

Rio de Janeiro, 31 de Janeiro de 2018

**Aos Cuidados de:** MIKELANDIA MARTINS RODRIGUES

**Nº Sinistro:** 3180052153

**Vitima:** MIKELANDIA MARTINS RODRIGUES

**Data do Acidente:** 29/10/2017

**Cobertura:** INVALIDEZ

**Procurador:** DANILO GOMES ARTUR

**Assunto: AVISO DE SINISTRO**

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180052153**.

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**

Rio de Janeiro, 06 de Fevereiro de 2018

**Aos Cuidados de:** MIKELANDIA MARTINS RODRIGUES

**Sinistro:** 3180052153

**Vítima:** MIKELANDIA MARTINS RODRIGUES

**Data do Acidente:** 29/10/2017

**Cobertura:** INVALIDEZ

**Procurador:** DANILO GOMES ARTUR

**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 3180052153** 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](http://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, 06 de Fevereiro de 2018

**Aos Cuidados de:** MIKELANDIA MARTINS RODRIGUES

**Nº Sinistro:** 3180052153

**Vitima:** MIKELANDIA MARTINS RODRIGUES

**Data do Acidente:** 29/10/2017

**Cobertura:** INVALIDEZ

**Procurador** DANIL GOMES ARTUR

**Assunto: NEGATIVA TÉCNICA - SEM SEQUELAS**

**Senhor(a),**

Após a análise dos documentos apresentados no seu pedido de indenização (sinistro número **3180052153**), esclarecemos que não foram identificadas sequelas permanentes em razão do acidente ocorrido em **29/10/2017**. Por esse motivo, o seu pedido de indenização foi **negado**.

Qualquer dúvida, é só ir até o nosso site **www.seguradoralider.com.br**, ou ligue através do telefone **0800 022 12 04** (ligação gratuita) ou **0800 022 12 06** que atende apenas aos deficientes auditivos e de fala. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

**Atenciosamente,**

**Seguradora Líder-DPVAT**

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

**INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:**

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

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

**É obrigatório Representante Legal para:**

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

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

Número do Sinistro ou ASI.

CPF da Vítima

Nome completo da vítima

018804283-00

Mikelândia Martins Rodrigues

**DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL**

Nome completo	CPF titular da conta	Profissão
Mikelândia Martins Rodrigues	018.804.283-00	100 dor
Endereço	Número	Complemento
Rua Humberto de Campos	1370	
Bairro	Estado	CEP
Fátima II	CE	63700-000
Email	Telefone (DDD)	
martinsmikelандia@gmail.com	(66) 997492525	

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

**FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS**

<input type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00

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

BRADESCO (237)  BANCO DO BRASIL (001)  ITAÚ (341)

CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA NRO. 0747 DV 22979 CONTA 0P 013 NRO. 6  
(Informar dígito se existir)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO	Nome	NRD
<input type="checkbox"/>		
AGÊNCIA	DN	CONTA
NRO.		NRO.
(Informar dígito se existir)		
(Informar dígito se existir)		

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

Fratus - le 03 de Janeiro de 2018

Local e Data



Mikelândia Martins Rodrigues

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



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

Boletim da Coordenadoria

BOLETIM DE OCORRÉNCIA N° 445 - 5410 / 2017

### **Dados da Ocorrência**

**Dados da Ocorrência**  
Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**  
Data / Hora da Comunicação: **20/12/2017 10:37:26**  
Data / Hora da Ocorrência: **29/10/2017 21:00:00**  
Endereço da Ocorrência: **ESTRADA CE - 187**  
Complemento:

complemento:  
Barro:

### Barro:

Ponto de Referência: **VIA MUSICA**

Município: CRATEUS/CE

*Dados da(s) Vítima(s)*  
Nome: **ELIALDO OLIVEIRA DE SOUSA**  
Nascimento: \_\_\_\_\_  
RG : \_\_\_\_\_ CPF: **041.227.113-39**  
Filiação: **MARINETE GOMES DE OLIVEIRA ROSA**  
                  **MANOEL GOMES DE SOUSA**  
Endereço: **RUA UMBERTO DE CAMPOS, 1370**  
Bairro: **FÁTIMA II**  
Município: **CRATEUS/CE**  
País: **BRASIL**

Telefone:

1) Placa: **OIH3658** Uf: **CE** Município: **CRATEUS** Chassi: **9C2JC4820DR304619** Renavam: **486806766** Tipo do Veículo: **MOTONETA** Marca / Modelo: **HONDA/BIZ 125 ES** Ano Fabricação: **2012** Ano Modelo: **2013** Combustível: **GASOLINA/ALCOOL** Cor: **VERMELHA** Proprietário: **MIKELANDIA MARTINS RODRIGUES** Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **NORMAL**

### Histórico

***Histórico***  
O DECLARANTE AFIRMA QUE VINHA CONDUZINDO A MOTOCICLETA ACIMA DESCRITA, TRAZENDO CONSIGO SUA ESPOSA, MIKELANDIA MARTINS FÁTIMA II, NESTA URBE; QUE AO CHEGAR PRÓXIMO AO CLUBE VIA MUSIC, A UMA VELOCIDADE DE APROXIMADAMENTE 55 KM/H, O PNEU TRASEIRO DE SUA MOTOCICLETA ESTOOUROU, FAZENDO COM QUE O DECLARANTE PERDESSE O CONTROLE DA MESMA E VIESSE AO SOLO, JUNTAMENTE COM A PASSAGEIRA; QUE SOFREU ESCORIAÇÕES NO JOELHO, BRAÇO E PÉ JOELHO DIREITO; QUE LOGO ATRÁS DO CASAL VINHA UM VEÍCULO, O QUAL PAROU E PRESTOU SOCORRO AO DECLARANTE; QUE SUA ESPOSA FOI LOGO EM SEGUIDA AO HOSPITAL NA MOTOCICLETA; QUE ALÉM DE SUA ESPOSA, MIKAELLY MARTINS RODRIGUES, RESIDENTE NA RUA GENTIL CARDOSO, Bairro CAMPO VELHO, NESTA URBE, E NADA MAIS DISSE.

**DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE LA C.A.**

**RESPONSÁVEL PELA REVISÃO:**

ENTREGA DE PESO: 600g  
PACOTE: 100g

**DELEGACIA REGIONAL DE CRATÉUS**

→ Etat de l'air à la source

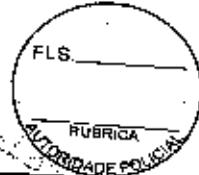
TE - MAT.: 300782-1  
Certifico que a presente  
cópia confere com a  
original respeitivo. Dto  
66

Cratão 2 DEZ 2017

**CARTÓRIO MARTINS**  
Belo Horizonte - MG  
Substituto Legal - CRA/MG 488  
- Ceará



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ  
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL  
PÓLICIA CIVIL  
DELEGACIA REGIONAL DE CRATEUS



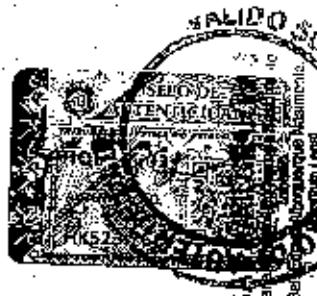
BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 445-5110/2017  
RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: *Elizângela Alves Scotti*

VISTO DO DELEGADO(A):

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

*Mikelândia Martins Rodrigues*

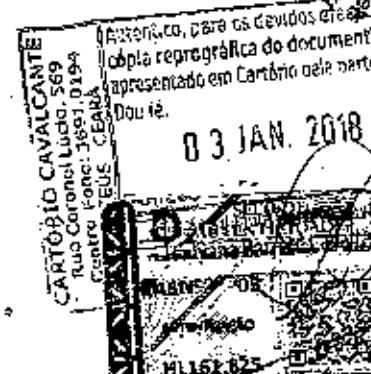
*Mikelândia Martins Rodrigues*



Certifico que a presente  
ficha confere com o  
original respectivo. Dou  
a 22 de dezembro de 2017

*Elizângela*  
2.º Tabelião Pùblico

ELIZÂNGELA ALVES SCOTTI  
2.º Tabelião Pùblico  
Instituto Legal - CRA/CE 4808  
Ceará



Cartório Civil, para os devidos efeitos, certifico que a  
cópia reproduzida do documento que me  
apresentado em Cartório dela parte interessada  
é verdadeira.

03 JAN. 2018

Pág. 2 de 2

Impresso em: 20/12/2017 10:48:15

RECEBIDO

DELEGACIA REGIONAL DE CRATEUS



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - CIRCULAR SUSEP 443, 11

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

**INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:**

**É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL.\* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal\* é obrigatório para os seguintes casos:**

**Casos com vítima entre 0 a 15 anos –** O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 (“Assinatura do Representante Legal”);

**Casos com vítima entre 16 e 17 anos** - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

**Casos com vítima interditada com curador** – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 (“Assinatura do Representante Legal”).

Nome Completo da Vítima: Diecklândio Martins Rodrigues | CPF da Vítima: 018.804.283-00 | Data do Acidente: 29/10/2017

**REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA**

Nome completo do Representante Legal	CPF do Representante legal
Email	Telefone (DDD)

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:

**Assinalar uma das opções abaixo:**

- Não há estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência; ou

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

O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência 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 da 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 contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

Cratim - 22 de Dezembro de 2017.  
Local e Data

### Local & National

1313-1320

~~Alfredo Martins Rodrigues~~

**Campo 1 - Assinatura do Beneficiário**

**Campo 2 - Assinatura do Representante Legal**

**Guia de atendimento - EMERGENCIA**
**DADOS DO PACIENTE**

Prontuário 072095	Atendimento 0014	Nome do Paciente MIKELANDIA MARTINS RODRIGUES		CNS 709803077205190	Guia de Autorização	
Documento(s) Identidade: 20072312836			Estado Civil Solteiro(a)		Sexo Feminino	
Data de Nascimento 24/02/1988	Local CRATEUS/CE					Idade 29 Ano(s)
Pai MILTON MARTINS ALVES		Mae ANTONIA VIEIRA RODRIGUES				
Endereço RUA HUMBERTO DE CAMPOS, 1370		Bairro PLANALTO	CEP 63700-000	Município CRATEUS	UF CE	Telefone 88 9424-132
Profissão MANICURE	Empressa	Cônjugue				
Responsável MIKELANDIA MARTINS RODRIGUES		CPF do Responsável	Endereço RUA HUMBERTO DE CAMPOS, 1370	Município CRATEUS	UF CE	

**DADOS DO ATENDIMENTO**

Data Atendimento 29/10/2017	Hora 22:05	Convênio SUS	Matrícula	CID
Profissional do Atendimento FLAVIO MENDES SALES JUNIOR			CRM/UF 18153/CE	Tipo Atendimento CONSULTA COM PROCEDIMENTO
Indicador de Acidente Trânsito			Funcionário SILVANA VIEIRA DE OLIVEIRA	
Observação				
Saia	Data/Hora Liberação / / às hs.		Tipo de Saída ( ) Alta ( ) Internação ( ) Óbito	
Sinais Vitais Peso (kg) Altura (cm) T (°C) P (bpm) R (impm) FPA (mmHg) 120 x 80				

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

Vítorino é o condutor de moto. consciente,  
 com todos, suspeita em ar ambiente.  
 Apresenta escoriações leves pelo corpo  
 col. limpo e curativo.  
 Alta hospitalar

Flávio Mendes Sales Junior  
 Médico  
 CRM/CE 18153

FLAVIO MENDES SALES JUNIOR - CRM: 18153

SAÚDE MÉDICA  
 25 JAN 2018

Mikelandia  
 Assinatura Paciente/Responsável  
 Responsável: MIKELANDIA MARTINS ROD







**DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM  
PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP**

Barcode: 9783838130207

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

## **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 SUSEP<sup>1</sup> 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**<sup>2</sup>.

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

<sup>2</sup> 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, Daniela Gomes Antes, inscrito (a) no CPF/CNPJ 873.649.133/00, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Mitelandia Mottino Rodrigues, inscrito (a) no CPF sob o Nº 018.804.283/00, do sinistro de DPVAT cobertura Funeralize, da Vítima Mitelandia M. Rodrigues, inscrito (a) no CPF sob o Nº \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_, 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 Lider-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

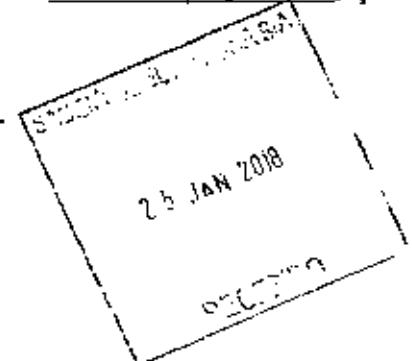
Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sancção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Enderéço	Ch. São Lourenço	Número	A1379	Complemento	-
Bairro	Boturina II	Cidade	Guarulhos	Estado	CEP
Email	sautodebora2@hotmail.com	Telefone comercial (DDD)	88.9.9690-3449	Telefone celular (DDD)	88.9.936-7264

Assinado o dia de dezembro de 2017  
Local e Data

## Locale Data

**Assinatura do Declarante**



**Guia de atendimento - EMERGENCIA**

**DADOS DO PACIENTE**

Pontuário 072095	Atendimento 0014	Nome do Paciente MIKELANDIA MARTINS RODRIGUES			CNS 709803077205190	Guia de Autorização
Documento(s) Identidade: 20072312836			Estado Civil Solteiro(a)		Sexo Feminino	
Data de Nascimento 24/02/1988		Local CRATEUS/CE			Idade 29 Ano(s)	
Pai MILTON MARTINS ALVES			Mae ANTONIA VIEIRA RODRIGUES			
Endereço RUA HUMBERTO DE CAMPOS, 1370		Bairro PLANALTO	CEP 63700-000	Município CRATEUS	UF CE	Telefone 86 9424-332
Profissão MANICURE	Empresa	Conjugado				
Responsável MIKELANDIA MARTINS RODRIGUES		CPF do Responsável	Endereço RUA HUMBERTO DE CAMPOS, 1370	Município CRATEUS	UF CE	

**DADOS DO ATENDIMENTO**

Data Atendimento 29/10/2017	Hora 22:05	Convênio SUS	Matrícula	CID	
Profissional do Atendimento FLAVIO MENDES SALES JUNIOR			CRM/UF 18153/CE	Tipo Atendimento CONSULTA COM PROCEDIMENTO	
Indicador de Acidente Trânsito			Funcionário SILVANA VIEIRA DE OLIVEIRA		
Observação					
Sala	Data/Hora Liberação / / às / / hs.		Tipo de Saída ( ) Alta ( ) Internação ( ) Óbito		
Peso (kg)	Altura (cm)	T (°C)	P (bpm)	R (bpm)	PA (mmHg)
120,80					

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

Vítima de acidente de moto. consciente,  
 com todos os sistemas em ac. funcional.  
 Apresenta escoriações leves pelo corpo  
 col. limpo e curativo.  
 Alta hospitalar

Flávio Mendes Sales Junior  
 CRM: 18153

FLAVIO MENDES SALES JUNIOR - CRM: 18153

SAO CAMILO - CRATEUS/CE  
 25 JAN 2018  
 Mikelandia  
 Assinatura Paciente/Responsável  
 Responsável: MIKELANDIA MARTINS ROD

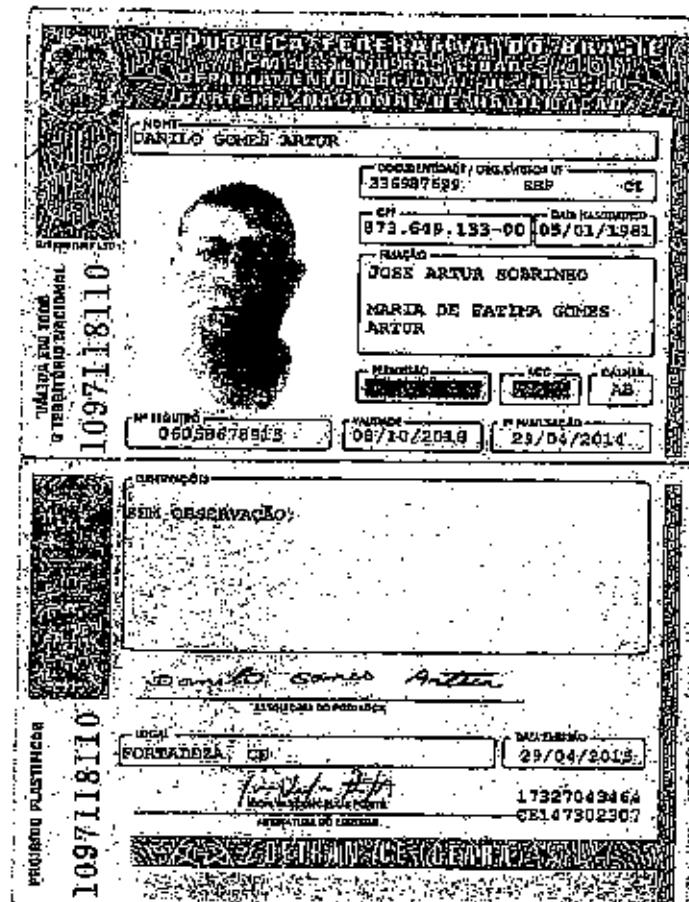


<b>REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL</b> <b>MINISTÉRIO DA JUSTIÇA</b> <b>DEPARTAMENTO NACIONAL DE REGISTRO</b> <b>DE PESSOAS</b> <b>ANEXO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO</b>	
<b>MICELANDIA MARTINS RODRIGUES</b>	
	
<b>DOCUMENTO / CÓDIGO IDENT.</b> <b>25072312836</b> <b>BR000</b> <b>CE</b>	
<b>CM</b> <b>DATA EMISSÃO</b> <b>018.804.383-00</b> <b>23/02/1988</b>	
<b>PAIS/AVÔ</b> <b>MILTON MARTINS</b> <b>RODRIGUES</b> <b>ANTONIA VIEIRA</b> <b>RODRIGUES</b>	
<b>SEXO</b> <b>ACC</b> <b>DATA</b> <b>M</b> <b>06324444720</b> <b>04/08/2020</b> <b>31/03/2016</b>	
<b>VALIDEZ</b> <b>O TERRITÓRIO NACIONAL</b>	
<b>Nº REGISTRO</b> <b>1474110954</b>	
<b>VALOR</b> <b>04/08/2020</b>	
<b>VALOR</b> <b>31/03/2016</b>	
<b>OBSEVAÇÕES</b>	
<b>SIM</b> <b>OBSEVAÇÃO:</b>	
<i>Micelandia Martins Rodrigues</i> <i>Assinatura do portador</i>	
<b>LOCAL</b> <b>DATA EMISSÃO</b> <b>CRATUCA, CE</b> <b>24/08/2017</b>	
<i>Antônio Vieira Rodrigues</i> <i>Assinatura do portador</i>	
<b>PROJETO PLASTIFICA</b>	
<b>1474110954</b>	



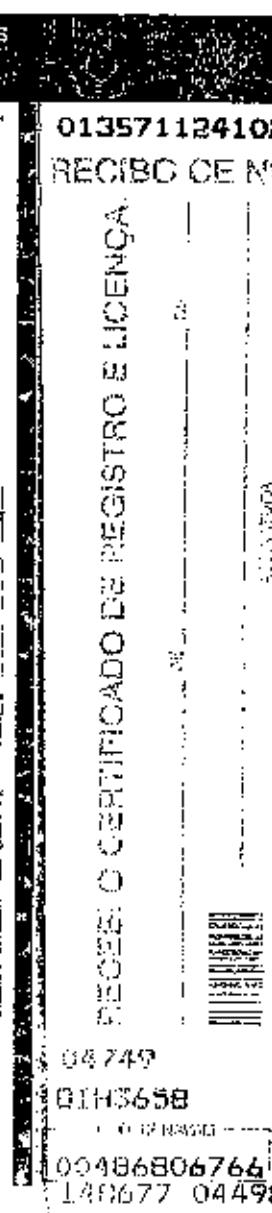
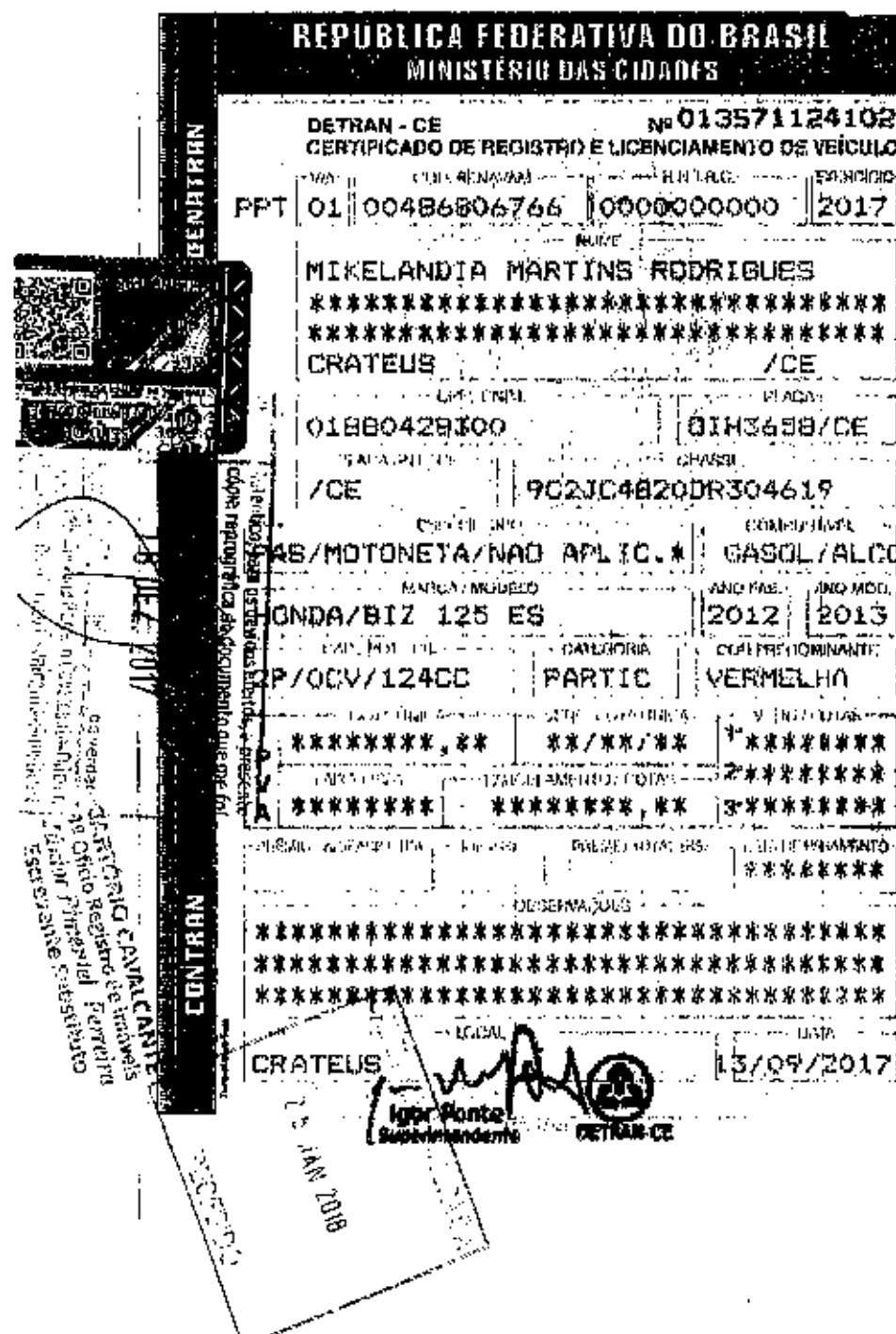
10 DEZ. 2017

2018



15 Jan 2016

300



# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180052153      **Cidade:** Crateús      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** MIKELANDIA MARTINS RODRIGUES      **Data do acidente:** 29/10/2017      **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

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

**Data da análise:** 06/02/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** Escoriações pelo corpo.

**Resultados terapêuticos:** Resolução completa, sem evidência de limitação insusceptível a terapêutica ou mecanismo de trauma que acarrete prejuízo funcional parcial/total a vítima.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:** Sem sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** Segundo a documentação médica disponível não há lesões e/ou sequelas indenizáveis nos moldes previstos pela legislação vigente.

## 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.BRAS DE MEDICINA ESPEC.EM SEGUROS LTDA

**Nome do médico:** LUIS FELIPE FRANKLIN FORNELOS

**CRM do médico:** 52877859

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**



PROCURAÇÃO



Outorgante: **MIKELANDIA MARTINS RODRIGUES**, brasileiro(a), estado civil casada, profissão DO LAR, residente e domiciliado à Rua Humberto de Campos, nº. 1370, bairro Fátima II, Município de Crateús, Estado de(o) CE., Cep.:63.700-000, portador(a) do RG nº. 20072312836, SSP/CE, e CPF nº. 018.804.283-00.

Outorgado: **DANILO GOMES ARTUR**, brasileiro (a), estado civil solteiro, profissão Autônomo, residente e domiciliado (a) à Rua Dr. João Tomé, nº 1263, bairro: Fátima I Município de Crateús, Estado de (o) CE, Cep.: 63700-000, portador (a) do RG nº 336987699 SSP/ CE, e CPF nº 873.649.133-00.

Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o(a) outorgado(a) seu bastante procurador(a), para o fim especial de requerer junto à qualquer seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou em acidente de trânsito o(a) Sr.(a) : **MIKELANDIA MARTINS RODRIGUES**, ocorrido em 29/10/2017, conforme registrado pelo B.O anexo ao processo.

Podendo dito(a) procurador(a), representar o(a) outorgante como se o(a) próprio(a) fosse, podendo requerer, assinar recibos, assinar Declarações de endereço, assinar Autorização de Pagamento/Crédito de Indenização de Sinistro DPVAT, para o pagamento de quitação da Indenização de Sinistro DPVAT, enfim requerer e assinar todos os papéis e documentos que forem precisos e praticar todos os demais atos necessários para o mais amplo e fiel cumprimento do presente mandato.

Crateús-Ce., 28 de Dezembro de 2017.

*Mikelandia Martins Rodrigues*  
Outorgante  
CPF Nº. 018.804.283-00



RECONHECÇO A(S) FIRMA(S) <i>com</i> <i>verdadeira de Mikelandia</i> <i>Martins Rodrigues</i>	
Dou fé.	
Crateús 28/DEZ/2017	
Em testemunho <i>do</i> da verdade	

**CARTÓRIO MARTINS**  
6º Ed. Edmar Alves/Av. da Praça  
Substituto Legal - CRA/4808  
Crateús - Ceará

