIENTE EUPNEICO, AUSÊNCIAS DE HEMATOMAS OU CONTUSÕES EM TÓRAX. N EGA DOR VENTILATÓRIO DEPENDENTE, BOA EXPANSIBILIDADE TORACICA, MV+ RA-
HEMODINAMICAMENTE ESTÁVEL, AUSÊNCIA DE SANGRAMENTO ATIVO. PA 120X80 FC 90
GLASGLOW 15, CONSCIENTE E ORIENTADA
E- PRESENÇA DE ESCORIAÇÕES EM OMBRO ESQUERDO E FACE. REFÊRE INTENSA DOR A PALPAÇÃO DE COXA ESQUERDA, COM LIMITAÇÃO DA MOVIMENTAÇÃO DO MEMBRO
SOLICITO EXAMES DE IMAGEM. RX. TORAX, COLUNA CERVICAL.

comprovação do ato declaratório

EXAME

pág 1/2

Nome	Data Solicitação	Urgente	Situação
RX COLUNA LOMBO-SACRA AP/LATERAL (0204020069)	26/05/201 05:33	Não	Pendente
RX TORAX (LEITO) (0204030170) => REX	26/05/201 05:33	Não	Pendente
HEMOGRAMA COMPLETO => REX (0202020380)	26/05/201 05:33	Não	Pendente
RX COLUNA CERVICAL AP/LATERAL (0204020034)	26/05/201 05:33	Não	Pendente
RX FEMUR E AP/P (0204060117)	26/05/201 05:33	Não	Pendente
RX JOELHO E AP/P (0204060125)	26/05/201 05:33	Não	Pendente

PRESCRIÇÃO

Médico: FRANCISCO BRUNO CELIAO CABRAL

CRM: 16420

26/05/16 05:36

Prescrição	Horário:
METOCLOPRAMIDA 1 AMP + AD EV SE NAUSEA E VOMITOS DE 8/8H	
CETOPROFEN 1 AMP + 100M DE SF 0,9% EV 12/12H	08:00
DIETA ZERO	
SF 0,9% 1000ML EV ABERTO	
SG5% 500ML EV DE 8/8H	
TRAMAL 1 AMP + 100ML DE SF 0,9% EV DE 8/8H	07:30

ENCAMINHAMENTO - CONDUTA FINAL

☐ Alta. Conduta

☐ Observação

☐ Referência para:

☐ Óbito

P/A. Geral: 26/05/16 20h
 Paciente evoluí com sinais e sintomas de
 quadros de dor, desconforto,
 sonolência, frouxidão
 de membros,
 nos quadros de T.O.

complemento "comp. do ato"

pág 02/02



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: 23/02/2017

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 7.087,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: REGINA SHERLE DA SILVA FERREIRA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03587

CONTA: 000000023137-4

Nr. da Autenticação 53F9A0777BFA1C91



Documentação de não identificação

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

EU, Régina Sherle da Silva Ferreira

RG nº 1003034092671, data de expedição 04/10/08, Órgão SSP/CE,

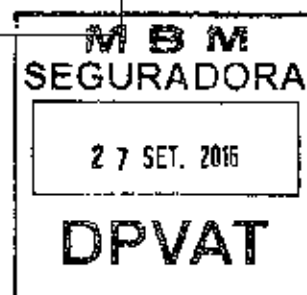
CPF nº 039.965.373-98, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Rua João Romão</u>
Número	<u>251</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>Barro Seco</u>
Cidade	<u>Juazeiro do Norte</u>
Estado	<u>Ceará</u>
CEP	<u>63.038-130</u>
Telefone de Contato	<u>(88) 3548-0398</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Juazeiro do Norte - CE, 26/09/16

Assinatura do Declarante: Régina SHERLE da Silva Ferreira



5420334-1

Rua Pedro Vitorino, 150
CEP 60135-040 Fortaleza CE

CNPJ 07.047.211/0001-70 CGF 06.106.848-9

Data de Emissão 06/07/2016

Rota 03 13000 05 111900 - 2

Nome JOSE VICENTE FERREIRA

End Postal RU JOAO ROMAO 00251

BREJO SECO - JUAZEIRO DO NORTE - 63000000

Medidor 1857718

Classe 01-RESIDENCIAL MONOFASICO BAIXA RENDA

RG / CPF / CNPJ 325466103-68

Nome do Responsável

Data de Referência 06/07/2016

Data de Vencimento 05/08/2016

Data de Cálculo (R\$) 06/07/2016

Alíquota 0,00

Valor do Imposto 0,00

DIE 0,00

DIE 0,00

DIE 0,00

DIE 0,00

DIE 0,00

DIE 0,00

DIE 0,00

DIE 0,00

DIE 0,00

DIE 0,00

DIE 0,00

DIE 0,00

DIE 0,00

DIE 0,00

DIE 0,00

DIE 0,00

DIE 0,00

DIE 0,00

DIE 0,00

DIE 0,00

DIE 0,00

DIE 0,00

DIE 0,00

DIE 0,00

DIE 0,00

DIE 0,00

DIE 0,00

DIE 0,00

DIE 0,00

DIE 0,00

DIE 0,00

DIE 0,00

DIE 0,00

DIE 0,00

DIE 0,00

DIE 0,00

DIE 0,00

DIE 0,00

DIE 0,00

DIE 0,00

DIE 0,00

DIE 0,00

DIE 0,00

DIE 0,00

DIE 0,00

DIE 0,00

DIE 0,00

DIE 0,00

DIE 0,00

DIE 0,00

DIE 0,00

DIE 0,00

DIE 0,00

DIE 0,00

DIE 0,00

DIE 0,00

DIE 0,00

DIE 0,00

DIE 0,00

DIE 0,00

VENCIMENTO 13/07/2016 TOTAL A PAGAR (R\$) 78,08

Forma de Pagamento: Débito em Cartão de Crédito

Descrição	Valor (R\$)	Parcela
Energia	13,16	143
Parâmetros	0,47	112
Distribuição	0,65	122
Impostos Sociais	0,84	142
Tributos (PIS, COFINS)	2,64	152
TOTAL	32,46	162

Compõe sua emissão pelo consumo de energia elétrica e serviços de coleta.

Emissão (kg CO ₂)	Compensado (kg CO ₂)	Condição Ecológica (% CO ₂)
48,41	0,00	0,00

Informações importantes e avisos de vencimento

CONTAS EM ATRASO

Prezado Cliente,
NOTIFICAÇÃO DE SUSPENSÃO DO FORNECIMENTO DE ENERGIA ELÉTRICA
Prezado Cliente, constatado em nossos controles contábil em atraso, devido o desatendimento do Debito, o não pagamento da dívida implica na possibilidade de suspensão do fornecimento de energia em 15 dias após o encerramento desta, conforme previsto na Res. ANEEL 414/10, Art. 172, c/c 173, bem como o envio das informações aos ÓRGÃOS DE PROTEÇÃO AO DEBÍTO E CARTÓRIO DE PROTESTO. Caso já tenha efetuado o pagamento, favor desconsiderar o aviso.

DEBITOS ANTERIORES

Período	Valor (R\$)
06/2016	82,25
Total	82,25

Consta desta fatura R\$ 2,64 referente a PIS e COFINS.

CNPJ: 07.047.211/0001-70 - INSC. EST. 10.133.722 e 10.833.400



Nº do Cliente: 5420334-1
Data de Emissão: 06/07/2016
Nº da Nota Fiscal: 437414159

Referência: 06/07/2016
Total a Pagar (R\$): 78,08
Nº de Controle: 0005420334 00039 39472 61

83800000000-9 78080031000-7 00054203340-2 00393947271-0





0015

Imatriculação

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Damião Gomes da SilvaRG nº CNH 03399605027 data de expedição 28/09/12 Órgão Detran

CPF nº 968.453.503-10, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Av. Sebastião Mariano da Silva</u>
Número	<u>653</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>Tiradentes</u>
Cidade	<u>Quazeiro do Norte</u>
Estado	<u>Ceará</u>
CEP	<u>63031-590</u>
Telefone de Contato	<u>(88) 99981-8213</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Quazeiro do Norte CE 06/09/16

Assinatura do Declarante:

Damião Gomes da Silva

7203961-2

430286072
05 13000 11 064822 - 0
TATIANE DA SILVA FERREIRA
AV SEBASTIAO MARIANO DA SILVA 00653
TIRADENTES - JUAZEIRO DO NORTE - 63000000
2731180 0000 0000
01-RESIDENCIAL MONOFASICO BAIXA RENDA 0,20
067460033-96

09/05/2016 09/05/2016 08/06/2016
JUAZEIRO DO NORTE
Mar/2016 0,50 19,14
DICI= 0,00 0
ISENTO 5,67 19,15 26,90 0,00 0,00 0,00
3,23 6,42 12,95 0,00 0,00 0,00
2,65 0,00
1468.0035.5606.EF79.1300.3578.7892.EITE
717 582 1,00 135 0,00 20 0,15000 4,91
75 0,28075 19,35
0,42111 14,74
09/05/16 07/04/16 32 0126 195 39,30
VALOR CONSUMO DO MES 39,30
MULTA MORATORIA REF 04/2016 0,63
JUROS DO MES 0,20
PIS-COFINS COMPLEMENTAR-TARIFA BAIXA RENDA 1,26

16/05/2016 41,39
Energia 24,04
Transmissao 0,30
Distribuição 0,38
Encargos Saboriais 4,51
Tributos (ICMS PIS/COFINS) 3,33
TOTAL 40,56
58,35 0,00
A partir de 16/05/2016, a tarifa de energia elétrica para o consumidor em questão sofreu um aumento médio de 12,47% em relação ao valor pago em 15/04/2016. A aplicação da tarifa de 22 de abril, conforme resolução da ANEEL, resulta em um valor de 41,39 para o mês de maio de 2016.





DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Regina Shonle da Silva Ferreira

RG nº 200303409261, data de expedição 07/10/08 Órgão SSP-Ce

CPF nº 039.965.373-28 venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Rua João Romão</u>
Número	<u>251</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>Brço Seco</u>
Cidade	<u>Juazeiro do Norte</u>
Estado	<u>Ceará</u>
CEP	<u>63.038-130</u>
Telefone de Contato	<u>(88) 3572-0398 / (88) 9 9779-2255</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: J. do Norte-Ce, 03/01/17

Assinatura do Declarante: Regina Shonle da Silva Ferreira



Nº DO CLIENTE
5420334-1
Para agilizar seu atendimento, utilize o nº acima sempre que entrar em contato conosco.

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

OSG

Rua Pedro Valdevino, 150
CEP 60.135-040 Fortaleza CE
CNPJ 07.042.751/0001-70 CGFC6.105.646-3

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA - GRUPO B - BASTIN B. S. Nº 452720487

Rota 03 13000 05 111900 - 2 Data de Emissão 08/11/2016

Nome JOSE VICENTE FERREIRA

End. Postal RU JOAO ROMAO 00251

BREJO SECO - JUAZEIRO DO NORTE - 63000000

Medidor 1857718

Poste 0000 0000

Classe 01-RESIDENCIAL MONOFASICO BAIXA RENDA Fator de Potência 0,00

RG / CPF / CNPJ 325466103-68

CGF

Nome do Responsável

DATAS			ÍNDICE DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO		
Mês de Referência	Data de Apresentação	Transição Próxima Leitura	Veja o registro no verso desta conta.		
Nov/2016	08/11/2016	09/12/2016	Conjunta: JUAZEIRO DO NORTE		
			Mês	08/2016	SUSO 37,31

ICMS			Padrão Individual			Apuração Individual			
Base de Cálculo (R\$)	Alíquota	Valor do Imposto		Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual
ISENTO			DIC	5,07	18,15	20,39	0,00	0,00	0,00
ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL			FIC	0,23	6,47	12,95	3,09	9,08	0,00
QUANT. DE UNID. EM ESTOQUE EM 01/01/2017			DMIC	2,86			0,00		

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

Leit. Atual	Leit. Anterior	Cons.	Consumo (kWh)	Cons. Ind.	Cons. Res.	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
7113	6931	1,80	132	0,00	26	0,17519	5,23
					79	0,20834	21,06
					97	0,43861	14,29
08/11/16	07/10/16	32 dias			132		40,59

DESCRIÇÃO	VALOR (R\$)
VALOR CONSUMO DO MÊS	40,59
QUOTA PARCELAMENTO 5/5	29,11
MULTA MORATORIA REF 10/2016	0,89
PIS-COFINS COMPLEMENTAR-TARIFA BAIXA RENDA	1,52
TAXA DE RELIGACAO DE URGENCIA	35,63
ADICIONAL BANDEIRA AMARELA MES (R\$ 0,32)	

VENCIMENTO	16/11/2016	TOTAL A PAGAR (R\$)	107,84
------------	------------	---------------------	--------

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO		HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)											
Energia	24,72	147	132	137	231	168	112	122	142	159	145	111	165
Transmissão	2,61												
Distribuição	6,61												
Encargos Setoriais	4,32												
Tributos (PIS/COFINS)	3,95												
TOTAL	42,21												

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÃO DE CO ₂ (kg/kWh)		
Compare suas emissões pelo consumo de energia elétrica através do Ecocheck.		
Emissão kg(CO ₂)	Compensado kg(CO ₂)	Consciência Ecológica (% CO ₂)
57,05	0,00	0%

INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO	
CONTAS EM ATRASO	DEBITOS ANTERIORES
Autos de Retenção Judicial	Encargos Valor R\$

M B M
SEGURADORA

03 JAN. 2017

DPVAT



Autorização do pagamento

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 Damião Gomes da Silva, portador(a) do

RG nº CNH:03399605027, expedido por Detran-CE, em

25 / 01 / 2004, CPF/CNPJ nº 968.453.503-10,

na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário (a) Regina Sherle

da Silva Ferreira do sinistro de DPVAT da natureza invalidez

da vítima Regina Sherle da Silva Ferreira, e conforme

determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

Profissão: Recuso informar Renda Mensal: R\$ Recuso Informar

Documentos comprobatórios: Recuso Comprovar Profissão e Renda

Damião Gomes da Silva
ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO

M B M SEGURADORA
27 SET. 2016
DPVAT

FICHA DE ATENDIMENTO

IDENTIFICAÇÃO PACIENTE/CADASTRO

Nome: REGINA SHERLE DA SILVA FERREIRA Prontuário: 133197 Admissão: 26/05/2016
Data Nasc.: 30/12/1985 Idade: 30 ano(s) 6 mes(es) e 30 dia(s) Telefone: 88 88242279
Mãe: IRIS MARIA DA SILVA
Sexo: Feminino RG: 2003034092671 Município: JUAZEIRO DO NORTE
CEP: Bairro:
Endereço: RUA SAO MAMEDE

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Risco: LARANJA Classificador: VERA SANDRA CALIXTO ALVES Horário: 05:06
Queixa: paciente chega ao serviço, vítima de acidente de moto, apresentando escoriações pelo corpo e dor em mie
Fluxograma: TRAUMA MAIOR
Discriminador: DOR INTENSA
Sato02: Glasgow: 15 Temp.: Glicemia: Régua: 8 Pulso/FC:

ATENDIMENTO

Médico: FRANCISCA PRISCILA SAMPAIO CRUZ TELES CRM: 16756 Nº 325069 P.A.:
Acidente: Sim Agressão: Não Peso:
Eixo: PEQUENAS CIRURGIAS
Hipótese Diagnóstico: MOTOCICLISTA [QUALQUER] TRAUMATIZADO EM UM ACIDENTE DE TRANSITO NAO ESPECIFICADO
Comorbidade:
HDA/Exame Físico:
PACIENTE COMPARECE AO SERVIÇO COM HISTÓRICO DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO, PACIENTE TRAZIDO PELO SAMU, PRANCHA RIGIDA, SEM COLAR CERVICAL. REALATA PERDA DA CONSCIENCIA, NEGA NAUSEA OU VOMITOS, NEGA DOR EM COLUNA CERVICAL TORACICA OU LOMBAR. APRESENTANDO SINAIS DE EMBRIAGUEZ. AO EXAME FÍSICO:
A - VIAS ÁREAS PÉRVIAS, SE SINAIS DE OBSTRUÇÃO.
B- PACIENTE EUPNEICO, AUSÊNCIAS DE HEMATOMAS OU CONTUSÕES EM TÓRAX. NEGA DOR VENTILATÓRIO DEPENDENTE, BOA EXPANSIBILIDADE TORACICA, MV+RA-
C- HEMODINAMICAMENTE ESTÁVEL, AUSÊNCIA DE SANGRAMENTO ATIVO. PA 120X80 FC 90
D- GLASGOW 15, CONSCIENTE E ORIENTADA.
E- PRESENÇA DE ESCORIAÇÕES EM OMBRO ESQUERDO E FACE. REFERE INTENSA DOR A PALPAÇÃO DE COXA ESQUERDA, COM LIMITAÇÃO DA MOVIMENTAÇÃO DO MEMBRO
SOLICITO EXAMES DE IMAGEM. RX. TORAX, COLUNA CERVICAL.

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Data	Fluxograma	Discriminador	Risco	Profissional
26/05/2016 05:06:00	TRAUMA MAIOR	DOR INTENSA	LARANJA	VERA SANDRA CALIXTO ALVES



EXAME

Nome	Data Solicitação	Urgente	Situação
RX COLUNA LOMBO-SACRA AP/LATERAL (0204020069)	26/05/201 05:33	Não	Realizado
HEMOGRAMA COMPLETO =>REX (0202020380):	26/05/201 05:33	Não	Realizado
RX TORAX (LEITO) (0204030170) =>REX	26/05/201 05:33	Não	Realizado
RX COLUNA CERVICAL AP/LATERAL (0204020034)	26/05/201 05:33	Não	Realizado
RX FEMUR E AP/P (0204060117)	26/05/201 05:33	Não	Realizado
RX JOELHO E AP/P (0204060125)	26/05/201 05:33	Não	Realizado
TAP - TEMPO DE PROTROMBINA =>REX (0202020487)	26/05/201 09:22	Não	Realizado
TTPA - TEMPO DE TROMBOPLASTINA =>REX (0202020134)	26/05/201 09:22	Não	Realizado
HEMOGRAMA COMPLETO =>REX (0202020380)	26/05/201 09:22	Não	Realizado
RX MAO E AP/OBLIQUO (0204040094) AMB	03/06/201 08:46	Não	Realizado

PRESCRIÇÃO

Médico: ANDRE LUIS SANTANNA

CRM: 9492

05/06/16 10:50

Prescrição	Horário:
EM 05-JUN-2016 (DOM): EMBORA PRE OPERATÓRIO DE FRATURA DIAFISARIA FEMUR (E), AGUARDANDO VAGA NA TO, NÃO CONSEGUI SEQUER EXPLICAR A NECESSIDADE - NO MOMENTO - DA INSTALAÇÃO DE TRAÇÃO TRANSESQUELÉTICA EM TAT, QUE A PACIENTE IMEDIATAMENTE RECUSOU O PROCEDIMENTO. DEIXO AQUI REGISTRADO QUE ESTE PROCEDIMENTO É UMA ROTINA ORTOPÉDICA E A PACIENTE - PELO MENOS HOJE - NEM SEQUER DEU OUVIDOS AOS MEUS	
curativo diario em escoriações	
Bromoprida 1AMP + AD 18ML EV 8/8H, Se Náuseas ou vômitos	
Tramadol 100MG + SF 100ML EV em 30MIN 8/8H	
PREVENÇÃO DE ESCARAS	
Captopril 25MG 1CP VO Se PA>=180x110mnHg	
DIAZEPAM 5MG VO AS 22H	
CG + SV 8/8 H - AGUARDA VAGA NA TO	
Dipirona 1AMP + AD 18ML EV 6/6H	
RANITIDINA 50 MG EV 12/12 H	
ENOXAPARINA 40 MG SC 1X/DIA	
DIETA ORAL LIVRE	
SF 0,9% 1000ML EV EM 24 H	
curativo diario em escoriações	
Bromoprida 1AMP + AD 18ML EV 8/8H, Se Náuseas ou vômitos	
Tramadol 100MG + SF 100ML EV em 30MIN 8/8H	
PREVENÇÃO DE ESCARAS	
Captopril 25MG 1CP VO Se PA>=180x110mnHg	
DIAZEPAM 5MG VO AS 22H	
CG + SV 8/8 H - AGUARDA VAGA NA TO	
Dipirona 1AMP + AD 18ML EV 6/6H	
RANITIDINA 50 MG EV 12/12 H	
ENOXAPARINA 40 MG SC 1X/DIA	

M B M
SEGURADORA

27 SET. 2016

DPVAT

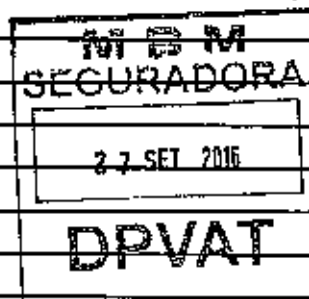
PRESCRIÇÃO

Médico: FRANCISCO BRUNO CELIAO CABRAL

CRM: 16420

04/06/16 09:06

Prescrição	Horário:
DIETA ORAL LIVRE	
SF 0,9% 1000ML EV EM 24 H	
curativo diario em escoriações	
Bromoprida 1AMP + AD 18ML EV 8/8H, Se Náuseas ou vômitos	
Tramadol 100MG + SF 100ML EV em 30MIN 8/8H	
PREVENÇÃO DE ESCARAS	
Captopril 25MG 1CP VO Se PA>=180x110mnHg	
DIAZEPAM 5MG VO AS 22H	
CG + SV 8/8 H - AGUARDA VAGA NA TO	
Dipirona 1AMP + AD 18ML EV 6/6H	
RANITIDINA 50 MG EV 12/12 H	
ENOXAPARINA 40 MG SC 1X/DIA	
DIETA ORAL LIVRE	
SF 0,9% 1000ML EV EM 24 H	
curativo diario em escoriações	
Bromoprida 1AMP + AD 18ML EV 8/8H, Se Náuseas ou vômitos	
Tramadol 100MG + SF 100ML EV em 30MIN 8/8H	
PREVENÇÃO DE ESCARAS	
Captopril 25MG 1CP VO Se PA>=180x110mnHg	
DIAZEPAM 5MG VO AS 22H	
CG + SV 8/8 H - AGUARDA VAGA NA TO	
Dipirona 1AMP + AD 18ML EV 6/6H	
RANITIDINA 50 MG EV 12/12 H	
ENOXAPARINA 40 MG SC 1X/DIA	
DIETA ORAL LIVRE	
SF 0,9% 1000ML EV EM 24 H	
Tramadol 100MG + SF 100ML EV em 30MIN 8/8H	
PREVENÇÃO DE ESCARAS	
Captopril 25MG 1CP VO Se PA>=180x110mnHg	
DIAZEPAM 5MG VO AS 22H	
CG + SV 8/8 H - AGUARDA VAGA NA TO	
Dipirona 1AMP + AD 18ML EV 6/6H	
RANITIDINA 50 MG EV 12/12 H	
ENOXAPARINA 40 MG SC 1X/DIA	
DIETA ORAL LIVRE	
SF 0,9% 1000ML EV EM 24 H	
Tramadol 100MG + SF 100ML EV em 30MIN 8/8H	
PREVENÇÃO DE ESCARAS	
Captopril 25MG 1CP VO Se PA>=180x110mnHg	
DIAZEPAM 5MG VO AS 22H	
CG + SV 8/8 H - AGUARDA VAGA NA TO	
Dipirona 1AMP + AD 18ML EV 6/6H	
RANITIDINA 50 MG EV 12/12 H	
ENOXAPARINA 40 MG SC 1X/DIA	
DIETA ORAL LIVRE	
SF 0,9% 1000ML EV EM 24 H	
solicito tração esquelética	
Tramadol 100MG + SF 100ML EV em 30MIN 8/8H	
PREVENÇÃO DE ESCARAS	
Captopril 25MG 1CP VO Se PA>=180x110mnHg	
DIAZEPAM 5MG VO AS 22H	



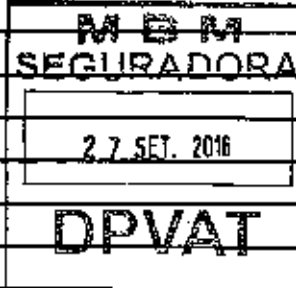
PRESCRIÇÃO

Médico: JAMACIR FERREIRA MOREIRA

CRM: 8344

31/05/16 09:43

Prescrição	Horário:
CG + SV 8/8 H - AGUARDA VAGA NA TO	
Dipirona 1AMP + AD 18ML EV 6/6H	
RANITIDINA 50 MG EV 12/12 H	
ENOXAPARINA 40 MG SC 1X/DIA	
DIETA ORAL LIVRE	
SF 0,9% 1000ML EV EM 24 H	
Tramadol 100MG + SF 100ML EV em 30MIN 8/8H	
PREVENÇÃO DE ESCARAS	
Captopril 25MG 1CP VO Se PA>=180x110mnHg	
DIAZEPAM 5MG VO AS 22H	
CG + SV 8/8 H - AGUARDA VAGA NA TO	
Dipirona 1AMP + AD 18ML EV 6/6H	
RANITIDINA 50 MG EV 12/12 H	
ENOXAPARINA 40 MG SC 1X/DIA	
DIETA ORAL LIVRE	
SF 0,9% 1000ML EV EM 24 H	
PREVENÇÃO DE ESCARAS	
Captopril 25MG 1CP VO Se PA>=180x110mnHg	
DIAZEPAM 5MG VO AS 22H	
CG + SV 8/8 HS - AGUARDA VAGA NA TO	
Dipirona 1AMP + AD 18ML EV 6/6H	
RANITIDINA 50 MG IV 12/12 HS	
ENOXAPARINA 40 MG SC 1X/DIA	
METOCLOPRAMIDA 1 AMP + AD EV SE NAUSEA E VOMITOS DE 8/8H	
DIETA ORAL LIVRE	
SF 0,9% 1000ML EV EM 24 HS	
TRAMAL 100 MG + 100ML DE SF 0,9% EV DE 8/8H	
CG + SV 8/8 HS - AGUARDA VAGA NA TO	
Dipirona 1AMP + AD 18ML EV 6/6H	
RANITIDINA 50 MG IV 12/12 HS	
ENOXAPARINA 40 MG SC 1X/DIA	
METOCLOPRAMIDA 1 AMP + AD EV SE NAUSEA E VOMITOS DE 8/8H	
DIETA ORAL LIVRE	
SF 0,9% 1000ML EV EM 24 HS	
TRAMAL 50 MG + 100ML DE SF 0,9% EV DE 8/8H	
CG + SV 8/8 HS - AGUARDA VAGA NA TO	
Dipirona 1AMP + AD 18ML EV 6/6H	
METOCLOPRAMIDA 1 AMP + AD EV SE NAUSEA E VOMITOS DE 8/8H	
DIETA ORAL LIVRE	
TRAMAL 1 AMP + 100ML DE SF 0,9% EV DE 8/8H	
RANITIDINA 50 MG IV 12/12 HS	





EVOLUÇÃO

Data Cadastro	Usuário Cadastro	Descrição
26/05/2016 00:00	MARCELO NOGUEIRA LIMA	TRAUMATOLOGIA: PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTOCICLETA - ALGO DESORIENTADA - HEMATOMA NA FACE - COLUNA CERVICAL LIVRE - SEM CREPITAÇÃO NOS OMBROS - ESCORIAÇÃO NO OMBRO ESQUERDO - MOBILIZA ATIVAMENTE OS MMSS - BACIA ESTAVEL - MOBILIZA ATIVAMENTE O MID - DOR E ENCURTAMENTO NA COXA ESQ SEM FERIDAS LOCAIS. AO RX OBSERVAMOS FRATURA DIAFISARIA FEMUR ESQUERDO COM INDICAÇÃO DE TRATAMENTO CIRURGICO. CD - SOL. EXS PRE OPERATORIOS / FAÇO PRESCRIÇÃO / SOL. INTERCONSULTA A BUCO MAXILO / APOS ALTA DA CIRURGIA GERAL TRANSFERIR PARA

ENCAMINHAMENTO - CONDUTA FINAL

☐ Alta. Conduta ☐ Observação ☐ Referência para: ☐ Óbito

RELATÓRIO MÉDICO

Paciente: REGINA SHERLE DA SILVA FERREIRA

Prontuário: 133197

Endereço: RUA SAO MAMEDE

Idade: 30 ano(s) 5 mes(es) e 16 dia(s)

Bairro: ;

UF: CEARÁ

Sexo: Feminino

CEP: 63010-000

Cidade: JUAZEIRO DO NORTE

Localização

Clinica: TRAUMATO-

Enfermaria: 01

Leito: 403

Internação 05/06/2016

13:56

Alta: * Não Informado * * Não Informado

Relatório

Tipó de Saída: Alta

Cancelada

Não

Resumo Clínico

fratura do fêmur esquerdo

Exames Realizados

RX

Terapêutica Utilizada

os síntese do fêmur esquerdo

Diagnóstico

V26 MOTOCICLISTA TRAUMATIZADO EM COLISAO COM OUTRO VEICULO NAO-MOTORIZADO

DIAGNÓSTICOS

Principal	Código	Descrição
-----------	--------	-----------

Sim

V26

MOTOCICLISTA TRAUMATIZADO EM COLISAO COM OUTRO VEICULO NAO-MOTORIZADO

Condições de Alta

Melhorado

Data Programada da Alta: 15/06/2016

Observações Complementares

curativo diário

retornar ao ambulatório do dr leonardo taitiro em 10 dias

não pisar com o membro operado

Responsável

Méico: THIAGO CALDAS LEAL

Data: 15/06/2016

M E M
SEGURADORA

27 SET. 2016

DPVAT

Agendamento		
Data:	Data:	Data:
Hora:	Hora:	Hora:
Código	Código	Código

Dr. Thiago Leal
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia do Joelho
CRM 10493 TEOT 19030

Relatório de Cirurgia

Data de Conclusão: 12/06/16 21:02

Paciente: REGINA SHERLE DA SILVA FERREIRA Prontuário: 133197 Dt. Nascimento: 30/12/1985
 Clínica: CENTRO CIRURGICO Enfermaria: Sala Cirurgica Leito: 04G
 Cirurgião: EDUARDO CORREIA LIMA RODRIGUES DE MEDEIROS Anestesiologia: ** Não Informado **
 1º Auxiliar: LEONARDO TAITIRO MIYAZAWA 2º Auxiliar:
 Enfermeiro: LIDYANE DE SOUSA CALIXTO Circulante:
 Instrumentador:

Procedimentos Propostos

Código	Descrição	Principal
0408050519	TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA DIAFISE DO FEMUR	S

Procedimentos Realizados

Código	Descrição	Principal
0408050519	TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA DIAFISE DO FEMUR	S

Diagnóstico pré-operatório: Relatório Imediato do Patologista:
 ** Não Informado ** ** Não Informado **

Exame Radiológico: Contagem Compressas e Instrumental:
 ** Não Informado ** ** Não Informado **

Acidentes e Incidentes:
 ** Não Informado **

Anestesia | Ocorrências Principais:
 ** Não Informado **

Relatar as Causas que Justifiquem a Longa Duração da Cirurgia:
 ** Não Informado **

Grau de Contaminação: Limpa Tipo de Anestesia: Bloqueio

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

VIA DE ACESSO - TÉCNICA - TÁTICA - LIGADURAS - DRENAGEM - SUTURAS - MATERIAL EMPREGADO - ASPECTOS DAS VÍSCERAS

- 1- PACIENTE EM DECUBITO DORSAL, SOB ANESTESIA
- 2- ASSEPSIA E ANTISSEPISIA
- 3- APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTEREIS
- 4- INCISÃO LATERAL EM FEMUR ESQUERDO, SOBRE FOCO DE FRATURA
- 5- DISSECAÇÃO POR PLANOS ATÉ VISUALIZAÇÃO DE FRATURA
- 6- OBSERVADO IMPORTANTE ENCURTAMENTO LOCAL
- 7- EXTENSÃO DISTAL DA INCISÃO, PARA FEMUR DISTAL
- 8- PASSAGEM DE PLACA DCP LONGA, DE 16 FUROS
- 9- CONTROLE RADIOSCÓPICO SATISFATORIO
- 10- MOLDAGEM DA PLACA DCP
- 11- PASSAGEM DA PLACA E FIXAÇÃO DISTAL DA MESMA COM 1 PARAFUSO, INICIALMENTE
- 12- REDUÇÃO DO FOCO DE FRATURA
- 13- FIXAÇÃO PROXIMAL DA PLACA COM 1 PARAFUSO (PERCUTANEO), PROVISORIAMENTE
- 14- CONTROLE RADIOSCÓPICO SATISFATORIO
- 15- PASSAGEM DE 3 PARAFUSOS DISTAIS E 3 PARAFUSOS PROXIMAIS (PERCUTANEO), MANTENDO REDUÇÃO DA PLACA EM PONTE
- 16- LIMPEZA COPIOSA LOCAL COM SF 0,9%
- 17- SUTURA POR PLANOS
- 18- CURATIVO ESTERIL LOCAL
- 19- ENCAMINHADO A RPA



Eduardo R. R. Medeiros
 Ortopedia e Trauma
 Cirurgia do Quadril
 CRM - 5439/RN TEOT 13540

Data: / /

Assinatura Cirurgião | CREMEC

Rua Catulo da Paixão Cearense, S/N, Triângulo - CEP 63041-162 - Juazeiro do Norte - CE

Unidade mantida com recursos públicos, provenientes de seus impostos e contribuições sociais.

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
E DEFESA DA CIDADANIA
FIM: TÍTULO DE IDENTIFICAÇÃO




Regina SHERLE da Silva FERREIRA

CARTÃO DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO 2003084092671 DATA DE EMISSÃO 7/10/2008

REGINA SHERLE DA SILVA FERREIRA

FILIAÇÃO JOSE VICENTE FERREIRA E IRIS MARTA DA SILVA FERREIRA

NAT. E NACIONALIDADE JUAZEIRO DO NORTE-CE DATA DE NASCIMENTO 30/12/1985

CERT. NASC. 53077 L A132 F 268V JUAZEIRO DO NORTE-CE.

CPF



LEI Nº 7.115 DE 22/08/85

MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal

CPF

039.965.373-28

REGINA SHERLE DA SILVA FERREIRA

30/12/1985



INSS INSS
SEGURADORA

20 SET. 2008

DPVAT



Ministério da Fazenda
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **039.965.373-28**

Nome da Pessoa Física: **REGINA SHERLE DA SILVA FERREIRA**

Data de Nascimento: **30/12/1985**

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data da Inscrição: **15/01/2007**

Digito Verificador: **00**

Comprovante emitido às: **14:03:26** do dia **06/09/2016** (hora e data de Brasília).

Código de controle do comprovante: **F9AD.9D2E.CA08.65CC**

A autenticidade deste comprovante deverá ser confirmada na página da Secretaria da Receita Federal do Brasil na Internet, no endereço www.receita.fazenda.gov.br.

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

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





Exposición de muestra

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTERIO DEL COMERCIO
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSPORTES
CONTABILIDAD DE MARITIMO

UNIDAD PARA TIPO
630743892

630743892

630743892

630743892

M B M
SEGURADORA

27 SET. 2016

DPVAT



Ministério da Fazenda
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **968.453.503-10**

Nome da Pessoa Física: **DAMIAO GOMES DA SILVA**

Data de Nascimento: **27/07/1985**

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data da Inscrição: **30/03/2001**

Digito Verificador: **00**

Comprovante emitido às: **14:24:30** do dia **06/09/2016** (hora e data de Brasília).

Código de controle do comprovante: **0BE5.30D6.0920.6F88**

A autenticidade deste comprovante deverá ser confirmada na página da Secretaria da Receita Federal do Brasil na Internet, no endereço www.receita.fazenda.gov.br.

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

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





NOCTUIDA GISEP 449'2

No 011960344352

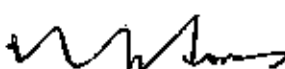
OBS: "Boletim de Ocorrência declarado pelo condutor/proprietário da motocicleta, conforme comunicado MASTER de 03/04/2015"

CERTIDÃO NARRATIVA

CERTIFICA, em virtude da faculdade que lhe é conferida por lei e o requerimento por escrito da parte interessada, que o **SAMU 192-CEARÁ**, prestou atendimento à Sra. **REGINA SHERLE DA SILVA FERREIRA**, portadora do RG Nº 2003034092671 e inscrita no CPF sob o Nº 039.965.373-28, no dia 26/05/2016, às 4h27min, no município de JUAZEIRO DO NORTE – CE, na Av. Castelo Branco. Paciente vítima de queda de moto, onde a mesma foi encaminhada para o **Hospital Regional do Cariri - HRC**.
E para constar eu, Ana Cristine Medeiros Silva, Assessoria Técnica, lavrei a presente certidão.

Eusébio, 7 de junho de 2016

Atenciosamente,


MARIA DAS GRAÇAS TORRES
Assessoria Executiva
SAMU 192 CEARÁ



SAMU 192 CEARÁ

Rua da Paz, nº 29 e 30, Centro-Eusébio-CE, Fone (85) 3433 7434, Fax:3260 2061
E-mail: samuceara.polo1@samu.saude.ce.gov.br
Ouvidoria do SAMU: ouvidoria.samupolo1@samu.ce.gov.br, Fone : (85) 3260-3797

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32 33 34 35 36 37 38 39 40 41 42 43 44 45 46 47 48 49 50 51 52 53 54 55 56 57 58 59 60 61 62 63 64 65 66 67 68 69 70 71 72 73 74 75 76 77 78 79 80 81 82 83 84 85 86 87 88 89 90 91 92 93 94 95 96 97 98 99 100 101 102 103 104 105 106 107 108 109 110 111 112 113 114 115 116 117 118 119 120 121 122 123 124 125 126 127 128 129 130 131 132 133 134 135 136 137 138 139 140 141 142 143 144 145 146 147 148 149 150 151 152 153 154 155 156 157 158 159 160 161 162 163 164 165 166 167 168 169 170 171 172 173 174 175 176 177 178 179 180 181 182 183 184 185 186 187 188 189 190 191 192 193 194 195 196 197 198 199 200 201 202 203 204 205 206 207 208 209 210 211 212 213 214 215 216 217 218 219 220 221 222 223 224 225 226 227 228 229 230 231 232 233 234 235 236 237 238 239 240 241 242 243 244 245 246 247 248 249 250 251 252 253 254 255 256 257 258 259 260 261 262 263 264 265 266 267 268 269 270 271 272 273 274 275 276 277 278 279 280 281 282 283 284 285 286 287 288 289 290 291 292 293 294 295 296 297 298 299 300 301 302 303 304 305 306 307 308 309 310 311 312 313 314 315 316 317 318 319 320 321 322 323 324 325 326 327 328 329 330 331 332 333 334 335 336 337 338 339 340 341 342 343 344 345 346 347 348 349 350 351 352 353 354 355 356 357 358 359 360 361 362 363 364 365 366 367 368 369 370 371 372 373 374 375 376 377 378 379 380 381 382 383 384 385 386 387 388 389 390 391 392 393 394 395 396 397 398 399 400 401 402 403 404 405 406 407 408 409 410 411 412 413 414 415 416 417 418 419 420 421 422 423 424 425 426 427 428 429 430 431 432 433 434 435 436 437 438 439 440 441 442 443 444 445 446 447 448 449 450 451 452 453 454 455 456 457 458 459 460 461 462 463 464 465 466 467 468 469 470 471 472 473 474 475 476 477 478 479 480 481 482 483 484 485 486 487 488 489 490 491 492 493 494 495 496 497 498 499 500 501 502 503 504 505 506 507 508 509 510 511 512 513 514 515 516 517 518 519 520 521 522 523 524 525 526 527 528 529 530 531 532 533 534 535 536 537 538 539 540 541 542 543 544 545 546 547 548 549 550 551 552 553 554 555 556 557 558 559 560 561 562 563 564 565 566 567 568 569 570 571 572 573 574 575 576 577 578 579 580 581 582 583 584 585 586 587 588 589 590 591 592 593 594 595 596 597 598 599 600 601 602 603 604 605 606 607 608 609 610 611 612 613 614 615 616 617 618 619 620 621 622 623 624 625 626 627 628 629 630 631 632 633 634 635 636 637 638 639 640 641 642 643 644 645 646 647 648 649 650 651 652 653 654 655 656 657 658 659 660 661 662 663 664 665 666 667 668 669 670 671 672 673 674 675 676 677 678 679 680 681 682 683 684 685 686 687 688 689 690 691 692 693 694 695 696 697 698 699 700 701 702 703 704 705 706 707 708 709 710 711 712 713 714 715 716 717 718 719 720 721 722 723 724 725 726 727 728 729 730 731 732 733 734 735 736 737 738 739 740 741 742 743 744 745 746 747 748 749 750 751 752 753 754 755 756 757 758 759 760 761 762 763 764 765 766 767 768 769 770 771 772 773 774 775 776 777 778 779 780 781 782 783 784 785 786 787 788 789 790 791 792 793 794 795 796 797 798 799 800 801 802 803 804 805 806 807 808 809 810 811 812 813 814 815 816 817 818 819 820 821 822 823 824 825 826 827 828 829 830 831 832 833 834 835 836 837 838 839 840 841 842 843 844 845 846 847 848 849 850 851 852 853 854 855 856 857 858 859 860 861 862 863 864 865 866 867 868 869 870 871 872 873 874 875 876 877 878 879 880 881 882 883 884 885 886 887 888 889 890 891 892 893 894 895 896 897 898 899 900 901 902 903 904 905 906 907 908 909 910 911 912 913 914 915 916 917 918 919 920 921 922 923 924 925 926 927 928 929 930 931 932 933 934 935 936 937 938 939 940 941 942 943 944 945 946 947 948 949 950 951 952 953 954 955 956 957 958 959 960 961 962 963 964 965 966 967 968 969 970 971 972 973 974 975 976 977 978 979 980 981 982 983 984 985 986 987 988 989 990 991 992 993 994 995 996 997 998 999 1000 1001 1002 1003 1004 1005 1006 1007 1008 1009 1010 1011 1012 1013 1014 1015 1016 1017 1018 1019 1020 1021 1022 1023 1024 1025 1026 1027 1028 1029 1030 1031 1032 1033 1034 1035 1036 1037 1038 1039 1040 1

As: Regina SUPER da SILVA FERREIRA

Juazeiro do Norte - CE 05/12/2016.

24



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3160601850 **Cidade:** Juazeiro do Norte **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: REGINA SHERLE DA SILVA **Data do acidente:** 26/05/2016 **Seguradora:** MAPFRE VIDA S/A
FERREIRA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 10/10/2016

Valoração do IML: 0

Diagnóstico: TRAUMA NO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO

Resultados terapêuticos: LIMTAÇÃO

Sequelas permanentes: DEBILIDADE FUNCIONAL

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: MEMBRO INFERIOR 50

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 inferiores	70 %	Em grau médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
Total			35 %	R\$ 4.725,00

PRESTADOR

AMORIM E MATTOS SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS LT

Nome do médico: PAULO ARTUR DE ARAUJO AMORIM

CRM do médico: 52.86271-1

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:





PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: Regina Shenle da Silva Ferreira brasileiro(a), estado civil: Não informado
Profissão: Recusado, portador(a) do RG 2003034092671, órgão expedidor SSP-CE
e do CPF: 039 96537328, residente no(a) R. João Romão
nº 251, bairro: Meio Seco, município: Juazeiro do Norte / CE.

OUTORGADO:

Nome: Damião Gomes da Silva brasileiro(a), estado civil: Casado
Profissão: Recusou Informar, portador(a) do RG CNH:03399605027, órgão expedidor Detran-ce
e do CPF: 968.453.503-10, residente no(a) Avenida Sebastião Mariano da Silva
nº 653, bairro: Tiradentes, município: Juazeiro do Norte / CE.

PODERES: pelo presente instrumento particular de procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a **SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT**, a fim de que o outorgado dê entrada em meu pedido de indenização do seguro DPVAT a ser creditada em conta bancária de minha titularidade conforme ficha de Autorização de Pagamento e poderes para acompanhar toda a tramitação do referido processo junto a esta seguradora, podendo para tanto requerer o que necessário for, assinar, substabelecer esta, dar quitação e praticar, enfim, todos os atos de direito, permitindo para perfeito cumprimento deste mandato, da vítima Regina Shenle da Silva Ferreira.
Local e Data: Juazeiro do Norte - CE 16/08/16.

5º OFÍCIO

X Regina Shenle da Silva Ferreira
Assinatura do outorgante
(Reconhecer firma por autenticidade)



Nº DO SINISTRO 3160/601850

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, Regina Sherle da Silva Ferreira
PORTADOR(A) DO RG Nº 2003834092671 EXPEDIDO POR SSP-Ce EM 07/10/03 E
CPF 039965373-08 /CNPJ 000000000-00000-00, PROFISSÃO Recuso
E RENDA MENSAL DE R\$ Recuso (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Regina Sherle da S. Ferreira, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

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

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

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional.
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA.
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéticas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site 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) 3587 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 23237-4

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE 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 REFERIDA INDENIZAÇÃO.

Coririacule 10 de fevereiro de 2017 Regina SHERLE da Sil
LOCAL E DATA 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.



AUTO-ATENDIMENTO - NOVA JUAZEIRO

DATA: 03/02/2017

HORA: 20:49:51

TERMINAL: 35871011

CONTROLE: 358710111123

AGÊNCIA: 3587 - NOVA JUAZEIRO

CONTA : 013.00023137-4

CLIENTE: REGINA SHERLE DA S FERREIRA

SALDO PARA SIMPLES CONFERÊNCIA

SALDOS DE POUPANÇA POR DATA LIMITE
DEPÓSITOS REALIZADOS ATÉ 03/05/2012
SEM AS MOVIMENTAÇÕES DO DIA

DATA
20/01

VALOR