

 **Poder Judiciário**
Tribunal de Justiça do Estado do Ceará

CAIXA POSTAL | CADASTRO | AJUDA

e-SAJ Portal de Serviços

FÁBIO POMPEU PEQUENO JÚNIOR (Sair) [Acessar nova versão do e-SAJ](#)

> Bem-vindo > Peticionamento Eletrônico > Peticionamento E Peticionamento Intermediário - Primeiro Grau

MENU

Peticionamento Intermediário - Primeiro Grau

! Atenção

- Prezado FÁBIO POMPEU PEQUENO JÚNIOR, todos documentos foram assinados e protocolados com sucesso. O processo foi protocolado com o número **WEB1.20.01291532-7** em **25/06/2020 15:47:45**.
- Não foi possível enviar o e-mail de confirmação. Se necessário, você pode consultar o serviço "Caixa Postal" para conferência.

Orientações

- Após a sua petição ser recebida e encaminhada pelo Tribunal, será possível acompanhar o andamento do processo através da **Consulta de Processos Online** existente no portal.

Petionante

Nome : FÁBIO POMPEU PEQUENO JÚNIOR

Protocolo

Foro : Fortaleza - Fórum Clóvis Beviláqua
Processo : 0227097-48.2020.8.06.0001
Protocolo : WEB1.20.01291532-7
Tipo da petição : Contestação
Assunto principal : Seguro
Data/Hora : 25/06/2020 15:47:45

Partes

Solicitante : Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT

Documentos Protocolados

Exibindo 3 documentos >> Exibir todos

Alguns dos documentos peticionados foram segmentados para manter o padrão de tamanho definido pelo Tribunal.

Petição* : 2729652_CONTESTACAO_01 - 1-10.pdf
Procuração/Substabelecimento: SUBSTABELECIMENTO_SUPERVISAO_2018 - 1-2.pdf
Documentação : 2729652_CONTESTACAO_Anexo_02 - 1.pdf

Downloads

Anexar documentos : Realizar download dos documentos da petição
Recibo : Realizar download do recibo

Desenvolvido pela Softplan em parceria com o Tribunal de Justiça do Ceará

BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA: 01/09/2017

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 5.568,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MARIA SANTOS DO VALE

BANCO: 237

AGÊNCIA: 00704-8

CONTA: 00000008121-3

Nr. Autenticação

BRADESCO1092017050000000002370070400000008121556875 PAGO



SECRETARIA DE SAÚDE - PSF
RECEITUÁRIO

Muito que a Soc. Maril
Socia de Vale operou
fazendo de Paulo (R)
em acidente de carro,
(atropelamento).

Haja recebe alta ambulatório
definitiva com dor residual
e limitações dos movimentos
de Paulo. (R)

INVESTPREV

04 AGO 2017

ENTRADA

12/06/17

Dr. Edmundo R. Góes
Médico. CRM 3566
CPF 359 557 243-13



PREFEITURA MUNICIPAL DE ARACOIABA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
FICHA DE OBSERVAÇÃO CLÍNICO - CIRÚRGICA

Traumat 09

Name	Ma. Santos do Vale	Date	24/04/17
Endereço	Lapistrane	Estado Civil	
		Idade	69
		Sexo	F

HISTÓRIA CLÍNICA

Defeito muscular	pubo (P)
Melhor noite	(T)

DESTINO

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Residência | <input type="checkbox"/> Recusou Internamento |
| <input type="checkbox"/> Ficou em Observação | <input type="checkbox"/> Referência |
| <input checked="" type="checkbox"/> Internação Hospital | <input type="checkbox"/> Óbito |
| <input type="checkbox"/> Transferência | |

Observações:

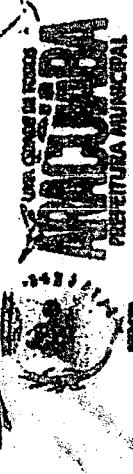
Assinatura do Cliente / Responsável

Assinatura do Médico - CRM

Dr. Jose Marcelo V. Porte
Médico Traumatologista
CRM: 6590

INVEST PREV
ENTRADA

04 AGO 2017



PREFEITURA MUNICIPAL DE ARACOIABA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
FICHA DE OBSERVAÇÃO CLÍNICO - CIRURGICA M

Name	Maria Santos do Vale	Date	18/04/11.
Endereço	Capistrano	Estado Civil	C
		Idade	62
		Sexo	F

HISTÓRIA CLÍNICA

José Antônio

DESTINO	Observações:
<input type="checkbox"/> Residência	<input checked="" type="checkbox"/> Recusou Internamento
<input type="checkbox"/> Ficou em Observação	<input checked="" type="checkbox"/> Refúgia
<input type="checkbox"/> Internação	<input checked="" type="checkbox"/> Óbito
<input type="checkbox"/> Transferência	

Assinatura do Médico : CRM

Vicecôdo
Ortoped
INTERC
CREM

ENTRADA

04 AGO 2017

INVESTPREV



**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNACÃO HOSPITALAR**

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

CNES - 4010779

HOSPITAL E MATERNIDADE
SANTA ISABEL
Rua Getúlio Vargas, 139
Centro - CEP 62.750-000
ARACAJABA - CEARÁ

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Maria Santos do Vale

6 - Nº DO PRONTUÁRIO
052-789

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8191810101412101514161621915

8 - DATA DE NASCIMENTO
18/02/1948

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

Liliane Santos

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº BAIRRO)

Centro

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Papicuano

14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO

290-9

15 - UF

CE

16 - CEP

56174-810

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Defomidade e um potencial INVESTPREV
funcional perdeu

04 AGO 2017

ENTRADA

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

necessita resguardo e assistência

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

anamnese + ex físico +

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

01410801204017

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

29 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

24/04/17

MM
Traumatologista
CRM-CE 0590

3 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - Nº DO BILHETE

38 - SÉRIE

4 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNPJ DA EMPRESA

41 - CBOR

5 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - CÓD. ÓRGÃO AUTORIZADOR

45 - DOCUMENTO

46 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

() CNS

() CPF

- DATA DA AUTORIZAÇÃO

48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

23/7/2017

23/7/2017

23/7/2017

23/7/2017

23/7/2017

23/7/2017

23/7/2017

23/7/2017

23/7/2017

23/7/2017

23/7/2017

23/7/2017

23/7/2017

23/7/2017

23/7/2017

23/7/2017

23/7/2017

23/7/2017

23/7/2017

23/7/2017

23/7/2017

23/7/2017

23/7/2017

23/7/2017

23/7/2017

23/7/2017

23/7/2017

23/7/2017

23/7/2017

23/7/2017

23/7/2017

23/7/2017

23/7/2017

23/7/2017

23/7/2017

23/7/2017

23/7/2017

23/7/2017

23/7/2017

23/7/2017

23/7/2017

23/7/2017

23/7/2017

23/7/2017

23/7/2017

23/7/2017

23/7/2017

23/7/2017

23/7/2017

23/7/2017

23/7/2017

23/7/2017

23/7/2017

23/7/2017

23/7/2017

23/7/2017

23/7/2017

23/7/2017

23/7/2017

23/7/2017

23/7/2017

23/7/2017

23/7/2017

23/7/2017

23/7/2017

23/7/2017

23/7/2017

23/7/2017

23/7/2017

23/7/2017

23/7/2017

23/7/2017

23/7/2017

23/7/2017

23/7/2017

23/7/2017

23/7/2017

23/7/2017

23/7/2017

23/7/2017

23/7/2017

23/7/2017

23/7/2017

23/7/2017

23/7/2017

23/7/2017

23/7/2017

23/7/2017

23/7/2017

23/7/2017

23/7/2017

23/7/2017

23/7/2017

23/7/2017

23/7/2017

23/7/2017

23/7/2017

23/7/2017

23/7/2017

23/7/2017

23/7/2017

23/7/2017

23/7/2017

23/7/2017

23/7/2017

23/7/2017

23/7/2017

23/7/2017

23/7/2017

23/7/2017

23/7/2017

23/7/2017

23/7/2017

23/7/2017

23/7/2017

23/7/2017

23/7/2017

23/7/2017

23/7/2017

23/7/2017

23/7/2017

23/7/2017

23/7/2017

23/7/2017

23/7/2017

23/7/2017

23/7/2017

23/7/2017

23/7/2017

23/7/2017

23/7/2017

23/7/2017

23/7/2017

23/7/2017

23/7/2017

23/7/2017

23/7/2017

23/7/2017

23/7/2017

23/7/2017

23/7/2017

23/7/2017

23/7/2017

23/7/2017

23/7/2017

23/7/2017

23/7/2017

23/7/2017

23/7/2017

23/7/2017

23/7/2017

23/7/2017

23/7/2017

23/7/2017

23/7/2017

23/7/2017

23/7/2017

23/7/2017

23/7/2017

23/7/2017

23/7/2017

23/7/2017

23/7/2017

23/7/2017

23/7/2017

23/7/2017

23/7/2017

23/7/2017

SNS 898.0042.0546.6295

1º de



PREFEITURA MUNICIPAL DE ARACOIABA
SECRETARIA DA SAÚDE

FOLHA SUMÁRIO DE URINA

FOLHA SUMÁRIO DE INTERNAMENTO

SAME	09.20	CLÍNICA	e.T	BLOCO/LEITO	SUS
NOME	maria Santos do Vale			REGISTRO	052.789
NATURALIDADE	Capistrano-le	SEXO	F	NASCIMENTO	10/02/48
ESTADO-CIVIL	Viva	PROFISSÃO	Aposentada	IDADE	69
RESIDÊNCIA				COR	P
FILIAÇÃO	Francisco Miguel dos Santos			RELIGIÃO	Católica
	Maria Freire Santos			PROCEDÊNCIA	Capistrano
NOME DO CONJUGE				BAIRRO	Centro
PESSOA A NOTIFICAR EM CASO DE URGÊNCIA	Leiliane Santos			PARENTESCO	Filha
RESIDÊNCIA	Messa			BAIRRO	
RESPONSÁVEL				PARENTESCO	
RESIDÊNCIA				BAIRRO	
DOCUMENTO APRESENTADO PARA INTERNAÇÃO	RG - 2001.002221275			FONE	99200285
DATA DA INTERNAÇÃO	22/10/2017	DATA DA SAÍDA	31/10/2017	DIAS DE HOSPITALIZAÇÃO	DESTINO DADO AO PACIENTE
RESIDÊNCIA				ÓBITO	
ALTA	TIPO			<input type="checkbox"/> 0 - INEXISTÊNCIA DE DADOS <input type="checkbox"/> 1 - ÓBITO OPERATÓRIO OCORRIDO DURANTE O ATO CIRÚRGICO <input type="checkbox"/> 2 - ÓBITO PÓS OPERATÓRIO OCORRIDO NAS PRIMEIRAS 24 hs <input type="checkbox"/> 3 - ÓBITO PÓS-OPERATÓRIO OCORRIDO COM MAIS DE 24 hs E ATÉ 72 hs <input type="checkbox"/> 4 - ÓBITO PÓS-OPERATÓRIO OCORRIDO DURANTE O ATO CIRÚRGICO 1ª SEMANA APÓS ATO OPERATÓRIO <input type="checkbox"/> 5 - ÓBITO PÓS-OPERATÓRIO OCORRIDO DEPOIS DA PRIMEIRA SEMANA APÓS O OPERATÓRIO <input type="checkbox"/> 6 - ÓBITO POR ANESTESIA	
1 - CURADO	<input type="checkbox"/>	9 - ADMINISTRATIVO (CHEFIA MÉDICA OU SUPERVISÃO HOSPITALAR)			
2 - MELHORADO	<input type="checkbox"/>	7 - POR INDISCIPLINA			
3 - INALTERADO	<input type="checkbox"/>	8 - POR EVASÃO			
4 - PEDIDO	<input type="checkbox"/>	9 - PARA COMPLEMENTAÇÃO DO TRATAMENTO AMBULATORIAL			
5 - INTERNADO PARA DIAGNÓSTICO	<input type="checkbox"/>				
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO				CÓDIGO	INVESTPREV
DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO				CÓDIGO	04 AGO 2017
OPERAÇÃO				CÓDIGO	ENTRADA
ÓBITO	<input type="checkbox"/> ANTES DE 24hs	<input type="checkbox"/> DEPOIS DE 24hs	AUTÓPSIA	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
OBSERVAÇÕES					
Procedimento realizado pelo SUS (Sistema Único de Saúde) sem nenhum ônus para o paciente ou qualquer tipo de convênio ou diretor do hospital					

OCORRÊNCIAS PRINCIPAIS

Paciente com DMD

Sustento regional

Essejor se antissepsis NESTPREV

Campos cirúrgicos

Reclusos incisivos fracturados fixos

fixos fisi. com luxação extensa

lux contôle

Suturas

curativas

DR. J. M. F. FREITAS
Med. e Cir. - Anest.

08/05/2017

DATA

Cirurgião - Ass. e Carimbo

1º Auxiliar - Ass. e Carimbo

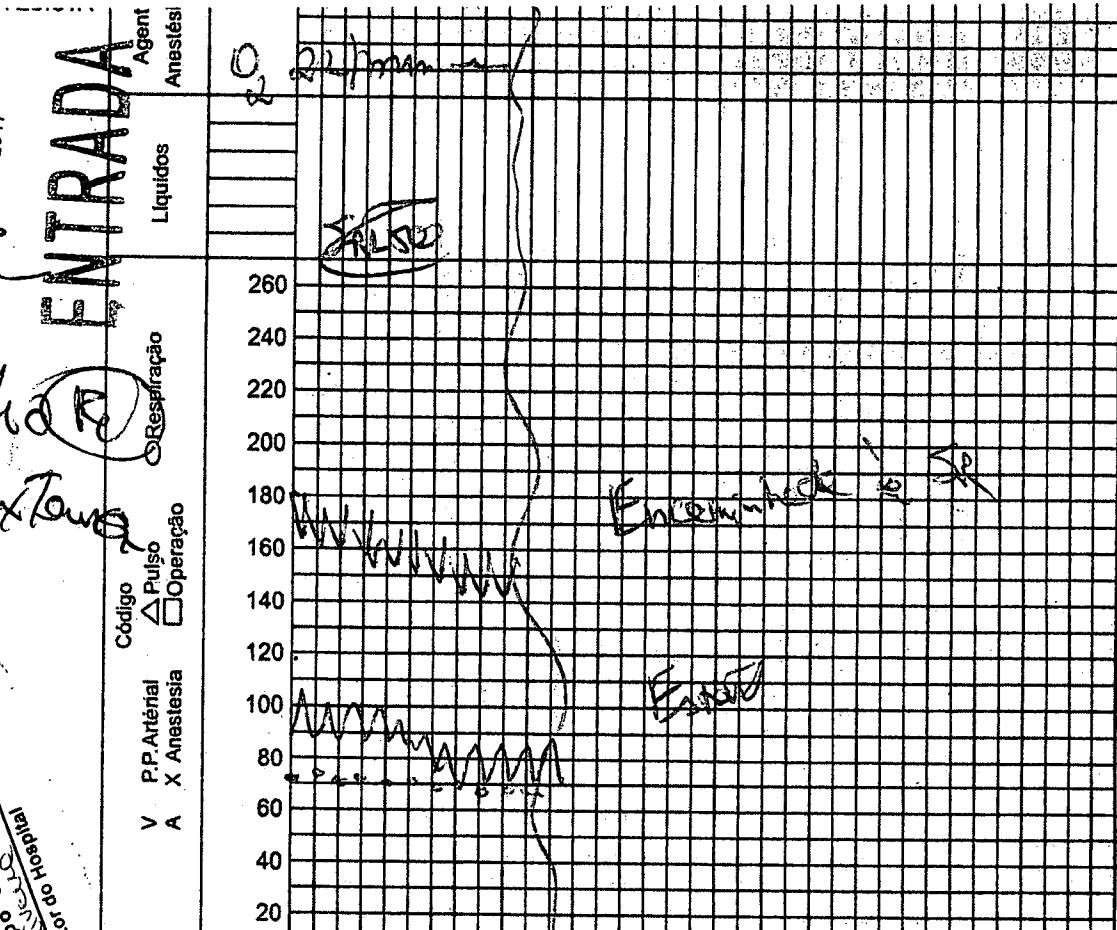
2º Auxiliar - Ass. e Carimbo

2º Auxiliar - Ass. e Carimbo

Realizado pelo SUS
Saliente o procedimento único para o convívio
entre o paciente e o sistema único de
anestesia, que é o diretor do Hospital

INSTITUTO NESTPREV

AGO 2017



Relatar as causas que justifiquem a longa duração da operação, da anestesia e o maior consumo de material e medicamentos.

1) Venoclise 2) Monitorização 3) Aspiração de regiões cervical e clavicular | Reeljeccão de bloquos de plexo braquial pelos vicos interescalene e axilar com Bepivacaina 0,5% com dose 20ml + Lidocaina 2% 20ml.
Bloqueio OK 4) Cefazoline 2g 5) Diprone 2g
6) Midazolam 2mg + Fentanyl 20ug 7) Phenotabs 8) Dexmedetomidine 10ug

Data 08/05/17

Dr. Waldson Cesário de Freitas
Anestesiologista
CRM/CE: 15.378



PREFEITURA MUNICIPAL DE ARACIABA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
BOLETIM DE CIRURGIA E ANESTESIA
(Preencher todos os campos após a cirurgia verso e anverso)

SPREV

4/60/2017

ENTRADA

13:05

Nº DA GIH		CIRURGIA			ANESTESIA								
		1 - Peq.	4 - Simu		<input type="checkbox"/> Local	<input type="checkbox"/> Geral	<input type="checkbox"/> Outros						
		2 - Média	5 - Mult.		Início		Término						
		6 - Grande	6 - Especial		Hora	Min	Hora	Min					
		7 - Princ. e Secundária											
REG.		CÓDIGO CID	Inicio	Término	Duração	Em minutos c/ acrésc. para os casos de emergência fora de horário normal e dias não úteis (preencher).							
		Conversão	Categoria	Detalhes	13:10 14:05								
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dia	Mês	Ano	Dia útil					
		Código SSM			08	05	17	<input type="checkbox"/> Sim					
								<input type="checkbox"/> Não					
								Anestesia					
								Minutos total	Minutos c/ acréscimo				
61	MATERIAL DE SALA	TIPO	Q	V.U	V.T	65	MEDICAMENTO DE SALA			TIPO	Q	V.U	V.T
<p>1) Bupivacaina 0,5% comoxase 2) Lidocaina 2% comoxase 3) Urogrina 2% 4) Soprano 2% 5) Plastil 10mL 6) Dexametasona 10mg</p> <p style="text-align: right;"><i>Dr. Wilson Césario de Freitas Anestesiologista CRM-CE: 15.378</i></p>													
<p>74 Oxigênio 24 min</p>													
<p>Assinatura da Enfermeira</p>													
<p>Início Horas Térn. Horas Total de Horas</p>													
<p>Assinatura Cirurgião</p>													



SECRETARIA DE SAÚDE - PSF
RECEITUÁRIO

P. Manif Sents de Vida
Sobretudo.

Isso é Nota
(2011)

- fat nature redio. E
Conselheiros

INVESTPREV

04 AGO 2017

ENTRADA

Ana Beatriz P. Braga
Médica - CRM: 3491
CPF: 333 587 243-72

12/08/17

Nº DO CLIENTE
6122520-7

foi criada pela Lei nº 10.438
do 26 de abril de 2002
Companhia Energética do Ceará
Rua Padre Valdevino, 150
CEP 60135-050 | Fortaleza CE
CNAE 4511031/0006-70 | CGF 06.105.649-3

enel

Comprovante de residência



0015*

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE B-4 | N°

480500061

Rua 05 27050 03 100000 - e
Nome: ARISON FEITOZA CHAVES
End. Peculiar
RU CEL JOAO VIANA 00000
CENTRO - ITAPIUNA - 62740000
Medidor 23000431
Classe 01-BERESIDENTIAL MONOFASICO
RG / CPF / CNPJ 788567643-00
Nome do Responsável

Data de Emissão 08/06/2017

Ponto 000000000
Fator de Potência 0,00
CGP 0,00

DATAS

Mês da Referência	Data da Apresentação	Provisão Próxima Leitura
JUN/2017	08/06/2017	10/07/2017

ICMS

Base de Cálculo (R\$)	Alíquota	Valor do Imposto
149,52	5,63%	8,53

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

7708.0006.0008.0009.1057.ESAI.9209.DIN

INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

Veja a legenda na verso desta conta.

Conjunto 01/01/17

Mês 06/2017

EUSD 40,99

	Periodo	Apuração Individual				
	Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual
DIC	5,43	10,85	21,73	1,81	3,63	8,23
FIC.	2,36	4,72	10,45	2,09	4,09	9,09
DMIC	3,11		8,79			

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo (kWh)	Cens. Ind.	Cens. Fato.	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
12453	12254	1,00	199	0,00	190	0,75116	149,52
08/06/17	09/05/17		30-DIAS		197		VALOR (R\$)

DESCRITIVO

VALOR CONSUMO DO MES:	149,52
MULTA MORAUTORIA REF 03/2017	3,73
TIURNAÇÃO PÚBLICA MUNICIPAL	17,21

INVESTPREV

04 AGO 2017

ENTRADA

VENCIMENTO 2017/07

TOTAL A PAGAR (R\$)

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

Energia	46,63
Impostos	5,63
Distribuição	11,17
Encargos Sociais	11,17
Tributos (ICMS PIS/COFINS)	50,87
TOTAL	149,52

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)

Jan	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Aug	Sep	Oct	Nov	Dec
191	191	191	191	191	191	191	191	191	191	191	191

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSões DE CO₂ (kg/kWh)

Compreende suas emissões pelo consumo de energia elétrica.
Enviado às IOCGs Compensado kg (CO₂) Quantidade Emissões (kg CO₂)

86,01 0,00 0 100

INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO

ENEL PREZEDA E PARCEIRIA PELA PONTUALIDADE NOS SEUS PAGAMENTOS.

Consta desta Nota R\$ 10,00 referente a PIS e COFINS Aliquotas: PIS 1,20% e COFINS 3,73%
Data: 08/06/2017 - Enel - 0006122520-000373937268-2

Nº do Cliente:

Data de Emissão: 08/06/2017

Nº da Nota Fiscal: 480500061

Referência:

Total a Pagar (R\$): JUN/2017

Nº de Controle: 169,46

Nº do Controlador: 0006122520 000373937268-2

838900000001-3 69460031000-7 00061225200-0 00373937268-2



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Comprovante de residência



Eu, Maria Santos do Vale

RG nº 2001002221245 data de expedição 13/07/2001 Órgão SSP - CE

CPF nº 430.983.663-87, venho perante a este instrumento declarar que não posso comprovar 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)	TR Novo Planalto	INVESTPREV
Número	52	
Apto./ Complemento	Casa	04 AGO 2017
Bairro	Centro	
Cidade	Capistrano	ENTRADA
Estado	CEará	
CEP	62.748.000	
Telefone de Contato	(85) 996.36.99.23 / (88) 992831566	
E-mail	arisonfeitorzachaves@gmail.com	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Itapiúna, 19 de julho de 2017.

Assinatura do Declarante: Maria Santos do Vale



SECRETARIA DE SAÚDE - PSF
RECEITUÁRIO

Muito que a Soc. Maril
Santos do Vale apre
faturou de preito o
em escota de com
(atropelamento).

PSF recebe alta ambulatório
definitiva eor do résvel
e limitas dos moviment
do preito. R

INVESTPREV

04 AGO 2017

ENTRADA

12/06/17

En. Adm. 0005
Modelo: IP/1361
CPF 350 572 251-0



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
PÓLICIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE ARACOIABA



GUIA POLICIAL À PERÍCIA FORENSE

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 413 - 886 / 2017

GUIA Nº 413 - 133 / 2017

ARACOIABA, 7 de Julho de 2017

Natureza do Exame: **CORPO DE DELITO**

Requisito à Perícia Forense o exame **LESAO CORPORAL** da pessoa abaixo qualificada:

Nome: **MARIA SANTOS DO VALE**

Nacionalidade: **BRASIL**

Data de Nascimento: **18/02/1948**

Grau de Instrução: **ALFABETIZADO**

Filiação: **FRANCISCO MIGUEL DOS SANTOS
MARIA FREIRE DOS SANTOS**

Documento de Identificação: **RG**

Órgão Emissor: **SSPDS**

Residência: **TRAVESSA NOVO PLANALTO, 52, CENTRO - CAPISTRANO/CE**

Local da Ocorrência: **ESTR CE 060, NO TRIANGULO DE ARACOIABA, ZONA RURAL -
ARACOIABA/CE**

Data e Hora da Ocorrência: **18/04/2017 08:00**

Observação: **VÍTIMA DE ATROPELAMENTO**

Laudo para: **DELEGACIA MUNICIPAL DE ARACOIABA**

Naturalidade: **CAPISTRANO/CE**

Estado Civil: **VIUVO(A)**

Profissão: **APOSENTADA**

Número: **2001002221275**

UF: **CE**

INVESTPREV

04 AGO 2017

ENTRADA


DELEGADO(A) ANNA CRISTHINA MARCATTI LEONCIO - 30078411

TERMO DE RECEBIMENTO DE GUIA POLICIAL À PERÍCIA FORENSE

Declaro que recebi da **DELEGACIA MUNICIPAL DE ARACOIABA** a Guia de número **133 / 2017** do município de **ARACOIABA**.

Em _____ / _____ / _____.

Nome/Assinatura



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE ARACOIABA



GUIA POLICIAL À PERÍCIA FORENSE

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 413 - 886 / 2017

GUIA Nº 413 - 133 / 2017

ARACOIABA, 7 de Julho de 2017

Natureza do Exame: **CORPO DE DELITO**

Requisito à Perícia Forense o exame **LESAO CORPORAL** da pessoa abaixo qualificada:

Nome: **MARIA SANTOS DO VALE**

Nacionalidade: **BRASIL**

Data de Nascimento: **18/02/1948**

Grau de Instrução: **ALFABETIZADO**

Filiação: **FRANCISCO MIGUEL DOS SANTOS**
MARIA FREIRE DOS SANTOS

Documento de Identificação: **RG**

Órgão Emissor: **SSPDS**

Residência: **TRAVESSA NOVO PLANALTO, 52, CENTRO - CAPISTRANO/CE**

Local da Ocorrência: **ESTR CE 060, NO TRIANGULO DE ARACOIABA, ZONA RURAL -
ARACOIABA/CE**

Data e Hora da Ocorrência: **18/04/2017 08:00**

Observação: **VÍTIMA DE ATROPELAMENTO**

Laudo para: **DELEGACIA MUNICIPAL DE ARACOIABA**

Naturalidade: **CAPISTRANO/CE**

Estado Civil: **VIUVO(A)**

Profissão: **APOSENTADA**

04 AGO 2017

INVESTPREV

ENTRADA

DELEGADO(A) ANNA CRISTHINA MARCATTI LEONCIO - 30078411

TERMO DE RECEBIMENTO DE GUIA POLICIAL À PERÍCIA FORENSE

Declaro que recebi da **DELEGACIA MUNICIPAL DE ARACOIABA** a Guia de número **133 / 2017** do município de **ARACOIABA**.

Em ____ / ____ / ____.

Nome/Assinatura



Comprovação de ato declaratório



PREFEITURA MUNICIPAL DE ARACOIABA
SECRETARIA DE SAÚDE

FICHA DE OBSERVAÇÃO CLÍNICO - CIRÚRGICA

Traumel

Nome: M^a Santos do Vale

Data: 18/04/17

Endereço:

Copistre n°

Estado Civil: C

Idade: 69

Sexo: F

HISTÓRIA CLÍNICA

Máxima se apresentou com queixa de dor no lado esquerdo da face, com intensidade moderada. O paciente sentiu dor quando se acordou e descreveu que havia feito esforço ao dormir.

DÉSTINO:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Residência | <input type="checkbox"/> Recusou Internamento |
| <input type="checkbox"/> Ficou em Observação | <input type="checkbox"/> Referência |
| <input type="checkbox"/> Internação | <input type="checkbox"/> Óbito |
| <input type="checkbox"/> Transferência | |

Observações:

Col. Sudeste c/

Tox

Retiro aps 7 dias

Plano

Assinatura do Cliente / Responsável

Assinatura do Médico

CRM

INVESTIGAÇÕES
SEGURADORA SIA

18 AGO. 2017

ENTRADA



Uma Cidade de Todos

ARACUÍABA

PREFEITURA MUNICIPAL

SECRETARIA DE SAÚDE - PSF
RECEITUÁRIO

ATRS 10 June 2 Seg 1.
Various Scouting do Vile
Refuge featuring rock &
explosives (mines) are
anticipated no later
18/04/2017.

Hijo recibe alta para autorizar
lactancia definitiva con
ster residual en pulmo
esfuerzo e deficiencias
funcionales principales en
pulmo e función espiratoria

16/08/17

~~Dr. José Carlos J. Pinto
Medico - CRAMOSO
Exame nº 19 10~~

San Joaquin
Atascadero - CRADDOCK
C. 1900



Rio de Janeiro, 05 de Setembro de 2017

Carta n°: 11597676

A/C: MARIA SANTOS DO VALE

Sinistro: 3170433173 ASL-0302779/17
Vitima: MARIA SANTOS DO VALE
Data Acidente: 18/04/2017
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: ARISON FEITOZA CHAVES

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: MARIA SANTOS DO VALE

Valor: R\$ 5.568,75

Banco: 237

Agência: 000000704-8

Conta: 000008121-3

Tipo: CONTA CORRENTE

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	5.568,75

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros superiores 70%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 70%) 35,00%

Valor a indenizar: 35,00% x 13.500,00 =	R\$	4.725,00
---	-----	----------

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

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 25%) 6,25%

Valor a indenizar: 6,25% x 13.500,00 =	R\$	843,75
--	-----	--------

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.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



3170 433 17 2

Autorização de pagamento



AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

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

Eu, Maria Santos do Vale, PORTADOR(A) DO RG Nº 2001002221275 EXPEDIDO POR SSP EM 13/07/2001
 CPF 14.110.983-613-877/CNPJ PROFISSÃO Reclusa
 F RENDA MENSAL DE R\$ Reclusa (*) NA IDADE DE Beneficiário(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOSO DO
 SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Maria Santos do Vale, AUTORIZO A SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO
 DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABASIXO PRESTADAS.

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

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

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional;
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, MIE (mícro empresa) ou LTDA;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPIANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéticas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/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.

PARA CREDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO 237 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0704-8 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 8121-3

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

Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

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

Irapuã 14 de Agosto de 2017 Maria Santos do Vale

LOCAL E DATA

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.dpvatseguradotransito.com.br ou ligue para o 0800-0221204.

SEGURADORA S/A

18 AGO. 2017

ENTRADA

BRADESCO

TIPO: DEPOSITO EM CONTA CORRENTE
TIPO: TRANSFERENCIA PARA OUTRA AGENCIA

DATA: 21/07/2017 HORA: 14:12 H

FAVORECIDO: MARIA SANTOS DO VALE
AGENCIA: 0704-8 CONTA: 0008121-3

DEPOSITANTE: O PROPRIO FAVORECIDO

AG.ACUMULADORA:0564 NSEQ:00902 TERM:117 AUT:67

VALOR EM DINHEIRO:





BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 413 - 886 / 2017

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRABALHO**

Data / Hora da Comunicação: **07/07/2017 12:41:03**

Data / Hora da Ocorrência: **18/04/2017 08:00:00**

Endereço da Ocorrência: **ESTRADA CE 060, NO TRIANGULO DE
Complemento:**

Bairro: **ZONA RURAL**

Município: **ARACOIABA/CE**

Ponto de Referência:

Noticiante(s)

Nome: **MARIA SANTOS DO VALE**

Nascimento: **18/02/1948** CPF: **410.983.663-87**

RG: **2001002221275** Orgão Emissor: **SSPDS**

04 AGO 2017 UF: **CE**

Filiação: **MARIA FREIRE DOS SANTOS**

FRANCISCO MIGUEL DOS SANTOS

Endereço: **TRAVESSA NOVO PLANALTO, 52**

Bairro: **CENTRO**

INVESTPREV
ENTRADA

CEP:

Município: **CAPISTRANO/CE**

Telefone: **(85) 99197-6963**

País: **BRASIL**

Histórico

Depois de advertido que omitir, em documento público ou particular, declaração que dele devia constar, ou nele inserir ou fazer inserir declaração falsa ou diversas de que devia ser escrita com o fim de prejudicar, criar obrigação ou alterar a verdade sobre o fato juridicamente relevante, constitui crime! Narra o noticiante que na data e local acima citado, foi vítima de acidente de trânsito quando estava na atravessando a CE 060, especificamente no triângulo que liga as cidades de Aracoiaba a Baturité e a Capistrano, quando foi atropelada por um veículo do qual não anotou a placa; QUE só conseguiu visualizar que o veículo era de cor VERMELHA e o modelo era GOL; QUE o motorista do veículo atropelador não lhe prestou socorro, sendo socorrida pelas testemunhas abaixo qualificadas; Informa que em decorrência do acidente quebrou o punho esquerdo, teve forte machucado no joelho e sentiu muitas dores pelo corpo. Narra ainda que foi socorrida para o Hospital de Aracoiaba/CE, onde recebeu primeiro atendimento; QUE no dia 24/04/2017 foi internada no mesmo hospital onde foi submetida a cirurgia; declarante tem como testemunhas do ocorrido as seguintes pessoas:

TESTEMUNHA 01: FRANCISCO BRENO BEZERRA DA SILVA, RG: 20083232855 E CPF: 077..166.313-73.

Francisco Breno Bezerra da Silva

TESTEMUNHA 02: SIMONE MARIA DA CONCEIÇÃO ARAUJO, RG: 2009010045559 E CPF: 051.782.963-03

Simone maria da conceição araujo

ambas advertidas das penalidades dos artigos 340 e 342 do Código Penal Brasileiro.



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE ARACOIABA



BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 413 - 886 / 2017

Todas as informações aqui prestadas são de inteira responsabilidade do declarante e de suas testemunhas.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE ARACOIABA

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO : W. evertton
WEVERTON ARAUJO DA MOTA - MAT.: 30094417

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: Xilara Sants do Valle

VISTO DO DELEGADO(A) : Alex
ANNA CRISTINA MARCATTI LEONCIO - MAT.: 30078411

INVESTPREV

04 AGO 2017

ENTRADA

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Certidão de Inexistência de IML



0004-

Eu, Maria Santos do Vale, portador da carteira de identidade nº 2001002221275 e inscrito no CPF/MF sob o nº 410.983.663-87, residente e domiciliado na TR Novo Planalto, Centro, Nº 52, Cidade Capistrano, Estado Cariri, declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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

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

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

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora 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.

INVESTPREV

04 AGO 2017

ENTRADA

Maria Santos do Vale
Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

Itapipoca, 19 de julho de 2017

Local e data

Rio de Janeiro, 14 de Agosto de 2017

Carta nº: 11477488

A/C: MARIA SANTOS DO VALE

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170433173 ASL-0302779/17

Vitima: MARIA SANTOS DO VALE

Data Acidente: 18/04/2017

Natureza: INVALIDEZ

Procurador: ARISON FEITOZA CHAVES

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **04/08/2017** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **18/04/2017**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Autorização de pagamento não conclusivo
- Comprovação de ato declaratório não conclusivo

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 **Investprev Seguradora S/A** onde o aviso de sinistro foi registrado.

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.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Rio de Janeiro, 25 de Agosto de 2017

Carta nº: 11545594

A/C: MARIA SANTOS DO VALE

Sinistro: 3170433173 ASL-0302779/17
Vítima: MARIA SANTOS DO VALE
Data Acidente: 18/04/2017
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: ARISON FEITOZA CHAVES

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.seguradoralider.com.br.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do inicio ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



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, Maria Santos do Vale

PORTADOR(A) DO RG N° 2001002221275 EXPEDIDO POR SSP EM 13/07/2001

CPF 410983663-87 /CNPJ 000000000000000000, PROFISSÃO Recepcionista

E RENDA MENSAL DE R\$ R\$ 2.700,00 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Maria Santos do Vale. 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 reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados não devem ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário Obrigacional;
- Conta-Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (mícro empresa) ou LTDA.
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéticas com limite de movimentação financeira menor do que R\$ 1.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

INVESTIMENTOS

04 AGO 2017

ENTRADA

IMPORTANTES: Também não devem ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO 237 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0704-8 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 8121-3

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

Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

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

Itapiúna 19 de Julho de Maria Santos do Vale

LOCAL E DATA

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 ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.

BRADESCO

COMPROVANTE DE DEPOSITO EM CONTA CORRENTE
TRANSFERENCIA PARA OUTRA AGENCIA

DATA: 21/07/2017 HORA: 14:12 H

FAVORECIDO: MARIA SANTOS DO VALE
AGENCIA: 0704-8 CONTA: 0008121-3

DEPOSITANTE: O PROPRIO FAVORECIDO

AG.ACOLHEDORA:0564 N.SEQ:00902 TERM:117 AUT:671

VALOR EM DINHEIRO:

INVESTPREY

04 AGO 2017

ENTRADA

Rio de Janeiro, 14 de Agosto de 2017

Carta nº: 11477487

A/C: MARIA SANTOS DO VALE

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170433173 ASL-0302779/17

Vitima: MARIA SANTOS DO VALE

Data Acidente: 18/04/2017

Natureza: INVALIDEZ

Procurador: ARISON FEITOZA CHAVES

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

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

Para acompanhar o seu processo, acesse o site www.seguradoralider.com.br, ou ligue para a SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site www.seguradoralider.com.br, não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

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

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do inicio ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à Investprev Seguradora S/A onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,



BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA: 01/09/2017

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 5.568,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MARIA SANTOS DO VALE

BANCO: 237

AGÊNCIA: 00704-8

CONTA: 00000008121-3

Nr. Autenticação

BRADESCO1092017050000000002370070400000008121556875 PAGO

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170433173 **Cidade:** Aracoiaba **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARIA SANTOS DO VALE **Data do acidente:** 18/04/2017 **Seguradora:** BRADESCO AUTO/RE COMPANHIA DE SEG

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 25/08/2017

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE PUNHO ESQUERDO

Resultados terapêuticos: COM SEQUELA

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL PUNHO ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: INVALIDEZ PARCIAL/PUNHO ESQUERDO:50% DE 25% = 12,5%

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
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PRESTADOR

VISÃO MÉDICA LTDA

Nome do médico: REGINALDO WANIS

CRM do médico: 52.43685-6

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170433173 **Cidade:** Aracoiaba **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARIA SANTOS DO VALE **Data do acidente:** 18/04/2017 **Seguradora:** BRADESCO AUTO/RE COMPANHIA DE SEG

PARECER

Diagnóstico: Fratura do rádio distal esquerdo. Trauma contuso no joelho esquerdo

Descrição do exame médico pericial: Limitação moderada dos movimentos de flexão e extensão do punho esquerdo. Limitação dos movimentos de flexão dos quirodáctilos e de prono supinação do antebraço esquerdo. Limitação leve de flexão do joelho esquerdo.

Resultados terapêuticos: A vítima foi submetida a tratamento cirúrgico com redução e fixação externa. Realizou complementação com tratamento fisioterápico. Evoluiu com consolidação das lesões e obteve alta médica em agosto de 2017, sem indicação de qualquer tipo de terapia complementar.

Sequelas permanentes: Perda parcial da mobilidade do punho esquerdo pela lesão tendinosa e pelo bloqueio articular e do joelho esquerdo causado pela lesão tendinosa

Sequelas: Com sequelas

Data da perícia: 28/08/2017

Conduta mantida:

Observações: O exame físico descrito demonstrou que após a consolidação das lesões ocorridas no trauma e o término do tratamento, há um quadro sequelar caracterizado por restrição dos movimentos habituais do membro superior esquerdo e do joelho esquerdo, portanto mantemos a conduta do médico examinador.

Médico examinador: Greive Cavalcante

CRM do médico: 9050

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
Perda funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			41,25 %	R\$ 5.568,75

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



PRESTADOR

TOLEDO ASSISTÊNCIA MÉDICA LTDA EPP

Médico revisor: LUCIA DE FÁTIMA CAHINO DA COSTA HIME

CRM do médico: 41076

UF do CRM do médico: SP

Assinatura do médico:

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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Nome do(a) Examinado(a): MARIA SANTOS DO VALE

**Endereço do(a) Examinado(a): TR NOVO PLANALTO, 52 - 52 -
CAPISTRANO/CE - CEP 62748-000**

**Identificação - Orgão Emissor/UF/Número : 2001002221275 - SSP -
13/07/2001**

**Data e Local do Exame : 28/08/2017 RUA CORONEL ALVES TEIXEIRA,
1280 - FORTALEZA/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)

Diagnóstico:

FX DO RÁDIO DISTAL ESQUERDO
TRAUMA CONTUSO NO JOELHO ESQUERDO

Exame Físico:

BLOQUEIO ARTICULAR E LESÃO TENDINOSA COM LIMITAÇÃO LEVE/MODERADA DE FLEXO-EXTENSÃO DO PUNHO, DE FLEXÃO DOS QUIRODÁCTILOS, DE PRONO-SUPINAÇÃO DO ANTEBRAÇO, HIPOTROFIA MUSCULAR ;
LESÃO TENDINOSA COM LIMITAÇÃO LEVE DE FLEXÃO DO JOELHO.

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 do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações

VÍTIMA DEU ENTRADA NA EMERGÊNCIA HOSPITALAR APRESENTANDO DOR E EDEMA NO PUNHO E NO JOELHO. REALIZADO EXAMES COMPLEMENTARES, MEDICAÇÃO E TRATAMENTO CIRÚRGICO COM REDUÇÃO E FIXAÇÃO EXTERNA. POSTERIORMENTE SUBMETIDA A TRATAMENTO CONSERVADOR COM MEDICAÇÃO, REPOUSO, FISIOTERAPIA (30SS). ALTA DEFINITIVA EM AGO/2017.

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.

PERDA PARCIAL DA MOBILIDADE DO PUNHO PELA LESÃO TENDINOSA E PELO BLOQUEIO ARTICULAR, GERANDO UM COMPROMETIMENTO FUNCIONAL NO MEMBRO COM DIMINUIÇÃO DA FORÇA DE SUSTENTAÇÃO, HIPOTROFIA MUSCULAR; PERDA PARCIAL DA MOBILIDADE DO JOELHO PELA LESÃO TENDINOSA

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 (*).

Vide motivo do impedimento no campo das observações

() “Vítima em tratamento” Esta avaliação médica deve ser repetida em _____ dias

() “Sem sequela permanente” (Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

() “Exame não permite conclusão”

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

Região Corporal

JOELHO ESQUERDO

% do Dano () 10% residual (X) 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal

MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO

% do Dano () 10% residual () 25% leve
(X) 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal

% do Dano () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal

% do Dano () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

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 valoração do dano corporal.



Dr. Greive Freitas Cavalcante
- Médica - CRM 9050

GREIVE FREITAS CAVALCANTE CRM : 9050 / UF :CE





*0012-

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL	
MINISTÉRIO DA DEFESA	
COMITÊ NACIONAL DE TRANSIÇÃO	
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO AUTOMOTIVA	
ARISON FEITOZA CHAVES	
	
DOC. IDENTIF. / C.R.C. PERNAMBUCO 1704830 SSP DP	
CPF 798.567.643-00 DATA NASCIMENTO 17/06/1976	
PROFISSÃO HAMILTON ARAUJO CHAVES LUIZA FEITOZA CHAVES	
PERMITO AB EXCLUSIVO AB	
Nº REGISTRO 05730109205 VALIDEZ 16/03/2022 VALIDADE 12/03/2023	
OBSERVAÇÕES BEM OBSERVAÇÃO:	
<u>Arison F. Chaves</u> <u>Assinatura do Portador</u>	
UF/CEP BATURITE, CE DATA PESQUISA 23/03/2017	
<u>Arison F. Chaves</u> <u>Assinatura do Portador</u>	
14998439449 CE158607880	
CEARA	

INVESTPREV

04 AGO 2017

ENTRADA

DECLARAÇÃO
Circular Susep nº 445/12 – Prevenção à Lavagem de Dinheiro

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 de todas as 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 e documentos requisitados neste formulário não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT. contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

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 nº 4 AGO 2017 9.613/98.

INVESTPREV

ENTRADA

Pelo exposto, eu Arison Feitoza Chaves, portador(a) do RG nº 1704830, expedido por SSP, em 23/03/2017, CPF/CNPJ nº 798.567.643-00, na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário (a) Maria dos Santos do Vale do sinistro de DPVAT da natureza Invalidez da vítima Maria dos Santos do Vale, e conforme determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

Profissão: Recurso Renda Mensal: R\$ Recurso

Documentos comprobatórios: _____

ARISON FEITOZA CHAVES
ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO