

BANCO BRADESCO S.A.

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

**FORMA DE PAGAMENTO:** Doc - Transferencia para conta em outro banco

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

**BANCO:** 237

**AGÊNCIA:** 1234

**CONTA:** 12345

---

---

**DATA DA TRANSFERENCIA:** 20/07/2015

**NUMERO DO DOCUMENTO:** 315037380001

**VALOR TOTAL:** 1.687,50

**TRANSFERIDO PARA:**

**CLIENTE:** JOANA DARQUE VIEIRA DOS SANTOS

**BANCO:** 237

**AGÊNCIA:** 00735

**CONTA:** 000000012832

---

---

Número da Autenticação

Rio de Janeiro, 28 de Abril de 2015

Carta nº: 6857639

A/C: JOANA DARQUE VIEIRA DOS SANTOS

**Sinistro:** 3150373800  
**Vitima:** JOANA DARQUE VIEIRA DOS SANTOS  
**Data Acidente:** 06/03/2015  
**Natureza:** INVALIDEZ  
**Procurador:**

**Ref.: AVISO DE SINISTRO**

**Prezado(a) Senhor(a),**

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

Para acompanhar o seu processo, acesse o site [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br), ou ligue para o SAC DPVAT 0800 022 12 04.

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

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

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

**ATENÇÃO:**

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do 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 de origem onde o sinistro foi cadastrado.**

Atenciosamente,



Rio de Janeiro, 28 de Maio de 2015

Carta n°: 7041889

A/C: JOANA DARQUE VIEIRA DOS SANTOS

**Sinistro:** 3150373800  
**Vitima:** JOANA DARQUE VIEIRA DOS SANTOS  
**Data Acidente:** 06/03/2015  
**Natureza:** INVALIDEZ  
**Procurador:**

**Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL**

**Prezado(a) Senhor(a),**

Recebemos em **28/04/2015** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **06/03/2015**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Boletim de ocorrência ilegível

Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na MBM SEGURADORA S/A de origem onde foi realizada sua reclamação de sinistro.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental.

**NÃO PERCA TEMPO!**

**PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;**

Em caso de dúvida, entre em contato conosco pelo SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Rio de Janeiro, 02 de Julho de 2015

Carta n°: 7299039

A/C: JOANA DARQUE VIEIRA DOS SANTOS

**Sinistro:** 3150373800  
**Vítima:** JOANA DARQUE VIEIRA DOS SANTOS  
**Data Acidente:** 06/03/2015  
**Natureza:** INVALIDEZ  
**Procurador:**

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

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

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

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br).

**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!

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



Rio de Janeiro, 22 de Julho de 2015

Carta n°: 7450696

A/C: JOANA DARQUE VIEIRA DOS SANTOS

**Sinistro:** 3150373800  
**Vitima:** JOANA DARQUE VIEIRA DOS SANTOS  
**Data Acidente:** 06/03/2015  
**Natureza:** INVALIDEZ  
**Procurador:**

**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: JOANA DARQUE VIEIRA DOS SANTOS**

**Valor: R\$ 1.687,50**

**Banco: 237**

**Agência: 000000735-8**

**Conta: 0000012832-5**

**Tipo: CONTA CORRENTE**

Memória de Cálculo:

<b>Multa:</b>	R\$	0,00
<b>Juros:</b>	R\$	0,00
<b>Total creditado:</b>	R\$	<b>1.687,50</b>

**Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros 25%**

**Graduação: Em grau médio 50%**

**% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%**

**Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50**

**Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um joelho 25%**

**Graduação: Complemento por reanálise 0%**

**% Invalidez Permanente DPVAT: (0% de 25%) 0,00%**

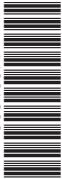
**Valor a indenizar: 0,00% x 13.500,00 = R\$ 0,00**

**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.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



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

## Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Sinistro: 3150373800 - 1

Nome do(a) Examinado(a): JOANA DARQUE VIEIRA DOS SANTOS

Endereço do(a) Examinado(a): SITIO BARRA DO RIACHO nº 9 - TROIA - PEDRA BRANCA/CE

Identificação - Órgão Emissor/UF/Número: RG 3452664/200 - SSP

Data local do exame: 14/07/2015 BOA VIAGEM/CE

### Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)

#### TRAUMA CONTUSO NO OMBRO ESQUERDO E NO JOELHO 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 complicações.

#### TRATADO CONSERVADORAMENTE COM AINH ALTA MÉDICA DEFINITIVA

III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais suscetível 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.

#### LIMITACAO LEVE NA ABDUCAO, ELEVACAO E ROTACAO DO OMBRO ESQUERDO MANTEM AMPLITUDE DOS MOVIMENTOS DO JOELHO ESQUERDO PRESERVADOS - 0%

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)

##### JOELHO ESQUERDO

10%  25%  50%  75%  100%

##### Região Corporal(Sequela)

10%  25%  50%  75%  100%

##### Região Corporal(Sequela)

##### OMBRO ESQUERDO

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 - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações(\*):

Total = "100% da IS"

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

Local e data de realização do exame médico legal:

CE - BOA VIAGEM, 14/07/2015

Médico Perito: JULIO CEZAR FURTADO DE QUEIROZ CRM: 2678/AM

  
Julio Cesar F. de Queiroz  
Médico  
CRM 2678-AM





Seguradora Lider - DPVAT

## AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Autorização de pagamento

"0014"

### 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, JOANA DARQUE VIEIRA DOS SANTOS, PORTADOR (A) DO RG Nº. 34526842000, EXPEDIDO POR SSP/CE EM 12/04/2000 E INSCRITO (A) NO CPF Nº. 754429303-10, PROFISSÃO AGRICULTORA, RENDA MENSAL DE R\$ 230,00 (") NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO (A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA JOANA DARQUE VIEIRA DOS SANTOS, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

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

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

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos podem aparecer termos: - SALÁRIO, FUNCIONAL, INSS, BOLSA FAMÍLIA, BOLSA ESCOLA, PREVIDÊNCIA SOCIAL ou AGRICULTURA FAMILIAR.
- Conta Empresarial – conta cadastrada em um CNPJ – nos documentos podem aparecer termos: CNPJ, ME, MEI, EPP, COMER ou LTDA normalmente ao final o nome do titular.
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for o titular.
- Conta tipo FÁCIL e/ou com limite de movimentação financeira mensal;
- Qualquer conta da CEF se não for apresentado algum documento do banco indicando que não existem quaisquer impedimentos para fins de depósito de Indenização do DPVAT.
- Para este banco (CEF), a conta corrente pode ser identificada com adola simples resumida de folha de cheque como comprovante de dados bancários ao titular.
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta;
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL [www.receita.fazenda.gov.br](http://www.receita.fazenda.gov.br)), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT e/ou sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Conta não pertencente à vítima/beneficiário.

**IMPORTANTES:** 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.

Os meios possíveis para identificar/verificar a documentação recebida na fase da regulação do sinistro DPVAT é responsabilidade do agente regulador (seguradora ou reguladora).

Os bancos BRADESCO e ITAÚ e SANTANDER disponibilizam, em consulta simples no site, informações sobre a titularidade da conta, se conta empresa e/ou salário ou ainda existência da mesma.

Os bancos BRADESCO e ITAÚ têm acordo junto à Seguradora Líder-DPVAT para abertura de conta POUPANÇA para fins de DPVAT sem ônus para o requerente. Carta de abertura disponível no endereço eletrônico: [www.dpvatsegurodotranito.com.br](http://www.dpvatsegurodotranito.com.br)

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE DO BANCO DO BRADESCO  
Nº do BANCO N° 237 da AGÊNCIA N° da CONTA 0012832-5  
0735-9

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA DA CAIXA ECONÔMICA FEDERAL  
Nº do BANCO N° da AGÊNCIA N° da CONTA \_\_\_\_\_

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

*Joana Darque Vieira dos Santos*  
ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

Pedra Branca – CE, 08 de abril de 2015  
LOCAL E DATA



- O Seguro DPVAT garante Indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago aos legítimos beneficiários, 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 provista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médica e hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de Indenização, acesse [www.dpvatsegurodotranito.com.br](http://www.dpvatsegurodotranito.com.br) ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.



**Bradesco**

**Dia & Noite**

BDN - BRADESCO DIA E NOITE  
EXTRATO CONTA FACIL TERM.039929  
JOANA DARQUE VIEIRA DOS SANTOS 12:14 HRS  
AGENCIA 0735 CONTA 0012832-5 06/03/2015



Boletim de Ocorrência

وَالْمُؤْمِنُونَ الْمُؤْمِنَاتُ الْمُؤْمِنَاتُ الْمُؤْمِنَاتُ الْمُؤْمِنَاتُ

WILHELMUS VAN DER APPELNTREK, 4000 ROOSWIJK  
WILHELMUS VAN DER APPELNTREK, 4000 ROOSWIJK  
WILHELMUS VAN DER APPELNTREK, 4000 ROOSWIJK  
WILHELMUS VAN DER APPELNTREK, 4000 ROOSWIJK

مکالمہ میریہ

卷之三

وَلِلْمُؤْمِنَاتِ أَنْ يَغْلِبْنَاهُنَّا وَلِلْمُؤْمِنِينَ أَنْ يَلْمِزُوهُنَّا

2500-2507/19-3

ESTATE PLANNING FOR THE RETIREMENT MARKET 11

MARIA VIEIRA DE MELLO

2004-05-06

REVIEW OF *GRANCA E GASSIL*

卷之三

卷之三

que la lucidez de wills basta a dar fuerza a un acto que no es más que la voluntad de un individuo. Que la lucidez de wills basta a dar fuerza a un acto que no es más que la voluntad de un individuo. Que la lucidez de wills basta a dar fuerza a un acto que no es más que la voluntad de un individuo.

卷之三

وَلِلَّهِ الْحَمْدُ لِمَا أَنْجَاهُ مِنْ أَذًى

卷之三

卷之三

1100

• 1



مکالمہ خانہ

وَلَمْ يَرْجِعْ إِلَيْهِ مِنْ أَنْتَرِيَةٍ إِلَّا مَنْ أَنْتَرَى

الله اعلم بالحقائق

مکالمہ مذکورہ

لطفی

119-1

THE PRACTICAL USE OF THE LENS

SIT BAKRA BO KIACKAU

REVISTA CIENTÍFICA

THE SOUTHERN STATES OF THE UNION

DISPONÍVEL PARA REGISTRO: ANTONIO GOMES DA NEVES - MAT: 059638-4-6  
DISPONÍVEL PARA INFORMAÇÃO: Joana Danique Vieira dos Santos.

مکالمہ ایک ایک دن

卷之三

Digitized by srujanika

— MBB  
SECURADORA

128 jün. 2015

DPVAT/RJ



## DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, JOANA DARQUE VIEIRA DOS SANTOS, Portador (a) do RG. Nº 3452664/2000, expedido por SSP/CE, em 12/04/2000 e inscrito (a) no CPF. 754429903-10, brasileira, casada, agricultora, residente e domiciliado na localidade denominada SITIO BARRA DO RIACHAO Nº09 nesta comarca, cidade de PEDRA BRANCA, 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:

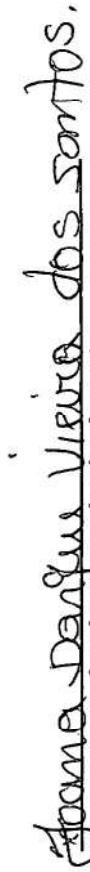
Não há estabelecimento do IML no município da minha residência;  
ou

O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

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

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

  
Joana Darque Vieira dos Santos,  
Assinatura do declarante  
conforme documento de identificação

Pedra Branca – CE, 08 de abril de 2015.  
Local e data



PREFEITURA MUNICIPAL DE PEDRA BRANCA  
HOSPITAL MUNICIPAL DE PEDRA BRANCA

Nº Atendimento: 1277 CNH: 180349000004 Data do Atend.: 02/05/15 06:25:44  
Nome do Paciente: JUANA UAKUUE VIEIRA LUS SANIUS Data de Nasc.: 07/09/974  
Endereço: BARRA DE BAIUÓ S/N Cpf: PEDEIRA BRANCA Cnpj: REGIÃO  
Convênio: SUS Pnt: UNIDADE BÁSICA TEODORO: Atend.: AMBULATORIAL - INDO VI  
Sexo: F Idade: 403 Anos: Profissão: Funtaristarte: 3  
Peso: 100

Sinais vitais: PA: Sist. 1 Urast. 1 FC: 1 Ibam HR: 1 Iemo: PC  
Proc.: USUÁRIO: ATENDIMENTO DE URGÊNCIA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA

Motivo do atendimento (questão principal + Anamnese)

Pcte quadro lombalgia  
dorsal gelho C:

Fárias de Riso:  Alto  Moderado  Baixo  
OBS:

PA e Exame Físico: Pcte combro COX.

Hipótese Diagnóstica Proável / Atendimento

Verdadeiro modo

Data 1º Sintom:

Procedimento complementar eletivo:  Patologia Clínica  Radiologia  Exame Preventivo  
 Ultrassom Obstétrico  Outros

Nome e Profissão do Atendente

Ass. Fisioterapeuta

Wellber de Lira  
CREMET 123

Se o paciente ficou com alterações agudas ( )

Encaminhamentos / Detalho do Paciente:

Atend. Especializado  Internação Hospitalar  Urgência e Emergência  Internações domiciliares  
 Atend.  Observação 12h      
 Transf. de emergência  Abertura de portogramma  Indicação de Cesariana

Possui com Departamento Multidisciplinar de Trânsito:

FOU ACIDENTE DE TRANSITO? Se positivo assinalar o tipo de conduta da vítima:  
 Sim  Nao  Ciclano  Ciclista  pedestre  Outro

Joãozinho Viana Santos

Assinatura do Profissional Executor



## DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, JOANA DARQUE VIEIRA DOS SANTOS

RG nº. 3452664/200 Data da expedição 12/04/2000 Órgão SSP/CE  
CPF nº. 754429903-10 Vengo perante a este instrumento declarar que não possuo

Comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que residó no endereço

Abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	SITIO BARRA DO RIACHAO		
Número	09		
Apto / Complemento	<u></u>		
Bairro	<u>TAQI A</u>		
Cidade	PEDRA BRANCA		
Estado	CEARA		
CEP	63.630-000		
Telefone de Contato	(88) 96132842 (88)88150316 (88) 96208442		
E-mail	cleidianacarneiro@outlook.com		

Por ser verdade, firmo-me.

Pedra Branca – CE 08 de abril de 2015.

Local e Data

Joana Darque Vieira dos Santos

Assinatura do Declarante

NUOVOGLIENZE

3367050-1

13/01/2015

JOANA DARQUE VIEIRA DOS SANTOS

ST BARRA DO RIACHAO 000009

100

2/21430 4-RURAL MONOFASICO 754429903-10

46,25  
TCG-A  
PAGAR (RS)  
20/02/2015  
VENCIMENTO

PREZAVOIA CLÍQUITE A SUA PONTA DE LIGA, APÓS O VENCIMENTO, DEVERÁ SER PEGO, PREFERENTEMENTE, NO AVENTILHO, CONSEGUIMENTE O CHAMÉS ELÉTRONICOS DOS

BRANDS SPANNENDE, ERKENNTNIS- UND ERKENNTNIS-  
LEHRE.

Nº 01 POSSIVE COHER. LEITURA (02): LEITURA EMENTAL

Consta destas férias R\$ 0,41 referentes a PIS e FPIIS.  
Em 2015 entrou em vigor o sistema de bandejaria tarifária. A bandejaria verde não tem licitação adicional. As bandejarias amarela e vermelha, quando aktivadas, incluirão tarifas

3307050-1 3307050-1 3307050-1 3307050-1 3307050-1  
13/01/2015 13/01/2015 13/01/2015 13/01/2015 13/01/2015  
371816779 371816779 371816779 371816779 371816779  
46,25 46,25 46,25 46,25 46,25  
0003367050 0003367050 0003367050 0003367050 0003367050  
0000000000-9 0000000000-9 0000000000-9 0000000000-9 0000000000-9  
838000000000-9 838000000000-9 838000000000-9 838000000000-9 838000000000-9  
Jan/2015 Jan/2015 Jan/2015 Jan/2015 Jan/2015  
000336705000-0 000336705000-0 000336705000-0 000336705000-0 000336705000-0  
83991218-7 83991218-7 83991218-7 83991218-7 83991218-7

**Nº de Identificação:** 1277 **CNS:** 160309000000000000  
**Nome do Paciente:** JUANA UANQUE VIEIRA DOS SANTOS  
**Endereço:** BARRA DE GUAIU  
**Convenio:** SUS **RES:** UNIDADE BÁSICA  
**CEP:** 55000-000 **UF:** PR

Faltantes de Riesgo: \_\_\_\_\_  
 Clase, Riesgo: ( ) ALTO ( ) MODERADO ( ) BAJO  
 OBS: \_\_\_\_\_  
 Atención: \_\_\_\_\_

Hipótese Diagnóstica Possível / Atendimento

### Procedimento complementare sollecitazioni:

卷之三

## Demais Projetos/Experimentos Realizados

二

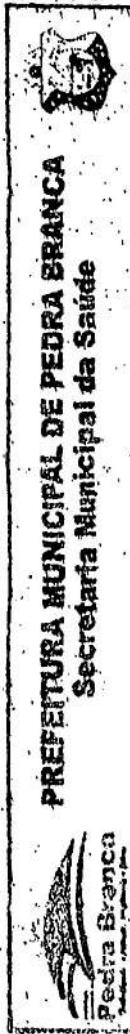
## Se o paciente: Encontramentos / Detalhos do Paciente:

Atend. Especializado  Internação  Aut. Mieu  
 Atend. All

( ) Transfer de emergencias ( ) Abertura de  
cajas seguras ( ) Desbloqueo de vehículos de Taxis

## PER ACCIDENTE NE TRANSITO?

ప్రాణికాలాచ ప్రాణికాలాచ ప్రాణికాలాచ



**PREFEITURA MUNICIPAL DE PEDRA BRANCA**  
Secretaria Municipal da Saúde

**RECEITUÁRIO**

**UNIDADE:**

**NOME:**  
Arenous

**DESCRIÇÃO:**  
Arenous

① Almofadas 600 — 21  
+ Yo 8/8m

Dr. Welberto  
de Lima  
Dr. Welberto  
de Lima

**DATA:** / / **PERÍODO:** / /

**SEU MEDICAMENTO**  
**NA HORA CERTA**

6x 6hs: 06M - 12T - 06N - 12N (4x Dia)  
 8x 8 hs: 06M - 02T - 10N (3 x Dia)  
 12 x 12 hrs: 06M - 06N (2 x Dia)

83/15

**NÃO TOME REMÉDIO A TOA**

Ótima Medicina

21501293400



<b>PREFEITURA MUNICIPAL DE PEDRÉBRICA</b> <b>HOSPITAL MUNICIPAL DE PEDRÉBRICA</b> <b>CURTA UNIVARIADA DE ATENDIMENTO</b> <b>DEPARTAMENTO DE ATENDIMENTO</b>		<b>Documentação médica Hospitalar</b> <b>0006</b>			
Altº do Paciente:	1277	CNS:	16024659990004		
Nome do Paciente:	JUANA MARIA VIEIRA DOS SANTOS	Sexo:	Female		
Endereço:	BARRA DE BAIÃO	RG:	2714074		
SUS:	S/N	UF:	PEDRÉBRICA		
Convênio:	SUS	UF:	UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE		
Sexo:	F	Atend.:	AMBULATÓRIO - INDIVIDUAL		
Peso:	60	Pesq.:	Pratican		
Sinais vitais:	P.A.: Sist. 140	Unid. 180	FC: 100	RR: 16	SpO2: 96
Proc.:	USUÁRIO	ATENDIMENTO DE URGENCIA	Atend. ESPECIALIZADA		
<b>Motivo do atendimento (Queixa principal + Anamnese)</b> <i>Pele quadro lento e hereditário</i>					
Faixas de Risco:	<input checked="" type="checkbox"/> 170	<input type="checkbox"/> 200	<input type="checkbox"/> 230	<input type="checkbox"/> 260	<input type="checkbox"/> 290
Class. Risco:	<input checked="" type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Baixo				
OBS:					
INDA e Exame Físico:	<i>Prurito</i>				
<b>Hipótese Diagnóstica Preliminar / Atendimento</b> <i>Psoríase</i>					
<b>Procedimentos complementares solicitados:</b> <input checked="" type="checkbox"/> Patologia Clínica <input type="checkbox"/> Radiologia <input type="checkbox"/> Ultrassom Obstétrico <input type="checkbox"/> Outros					
<b>Nome e Prontuário Realizantes</b> <i>Walteren + Sra. Cláudia</i>					
<b>Data 1º Sintomas</b> <i>20/05/2015</i>					
<b>Exame Físico</b> <i>Exame Físico com observação macroscópica</i>					
<b>Encaminhamentos / Destino do Paciente:</b>					
<input checked="" type="checkbox"/> Atend. Especializado <input type="checkbox"/> Internação Hospitalar <input type="checkbox"/> Atend. Multidisciplinar <input type="checkbox"/> Observação 12h <input type="checkbox"/> Transfer. de Emergência <input type="checkbox"/> Observação 6h <input type="checkbox"/> Abertura de Pernograma <input type="checkbox"/> Indicação de Cesariana					
<b>Pacientes com Departamento Municipal de Trânsito:</b> <b>FOI ATENDENTE DE TRÂNSITO?</b>					
<input checked="" type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM					
<b>Se positivo assinale o tipo de conduta da vítima:</b> <input checked="" type="checkbox"/> MÍGITO <input type="checkbox"/> CARENTO <input type="checkbox"/> BICICLETA <input type="checkbox"/> PEDESTRE <input type="checkbox"/> OUTRAS					
<b>Assinatura do Paciente ou Resp.</b> <i>Joane Danique Vieira Santos</i>					
<b>Assinatura do Responsável</b> <i>MBM</i>					
<b>Assinatura do Profissional Executador</b> <i>DPVAT/RJ</i>					
<b>Data:</b> <i>8 JUN 2015</i>					

 <p><b>PREFEITURA MUNICIPAL DE PEDRA BRANCA</b> Secretaria Municipal da Saúde</p>	
 <p>Pedra Branca</p>	<p><b>RECEITUÁRIO</b></p>
<p><b>UNIDADE:</b> <u>Pronto Socorro</u></p> <p><b>NOME:</b> <u>Alcides José</u></p>	<p><b>DATA:</b> <u>21/06/2015</u></p>

① Diprofeno 600 — 21  
+ VO 818m

*Dr. Welber de Lima*  
*Dr. Welber de Lima*

**Outras:** Assistente

<input type="checkbox"/> 8x6hs: 06h - 12h - 06h (4x6hs)
<input type="checkbox"/> 8x8hs: 06h - 02h - 10h (3x8hs)
<input type="checkbox"/> 12x12hs: 06h - 06h (2x12hs)

63 15

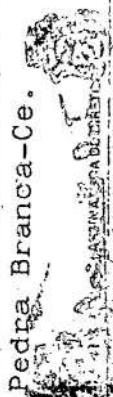
**NÃO TOME REMÉDIO À TOA**

<b>MBM</b>
<b>SEGURADORA</b>
<b>08 JUN 2015</b>
<b>DPVAT/RJ</b>



\*0012\*



VALIDA 0500 CARTEIRÃO		DATA DE EMISSÃO
PESSOAL 3452664/2000		12.04.2000
NOME		JOANA DARQUE VIEIRA DOS SANTOS
NASCIMENTO		06.07.1974
LUGAR DE NASCIMENTO		Pedra Branca-Ce.
C. CAS.		C. cas. n.º 2.725, fls. 121, 1v. B/10(39)
CARTEIRA		Cart. Pedra Branca-Ce.
		

MINISTÉRIO DA FAZENDA	
Secretaria da Receita Federal	
CPF - CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS	
JOANA DARQUE VIEIRA DOS SANTOS	
NR. de Inscrição	754429903-10
DATA de Nascimento	06/07/74
	





## AVISO DE SINISTRO DPVAT

Tipos de Sinistro - Morte ( ) Invalidez (X) DAMS () - Seguradora : MBM - 6084

### Valor da Indenização – RS:

Vitima : Tecnic Deuxia V. Quis Consel Nascimento / \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_

Reclamante - Vítima ( ) Beneficiário ( ) Procurador ( )

CPF/CGC: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Endereço:

CEP: Estado: Cidade:

Procurador: CPE/CCG /

Enders

Code: **CEP** **EEG**: **EEG** **TEI**: **TEI**

Dades de Quanitat

For a detailed description of the data see the [Data Description](#) section.

222

( ) sim ( ) não

l - l - Transportado ( )

3 - Motorista

Comunicación de

٦

३

Local / Data

Eseln, 2010

Sociedade de Pessoas

## IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA Isaura Da Cunha Vieira dos Santos  
 DATA DO ACIDENTE 06/10/2005 CPF DA VÍTIMA 454.409.903-40

## PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR  VÍTIMA  REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM  
 A VÍTIMA É \_\_\_\_\_  
 ENDEREÇO DO PORTADOR SR Barre (de Ricci Neto)  
 Nº 9 COMPLEMENTO \_\_\_\_\_ BAIRRO Tancreto  
 CIDADE Pedro Boticário UF CE CEP 63630-000  
 E-MAIL \_\_\_\_\_ TELEFONE (\_\_\_\_)

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

## DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

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

## DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

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

## DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
- NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAISS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

## DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

## INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- VALORES DE INDENIZAÇÃO
- MORTE = R\$ 13.500,00
  - INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
  - DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.

- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA
- COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
- PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSE [WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR](http://WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR) OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

## PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA \_\_\_\_\_

IDENTIDADE \_\_\_\_\_

ASSINATURA \_\_\_\_\_

## RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA \_\_\_\_\_

NOME \_\_\_\_\_

ASSINATURA \_\_\_\_\_

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3150373800      **Cidade:** Pedra Branca      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JOANA DARQUE VIEIRA DOS SANTOS      **Data do acidente:** 06/03/2015      **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

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

**Data da análise:** 02/07/2015

**Valoração do IML:** 0

**Diagnóstico:** Trauma em ombro esquerdo + Trauma em joelho esquerdo.

**Resultados terapêuticos:** Tratamento conservador.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**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

IBMES INST.BRASDE MEDICINA ESPEC.EM SEGUROS LTDA

**Nome do médico:** RAFAEL OLIVEIRA SANTOS

**CRM do médico:** 52.90638-7

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**



# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3150373800      **Cidade:** Pedra Branca      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JOANA DARQUE VIEIRA DOS SANTOS      **Data do acidente:** 06/03/2015      **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** TRAUMA CONTUSO NO OMBRO ESQUERDO E NO JOELHO ESQUERDO .

**Descrição do exame** LIMITAÇÃO LEVE NA ABDUÇÃO, ELEVAÇÃO E ROTAÇÃO DO OMBRO ESQUERDO .  
**médico pericial:** MANTÉM AMPLITUDE DOS MOVIMENTOS DO JOELHO ESQUERDO PRESERVADOS .

**Resultados terapêuticos:** TRATADO CONSERVADORAMENTE COM AINH.  
ALTA MÉDICA DEFINITIVA.

**Sequelas permanentes:** NÃO APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO JOELHO ESQUERDO.  
APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO OMBRO ESQUERDO.

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 14/07/2015

**Conduta mantida:**

**Observações:** JOELHO ESQUERDO SEM SEQUELAS.

**Médico examinador:** JULIO CEZAR FURTADO DE QUEIROZ

**CRM do médico:** 2678/AM

**UF do CRM do médico:** AM

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Complemento por reanálise - 0 %	0%	R\$ 0,00
<b>Total</b>			<b>12,5 %</b>	<b>R\$ 1.687,50</b>

## PRESTADOR

CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

**Médico revisor:** DORES MENDES B C MENDES

**CRM do médico:** 52.25889-0

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**

