

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: 08/10/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MARIA GORETE CRUZ SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00746

CONTA: 000000035570-2

Nr. da Autenticação A078CD4F86DCEDE6

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180440047 **Cidade:** Maracanaú **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARIA GORETE CRUZ SILVA **Data do acidente:** 13/02/2018 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 28/09/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DO FÊMUR DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

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 leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ3

Nome: RICARDO DE OLIVEIRA BLANCO

CRM: 902330

UF do CRM: RJ

Assinatura:

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180440047 **Cidade:** Maracanaú **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARIA GORETE CRUZ SILVA **Data do acidente:** 13/02/2018 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 28/09/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DO FÊMUR DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

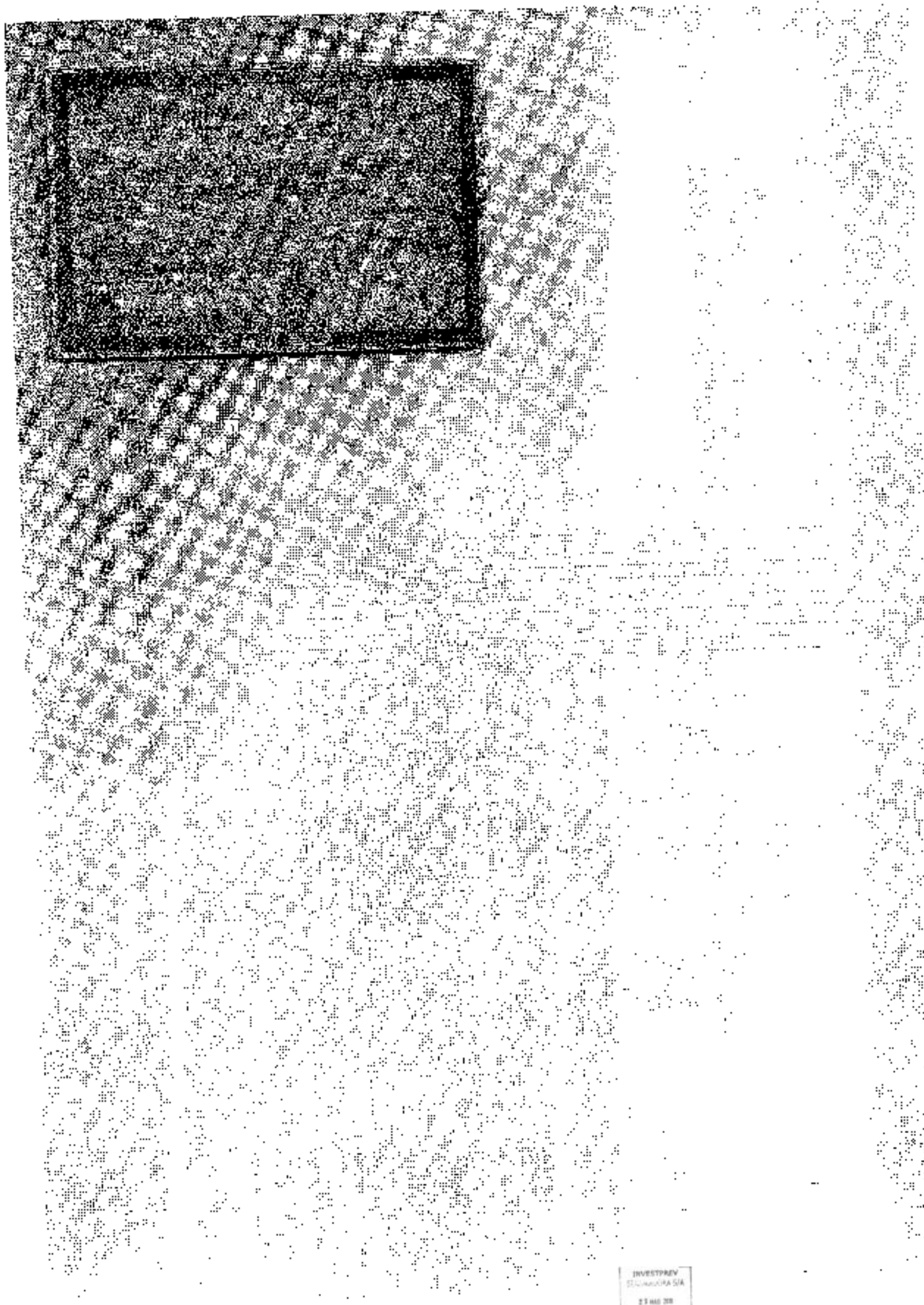
Conduta mantida:

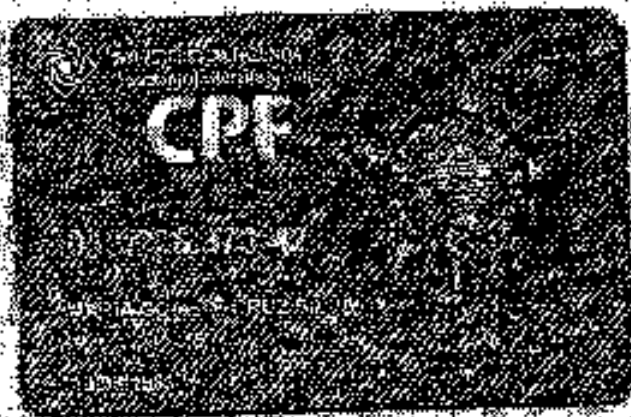
Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

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 leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
DEPARTAMENTO DE IDENTIDADE

CRIMINAL

Maria Fátima Cruz Silva

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
DEPARTAMENTO DE IDENTIDADE

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
DEPARTAMENTO DE IDENTIDADE

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
DEPARTAMENTO DE IDENTIDADE

IDENTIDADE DO PORTADOR DO TACADONAL

TIPO DE TACADONAL: *CRIMINAL*

DATA DE EXPEDIÇÃO: *02/06/2002*

NOME DO TACADONAL: *MARIA FÁTIMA CRUZ SILVA*

ENDEREÇO DO TACADONAL: *BRUNO LUIZ RODRIGUES DA SILVA - RUA DA AGRICULTURA, 100 - JARDIM SÃO CARLOS - SÃO PAULO - SP*

NATURALIDADE: *SÃO PAULO - SP*

DATA DE NASCIMENTO: *10/01/1971*

ESTADO CIVIL: *CASADO*

PROFISSÃO: *PROFESSOR*

ASSINATURA DO TACADONAL: *Maria Fátima Cruz Silva*

ASSINATURA DO DELEGADO: *[Assinatura]*

DEPARTAMENTO DE IDENTIDADE

INVESTPREV
SEGURANÇA S/A

20 JUN. 2010

ENTRADA



HOSPITAL
FERNANDES TÁVORA

MARIA GORETE CRUZ SHP

hinda hinda.

Ateto per a pouta curra
foi submetido a cirurgia
no Futuro do Jume
disto.

Entrada em

16/05/18 Alto deficiente

16/05/18



Instituto Clínico de Portaleza S/C Ltda.
Av. Francisco Sá, 5465 - Alameda Weyne - Portaleza - CE 60.310-002
Fone/Fax: (85) 3228-2555
www.hospitalfernandestavora.com.br
E-mail: hospitalfernandestavora@gmail.com

000010-1



INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA

"24 horas de proteção à vida"

Boletim de Emergência Reg.: 5552972

O Sr.(a) EVERTON OLIVEIRA LOPES

Foi atendido (a) neste Hospital no dia 27 / 03 / 18 às 17 : 47 h.

Tendo como causa do socorro Paciente com trauma de face, apresentando

fratura de côndilo mandibular, necessitando de 7 dias de

repouso domiciliar. CID: S02.6.

Observações:

Fortaleza, 27 de Março de 200 18

Médico de Plantão - CRM:

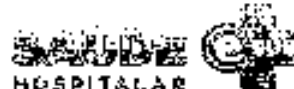
CPF:

S. Antônio Carlos da Silva
Cirurgião - Traumatologista
Rua Amélia, 300
FONE 4432

Mais informações consulte o Boletim de Emergência Regular



INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA



Fundado em 15/04/2016 8:47:28

Pórcula LARA MORAIS WENDONÇA

Registro de Atendimento
Emergencial

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL						DATA/HORA: 13/02/2018 18:22:26	
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE							
CNPJ: 700609800420987	NOME: MARIA GORETE CRUZ SILVA			Razão: 5550098			
CNP: 01327837342	RG: 2002014349434	D. NASC: 10/03/1953	ESTADO CIVIL:	SEXO: F	RAÇA/COR: Pardo		
NOME DA MÃE: MARIA DO SOCORRO CRUZ SILVA			NOME DO PAI: FRANCISCO RODRIGUES DA SILVA				
TIPO DE LOCOMOÇÃO: Rua	PAZ/NÚMERO DO ENDEREÇO: FRANCISCO ADALDO CORDEIRO		Nº: 745	BARRIO: BELA VISTA			
COMPLEMENTO:	TELEFONE: 999358888	MUNICÍPIO: CANINDÉ	UF: CE	CID: 62703000			
IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL							
NOME: gressuina		PARENTESCO: Mãe			TIPO DE CARGO:		
ACIDENTE DE TRABALHO							
EMPRESA: VENTIL		CARGO DO EMPREGADO:		CNP. DO EMPREGADOR:		CÓDIGO DO CNAE:	
ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO							
MOTIVO DE ATENDIMENTO: Acidente com motociclista. Colisão com um carro pick up da camionete							
QUEIXAS: COLISÃO MOTOCARRO APRESENTANDO FRATURA EXPOSTA DE FEMUR							
OBSERVAÇÕES: PROBLEMAS EM EXTREMIDADES, HATUHA EXPOSTA							
SINAIS VITAIS							
LOCAL DA OCORRÊNCIA: Área Pública		Estado de Saúde: Moderado		PRIORIDADE DE ATENDIMENTO: AMARELO			
ESPECIALIDADE DO ATENDIMENTO:							
ATENDIMENTO MÉDICO							
Anamnese							
Exame Físico							
Conduta:							
TEMPO NECESSÁRIO PARA OBSERVAÇÃO:							
EXAMES COMPLEMENTARES SOLICITADOS:							
ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE:							
DATA E HORA DO ATENDIMENTO:				CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA:			

INVESTPREV
SEGURADORA S/A

20 JUL 2018

ENTRADA

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, THIAGO LEITÃO LOPES

RG nº 2003940043901 data de expedição 03/07/12.

Órgão SSP/CE portador do CPF nº 020.237.893-43 com

domicílio na cidade de CANINDÉ no Estado de

CEARA onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

R. FRANCISCA ADENISE OLIVEIRA nº 945

complemento CASA, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a

vítima MARIA GONETE OLIVEIRA SILVA cujo o condutor era

THIAGO LEITÃO LOPES

Veículo: HONDA/ CG 160 STREET

Modelo: 2017

Ano: 2017

Placa: PNU 5842

Chassi: 9 C 2 K C 2 5 0 0 H R 0 6 5 7 0 8

Data do Acidente: 23/02/2018

Local e Data: CANINDÉ, 09 DE MAIO DE 2018

THIAGO LEITÃO LOPES

Assinatura do Declarante

THIAGO LEITÃO LOPES

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

CARTÃO S. PESSOAL 1º OFICIO CANINDÉ-CE	RECONHEÇO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE <u>THIAGO LEITÃO LOPES</u>
	DOUFE EM TESTEMUNHO DA VERDADE 09/05/2018.
	IDA MARIA CAVALCANTE VASCONCELOS Escrivente Compromissada



Ida Maria Cavalcante Vasconcelos
Escrivente Compromissada



INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA

"24 horas de proteção à vida"

Boletim de Emergência Reg.: 5552972

O Sr.(a) EVERTON OLIVEIRA LOPES

Foi atendido (a) neste Hospital no dia 27 / 03 / 18 às 17 : 47 h.

Tendo como causa do socorro Paciente com trauma de tórax, apresentando

fractura de costela manípulada, necessitando de 7 dias de

repouso domiciliar. CID: S02.6.

Observações:

Fortaleza, 27 de Março de 200 18

Médico de Plantão - CRM:

CPF:

S. Antônio Carlos da Silva
Cirurgião - Traumatologista
Rua Amélia, 300
FONE 4432

Mais informações consulte o Boletim de Emergência Regular



INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA



Enviado em: 05/04/2016 09:47:28

**Registro de Atendimento
Emergencial**

Parabirajara Moraes Mendonça

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL						DATA/HORA: 13/07/2016 19:22:28	
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE							
CNS: 700609980400087		NOME: MARIA GORELI CRUZ SILVA			Registro: 5550088		
CPF: 01322837342		RG: 2302014049454		DNASC: 1300317583		ESTADO CIVIL:	
SEXO: F		RAÇA/COR: Preta					
NOME DA MÃE: MARIA DO SOCORRO CRUZ SILVA				NOME DO PAI: FRANCISCO RODRIGUES DA SILVA			
TIPUS DE OBRIGATORIO: Rua		EXERCÍCIO DO PACIENTE: FRANCISCO ALEXANDRE CORREIO		Nº: 743		BARRO: BELA VISTA	
COMPLEMENTO:		TELEFONE: 995868930		MUNICÍPIO: CAMACÃ		UF: CE	
Cidade: 6270000							
IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL							
NOME: patricia		PARENTESCO: mãe			TELEFONE:		
ACIDENTE DE TRABALHO							
TIPO DE VÍNCULO:		CBO DO EMPREGADO:		CNPJ DO EMPREGADOR:		CÓDIGO DO UNAE:	
ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO							
DETALHES DO ATENDIMENTO: Acidente com motocicleta, Colisão com um carro, pick up ou caminhão							
QUEIXAS: COLISÃO MOTOCARRÃO APRESENTANDO FRATURA EXPOSTA DE FÊMUR D							
OBSERVAÇÕES: PROBLEMAS EM EXTREIDADES/FRATURA EXPOSTA							
SINAIS VITAIS							
LOCAL DA OCORRÊNCIA: Área Pública		Estado de Ser: Moderado		PRIORIDADE DE ATENDIMENTO: AMARELO			
ESPECIALIDADE DO ATENDIMENTO:							
ATENDIMENTO MÉDICO							
Assinatura:							
Exame Físico:							
Conduta:							
TEMPO NECESSÁRIO PARA OBSERVAÇÃO:							
EXAMES COMPLEMENTARES SOLICITADOS:							
ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE:							
DATA E HORA DO ATENDIMENTO				CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA:			

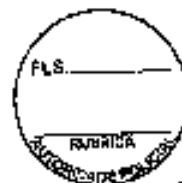
INVESTPREV
SEGURADORA S.A.

28 JUN. 2016

ENTRADA



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DO 20. DISTRITO POLICIAL



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 120 - 698 / 2018

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: Manica Jonell Cruz Silva

VISTO DO DELEGADO(A) : JOSÉ EVILÁSIO COSTA REBOUÇAS - MAT.: 013335-1-8





GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DO 20. DISTRITO POLICIAL



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 120 - 698 / 2018

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
 Data / Hora da Comunicação: **16/05/2018 13:27:52**
 Data / Hora da Ocorrência: **13/02/2018 17:30:00**
 Endereço da Ocorrência: **ANEL VIÁRIO**
 Complemento:
 Bairro: **PARQUE JARI** Município: **MARACANAÚ/CE**
 Ponto de Referência: **CEMITÉRIO MEMORIAL FORTALEZA**

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **MARIA GORETE CRUZ SILVA**
 Nascimento: **10/03/1983** CPF:
 RG: **2002014048454** Orgão Emissor: **SSP** UF: **CE**
 Filiação: **MARIA DO SOCORRO CRUZ SILVA**
FRANCISCO RODRIGUES DA SILVA
 Endereço: **RUA FRANCISCA ADENISE CORDEIRO, 745**
 Bairro: **BELA VISTA** CEP:
 Município: **CANINDE/CE** Telefone: **(85) 98936-8989**
 País: **BRASIL**

Histórico

Informa a declarante que no dia acima citado, estava como garupeira na motocicleta HONDA/CG 160 START de placa PNU5948, Renavam: 1131470319, Chassi: 9C2KC2500HR066708 registrada no Detran em nome de seu companheiro THIAGO LEITÃO LOPES, este que conduzia a motocicleta; Que a motocicleta vinha em sua mão normalmente quando um veículo GM/Corsa Sedan de placas HYO0720 conduzido por FABRICIO RODRIGUES DE SOUZA, este que estava em um acostamento entrou na via repentinamente cruzando na frente da motocicleta que seguia a declarante; Que THIAGO não conseguiu frear a tempo e acabou colidindo com o veículo GM/Corsa Sedan de placas HYO0720; Que com o Impacto a declarante foi arremessada por cima do carro Corsa, bateu no para-brisa e depois caiu no chão; Que a declarante foi socorrida por uma ambulância que a levou para o hospital o IJF onde ficou internada e depois foi transferida para o hospital Fernandes Távora onde foi submetida a uma cirurgia; Que a declarante teve fratura exposta no fêmur direito; Que o motorista do Corsa FABRICIO permaneceu no local; Que a polícia Rodoviária Federal esteve no local e registrou o BAT; Que THIAGO também sofreu fraturas e foi socorrido pela ambulância; Que no local FABRICIO assumiu a culpa do acidente, porém depois quando THIAGO pediu para conversar com ele, o mesmo disse que não ia pagar nada; Que a motocicleta HONDA/CG 160 START de placa PNU5948 ficou bastante avariada impossibilitada de uso. E nada mais disse.
 x/x/x/x/x

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DO 20. DISTRITO POLICIAL

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

EDNUZIA ALMEIDA EMÍDIO - MAT.: 404678-1-5

DELEGACIA DO 20. DISTRITO POLICIAL

Pág. 1 de 2

Ingresso em: 16/05/2018 13:57:05



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradolider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

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

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 - "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da vítima

013.226.373-42

Nome completo da vítima

Maria Jorgete Cruz Silva

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo Maria Jorgete Cruz Silva		CPF titular da conta 013.226.373-42	Profissão Autônoma
Endereço Rua - Francisca Adenise Cardozo		Número 945	Complemento sem
Bairro Bela Vista	Cidade Barininde	Estado L	CEP 62700-700
Telefone (DDD) (85) 988201298			

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

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

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

☐ BRASECO (237)
 ☐ BANCO DO BRASIL (001)
 ☐ ITAU (341)

☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)
 ☐ OPERAÇÃO (013)

AGÊNCIA Nº	CV	CONTA Nº	DV
0746		35570	2
(informar dígito se existir)		(informar dígito se existir)	

☐ CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO Nome	Nº	
AGÊNCIA Nº	CV	CONTA Nº
		DV
(informar dígito se existir)		(informar dígito se existir)

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

Fortaleza, 01 de Maio de 2018

Local e Data

Maria Jorgete Cruz Silva

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal