

Rio de Janeiro, 08 de Novembro de 2018

Aos Cuidados de: **ANTONIA FABIANA BARROSO ALVES**

Nº Sinistro: **3180515252**

Vítima: **ANTONIA FABIANA BARROSO ALVES**

Data do Acidente: **05/06/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **KARINE VIEIRA GOMES**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180515252**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 dias, a partir do recebimento pela seguradora de toda a documentação necessária**.

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 13566778



Rio de Janeiro, 27 de Novembro de 2018

Aos Cuidados de: **ANTONIA FABIANA BARROSO ALVES**

Sinistro: **3180515252**

Vítima: **ANTONIA FABIANA BARROSO ALVES**

Data do Acidente: **05/06/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **KARINE VIEIRA GOMES**

Assunto: **INTERRUPÇÃO DE PRAZO**

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3180515252** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 13 de Dezembro de 2018

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3180515252

Vítima: ANTONIA FABIANA BARROSO ALVES

Data do Acidente: 05/06/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: KARINE VIEIRA GOMES

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), ANTONIA FABIANA BARROSO ALVES

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Documentação médico-hospitalar

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 27 de Dezembro de 2018

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3180515252 Vítima: ANTONIA FABIANA BARROSO ALVES

Data do Acidente: 05/06/2017 Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: KARINE VIEIRA GOMES

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Comunicamos que o pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado e está em análise e o prazo regulamentar de 30 dias foi interrompido para apuração de dados e informações adicionais. Assim que todas as informações forem finalizadas, o prazo voltará a seguir normalmente.

Por favor, aguarde contato e continue acompanhando o seu pedido de indenização através dos canais oficiais da Seguradora Líder DPVAT.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 14 de Janeiro de 2019

**Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3180515252**

Vítima: ANTONIA FABIANA BARROSO ALVES

Data do Acidente: 05/06/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: KARINE VIEIRA GOMES

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), ANTONIA FABIANA BARROSO ALVES

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Foi verificado que o dano pessoal evoluiu sem sequela definitiva, razão pela qual não foi caracterizada a invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores orientações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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: **3180515252**
Nome do(a) Examinado(a): **ANTONIA FABIANA BARROSO ALVES**
Endereço do(a) Examinado(a): **RUA JOSE DE ALENCAR nº 15 - CIDADE NOVA - CRATEUS/CE**
Identificação - Órgão Emissor/UF/Número: **RG 20071896478 - SSP**
Data e local do acidente: **05/06/2017 CRATEUS/CE**
Data e local do exame: **12/01/2019 TAUÁ/CE**

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

TRAUMA DE TORNOZELO DIREITO

II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

SUBMETIDO A TRATAMENTO CONSERVADOR [IMOBILIZAÇÃO GESSADA - 45 DIAS]. EVOLUIU SEM COMPLICAÇÕES. ALTA MÉDICA.

III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

DOR EM TORNOZELO DIREITO

IV. Nexô de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

☒ SIM ☐ NÃO

V. Existe seqüela (lesão deficitária irreversível não mais suscetível a qualquer medida terapêutica)?

☐ SIM ☒ NÃO

VI. Descrever objetivamente as seqüelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

Caso a resposta do item V seja "Não", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b".

VII. Segundo 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 seqüela 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

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

Região Corporal(Sequela):

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela):

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela):

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela):

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

VIII. * Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal.

SEM DÉFICIT FUNCIONAL DECORRENTE DE TRAUMATISMO NO TORNOZELO DIREITO -

Médico Perito: MONTEZUMA FEITOSA ALEXANDRINO CRM:16205/CE


MONTESUMA F. ALEXANDRINO
MÉDICO
CRM - CE 16.205

Assinatura do(a) Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com nome e CRM

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180515252 **Cidade:** Crateús **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANTONIA FABIANA BARROSO ALVES **Data do acidente:** 05/06/2017 **Seguradora:** USEBENS SEGUROS S/A

PARECER

Diagnóstico: TRAUMA DE TORNOZELO DIREITO.

Descrição do exame médico pericial: NÃO APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO TORNOZELO DIREITO.

Resultados terapêuticos: SUBMETIDO A TRATAMENTO CONSERVADOR [IMOBILIZAÇÃO GESSADA - 45 DIAS]. EVOLUIU SEM COMPLICAÇÕES. ALTA MÉDICA.
DOR EM TORNOZELO DIREITO.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Data da perícia: 12/01/2019

Conduta mantida:

Observações: SEM DÉFICIT FUNCIONAL DECORRENTE DE TRAUMATISMO NO TORNOZELO DIREITO -

Médico examinador: MONTEZUMA FEITOSA ALEXANDRINO

CRM do médico: 16205

UF do CRM do médico: CE

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

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:

Dores Mendes

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

Nome completo da vítima:

019. 918. 773-80 Antonia Fabiana Barros Alves

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

Nome completo:

Antonia Fabiana Barros Alves

CPF:

019. 918. 773-80

Profissão:

Do lar

Endereço:

Rua Jose de Almeida

Número:

15

Complemento:

Casa

Bairro:

Cidade Nova

Cidade:

Brasília

Estado:

DF

CEP:

63700-000

E-mail:

antonina - 2008@upb.com.br

Tel.(DDD):

(019) 99482.9501

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR

☐ ATÉ R\$1.000,00

☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA:

0347

CONTA:

24859

6

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não

Se tinha filhos, informar quantos:

Vivos:

Falecidos:

Vítima deixou nascituro (vai nascer)?

☐ Sim ☐ Não

Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data, _____

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Antonia Fabiana Barros Alves

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



4392 6710 6152 0082

ANTONIA FABIANA B ALVES

0747 013 00024859-6 11/18

VISA

ELECTRON



BOLETIM DE Ocorrência N° 445 - 2950 / 2017

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **26/07/2017 09:18:21**
Data / Hora da Ocorrência: **05/06/2017 07:00:00**
Endereço da Ocorrência: **SITIO LOCALIDADE QUIRINO**
Complemento:
Bairro: **ZONA RURAL** Município: **CRATEUS/CE**
Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **ANTONIA FABIANA BARROSO ALVES**
Nascimento: **22/09/1989** CPF: **049.948.733-80**
RG: **20071896478** Orgão Emissor: **SSP** UF: **CE**
Filiação: **MARIA SOCORRO BARROSO ALVES**
Endereço: **RUA JOSÉ DE ALENCAR, 15**
Bairro: **CIDADE NOVA**
Município: **CRATEUS/CE** CEP: **7**
País: **BRASIL** Telefone: **(88) 99452-6934**

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **OSF3749** Uf: **CE** Município: **CRATEUS** Chassi: **9C2KC1670DR417081** Renavam: **498842088** Tipo do Veículo: **MOTOCICLETA** Marca / Modelo: **HONDA/CG 150 FAN ESI** Ano: **2012** Ano Modelo: **2013** Combustível: **GASOLINA/ALCOOL** Cor: **VERMELHA** Proprietário: **CLAUDIO ROBERTO NUNES CRUZ** Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **ENVOLVIDO**

Histórico

Relata a vítima que estava vindo da Localidade Quirino, zona rural de Crateús para a cidade, quando a passar por um cachorro ele saiu correndo atrás do veículo, freou bruscamente para não atropelar o cão, a moto derrapou e caiu; Que foi socorrida pelo marido que a levou para o hospital São Lucas; Que teve queimadura na perna e torceu o tornozelo; Que a moto que conduzia era do seu esposo, Cláudio Roberto Nunes Cruz; E nada mais disse.////

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE CRATEUS

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

MAÍRA SIDARTHA DA SILVA - MAT.: 301004-1-7

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

Antonia Fabiana Barroso Alves

VISTO DO DELEGADO(A) :

ANA PAULA ALVES SCOTTI - MAT.: 300817-1-4

DELEGACIA REGIONAL DE CRATEUS

Investprev Seguradora S/A.

Pág. 1 de 1
30 Out. 2018

Impresso em: 26/07/2017 09:49:37

3160373391
85710512320

2400.00

300.00

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

Nome completo da vítima:

019.918.773-80 Antonia Fabiana Barros Alves

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

Nome completo:

Antonia Fabiana Barros Alves

CPF:

019.918.773-80

Profissão:

Des. 1000

Endereço:

Rua José de Almeida

Número:

15

Complemento:

Rosa

Bairro:

Cidade Nova

Cidade:

Bratius

Estado:

CE

CEP:

63700-000

E-mail:

antonina-2008@uph.com.br

Tel.(DDD):

(89) 99482.9501

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR

☐ ATÉ R\$1.000,00

☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA:

0347

CONTA:

24859

6

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não

Se tinha filhos, informar quantos:

Vivos:

Falecidos:

Vítima deixou nascituro (vai nascer)?

☐ Sim ☐ Não

Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data, _____

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Antonia Fabiana Barros Alves

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____

CPF: _____

2ª | Nome: _____

CPF: _____

Investprev Seguradora S/A.

30 Out. 2018

Assinatura

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

DECLARAÇÃO

- DECLARO PARA OS DEVIDOS FINS QUE EU ANTONIA FABIANA BARROSO ALVES PORTADOR DO RG: 20071896478 E CPF: 049.948.733-80, FUI VITIMA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO 'QUEDA DE MOTO' NA DATA DE 05/06/2017 QUANDO EU GUIAVA A MOTOCICLETA DE PLACA OSF 3749 MARCA/MODELO HONDA/CG 150 FAN ESI COR VERMELHA LICENCIADA EM NOME DE CLAUDIO ROBERTO NUNES CRUZ; QUE EU ESTAVA VINDO DA LOCALIDADE DE QUIRINO ZOA RURAL DE CRATEÚS-CE, QUANDO AO PASSAR POR UM ANIMAL 'CACHORRO' ELE SAIU CORRENDO ATRÁS DA MOTOCICLETA; QUE AO FREAR A MOTO BRUSCAMENTE PARA NÃO ATROPELAR O ANIMAL, A MOTO DERRAPOU E VIM A CAIR AMBOS AO SOLO; QUE POPULARES QUE PASSARAM NO LOCAL FOI QUE ME AJUDARAM E ME LEVANDO IMEDIATAMENTE AO HOSPITAL SÃO LUCAS DA CIDADE DE CRATEÚS - CE!
- POIS SENHORES ANALISTAS DE SEGURO DPVAT DEIXO BEM CLARO QUE A CIDADE QUE EU MORO NÃO TEM DISPOBILIDADE DE ATENDIMENTOS O QUAL VOCÊS EXIGEM, MORO EM INTERIOR, ESPERO QUE ENTENDAM A SITUAÇÃO O QUAL EXPLICO PARA VOCÊS, FIQUEI COM PROBLEMAS DE SAÚDE DEPOIS DESSE ACIDENTE SEM PODER NEM TRABALHAR, VIVO DE AJUDAS E NECESSITO MUITO DA MINHA IDENIZAÇÃO O QUAL VOCÊS IMPEDEM DE EU RECEBER. ACRESCENTO NOVAMENTE QUE FUI SOCORRIDO POR PÓPULARES PARA O HOSPITAL SÃO LUCAS NA CIDADE DE CRATEÚS-CE E NÃO TIVE AJUDA DO CORPO DE BOMBEIROS, SAMU E POLICIA MILITAR OU AUTARQUIA MUNICIPAL DE TRÂNSITO, DEIXO TAMBÉM AQUI BEM CLARO QUE NO MEU BOLETIM DE PRIMEIRO ATENDIMENTO MÉDICO TEM CITANDO QUE FUI VITIMA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO O QUAL VOCÊS NÃO PODEM IMPEDIR QUE EU RECEBAR A MINHA IDENIZAÇÃO O QUAL TENHO POR DIREITOS! E TENHO COMO TESTEMUNHAS
- OS NOMES DE JANUÁRIA SOARES DE ARAÚJO E RAIMUNDO SANTOS DE OLIVEIRA
- DECLARO QUE AS INFORMAÇÕES CONTIDAS NESTA DECLARAÇÃO SÃO DE INTEIRA VERDADE.
- DECLARO QUE ESTOU A INTEIRA DISPOSIÇÃO PARA QUALQUER AUDITORIA QUE
- INVERSTIGAÇÃO DA SEGURADORA LIDER ENTENDA NECESSARIA PARA CONFIRMAÇÃO
- DAS INFORMAÇÕES PRESTADAS NO BOLETIM DE OCORRENCIA POLICIAL, POIS ESTOU
- CIENTE QUE CASO AS INFORMAÇÕES PRESTADAS SEJAM FALSAS CONSTITUI EM CRIME PREVISTONO ART 310 DO CODIGO PENAL BRASILEIRO.
- Diante do exposto, a carência de provas documentais por parte dos órgãos governamentais acima não poderá implicar no recebimento da indenização do seguro DPVAT, e para tanto me coloco a inteira disposição do controle fiscalizador da Seguradora Líder.
- Declaro ainda, estar ciente de que declaração falsa pode implicar na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal, in verbis:
- "Art. 299 - Omitir, em documento público ou particular, declaração que nele deveria constar, ou nele inserir ou fazer inserir declaração falsa ou diversa da que devia ser escrita, com o fim de prejudicar direito, criar obrigação ou alterar a verdade sobre o fato juridicamente relevante.
- Pena: reclusão de 1 (um) a 5 (cinco) anos e multa, se o documento é público e reclusão de 1 (um) a 3 (três) anos, se o documento é particular."

1-TESTEMUNHA

Januária Soares de Araújo
JANUÁRIA SOARES DE ARAÚJO.

2-TESTEMUNHA

Raimundo Santos Oliveira
RAIMUNDO SANTOS DE OLIVEIRA.

Antonia Fabiana Barroso Alves

ANTONIA FABIANA BARROSO ALVES.

Crateús-Ce

29 / 10 / 2018

Investprev Seguradora S/A.

30 Out. 2018

CLIENTE

8256976

Para explicar seu atendimento, utilize o e-mail sempre que enviar um e-mail conosco.

A Tarifa Social de Energia Elétrica foi criada pela Lei Nº 10.438 de 20 de abril de 2002
Companhia Energética do Ceará
Rua Pedro Inácio, 100
CEP 60130-040 | Fortaleza - CE
CNPJ 07047201/0001-70 | CGF 06.165.848-3

enel

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE B-4 | Nº

543103965

Rota 17 36000 02 016320 - 5

Data de Emissão 25/09/2018

Nome ANTONIA FABIANA BARROSO ALVES

End. Postal RU JOSE DE ALENCAR 00015

CIDADE NOVA - CRATEUS - 63700000

Medidor 24999596

Posto 0000 0000

Classe B1 - 01-RESIDENCIAL 07-BX, RENDA MONOFÁSICO

RG / CPF / CNPJ 049948733-80

CGF

Nome do Responsável

DATAS

Mês de Referência: Set/2018
Data de Apresentação: 25/09/2018
Período Faturado: 26/10/2018

ÍNDICE DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

Veja a legenda no verso desta conta.

Condição: Suficiente

Mês: 10/2018

Índice: 7,00

ICMS

Base de Cálculo (R\$) Alíquota Valor do Imposto

ISENTO

Padrão Individual

	Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual
DIC	5,55	1,10	22,21	0,00	0,00	0,00
FIC	2,21	6,47	22,95	0,00	0,00	0,00
DMIC	1,20			0,00		

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

TOT. DESP. BANC. DESP. EST. DESP. TERC. DESP. OUTROS

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Let. Atual	Let. Anterior	Const.	Consumo kWh	Cons. Incl.	Cons. Excl.	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
FF 7847	7766	1,00	21	0,00	0,00	1,00	21,00
25-09-18	25-08-18		01 2140		01		22,02

DESCRIÇÃO

DESCRIÇÃO	VALOR (R\$)
VALOR CONSUMO DO MES	22,02
ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL	3,14
PIS-COFINS COMPLEMENTAR-TARIFA BAIXA RENDA	0,49
SALDO PARA PAGAMENTO FUTURO	-25,65
ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA MES (R\$ 2,10)	

VENCIMENTO 05/10/2018

TOTAL A PAGAR (R\$) 0,00

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

Previsão	11,75
Transmissão	1,42
Distribuição	5,40
Encargos Setoriais	1,30
Impostos (PIS e COFINS)	1,00
TOTAL	22,87

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)

01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12
21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÃO DE CO₂ (kg/kWh)

Compense suas emissões pelo consumo de energia solar.

Emissão kg (CO₂)

Compensado kg (CO₂)

Consciência Ecológica (R\$CO₂)

31,62

0,00

INFORMAÇÕES SOBRE O PAGAMENTO DE VENCIMENTO

Para garantir o acesso ao crédito, a Companhia Energética do Ceará, S.A. (CEN) informa ao cliente que a presente fatura é emitida em nome do titular da conta e não representa qualquer compromisso da CEN com o cliente. O cliente deve pagar a fatura no prazo de 10 dias úteis após a data de emissão, sob pena de incidência de multa e juros. A CEN não se responsabiliza por pagamentos realizados em nome de terceiros.

Condição desta fatura: R\$ 1,00 referente a PIS e COFINS. Atualização: FIC 12,40 e DMIC 1,20.

Extensão da Bandeira Vermelha: a partir de 25/09/18 com custo de 5,00 reais e cada 100 kWh acima do limite. Informações: www.enel.ce.gov.br

Investprev Seguradora S/A.

30 OUT. 2018

Nº do Cliente: 8256976 Referência: Set/2018
Data de Emissão: 25/09/2018 Total a Pagar (R\$): 0,00
Nº da Nota Fiscal: 543103965 Nº de Controle: 0008256976 00018 39182 80

PARA CONFERENCIA: Esta fatura por ter valor inferior ao mínimo para cobrança, não necessita pagamento. Assim, este valor será acrescido na próxima fatura mensal sem qualquer incidência de multas ou encargos.

Nº DO CLIENTE

8003311

Para explicar este documento, utilize o nº acima sempre que entrar em contato conosco.

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

Companhia Energética do Ceará
Rua Padre Vasconcelos, 180
CEP 60135-040 | Fortaleza CE
CNPJ 07041231/0001-70 | CGF 08.105.848-3

enel

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO D | SÉRIE B-4 | Nº

535848852

Rota 02 38000 03 013500 - 1

Data de Emissão 03/08/2018

Nome EVALDO GOMES VIEIRA

End. Postal RU SGT HERMINIO 01723 CS ALTOS
CENTRO - CRATEUS - 63700000

Medidor 6791465

Posto 0000 0000

Classe 01-RESIDENCIAL 01-NORMAL MONOFASICO

CGF

RG/CPF/CNPJ 115516583-72

Nome do Responsável

DATAS

Mês da Referência 03/08/2018
Data da Apresentação 03/08/2018
Previsão Próxima Leitura 04/09/2018

ICMS

Base de Cálculo (R\$) 39,41
Alíquota 27,00%
Valor do Imposto 10,64

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

535848852 0000 0000 0000 0000 0000 0000 0000

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leit. Atual Leit. Anterior Const. Consumo (kWh) Cons. Incl. Cons. Excl. Tarifa (R\$/kWh) Valor (R\$)

TF 33750 33707 1,00 51 0,00 114 0,00 39,41

03/08/18 04/07/18 30,90 51 39,41

DESCRÇÃO VALOR (R\$)

VALOR CONSUMO DO MES 39,41

COB. SALDO FATURA ANTERIOR 30,90

ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA MES (R\$ 3,62.)

VENCIMENTO 10/08/2018

TOTAL A PAGAR (R\$) 70,31

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)

Energia entregue
Energia consumida
Energia distribuída
Encargos Setoriais
Tributos (10% PIS/COFINS)
TOTAL 70,31

104 51 0 69 89 96 186 90 18 153 166 154 155

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÃO DE CO₂ (kg/kWh)

Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.

Emitido kg (CO₂) 13,91 Compensado kg (CO₂) 0,00Contribuição Ecológica (%CO₂) 0 100

INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO

PAGA OBRIGATORIAMENTE SUA CONTA EM DEBITO AUTOMÁTICO UTILIZE

O VALOR DE 70,31 PARA PAGAR A CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

Chame os vizinhos e amigos e entre no combate ao mosquito transmissor

De dengue, zika e chikungunya. Ministério da Saúde. Gov. Federal.

Condição desta fatura R\$ 1,10 referente a PIS e COFINS (Alíquotas: PIS 0,65% e COFINS 0,20%)

Exatidão em Bandeira Vermelha: pagar 2 em agosto/18 com custo de 5,00 reais e cada 100kWh (ou 1000 kWh) adicional. Informações: www.enel.ce.gov.br

Nº do Cliente: 8003311

Referência: Ago/2018

Data de Emissão: 03/08/2018

Total a Pagar (R\$): 70,31

Nº da Nota Fiscal: 535848852

Nº de Controle: 0004003311 00020 39232 10

8383000000-4 70310031000-0 00080033110-9 00203923270-7



Investprev Seguradora S/A.

3 0 Out. 2018

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221204 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF**².

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Karine Vieira Gomes inscrito (a) no CPF 03034169396 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Antônia Joliana Barroso inscrito (a) no CPF sob o Nº 04994873380 do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Antônia Joliana Barroso inscrito (a) no CPF sob o Nº 04994873380 conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☒ Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios

☐ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço <u>Rua AV. Sargento Bumeru</u>		Número <u>1723</u>	Complemento
Bairro <u>Centro</u>	Cidade <u>Aratuba</u>	Estado <u>PR</u>	CEP <u>63200-00</u>
Email <u>kmaria_vieira@hotmail.com</u>	Telefone comercial(DDD)		Telefone celular (DDD) <u>(85) 991791314</u>

Aratuba 21 de novembro de 2018
Local e Data

Karine Vieira Gomes
Assinatura do Declarante

Investprev Seguradora S/A.

22 NOV 2018

Declaração do Proprietário do Veículo Motocicleta

Eu, Claudio Roberto Nunes Cruz,
RG nº 35173881, data de expedição 04/06/16, Órgão SSP CE
portador do CPF nº 675.440.613-53, com domicílio na cidade de
Antônio, no Estado de Pernambuco,
onde residu na (Rua/Avenida/Estrada) Rua Travesa José de
Alencar, nº 15, complemento Cidade Nova,
declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de
minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima Antônia Fabiana
Momoso Ribeiro, cujo o condutor no momento do
acidente era Antônia Fabiana Momoso Ribeiro.

Veículo: Motocicleta
Modelo: Bondage 150 Jan ESS
Ano: 2012/2013
Placa: 057 3719
Chassi: 9C2KC1670 DR H17081
Data do Acidente: 05 / 06 / 2017



Reconhecimento de firma (assinatura) por autenticidade
Claudio Roberto Nunes Cruz
Data de: CRATEUS-CE
25 OUT. 2018
Em: Antônio de: verdade
ANTÔNIO CAVALCANTE
Ofício Registro de Imóveis
ANTÔNIO IVAN SASSIA LOPES
Escritório Autenticado

Local e Data: Antônio - CE 25.10.2018

+ Claudio Roberto Nunes Cruz
(Assinatura do Declarante)

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

Investprev Seguradora S/A.

30 OUT. 2018

OBS: Reconhecer firma da assinatura em cartório por autenticidade

Guia de atendimento - CONSULTÓRIOS
DADOS DO PACIENTE

Prontuário 053207	Atendimento 0015	Nome do Paciente ANTONIA FABIANA BARROSO ALVES	CNS 160409380300008	Guia de Autorização
Documento(s) Identidade: 2007189647-8		Estado Civil Divorciado(s)		
Data de Nascimento 22/09/1969		Local CRATEUS/CE	Idade 27 Ano(s)	
Pai ANTONIO ALVES BARROS		Mãe MARIA SOCORRO BARROSO ALVES		
Endereço TRAVESSA JOSE DE ALENCAR, 15		Bairro CIDADE NOVA	CEP 63700-000	Município CRATEUS
Profissão AGRICULTORA	Empresa	Cônjuge		UF CE
Responsável CICERA MARIA DE JESUS	CPF do Responsável	Endereço TRAVESSA JOSE DE ALENCAR, 15	Município CRATEUS	UF CE

DADOS DO ATENDIMENTO

Data Atendimento 05/06/2017	Hora 07:43	Convênio SUS	Matrícula	CID
Profissional de Atendimento JAMIL SANCHES JORQUEIRA		CRM/UF 6945/CE	Tipo Atendimento CONSULTA ORTOPEDICA/TRAUMATO	
Indicador de Acidente Trânsito		Funcionário SILVANA VIEIRA DE OLIVEIRA		
Observação				
Data/Hora Liberação		Tipo de Saída () Alta () Internação () Óbito		

Sinais Vitais

Peso (kg)	Altura (cm)	T (°C) 36	P (bpm)	R (rpm)	PA (mmHg) 120x80
-----------	-------------	--------------	---------	---------	---------------------

Motivo do Atendimento e Sumário de Atendimento (Histórico, Diagnóstico, Exames Solicitados e Conduta)

*Para em humo
na triagem em de
e sobre humo
a x tripla x
Cilone tripla*

Dr. Jamil S.

 Traumatismo Ortopédico
CRM: 6945

JAMIL SANCHES JORQUEIRA - CRM: 6945

Investprev Seguradora S/A.

30 OUT. 2018

Ant. Fabiana Barroso Alves

Assinatura Paciente/Responsável

Responsável: CICERA MARIA DE JESUS

RESUMO DE TRATAMENTO

1. NOME DO PACIENTE: ANTONIA FABIAMA BARROSO
HVES.

2. LOCAL: CRATEJUS - CE.

3. DATA DO ACIDENTE: 05.06.2017.

4. PACIENTE COM RELATO DE ACIDENTE DE TRÂNSITO:

Sofreu Trauma e
Tornze/o Dito.

Investprev Seguradora S/A

26 DEZ 2018

CNPJ: 42.366.302/0001-28

5. O PACIENTE FEZ TRATAMENTO DE: Clínica Conserva-
ção. Rx, Analgésicos, Imobiliza-
ção.

6. A VITIMA EVOLUIU REFERINDO: Dor ao Pisar
Rigidez Articular, Atrofia
muscular, Perda da força
Incapacidade de ficar na ponta
dos pés e caminhar SHTO.

7. O PACIENTE EM ALTA DEFINITIVA DE TODOS OS TRATAMENTOS
APRESENTA UMA LIMITAÇÃO FUNCIONAL DE: Tornze/o
Direito 50%.

OBS: A apresentação deste resumo não é obrigatório, apenas para facilitar a análise do acidente.

DATA: 26/12/18

Francisco E. Martins
MÉDICO
CRM - 6253

ASSINATURA E CARIMBO

X Antonia Fabiana Barroso Hves

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 15
 ANEXO II - LEI Nº 1.191/64
 DO CARTEIÃO DE IDENTIDADE DO TRABALHADOR
 DO CARTEIÃO DE IDENTIDADE DO TRABALHADOR

CE

NOME
 ANTONIA FABIANA BARROSO ALVES

DOC. IDENTIFIC. / ORGANISMO W
 20071896478 SEP CE

CPF
 049.948.733-80 DATA NASCIMENTO
 22/09/1989

FUNÇÃO
 ANTONIO ALVES BARROS
 MARIA SOCORRO BARROSO ALVES

PROFISSÃO
 AGRICULTOR

RESIDÊNCIA
 05/08/2020

PL. IDENTIFICAÇÃO
 21/03/2016

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
 1488594939

SEM OBSERVAÇÃO:

Antônia Fabiana Barroso Alves

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
 CRATEUS, CE DATA EMISSÃO
 19/05/2017

ASSINATURA DO EMISSOR

80288116863
 CR159387744

PROIBIDO PLASTIFICAR
 1488594939

CÉARA

Investprev Seguradora S/A.

30 OUT. 2018

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 5/11/2003

REGISTRO 2003003007478

NOME KARINE VIEIRA GOMES

RELACIONADO EIVALDO GOMES VIEIRA E MARIA QUI

NATURALIDADE TERIA VIEIRA GOMES

CRATEUS-CE

DATA DE NASCIMENTO 24/8/1992

QUE ORIGEM CERT. NASC: 22.247 L A/22 F

68 CRATEUS/CE

ASSINATURA DO CORRETORE

PORTALIDADE

15116 DE 2004/03

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO CEARÁ

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA

E DEFESA DA CIDADANIA

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO

POLESAIR DIREITO

CARTEIRA DE IDENTIDADE

Karine Vieira Gomes

03/0

MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal

Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número 030.341.693-96

Nome KARINE VIEIRA GOMES

Nascimento 24/08/1992

VALIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

Investprev Seguradora S/A.

30 OUT. 2010

Investprev Seguradora S/A.

30 OUT. 2018

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - CE Nº 013195478012
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

ISREB1 498812088 000000000000 2017

CLAUDIO ROBERTO MIMES CRUZ
CRATEUS/CE

67544061353 08F3749

302KCL5TUDR417061

PAS/MOTOCICLO/HAC APLIC GASOL/ALCO

HONDA/CG 150 FAN SSI 2012 2013

2P/0CV/149CC ALUGUEL VEREADORANTE

1ª 155,00 2ª 100,00 3ª 50,00
1ª 155,00 2ª 100,00 3ª 50,00

180,00 180,00 180,00

CRATEUS LOCAL 18/10/2017

CE Nº 013195478012 BILHETE DE SEGURO DPVAT

67544061353 08F3749

CLAUDIO ROBERTO MIMES CRUZ
CRATEUS/CE

67544061353 08F3749

302KCL5TUDR417061

PAS/MOTOCICLO/HAC APLIC GASOL/ALCO

HONDA/CG 150 FAN SSI 2012 2013

2P/0CV/149CC ALUGUEL VEREADORANTE

1ª 155,00 2ª 100,00 3ª 50,00

180,00 180,00 180,00

CRATEUS LOCAL 18/10/2017

CRATEUS LOCAL 18/10/2017

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 MINISTÉRIO DAS CIDADES
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE HABITAÇÃO
 CARTEIRA NACIONAL DE HABITAÇÃO

CLAUDIO ROBERTO NUNES CRUZ

DOC. IDENTIFIC. / CNH. EMISSOR: 75173681 SEP PR

CPF: 675.440.613-53 DATA NASCIMENTO: 07/06/1975

FUNÇÃO: JOSE CRUZ MORAIS MARIA DAS DORES NUNES MORAIS

PERÍODO: ACC: CATAR:

Nº MÓDULO: 01427618925 VIGÊNCIA: 07/01/2001 1ª REABILIÇÃO: 16/02/2001

OBSERVAÇÕES: SEM OBSERVAÇÃO:

DATA DE EMISSÃO: 04/02/2016

LOCAL: CHATEAU, CE

45071667565
 CN151893438

DETRAN CE (CEARA)

VALORES EM FOLHA
 O TITULO É AUTENTICO
 1233667427

PROTEÇÃO PLASTIFICAR
 1233667427

Investprev Seguradora S/A.

30 OUT. 2018

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180515252 **Cidade:** Crateús **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANTONIA FABIANA BARROSO ALVES **Data do acidente:** 05/06/2017 **Seguradora:** USEBENS SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 27/12/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMA CONTUSO DO TORNOZELO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: (@ PÁG 1) SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

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 tornozelo	25 %	Complemento por reanálise - 0 %	0%	R\$ 0,00
Total			0 %	R\$ 0,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180515252 **Cidade:** Crateús **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANTONIA FABIANA BARROSO ALVES **Data do acidente:** 05/06/2017 **Seguradora:** USEBENS SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 27/12/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMA CONTUSO DO TORNOZELO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

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 tornozelo	25 %	Complemento por reanálise - 0 %	0%	R\$ 0,00
Total			0 %	R\$ 0,00

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ1

Nome: TALITA FONSECA MEDEIROS DA SILVA

CRM: 5290873-8

UF do CRM: RJ

Assinatura:

Talita Fonseca Medeiros

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180515252 **Cidade:** Crateús **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANTONIA FABIANA BARROSO ALVES **Data do acidente:** 05/06/2017 **Seguradora:** USEBENS SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 13/12/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA CONTUSO DO TORNOZELO (LATERALIDADE NÃO INFORMADA).

Resultados terapêuticos: NÃO DEFINIDO.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Não definido

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: A FALTA DE APRESENTAÇÃO DA DOCUMENTAÇÃO HOSPITALAR DE INTERNAÇÃO/INTERNAMENTO INVIABILIZOU ESTABELECER A RELAÇÃO ENTRE O ACIDENTE OCORRIDO E AS SEQUELAS INFORMADAS NOS DOCUMENTOS MÉDICOS APRESENTADOS. PORTANTO, DEVE-SE APRESENTAR EM COMPLEMENTO, AS SEGUINTE ALTERNATIVAS DE DOCUMENTAÇÃO MÉDICA:

- LAUDOS DE EXAMES DE IMAGEM, CASO REALIZADOS DURANTE A INTERNAÇÃO, TAIS COMO: RAO X, TOMOGRAFIA OU RESSONÂNCIA MAGNÉTICA E DE CONTROLE PÓS PROCEDIMENTO CIRÚRGICO OU TRATAMENTO CONSERVADOR, COM RESPECTIVA IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE SEGURADO E DATA DE REALIZAÇÃO;

- EM CASO DE CIRURGIA ENVIAR FOLHAS DO CENTRO CIRÚRGICO, DESCREVENDO PROCEDIMENTO ADOTADO E MATERIAIS USADOS, FOLHA DE ANESTESIA, FOLHAS DE EVOLUÇÃO MÉDICA E SUMÁRIO DE ALTA.

TAIS DOCUMENTOS SÃO EMITIDOS, MEDIANTE SOLICITAÇÃO, SEM CUSTO E SÃO DE DIREITO DOS PACIENTES SUBMETIDOS AOS TRATAMENTOS NAS INSTITUIÇÕES HOSPITALARES PÚBLICAS OU PARTICULARES, SEJA EM CARÁTER DE INTERNAÇÃO OU AMBULATORIAL. NÃO SÃO SUFICIENTES PARA ANÁLISE MÉDICA DOCUMENTAL, DOCUMENTOS, SOMENTE, EMITIDOS POR ENFERMAGEM OU OUTROS PROFISSIONAIS DA ÁREA DE SAÚDE QUE NÃO SEJAM EMITIDOS POR MÉDICOS.

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

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180515252 **Cidade:** Crateús **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANTONIA FABIANA BARROSO ALVES **Data do acidente:** 05/06/2017 **Seguradora:** USEBENS SEGUROS S/A

PARECER

Diagnóstico: TRAUMA DE TORNOZELO DIREITO.

Descrição do exame médico pericial: NÃO APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO TORNOZELO DIREITO.

Resultados terapêuticos: SUBMETIDO A TRATAMENTO CONSERVADOR [IMOBILIZAÇÃO GESSADA - 45 DIAS]. EVOLUIU SEM COMPLICAÇÕES. ALTA MÉDICA.
DOR EM TORNOZELO DIREITO.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Data da perícia: 12/01/2019

Conduta mantida:

Observações: SEM DÉFICIT FUNCIONAL DECORRENTE DE TRAUMATISMO NO TORNOZELO DIREITO -

Médico examinador: MONTEZUMA FEITOSA ALEXANDRINO

CRM do médico: 16205

UF do CRM do médico: CE

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

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:

Dores Mendes