

Rio de Janeiro, 03 de Agosto de 2017

Carta nº: 11426946

A/C: GEANE ANGELA PEREIRA

**Sinistro/Aviso Sinistro Líder:** 3170414605 ASL-0286342/17

**Vitima:** GEANE ANGELA PEREIRA

**Data Acidente:** 07/11/2016

**Natureza:** INVALIDEZ

**Procurador:** JOSE RODRIGUES DOS SANTOS

**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.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br), ou ligue para a 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.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.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 inicio 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 onde o sinistro foi cadastrado.**

Atenciosamente,



Rio de Janeiro, 08 de Agosto de 2017

Carta nº: 11451798

A/C: GEANE ANGELA PEREIRA

**Sinistro:** 3170414605 ASL-0286342/17  
**Vitima:** GEANE ANGELA PEREIRA  
**Data Acidente:** 07/11/2016  
**Natureza:** INVALIDEZ  
**Procurador:** JOSE RODRIGUES DOS SANTOS

Ref.: NEGATIVA TÉCNICA - SEQUELA NÃO INDENIZÁVEL

Prezado(a) Senhor(a),

Relativamente ao acidente ocorrido em **07/11/2016**, informamos a não cobertura técnica da indenização pleiteada, tendo em vista que após análise técnica e médica da documentação apresentada, concluímos não haver invalidez permanente resultante do acidente causado por veículo automotor, passível de cobertura pelo Seguro DPVAT nos termos da Lei nº 6.194/1974, com redação conferida pela Lei nº 11.945/2009.

Assim, por não haver cobertura técnica para o evento objeto de sua solicitação, haja vista a inexistência de sequelas permanentes, consideramos a presente reclamação de indenização como encerrada em nossos arquivos.

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](http://www.seguradoralider.com.br).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**





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, Geanne Angela Pereira

PORTADOR(A) DO RG Nº 3693282 EXPEDIDO POR SDS- PE EM 12/01/04 E

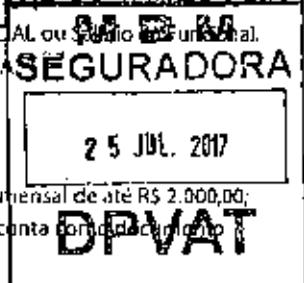
CPF 69284398468 /CNPJ 0000000000000000, PROFISSÃO funcionaria

E RENDA MENSAL DE R\$ 1.000,00 ( ) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Geanne Angela Pereira, AUTORIZO A SEGURADORA LIDER 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 FUNDATEC/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 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 fornecida (não é comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta no site da RECEITA FEDERAL [www.receita.fazenda.gov.br](http://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 404 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0684 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 27570-2

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

 Nº do BANCO 404 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0684 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 27570-2

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.

Geanne Angela Pereira  
 LOCAL E DATA: 12 de Julho de 2017

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

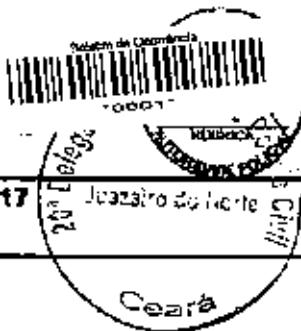

**ATENÇÃO**

- 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.dpvatsegurodeuronto.com.br](http://www.dpvatsegurodeuronto.com.br) ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.





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



**BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 458 - 0319 / 2017**

**Dados da Ocorrência**

**Natureza do Fato: ACIDENTE DE TRÂNSITO**

**Data / Hora da Comunicação: 18/07/2017 08:24:55**

**Data / Hora da Ocorrência: 07/11/2016 19:00:00**

**Endereço de Ocorrência: RUA POETA JOSÉ BERNARDO DA SILVA**

**Complemento:**

**Bairro: TRIÂNGULO**

**Município: JUAZEIRO DO NORTE/CE**

**Ponto de Referência:**

**Dados da(s) Vítima(s)**

**Nome: GEANE ANGELA PEREIRA**

**Nascimento: 29/06/1973 CPF: 692.743.984-68**

**RG: 3693282 Orgão Emissor: SSP/PE**

**UF:**

**Filiação: ZULEIDE ANGELA PEREIRA**

**ALCIDES BERTOLDO PEREIRA**

**Endereço: RUA ANTONIO ADAIL DA NOBREGA, 116**

**Bairro: TRIÂNGULO**

**Município: JUAZEIRO DO NORTE/CE**

**CEP:**

**País: BRASIL**

**Telefone: (88) 99979-0772**

**Noticiante(s)**

**Nome: ADALBERTO FERREIRA DE ALBUQUERQUE**

**Nascimento: 05/03/1987 CPF: 009.918.283-13**

**RG: 2002029177410 Orgão Emissor: SSP/CE**

**Filiação: VALDELICE FERREIRA DE ALBUQUERQUE**

**JOSE DE ALBUQUERQUE MELO**

**Endereço: RUA LUIZ DE FREITAS, 54**

**Bairro: TRIÂNGULO**

**Município: JUAZEIRO DO NORTE/CE**

**País: BRASIL**

**M B M  
SEGURADORA**

**25 JUL. 2017**

**DPVAT**

**CEP: 63.041-020**

**Telefone: (88) 8842-4591**

**Dados do(s) Veículo(s)**

**1) Placa: OCL 1096 UF: CE Município: JUAZEIRO DO NORTE Chassi:**

**9C2KD0550CR504456 Renavam: 347015298 Tipo do Veículo:**

**MOTOCICLETA Marca / Modelo: HONDA/NXR150 BROS ES Ano**

**Fabricação: 2011 Ano Modelo: 2012 Combustível: GASOLINA/ALCOOL**

**Cor: LARANJA Proprietário: ADALBERTO FERREIRA DE**

**ALBUQUERQUE Situação: NÃO INFORMADO Envolvimento: COLISAO**

**Historico**

Advertido (a) das penalidades previstas em LEI, DISSE: QUE na data, hora e local, acima informados, o noticiante ADALBERTO FERREIRA DE ALBUQUERQUE (CNH: 03849744104; CAT: AD; VAL.: 17/07/2018, CÓPIA ANEXA); conduzia a moto HONDA BROS, acima descrita (CÓPIA DO CRLV ANEXA); QUE como passageira da moto estava a pessoa de GEANE ANGELA PEREIRA (ACIMA DESCRITA, E CÓPIA DOS DOCUMENTOS PESSOAIS EM ANEXO); QUE vinham trafegando na Rua Poeta José Bernardo da Silva quando um carro invadiu a via do noticiante, ao desviar deste carro, chocou-se com outra moto, e com a batida a passageira GEANE caiu da moto; QUE o condutor do carro causador do acidente evadiu-se do local sem prestar o

DELEGACIA REGIONAL DE JUAZEIRO DO NORTE

*Adalberto Ferreira de Albuquerque*

*Victima: Geane Angela Pereira*

Pág. 1 de 2

Impresso em: 18/07/2017 09:05:03



BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 486 - 6319 / 2017

devido socorro; QUE não sabe identificar qual era esse carro causador do acidente, nem quem era o condutor do mesmo; QUE em virtude do acidente o SAMU foi acionado; QUE a vítima foi socorrida pelo SAMU, conforme CERTIDÃO NARRATIVA DO SAMU [CÓPIA ANEXA], sendo encaminhada para a UPA DE JUAZEIRO DO NORTE; QUE na UPA foram realizados os primeiros atendimentos [ANEXA COPIA DA FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL]; QUE a vítima foi encaminhada para o HOSPITAL REGIONAL DO CARIRI e HRC; QUE segundo a FICHA DE ATENDIMENTO DO HRC [CÓPIA ANEXA], a vítima deu entrada no HRC no dia 07/11/2016, pelas 21:01h; QUE a vítima apresentou a lesão descrita no atendimento médico da FICHA DE ATENDIMENTO do HRC; QUE no dia 21/11/2016 a vítima retornou ao HRC, conforme FICHA DE ATENDIMENTO [CÓPIA ANEXA]; QUE está fazendo este boletim apenas para fins de seguro DPVAT, não representando, portanto, pela apuração em relação ao crime de lesão corporal culposa no trânsito (art. 303 do CTB); QUE está recebendo a Guia de exame de corpo de delito para se submeter a exame na PEFOCE tendo em vista requerer o seguro DPVAT; QUE está sendo orientado (a) que precisa pagar a taxa devida à PEFOCE para a realização do exame de corpo de delito. Fora cientificado (a) de que todas as informações prestadas neste registro são de responsabilidade do (a) declarante. Nada mais disse. ///////////////

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE JUAZEIRO DO NORTE

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO: PEDRO DE ARAUJO SILVA NETO

MAT.: 300222-1-1

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: Adelberto Ferreira da Abreu que

VISTO DO DELEGADO(A):

MARCOS ANTONIO DOS SANTOS - MAT.: 133850-1-7

Vítima: Gleone Angelica Pereira



## ප්‍රධානුම්‍ය ප්‍රජා සංඛ්‍යාව දීම් ප්‍රජාවලියා ප්‍රජාවලියා

## DATA CIVICI DELL'INDIVIDUO: CARATTERISTICHE E CLASSIFICAZIONE DELLE INFORMAZIONI

DE EVA HERALD IN THE FEDERAL KEY P  
LAWYER CLOUT  
BROOKLYN DEFENDANT AND COUNSEL  
COMING UP ON DOCK DO CARRY



**Ficha de Atendimento Ambulatorial**

Data: 07/11/2016 Data de Saída: 07/11/2016  
Hora: 19:55 Hora de Saída: 19:55

**Paciente**

Nome: 8486 GEANE ANGELA PEREIRA  
Responsável: GEANE ANGELA PEREIRA  
Mãe: ZULEIDE ANGELA PEREIRA  
Endereço: ANTONIO ADAIL DA NOBREGA, 166, TRIÂNGULO -

Nasc: 29/06/1973 Idade: 43  
Telefone: (088) 8833-7122 Celular: (088) -  
CEP: 63.000-000 Natural: PAULISTA PE

**Documento**

Mat/CNS: Doc. Identidade: 3693282 Guia: Autorização:  
Trabalho: Validade da Carteira: Último Págto:  
**Convênio**  
Convênio: SUS Cod. de Credenciamento Tipo de Atendimento: 2

**Queixas do Paciente**

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE TRANSITO REFERINDO-SE DOR NO CORPO


**Antecedentes Médicos**
**Exame Físico**

CONCIENTE  
ORIENTADO

**Exames Complementares**
**Conclusão Diagnóstica**
**CID-10 V293**
**TRAUMA**
**Tratamento**

RX,  
ANALGÉSIA  
ENC PARA ESPECIALIDADE

Dr. Antonio Reinaldo da Silva  
Médico  
CRM: 11023

ANTONIO REINALDO DA SILVA  
CRM: 11023 / CE

Diretor Médico

## FICHA DE ATENDIMENTO

### IDENTIFICAÇÃO PACIENTE/CADASTRO

Nome: GEANE ANGELA PEREIRA	Admissão: 07/11/2016 21:01		
Pront.: 42957	Data Nasc.: 26/06/1973	Idade: 43 ano(s) 4 mes(es) e 11 dia(s)	Tel.: 88 88337122
Mãe: ZULEIDE ANGELA PEREIRA			
Sexo: Feminino	FG: 3693282	Município: JUAZEIRO DO NORTE	
CEP: 63010-000	Bairro: TRIÂNGULO		
Endereço: RUA ANTONIO ADIL DA NOBREGA 166			

### CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Risco: AMARELO	Classificador: JAMARA BATISTA DA CRUZ	Horário: 07/11/2016 21:04
Queixa: paciente encaminhada da upa, vítima de acidente de trânsito, queixa-se de dor em região patelar esquerda e ms, nega outras queixas		
Fluxograma: PROBLEMAS EM EXTREMIDADES		
Discriminador: DOR MODERADA		

Sat02: Glasgow: 15 Temp.: 36,8 Glicemia: 100 Régua: 7 Pulso/FC: 80

### ATENDIMENTO MÉDICO

Médico: GETULIO KAHIL AMBROSIO GOMES CRM: 6 Nº: 349270 Horário: 07/11/2016 21:15  
Acidente: Sim Agressão: Não Peso: P.A.:

Eixo: PEQUENAS CIRURGIAS

Hipótese Diagnóstico: MOTOCICLISTA [QUALQUER] TRAUMATIZADO EM UM ACIDENTE DE TRANSITO NAO ESPECIFICADO

Comorbidade:

HDA/Exame Físico:

PACIENTE VÍTIMA DE QUEDA DE MOTO COM LESÃO CORTO-CONTUSA EM REGIÃO PATELAR ESQUERDA COM PROVÁVEL FRATURA EXPOSTA DA PATELA.

CD: RX DO JOELHO ESQUERDO

AVALIAÇÃO E CONDUTA DA TRAUMATOLOGIA



Nome	Data Solicitação	Urgente	Situação
------	------------------	---------	----------

*Além de evidências de fratura  
na região patelar.*

EXAME

*Além de evidências de fratura  
na região patelar.*

PRESCRIÇÃO

Médico: Dr. Albe do. T.O.	Horário:
---------------------------	----------

Prescrição

*Dr. Albe do. T.O.  
25/11/2016  
MOTOCICLISTA  
TRAUMATIZADO  
CD: RX DO JOELHO ESQUERDO  
PATELA ESQUERDA  
PDT: 22:15*

**ENCAMINHAMENTO - CONDUTA FINAL**

Alta. Conduta

Observação

Referência para:

Óbito



## FICHA DE ATENDIMENTO

### IDENTIFICAÇÃO PACIENTE/CADASTRO

**Nome:** GEANE ANGELA PEREIRA **Admissão:** 21/11/2016 15:52  
**Pront.:** 42957 **Data Nasc.:** 26/06/1973 **Idade:** 43 ano(s) 5 mes(es) e 20 dia(s) **Tel.:** 88 88337122  
**Mãe:** ZULEIDE ANGELA PEREIRA  
**Sexo:** Feminino **RG:** 3693282 **Município:** JUAZEIRO DO NORTE  
**CEP** **Bairro:** TRIÂNGULO  
**Endereço:** RUA ANTONIO ADIL DA NOBREGA 166

### CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

**Risco:** VERDE **Classificador:** SASKIA EVELLINE FREIRE SENA **Horário:** 21/11/2016 15:57  
**Quelxa:** PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO HÁ 15 DIAS. APRESENTA DOR E EDEMA EM JOELHO  
**Fluxograma:** PROBLEMAS EM EXTREMIDADES  
**Discriminador:** EDEMA  
**Sato02:** Glasgow: **Temp.:** **Glicemia:** **Régua:** 3 **Pulso/FC:**

### CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Data	Fluxograma	Discriminador	Risco	Profissional
21/11/2016 15:57:00	PROBLEMAS EM EXTREMIDADES	EDEMA	VERDE	SASKIA EVELLINE FREIRE SENA

### EXAME

Nome	Data Solicitação	Urgente	Situação

### PRESCRIÇÃO

Médico:

Prescrição	<b>Morbo:</b> M <b>SEGURADORA:</b> 25 JUL. 2017
<b>EVOLUÇÃO</b> Data Cadastro	Descrição Usuário Cadastro

### EVOLUÇÃO

Data Cadastro	Usuário Cadastro	Descrição	DPVAT

### ENCAMINHAMENTO - CONDUTA FINAL

Alta, Conduta  Observação  Referência para:  Óbito

## RECEITUÁRIO MÉDICO

PACIENTE: Jane Lyda Pinto PRONTUÁRIO:

210218

Quarto pte. 1º etº esco-cortar no joelho @  
(direito).

Não houve uso de tratamento, somente  
via grafta da heterelide.

DR. Samir Samaan Filho  
Ortopedia e Traumatologia

CRA-CE 21.346 / FOT 13.899

DATA: 21/02/18

MÉDICO / CREMEC

[Hospital Regional do Ceará | Rua Conselheiro Pinto, 170 - Edifício 2 | Fortaleza/CE | CEP: 60.041-062 | CNPJ: 05.288.526.000-22-01]



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO  
Nº 3.693.282

DATA DE  
EXPEDIÇÃO: 12.01.2004

GEANE ANGELA PEREIRA

Alcides Bertoldo Pereira  
Zuleide Angela Pereira

PAULISTA

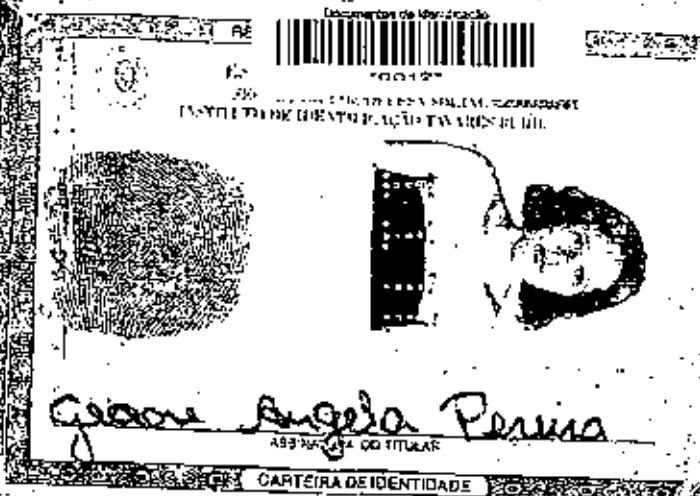
DATA DE NASCIMENTO  
29.06.1973

ON 58416 LIV. 98 FLS-101 CART. DE PAULISTA -

PE

LEI N° 7.118 DE 29.06.83

18º REGISTRAÇÃO DO TITULAR



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

ESTA CARTA É O DOCUMENTO ESPECIAIS DE IDENTIDADE EM PROTEÇÃO DE PESSOAS FÍSICAS, CONCEDIDA PELA AUTORIDADE MÍNISTÉRIO DA JUSTIÇA, TRIBUNAL FEDERAL DE JUSTIÇA, A UNIDADE MÍNISTÉRIO DA JUSTIÇA FEDERAL.

DATA DE NASCIMENTO

29.06.1973

Sandra M. Pereira de Alcântara

LEIA TAMBÉM A INSTRUÇÃO DO FICHAJÁRIO RESPONSÁVEL PELA EMISSÃO

INSTRUÇÃO INFORMATIVA DO SPC

MINISTÉRIO DA JUSTIÇA  
TRIBUNAL FEDERAL DE JUSTIÇA

SECRETARIA DA JUSTIÇA FEDERAL

092-733981-98

29.06.1973

GEANE ANGELA PEREIRA

29.06.1973

GEANE ANGELA PEREIRA

VALIDADE ESTENDIDA COM A INSTRUÇÃO DE IDENTIDADE





MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO  
CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL



Número 65921 Série 00051



Gláucia Angelina Ribeiro  
ASSINATURA DO PORTADOR

QUALIFICAÇÃO CIVIL  
Nome Gláucia Angelina Ribeiro  
Loc. Nasc. Paulista  
Filiacão de pais: parteiro Est. SP  
Doc. N° RG 11.83.4572 Série 353776 Data Emissão 18.07.2004

ESTRANGEIROS

Chegada ao Brasil em 1/1/2004 Doc. Ident. N°  
Exp. em 1/1/2004 Estado

Obs.:

Data Emissão 18.07.2004

DRT 76

Beckembauer Gómez Bezerra

Assinatura do Funcionário

BECKEMBAUER GÓMES BEZERRA

M B M  
SEGURADORA  
25 JUL. 2017  
DPVAT



Ministério da Fazenda  
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **692.743.984-68**

Nome: **GEANE ANGELA PEREIRA**

Data de Nascimento: **29/06/1973**

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data da Inscrição: **anterior a 10/11/1990**

Dígito Verificador: **00**

Comprovante emitido às: **08:38:59** do dia **21/07/2017** (hora e data de Brasília).  
Código de controle do comprovante: **C7E7.B78D.2BBD.67DD**



Este documento não substitui o ["Comprovante de Inscrição no CPF"](#).

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





VALIDADE: 01/2020

JOÃO RODRIGUES DOS SANTOS

DOCUMENTO: CED. NACIONAL  
2001020328640 - SSP - RJ - CS

CM: 005.639.753-42 DATA NASCIMENTO: 24/07/1984

PAI: JOÃO RODRIGUES DOS SANTOS  
MÃE: MARIA CICERA DOS SANTOS

PAPEL: 1 - NCE - CNAE: AD

Nº REGISTRO: 03002939803

NASCIMENTO: 16/07/2017

MIGRAÇÃO: 22/01/2005

EXERCE ATIV. REMunerada:

Assinatura: \_\_\_\_\_

VALIDADE DO DOCUMENTO

LUGAR: JUAZEIRO DO NORTE, CE

DATA: 27/07/2017

S. / \_\_\_\_\_

FOLHA DE IDENTIFICAÇÃO  
TITULAR DA POLÍTICA  
TITULAR DA POLÍTICA

66214428204  
EZ131862296

583276248

PROVISÓRIO PLASTIFICADO





Ministério da Fazenda  
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **005.639.753-42**

Nome: **JOSE RODRIGUES DOS SANTOS**

Data de Nascimento: **24/07/1984**

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data da Inscrição: **11/05/2002**

Dígito Verificador: **00**

Comprovante emitido às: **09:03:05** do dia **12/06/2017** (hora e data de Brasília).  
Código de controle do comprovante: **D59B.A2C9.2146.B7C4**



Este documento não substitui o ["Comprovante de Inscrição no CPF"](#).

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



# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3170414605      **Cidade:** Juazeiro do Norte      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** GEANE ANGELA PEREIRA      **Data do acidente:** 07/11/2016      **Seguradora:** ARUANA SEGUROS S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 08/08/2017

**Valorização do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** TRAUMA DE PATELA ESQUERDA

**Resultados terapêuticos:** NÃO INDENIZADO

**Sequelas permanentes:** DOR E EDEMA

**Sequelas:** Sequela não indenizável

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**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
		Total	0 %	R\$ 0,00

## PRESTADOR

VISÃO MÉDICA LTDA

**Nome do médico:** REGINALDO WANIS

**CRM do médico:** 52.43685-6

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**

