

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 início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



Rio de Janeiro, 28 de Maio de 2015

Carta nº: 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 nº: 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 início 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 nº: 7450696

A/C: JOANA DARQUE VIEIRA DOS SANTOS

Sinistro: 3150373800  
Vítima: 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:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	1.687,50

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 Vitimas 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 complicação.

#### TRATADO CONSERVADORAMENTE COM AINH ALTA MÉDICA DEFINITIVA

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.

#### 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(\*).

☐ Vitima 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 Unida - DPVAT

## AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO



Nº DO SINISTRO \_\_\_\_\_

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

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

EU, JOANA DARQUE VIEIRA DOS SANTOS, PORTADOR (A) DO RG Nº. 3452684/2000, EXPEDIDO POR SSP/CE EM 12/04/2000 E INSCRITO (A) NO CPF Nº. 754429803-10, 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 apagamento, 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 de DPVAT.
  - Para este banco (CEF), a conta corrente pode ser identificada com cópia simples rasurada 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 SISPDPVAT sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Conta não pertencente à vítima/beneficiário.

**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.

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.dpvatsegurodotransito.vom.br](http://www.dpvatsegurodotransito.vom.br)

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE DO BANCO DO BRADESCO

Nº do BANCO Nº 237 da AGÊNCIA \_\_\_\_\_ N° da CONTA 0012832-5

0735-9

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA DA CAIXA ECONOMICA 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/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO. DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA FÉRIERDA INDENIZAÇÃO.

Pedra Branca – CE, 08 de abril de 2015

LOCAL E DATA

*Joana Darque Vieira dos Santos*  
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](http://www.dpvatsegurodotransito.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/MAR/2015

Boletim de Ocorrência

0001

1

—

1

—

1

10

•

THE UNIVERSITY OF CHICAGO

Богородица, 20.07.2019, 14:49

المجلس الأعلى للدراسات والبحوث

**MURDERED AND ACCIDENTS - MURDERS**

[illegible]

1111

وہابیہ کی تفسیر کے لئے لکھی گئی ہے

UNIVERSITY OF ALABAMA  
LIBRARY  
SERIALS ACQUISITION  
360 UNIVERSITY BLVD.  
TUSCALOOSA, AL 35487-0308  
TEL: 205/975-3131 FAX: 205/975-3132

CECILIA VIEIRA DE L. MA

REGISTRO SIT BAKRA DO RIACHAD  
ZONA RURAL 47620000

WELLS BRANCH CH. ROAD

2. 2014年12月1日

॥ श्रीगणेशाय नमः ॥

[illegible]

AGACCA DESTINO: DEL GOLLE RENICCA, DI FORA CANCA.

MONSIEUR LE FLOREGISTRO:

AGRICOLA COSTA NELLE - N.AT.: 059638-10

IPONBÁVEL FLA INFORMACAO JFama Parque Vieiro dos Santos.  
AUTOPOLICIA NELO - NIA E PS9636-38

የገንዘብ ምንጭ ማረጋገጫ፡

us 22000 LUPES CLUB - MAT: 4908340 1-10

# THE UNIVERSITY OF CHICAGO

2000

www.ck12.org

MBM

**SEGURO**

18 JUN 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:

☒ ( X ) 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 Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

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

*Joana Darque Vieira dos Santos,*

Assinatura do declarante  
conforme documento de identificação

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





## 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 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)	SITIO BARRA DO RIACHAO
Número	09
Apto / Complemento	_____
Bairro	PEDRA BRANCA
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







PREFEITURA MUNICIPAL DE PEDRA BRANCA  
HOSPITAL MUNICIPAL DE PEDRA BRANCA  
FICHA INDIVIDUAL DE ATENDIMENTO

Nº Atendimento: 1277 CDS: 1603/0803000004 Data de Atend.: 8/2/2015 ES 08:35:14  
Nome do Paciente: JOANA DUARQUE VIEIRA DOS SANTOS Data de Nasc.: 8/7/1974  
Endereço: BARRA DE BAIXO SN PEDRA BRANCA OP: REGILANE  
Convênio: OUC PSF: UNIDADE BASICA TEODOSIOZIK Tipo Atend.: AMBULATORIAL - INDIVIDUAL  
Sexo: F Idade: 40e 8m 0d Estado Civil: 1 Profissão: 3  
Peso: 1kg

Sinais Vitais: P.A.: Sist. (140) Diast. (80) FC: 100 bpm PR: 10 mmHg Temp: 36,0 °C

Proc.: 0301000001 ATENDIMENTO DE URGENCIA EM ATENCAO ESPECIALIZADA

Motivo do atendimento (Queixa principal + Anamnese)

Acte quadro larar ombro.  
larar pulso e

Fatores de Risco:

Class. Risco: ( ) ALTO ( ) MODERADO ( ) BAIXO

OBS:

HDA e Exame Físico:

lar ombro e om

Hipótese Diagnóstica Provável / Atendimento

pendente nolo

Data 1º Sintomas

Procedimentos complementares solicitados:

( ) Patologia Clínica ( ) Radiologia ( ) Exame Prevencoso  
( ) Ultrassom Obstétrico ( ) Outros

Nome e Procedimentos Realizados

Valteran 75mg 1m 9:05 pm

Ass. Executor

Dr. Welber de Lima  
Médico  
CREMEP-12345

Se o paciente ficou em observação MARQUE AQUI ( )

Encaminhamentos / Destino do Paciente:

( ) Atend. Especializado ( ) Internação Hospitalar ( ) Urgência Emergência ( ) Internação domiciliar  
( ) Alta ( ) Adm. Medicamentos ( ) Observação 12h ( ) PSF  
( ) Transf. de emergência ( ) Abertura de partograma ( ) Observação 6h ( ) Outros procedimentos  
( ) Indicação de Cesariana

Paciente com Departamento Municipal de Transito:

FOI ACIDENTE DE TRANSITO?

Se positivo assinalar o tipo de condutor da vítima

( ) SIM ( ) NÃO

( ) MOTO ( ) CARRO ( ) BICICLETA ( ) PEDESTRE ( ) OUTROS

Joana Duarque Vieira Santos

Assinatura do Paciente ou Resp.

Assinatura do Profissional Executor





PREFEITURA MUNICIPAL DE PEDRA BRANCA  
Secretaria Municipal da Saúde



# RECEITUÁRIO

UNIDADE:

NOME:

pre ora Dengue Un

verl

① Dipropeno 600 — 21  
+ 10 8/8u t

Dr. Welber de Lima  
Médico  
CRM 12.527

Data: / / Assinatura:

SEU MEDICAMENTO	<input type="checkbox"/>	6 X 6hs: 06M - 12T - 06N - 12M (4 X Dia)
NA HORA CERTA	<input type="checkbox"/>	8 X 8 hs: 06M - 02T - 10N (3 X Dia)
	<input type="checkbox"/>	12 X 12 hs: 06M - 06N (2 X Dia)

**NÃO TOMAR REMÉDIO À TOA**

R1501273400



PREFEITURA MUNICIPAL DE PEDRA BRANCA  
HOSPITAL MUNICIPAL DE PEDRA BRANCA  
CICLO INSTITUCIONAL DE ATENDIMENTO  
CICLO INSTITUCIONAL DE ATENDIMENTO

Nº Atendimento: 1277    CNS: 160240803600000    Data de Atend.: 22/02/2015    às 08:28:14  
Nome do Paciente: JUANA DAKQUE VIEIRA DOS SANTOS    Data de Nasc.: 27/10/74  
Endereço: BARRA DE BAIXO    SM    PEDRA BRANCA    Op: REGILANE  
Convênio: SUS    PSF: UNIDADE BÁSICA TEODORO (TIPS) Atend.: AMBULATORIAL - INDIVIDUAL  
Sexo: F    Idade: 40a SM 04    Estado Civil: 1    Profissão: 3    Fecundidade: 3  
Peso: 1 kg

Sinais vitais: P.A. Sist. (110)    Diast. (80)    FC ( )    RR ( )    Temp ( )    P ( )

Proc.: 0501000001    ATENDIMENTO DE URGENCIA EM ATENCAO ESPECIALIZADA

Motivo do atendimento (Queixa principal + Anamnese)

8<sup>ta</sup> quadro braco esquerdo  
bater pulso E

Faltas de Risco:

Class. Risco: ( ) ALTO    ( ) MODERADO    ( ) BAIXO

OBS:

Atenção:

HDA e Exame físico:

RA    ombro - EOM

Hipótese Diagnóstica Provável / Atendimento

pendente de 110

Data 1º Sintomas

Procedimentos complementares solicitados:

( ) Patologia Clínica    ( ) Radiologia    ( ) Exame Prevenção  
( ) Ultrassom Obstétrico    ( ) Outros

Demais Procedimentos Realizados

Ass. Exarator

Ass. Exarator

Vallone 75x 110 9:05

Dr. Welber de Lima  
Médico  
CREMESP 12345

Se o paciente ficou em observação MARQUE AQUI ( )

Encaminhamentos / Destino do Paciente:

( ) Atend. Especializado    ( ) Internação Hospitalar    ( ) Urgência Emergência    ( ) Internação domiciliar  
( ) Aila    ( ) Adm. Medicamentos    ( ) Observação 12h    ( ) PSF  
( ) Transf. de emergência    ( ) Abertura de partograma    ( ) Observação 6h    ( ) Outros procedimentos

Paciente com Departamento Municipal de Transito:

FOI ACIDENTE DE TRANSITO?

Se positivo assinalar o tipo de condutor da vítima:

( ) SIM    ( ) NÃO

( ) BICICLETA    ( ) PEDESTRE    ( ) OUTROS

Joana Daque Vieira Santos

MBM

Assinatura do Paciente ou Resp.

SEGURADORA

Assinatura do Profissional Exarator

08 JUN 2015

DPVAT/RJ



PREFEITURA MUNICIPAL DE PEDRA BRANCA  
Secretaria Municipal da Saúde



### RECEITUÁRIO

UNIDADE:

NOME: pedra branca

Nome:

brasil

① Ibuprofeno 600 — 21  
+ no 8/8u

DR. Welber de Lima  
CRM 12.827

Data: 1/1 Assinatura:

SEU MEDICAMENTO  
NA HORA CERTA

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

**NÃO TOMAR REMÉDIO À TOA**

S3 15

Cartão Alameda  
01/01/2015 - 01/12/2015

MBM  
SEGURADORA

08 JUN 2015

DPVAT/RJ



\*0012\*



REGISTRO GERAL 3452664/2000 DATA DE EMISSÃO 12.04.2000  
 VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

NOME JOANA DARQUE VIEIRA DOS SANTOS  
 FILIAÇÃO Jose Francisco de Lima e Maria Vieira de Lima  
 NATURALIDADE Pedra Branca-Ce. DATA DE NASCIMENTO 06.07.1974  
 DOC. ORIGEM C.Cas. nº 2.725, fls. 121, lv. B/10(39)  
 Cart. Pedra Branca-Ce.

Assinatura: [Assinatura] Data: 12/04/2000

MINISTÉRIO DA FAZENDA  
 Secretaria da Receita Federal

CPF - CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

JOANA DARQUE VIEIRA DOS SANTOS

Nº de Inscrição

754429903-10

Data de Nascimento

06/07/74



REPUBLICA DE GUAYANA FRANCESA  
MINISTERIO DAS CIDADES

DETALHE DE Nº 010702896168  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENÇA DE VEÍCULO

CRDD 01 1017105658 0000000000 2014

JOANA DARQUE VIEIRA DOS SANTOS

\*\*\*\*\*

PEDRA BRANCA/CE

75442990310

OSL2970

\*\*\*\*\*/CE 9C2JC4120ER040459

FAS/MOTOCICLO/NAO APLIC. GASOLINA

HONDA/CG 125 FAN ES 2014 2014

2P/OCV/124CC PARTIC VERMELHA

1	*****	**	**/**	**	1	*****
P	*****	**	**/**	**	2	*****
V	*****	**	**/**	**	3	*****
A	*****	**	**/**	**	4	*****

PREMIO TAPISARIO (R\$) DE (R\$) PREV. TOTAL R\$ 00/00/0000

AL.FID. BANCO HONDA S.A. \*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

PEDRA BRANCA/CE 00/00/0014

\*\*\*\*\*

REPUBLICA DE GUAYANA FRANCESA  
MINISTERIO DAS CIDADES

CE Nº 01070289616



2014

75442990310 OSL2970

2014 26/09/2014

01 75442990310

OSL2970

1017105658 HONDA/CG 125 FAN ES

2014 09 9C2JC4120ER040459

00/00/0000

LOTE/DOSSIER/REGISTRO/RECEBIM. DESPACHANTE

MOTOR: JC41E2E040459

\*\*\*\*\*

105-2013

Seguro  
DPVAT



## AVISO DE SINISTRO DPVAT

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

Valor da Indenização - RS: \_\_\_\_\_

Vítima : TECNE DAVY V. dos Santos Nascimento / /

CPF: / /

Reclamante - Vítima ( ) Beneficiário ( ) Procurador ( )

Beneficiário: \_\_\_\_\_ CPF/CGC: /

Endereço:

Bairro:

Cidade:

Estado:

CEP:

TEL: ( )

Procurador:

CPF/CGC: /

Endereço:

Bairro:

Cidade:

Estado:

CEP:

TEL: ( )

Dados da Ocorrência

Data do Sinistro /Fato: / /

Data do Boletim /Registro: / /

Estado da ocorrência:

Veic. Identificado  
( ) sim ( ) não

Placa

Tipo de Veículo

Vítima:

- 1 - Transportado ( )
- 2 - Não transportado ( )
- 3 - Motorista ☒

Complemento de Processo: ( ) Envio de Processo Novo ( )

Número do Processo:

Cf

Local / Data

Assinatura





## IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA João Daque Vinícius Santos  
 DATA DO ACIDENTE 02-10-2005 CPF DA VÍTIMA 754.149.903-40  
 PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO \_\_\_\_\_  
 QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR ☒ VÍTIMA ( ) REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM A VÍTIMA É \_\_\_\_\_  
 ENDEREÇO DO PORTADOR St Barro de Rio Preto  
 Nº 9 COMPLEMENTO \_\_\_\_\_ BAIRRO TRIO  
 CIDADE Richa Branca 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, TAIS 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 RECEITUÁRIO 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, TAIS 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 médico pericial:** LIMITAÇÃO LEVE NA ABDUÇÃO, ELEVÇÃO E ROTAÇÃO DO OMBRO ESQUERDO .  
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
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

## 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:**

