

---

Rio de Janeiro, 16 de Janeiro de 2017

Carta nº: 10357347

A/C: SABRINA PINHEIRO DA SILVA

**Sinistro/Aviso Sinistro Líder:** 3170027818 ASL-0008300/17

**Vitima:** SABRINA PINHEIRO DA SILVA

**Data Acidente:** 26/06/2016

**Natureza:** INVALIDEZ

**Procurador:** PEDRO EVANDRO AMANCIO GOMES

**Ref.: AVISO DE SINISTRO**

Prezado(a) Senhor(a),

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

Para acompanhar o seu processo, acesse o site [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br), ou ligue para 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.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br), não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

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

**ATENÇÃO:**

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



Rio de Janeiro, 18 de Janeiro de 2017

Carta nº: 10367451

A/C: SABRINA PINHEIRO DA SILVA

**Sinistro:** 3170027818 ASL-0008300/17  
**Vítima:** SABRINA PINHEIRO DA SILVA  
**Data Acidente:** 26/06/2016  
**Natureza:** INVALIDEZ  
**Procurador:** PEDRO EVANDRO AMANCIO GOMES

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

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

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

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

**ATENÇÃO:**

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**





Rio de Janeiro, 07 de Fevereiro de 2017

Carta n°: 10477732

A/C: SABRINA PINHEIRO DA SILVA

**Sinistro:** 3170027818 ASL-0008300/17  
**Vitima:** SABRINA PINHEIRO DA SILVA  
**Data Acidente:** 26/06/2016  
**Natureza:** INVALIDEZ  
**Procurador:** PEDRO EVANDRO AMANCIO GOMES

**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: SABRINA PINHEIRO DA SILVA**

**Valor: R\$ 2.362,50**

**Banco: 237**

**Agência: 000001781-7**

**Conta: 0000012923-2**

**Tipo: CONTA CORRENTE**

Memória de Cálculo:

<b>Multa:</b>	R\$	<b>0,00</b>
<b>Juros:</b>	R\$	<b>0,00</b>
<b>Total creditado:</b>	R\$	<b>2.362,50</b>

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

**Graduação: Em grau leve 25%**

**% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%**

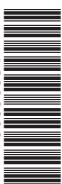
**Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50**

**NOTA:** O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**







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, Sabrina Pinheiro da Silva

PORTADOR(A) DO RG Nº 2008103436-13 EXPEDIDO POR SP-04 EM 02/02/2012

CPF 065.908.803-79 /CNPJ 000000000000-00, PROFISSÃO Estudante

E RENDA MENSAL DE R\$ 100,00 (\*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Sabrina Pinheiro da Silva. 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 de forma alguma ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL,  salário ou Funcional.
- Conta Empresarial – nos documentos aparecerem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa)   NÃO VERIFICADO
- 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 Lotéricas 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](http://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.

DEPARTAMENTO DE SINISTROS

06 JAN 2017

**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 CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO 237 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 1781-7 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 12.923 - 2

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

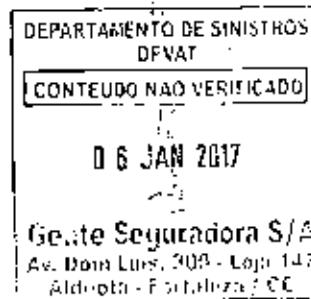
Nº do BANCO \_\_\_\_\_ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) \_\_\_\_\_ Nº da CONTA (com dígito, se existir) \_\_\_\_\_

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.

Tomariz do Norte, 04 de Maio de 2017 Sabrina Pinheiro da Silva  
 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 anualmente ao/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br) ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.







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

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 491 - 3539 / 2016**

**LUCINILDA DE MOURA - MAT.: 404587-1-6**

**RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:** X. *Sabrina Terezinha da Silva*

**VISTO DO DELEGADO(A) :**

**BRUNO ANTONIO DE SOUZA VARELA - MAT.: 19837319**

X. *Sabrina Terezinha da Silva*



**CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO  
AUTENTICAÇÃO**  
 A presente fotocópia confere com o  
 original exibido nestas notas. Dou fé  
 Limoeiro do Norte-CE, 23/11/2016

*Avani Fernandes Maia - Tabelião  
 Bel. Cláudio José Fernandes Maia - Substituto  
 Bel. Cláudete Maria Fernandes Maia - Substituta  
 Elyberlina Magalhães Gomes - Esc. Oficial  
 Izaípin Fernandes Maia - Esc. Oficial  
 Avel. J. Soárez e C. J. M. S. L. R. C. C. C.*

**DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
OPVAT**

**CONTEÚDO NÃO VERIFICADO**

**06 JAN 2017**

**Genito Seguradora S/A**  
 4av. Dom Luis, 300 - Lote 147  
 Afonso - Fortaleza - CE

## DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML



Eu, Sabrina Pinheiro da Silva, portador da carteira de identidade nº 2008103436-3 e inscrito no CPF/MF sob o nº 065.908.803-75, residente e domiciliado na Rua Cel. Alzirino, 2098, 5º Andar, Cidade Limoeiro do Norte, Estado Ceará, declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
- O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

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

Sabrina Pinheiro da Silva

Assinatura do declarante  
conforme documento de identificação

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

06 JAN 2017

Ge. Líder Seguradora S/A  
Av. Dom Luís, 100 - Loja 147  
Altinópolis - Teresina - CE

Limoeiro do Norte - CE, 04.01.2017

Local e data

**PREFEITURA MUNICIPAL DE LIMOEIRO DO NORTE**  
**HOSPITAL REGIONAL DR. DEOCLEIO LIMA VERDE**  
**FICHA INDIVIDUAL DE ATENDIMENTO**

## **DIGITADO**

Nº Atendimento: 5047 CNS: 898003000791347 Data do Atend.: 26/06/2016 as 00:43:37  
 Nome do Paciente: SABRINA PINHEIRO DA SILVA Data de Nasc.: 14/07/1997  
 Endereço: CORONEL CLOVIS ALEXANDRINO 2098 LIMOEIRO DO NORTE Op: SAMARA  
 Convênio: SUS PSF: CENTRO Tipo Atend.: AMBULATORIAL - INDIVIDU  
 Sexo: F Idade: 18a 11m 12d Estado Civil: Profissão: Escolaridade: 3

Peso: ( )kg  
Sinais Vitais: P.A.: Sist. ( ) Diast. ( ) FC: ( )bpm FR: ( )lirpm Temp: ( )°C

Proc. 0301060061 ATENDIMENTO DE URGENCIA EM ATENCAO ESPECIALIZADA

**Motivo do atendimento (Queixa principal + Anamnese)**

Trame pubbre ♂ - grande dimensione

### Hipótese Diagnóstica Provável / Atendimento

## Data 1º Sintomas

Procedimentos complementares solicitados: ( ) Patologia Clínica ( ) Radiologia ( ) Exame Prevenção  
( ) Ultrassom Obstétrico ( ) Outros

Fix radio + scope side ②

### **Demais Procedimentos Realizados**

**Ass. Executor**

## **Conselho Classe**

Se o paciente ficou em observação MARQUE AQUI ( )

Encaminhamentos / Destino do Paciente: ( ) Urgência Emergência ( ) Internação domiciliar  
 (✓) Atend. Especializado ( ) Internação Hospitalar ( ) Observação 12h ( ) PSF  
 ( ) Alta ( ) Adm. Medicamentos ( ) Observação 6h ( ) Outros procedimentos  
 ( ) Transf. de emergência ( ) Abertura de partograma ( ) Indicação de Cesariana

Parceria com Departamento Municipal de Trânsito

FOI ACIDENTE DE TRANSITO?

Se positivo assinale o tipo de condicão da vítima:

(X) SIM ( ) NAO (X) MOTO ( ) CARRO ( ) BICICLETA ( ) PEDESTRÉ ( ) OUTROS

**Assinatura do Paciente ou Responsável**

### Assinatura do Profissional Executor

- Rau-x brae e antebrae e

17) Diferença entre - Clínico - Enfermeira - COREN 401952

2) solo gender (non avanza?)

37 ~~Imm~~ ~~OB~~ vs (1:30)

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
OPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

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: 03/02/2017

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: SABRINA PINHEIRO DA SILVA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 01781-7

CONTA: 000000012923-2

---

Nr. Autenticação

BRADESCO03022017050000000002370178100000012923236250 PAGO

## DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA



Eu, Sabrina Ribeiro da Silva

RG nº 2008303436-3, data de expedição 02/06/2012, Órgão SSP-CE,

CPF nº 065.908.803-79, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Rua 16 de Alexandre</u>
Número	<u>2098</u>
Apto / Complemento	<u>lara</u>
Bairro	<u>St. Tabuleiro Altos</u>
Cidade	<u>Timóteo do Norte</u>
Estado	<u>ceara</u>
CEP	<u>62.930-000</u>
Telefone de Contato	<u>(88) 99639-6425 (88) 99470-7145</u>
E-mail	<u>-</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Timóteo do Norte - ce, 04.01.2017

Assinatura do Declarante: Sabrina Ribeiro da Silva

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
OPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

06 JAN 2017

Gente Seguradora S/A  
Av. Dom Lins, 300 - Loja 147  
Alfabeto - Fortaleza - CE







## DECLARAÇÃO

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

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 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 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 nº 9.613/98. Pelo exposto,

Pelo exposto eu Ricardo Lino de Amancio Gomes, portador(a) do RG nº 0001019006704, expedido por SP-CE, em 10/07/2003, CPF/CNPJ nº 000.538.743-40, na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário (a) Sabrina Lino de Silva do sinistro de DPVAT da natureza Invalidez da vítima Sabrina Lino de Silva, e conforme determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

Profissão: ME RECUSO INFORMAR, Renda Mensal: R\$ ME RECUSO INFORMAR

Documentos comprobatórios: RG e CPF

Ricardo Lino de Amancio Gomes  
ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO

DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
06 JAN 2017
Br. do Seguradora S/A Av. Olímpio Lobo, 300 - Lote 147 Maringá - Paraná - 81



## Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Wanderson Cesar da Silva,  
 RG nº 2003099034250, data de expedição 02/09/2011,  
 Órgão SSP-CE, portador do CPF nº 053.628.523-37, com  
 domicílio na cidade de Limoeiro do Norte, no Estado de  
Ceará, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)  
Rua Estevão Remígio, nº 2149,  
 complemento liso, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo  
 mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a  
 vítima Gabrina Pinheiro da Silva, cujo o condutor era  
Wanderson Cesar da Silva.

Veículo: MOTO  
 Modelo: HONDA CG 160 FAN ESDI  
 Ano: 2015 / 2016  
 Placa: PHP-0702-CE  
 Chassi: 9C A/KC 22006R006113  
 Data do Acidente: 26/06/2016  
 Local e Data: Limoeiro do Norte - CE

Wanderson Cesar da Silva

Assinatura do Declarante

Wanderson Cesar da Silva

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



CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO  
 Recolhe a firma autêntica Wanderson Cesar da Silva - Doc 16  
 Limoeiro do Norte/CE, 26 NOV. 2016  
 Em testemunha Leônio de verdade  
Leônio

Aven Fernandes Melo - Testem.  
 Bel. Cláudio José Fernandes Melo - Substituto  
 Bel. Cleonete Maria Fernandes Melo - Substituta  
 Elysonne Magalhães Gomes - Esc. Compromissada  
 Leônio Fernandes Melo - Esc. Compromissado  
 VALOR SOMENTE R\$ 24,00 (DE AUTENTICIDADE)

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
 OPVAT  
 CONTEÚDO NÃO VERIFICADO  
 06 JAN 2017  
 Gente Seguradora S/A  
 Av. Dom Luís, 300 - Lote 147  
 Aracaju - Sergipe - CE

PREFEITURA MUNICIPAL DE LIMOEIRO DO NORTE  
HOSPITAL REGIONAL DR. DEOCLEIO LIMA VERDE  
FICHA INDIVIDUAL DE ATENDIMENTO

DIGITADO

Nº Atendimento: 5047 CNS: 898003000791347 Data do Atend.: 26/06/2016 as 00:43:37  
 Nome do Paciente: SABRINA PINHEIRO DA SILVA Data de Nasc.: 14/07/1997  
 Endereço: CORONEL CLOVIS ALEXANDRINO 2098 LIMOEIRO DO NORTE Op: SAMARA  
 Convênio: SUS PSF: CENTRO Tipo Atend.: AMBULATORIAL - INDIVIDU  
 Sexo: F Idade: 18a 11m 12d Estado Civil: Profissão: Escolaridade: 3  
 Peso: ( )kg  
 Sinais Vitais: P.A.: Sist. ( ) Diast. ( ) FC: ( )bpm FR: ( )irpm Temp: ( )°C

Proc.: 0301060061 ATENDIMENTO DE URGENCIA EM ATENCAO ESPECIALIZADA

Motivo do atendimento (Queixa principal + Anamnese)

Tremor persistente - queda de mola

Hipótese Diagnóstica Provável / Atendimento	Data 1º Sintomas	
Procedimentos complementares solicitados: Rx radiografia + escotópico ( )	( ) Patologia Clínica	( ) Radiologia
	( ) Exame Prevenção	( ) Exame Prevenção
	( ) Ultrassom Obstétrico	( ) Outros
Demais Procedimentos Realizados	Ass. Executor	Conselho Classe
Se o paciente ficou em observação MARQUE AQUI ( )		
Encaminhamentos / Destino do Paciente: (X) Atend. Especializado ( ) Internação Hospitalar ( ) Observação 12h ( ) PSF ( ) Alta ( ) Adm. Medicamentos ( ) Observação 6h ( ) Outros procedimentos ( ) Transf. de emergência ( ) Abertura de partograma ( ) Indicação de Cesariana	( ) Urgência Emergência ( ) Internação domiciliar	
Parceria com Departamento Municipal de Trânsito: FOI ACIDENTE DE TRANSITO? (X) SIM ( ) NAO	Se positivo assinale o tipo de condução da vítima: (X) MOTO ( ) CARRO ( ) BICICLETA ( ) PEDESTRE ( ) OUTROS	

Assinatura do Paciente ou Resp.

Assinatura do Profissional Executor

- Rau-x braço e antebraço é

Clarisse A. Nee  
Enfermeira 01:40

1) Domicílio Dr. - COREN 401953

2) sala grande (sem aranhas)

3) Zona Gravida (1:30)

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
OPVAF  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

06 JAN 2017

Genite Seguradora S/A  
Av. Dom Lins, 300 - Loja 147  
Altinópolis - Fortaleza / CE



26/06/2016 11:43:25	1600154672	GUIA DE: ( ) ATENDIMENTO / ( ) OBSERVAÇÃO	- DIURNO - 12-
Paciente: 00100372 - SABRINA PINHEIRO DA SILVA		DN: 14/07/1997 - 18 A 11 M 12 D	Sexo: F - Est. Civil: Solteiro(a)
Identidade 20081034363 - SSPCE - Raga/Cor: Parda -		CPF:	Ocupação: ESTUDANTE
Endereço: RUA - 14 - 717 - LAGOA DO TOCO - RUSSAS - CE		CEP: 62.900-000	Nat: LIMOEIRO DO NORTE - CE
Contato: (88)97427-762	Mãe: MARIA DAS DORES PINHEIRO		Pat: MARIO CELIO NOGUEIRA DA SILVA
Convênio: SUS - SUS	Carteira:		Validade:
Autorização:	Suspensão:	CNS:	Caráter Atend.: URGÊNCIA
Motivo: URGÊNCIA / EMER	Especialidade: CLINICA MEDICA	Profiss. Atend.: DRA MARIA JO	Setor: EMERGÊNCIA

## OUTRAS ANOTAÇÕES (Enfermagem)

Peso: \_\_\_\_ KG. Temp.: \_\_\_\_ °C. Pressão: \_\_\_\_ mmHg. D. X.: \_\_\_\_

Classificação de Risco:  VERMELHO  LARANJA  AMARELO  VERDE  AZUL

## ANAMNESE E EXAME FÍSICO

Pete velho quebra de resto hachado  
 (resto carbuncos) seu fôrores são  
 (resto carbuncos) e resto. Nega  
 (resto carbuncos) e resto. Nega  
 (resto carbuncos) e resto.

HOSPITAL E CASA DE SAÚDE DE RUSSAS  
 Rua Dr. José Raimundo, 1436  
 CEP: 62.900-000 / 0001-0001-64  
 CONFIRME COM ORIGINAL  
 11 / 08 / 2016  
 2016  
 ARQUIVO

## HIPÓTESE DIAGNÓSTICO

## SADT - EXAMES COMPLEMENTARES

RAIOS X  ULTRASSOM  UTC  SANGUE  URINA  ECG  OUTROS

## PRESCRIÇÃO

## APRÄZAMENTO

## EVOLUÇÃO

1) <i>Refluxo gástrico</i>	<i>Medicamento</i>	<i>Dor em MS</i>
2) <i>Prostata grande</i>	<i>Medicamento</i>	<i>após</i>
3) <i>Infecção do fôrores</i>	<i>Medicamento</i>	<i>Alyne Napa Maria ENFERMEIRA CREF: 26.820</i>
4) <i>Obstrução das gônadas</i>	<i>Medicamento</i>	<i>OK</i>
5) <i>Obstrução das gônadas</i>	<i>Medicamento</i>	

## CONDUTA:

ALTA POR DECISÃO MÉDICA  
 OBSERVAÇÃO (Até 24 Horas)  
 TRANSFERÊNCIA PARA:

AMBULATÓRIO  
 ALTA A REVELIA

ALTA A PEDIDO  
 INTERNAÇÃO

DATA E HORA DA SAÍDA/ALTA: 26/06/16 13:30

## ÓBITO

Antes do 1º Atendimento? ( ) SIM ( ) NÃO Destino: ( ) Família ( ) IML ( ) Anatomia Patológica

<i>mº Claudete N. Ferreira</i> Assinatura do Paciente ou Responsável	DEPARTAMENTO DE SINOS/ROS DPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO	<i>Dra. Maria Pires das Chaves Médica CRM: 12.612</i> Cartório e Assinatura do Médico Atendimento registrado por: Ientice, Fonseca
	06 JAN 2017	
	Geste Seguradora S/A Av. Dom Luís, 300 - Loja 147 Aracaju - Sergipe / CE	

**Sistema Único de Saúde - SUS / Ceará**  
***FICHA DE REFERÊNCIA***

Unidade de Origem: \_\_\_\_\_

Distrito Sanitário: \_\_\_\_\_ Município: \_\_\_\_\_

Nome: Sávio Pichirro de Oliveira Prontuário Nº \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_ Sexo: M  F  Idade: \_\_\_\_\_ Ocupado: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_

#### Motivo do Encaminhamento:

Travares em paralelo  $\oplus$  após grande al. mato

---

### Resultado de Exames:

### Consultas já realizadas:

Impressão Diagnóstica: Fix nódulos difusos e exofíticos (5) CID: \_\_\_\_\_

Assistência ao Encaminhamento - Nº registro	Função	26/06/86	Data	Hora
---	--------	----------	------	------

Encaminhamento para atendimento: Ambulatorial  Hospitalar  Auxílio Diagnóstico

Especialidade: Programador Profissional: \_\_\_\_\_

Especialista: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_  
Unidade de Saúde: \_\_\_\_\_

**FICHA DE CONTRA-REFERÊNCIA(\*)**

Nome: \_\_\_\_\_ Sexo: M  F  Idade: \_\_\_\_\_

Unidade de Referência: \_\_\_\_\_

Município: \_\_\_\_\_ Prontuário: \_\_\_\_\_ Alta: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Resumo Clínico/Cirúrgico:

RESULTADO DE EXAMES: DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
OPVAT

Diagnóstico: \_\_\_\_\_ Data: 06 JAN 2017 CID: \_\_\_\_\_

Conducta Realizada: Garoto Seguro

Conselho Realizado: **Centro Seguradora S/A**  
Av. Dom Lino, 300 - Lapa - RJ

## **Proposta e Conduta para Segmento:**

Problema justificou a referência?  SIM  NÃO

O motivo da referência coincide com o diagnóstico?  SIM  NÃO

Assinatura do consultante - Nº registro \_\_\_\_\_ Função \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_



# Sistema Único de Saúde - SUS / Ceará

## FICHA DE REFERÊNCIA

Unidade de Origem:	Município:
Distrito Sanitário:	
Nome: <u>Sabrina P. Melo de Oliveira</u>	Prontuário Nº _____
Sexo: M <input type="checkbox"/> F <input checked="" type="checkbox"/> Idade: _____	Ocupado: _____
Endereço: _____	Bairro: _____

Motivo do Encaminhamento:  
Práxis em pubo (2) após queda de moto

Resultado de Exames:  
\_\_\_\_\_

Consultas já realizadas:  
\_\_\_\_\_

Impressão Diagnóstica: Ex no dia 06/01/2017 a expondo (2) CID: \_\_\_\_\_

Assinatura do Encaminhamento - Nº registro \_\_\_\_\_ Funcão \_\_\_\_\_ Data: 26/06/16 Hora: \_\_\_\_\_

AGENDAMENTO

Encaminhamento para atendimento: Ambulatorial  Hospitalar  Auxílio Diagnóstico   
Especialidade: Plastina Profissional: \_\_\_\_\_  
Unidade de Saúde: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

### FICHA DE CONTRA-REFERÊNCIA(\*)

Nome: _____	Sexo: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> Idade: _____
Unidade de Referência: _____	
Município: _____	Prontuário: _____ Alta: _____ / _____

Resumo Clínico/Cirúrgico:

Resultado de Exames:	DEPARTAMENTO DE SINISTROS BPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
	06 JAN 2017
Diagnóstico: _____	CID: _____
Conduta Realizada: _____	Gente Seguradora S/A Av. Dom Luiz, 300 - Loja 1077 Aldoá - Fortaleza - CE

Proposta e Conduta para Segmento:  
\_\_\_\_\_

- O Problema justificou a referência?  SIM  NÃO  
O motivo da referência coincide com o diagnóstico?  SIM  NÃO

Assinatura do consultante - Nº registro _____	Funcão _____	_____ / _____ Data _____
---	--------------	--------------------------

MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal  
Cadastro de Pessoas Físicas

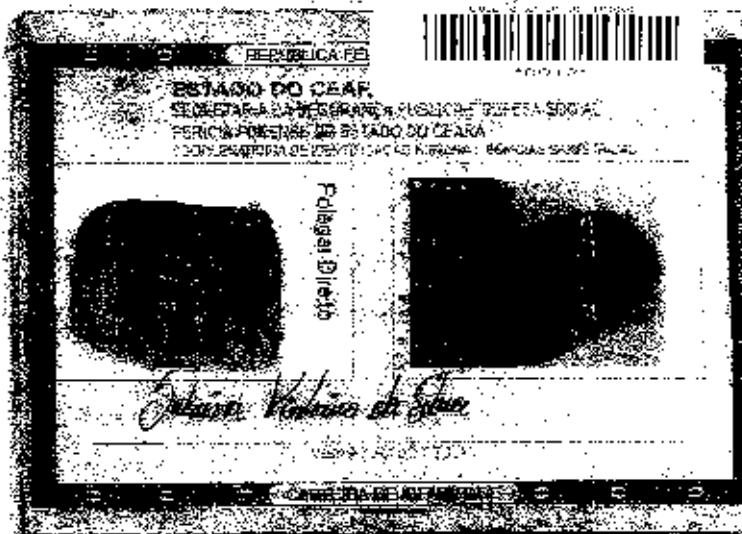
COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número:  
**065.908.803-79**

Nome:  
**SABRINA PINHEIRO DA SILVA**

Nascimento:  
**14/07/1997**

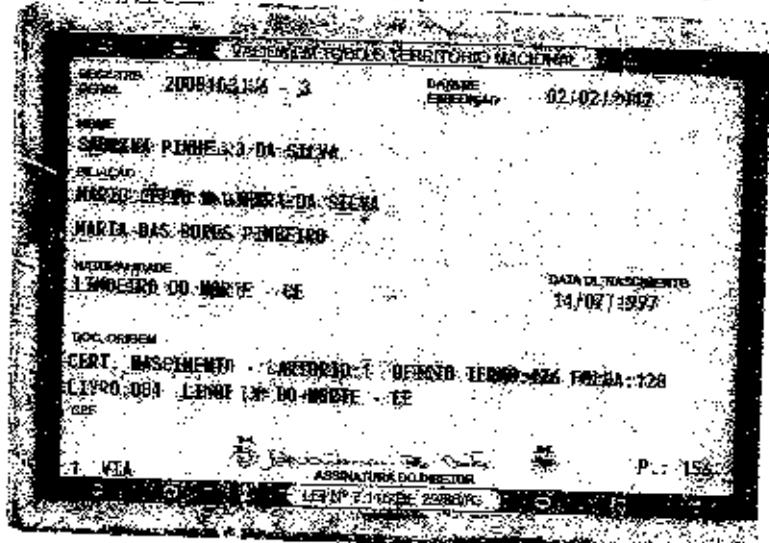
**VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO**

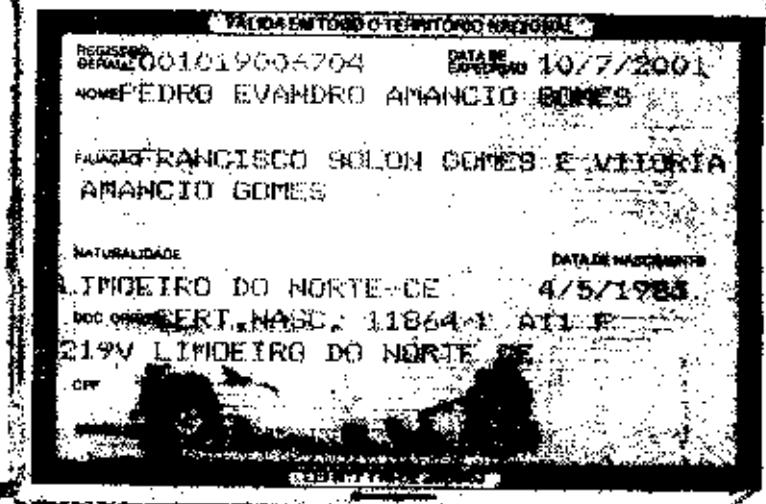
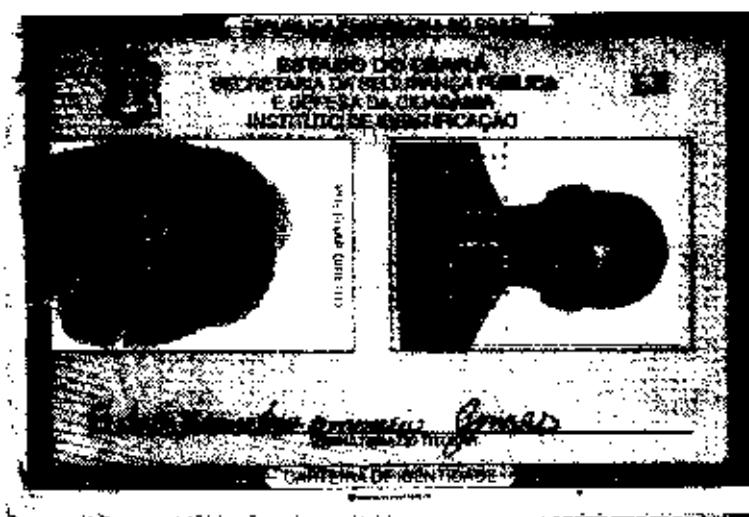


DEPARTAMENTO DE SISTEMAS  
SPVAT  
CONTENDO 450 VERSÕES

06 JAN 2017

Geleia Seguradora S.A.  
Av. Dom Hélio, 333 - Centro  
6001-022 - Belo Horizonte - MG





M-2015-1 (R4) DA FAZENDA  
Secretaria da Receita Federal

CPF

1944-1950 1951-1955  
1956-1960

0.6.152.202

Geute Segundera S. A.

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETAN - CE  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULOS

VIA: COD. RENAVAM: RNFH011083446921 N° 012219839941  
CRDD: 011083446921 0000000000 2016

NOME: WANDERSON CESAR DA SILVA  
\*\*\*\*\*  
\*\*\*\*\*  
LIMOEIRO DO NORTE/CE

CPF/CNPJ: 05362852337 PMP0702  
PLACA: 1083446921

ESPECIE TIPO: PAS/MOTOCICLETA/NAO APPLIC. CADOU/ALCO  
MARCAS/MOD/UN: HONDA/CG 160 FAN ESDI 2015 09 2016

ANO/FAB: 2015 09 ANO/MOD: 2016

2P/DOCV/162CC. PARTIC VERMELHA

COTA LINHA: VEND. CUPANH. DATA DE INSCRIÇÃO:  
I: \*\*\*\*\* 17/04/2016  
P: \*\*\*\*\* 17/04/2016  
V: \*\*\*\*\* 17/04/2016  
A: \*\*\*\*\* 17/04/2016

PRÉMIO TARIFÁRIO (R\$): 00,00 PRÉMIO TOTAL (R\$): 00,00 DATA DE PVTAMPO: 00/00/0000

ALFID. ADMIN DE CONS NACIONAL HOND  
A LTDA, \*\*\*\*\*  
\*\*\*\*\*

LIMOEIRO DO NORTE  
Ceará  
17/04/2016



DATA: 17/04/2016

LETRAN-CE

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEHÍCULOS AUTOMÓVEIS DE UTEIS PRESTES AO PÚBLICO PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO. SEGURO DPVAT

CE N° 012219839941 BILHETE DE SEGURO DPVAT

2016  
ESTE É O SEU BILHETE DE SEGURO DPVAT  
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LIGA PARA NÚMERO  
05362852337 AS CONDIÇÕES GERAIS DE CONSENTIMENTO  
[www.dpvatseguro.com.br/transito.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br/transito.com.br)  
SAC DPVAT 100-4028-1294

DATA DE EMISSÃO: 17/04/2016

DATA	CRF	PLACA
01	05362852337	PMP0702
1083446921	HONDA/CG 160 FAN ESDI	
2015 09	9C2KC2200GR006111	

DATA	PLACA
2015 09	9C2KC2200GR006111
DATA DE DURAÇÃO	
17/04/2016	30/04/2016

DESPACHANTE:  
LOTE/DOC: 012219839941 LACRE/FPVAT  
MOTOR: KC2250006111000

100-3015

06 JUL 2017

BRASILIA/DF/2017

BRASILIA/DF/2017

Brasília/DF/2017  
Brasília/DF/2017  
Brasília/DF/2017  
Brasília/DF/2017  
Brasília/DF/2017  
Brasília/DF/2017

## ESTADO DO CEARÁ

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DESENVOLVIMENTO  
PERÍCIA FORENSE DO ESTADO DO CEARÁ  
CÓDIGO ÚNICO DE IDENTIFICAÇÃO HUMANA E RELATOS DE EVIDENCIAS

P  
Policial  
Dileto

Wanderson Cesar da Silva

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO

REGISTRO  
GERAL 2003099034260DATA DE  
EXPEDIÇÃO 02/09/2011

NOME

WANDERSON CÉSAR DA SILVA

FILIAÇÃO

JOSE CARLITO DA SILVA

ELMA TEIXEIRA DA SILVA

NATURALIDADE

FORTALEZA - CE

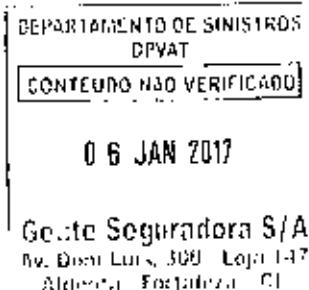
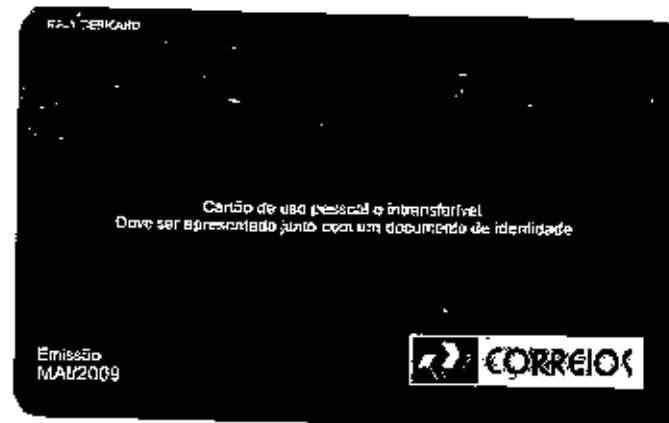
DATA DE NASCIMENTO  
20/01/1992

DOC. ORIGEM

CERT. NASCIMENTO - CARTÓRIO:1 OFÍCIO TERMO:20339 FOLHA:240V  
LIVRO:A-18 LIMOEIRO DO NORTE - CE  
053.628.523-37

LEI N° 7.116 DE 29/06/83

P. 176



# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3170027818      **Cidade:** Limoeiro do Norte      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** SABRINA PINHEIRO DA SILVA      **Data do acidente:** 26/06/2016      **Seguradora:** Companhia de Seguros Previdência do Sul

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

**Data da análise:** 18/01/2017

**Valoração do IML:** 0

**Diagnóstico:** TRAUMA EM PUNHO ESQUERDO

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CONSERVADOR

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO FUNCIONAL DE MEMBRO AFETADO PELO TRAUMA NO SINISTRO

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** PUNHO ESQUERDO 50%

**Documentos complementares:**

**Observações:**

## DANOS

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

## PRESTADOR

AMORIM E MATTOS SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS LT

**Nome do médico:** JOSÉ TEÓFILO SARAIVA

**CRM do médico:** 52.32504-2

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**

# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3170027818      **Cidade:** Limoeiro do Norte      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** SABRINA PINHEIRO DA SILVA      **Data do acidente:** 26/06/2016      **Seguradora:** Companhia de Seguros  
Previdência do Sul

## PARECER

**Diagnóstico:** TRAUMATISMO DO PUNHO ESQUERDO COM FRATURA SEM DESVIO DO RÁDIO DISTAL E FRATURA COMINUTIVA DO ESCAFÓIDE ESQUERDO

**Descrição do exame médico pericial:** DOR À MOVIMENTAÇÃO DO PUNHO E MÃO ESQUERDOS E À PALPAÇÃO DA ÁREA DA TABAQUEIRA ANATÔMICA  
COM LIMITAÇÃO DA MOBILIDADE E DA FORÇA DA MÃO E PUNHO ESQUERDOS, LIMITAÇÃO FUNCIONAL LEVE DO  
MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO

**Resultados terapêuticos:** TRAUMATISMO COM FRATURA DO RÁDIO DISTAL SEM DESVIO E FRATURA COMINUTIVA DO ESCAFÓIDE  
ESQUERDO TRATADAS CONSERVADORAMENTE COM GESSO AXILOPALMAR POR 30 DIAS, SEGUIDO DE LUVA  
GESSADA POR 60 DIAS. EVOLUINDO POSTERIORMENTE COM DOR, LIMITAÇÃO DA MOBILIDADE E DIMINUIÇÃO DA  
FORÇA DA MÃO E PUNHO ESQUERDOS. FRATURA DO ESCAFÓIDE CONSOLIDADA VICIOSAMENTE

**Sequelas permanentes:** APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 24/01/2017

**Conduta mantida:**

**Observações:** NOTA DO REVISOR - MANTIDO ENQUADRAMENTO EM MEMBRO DEVIDO A REPERCUSSÃO NO MESMO E CONSENTO

**Médico examinador:** FRANCISCO FROTA PINTO JUNIOR

**CRM do médico:** 5300

**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 leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
<b>Total</b>			<b>17,5 %</b>	<b>R\$ 2.362,50</b>

## PRESTADOR

CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

**Médico revisor:** MARCUS HERRERA R ALMEIDA

**CRM do médico:** 52.20028-8

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**





## PROCURAÇÃO PARTICULAR

**Outorgante:** **Sabrina Pinheiro da Silva**, brasileira, solteira, portadora da identidade RG nº 2008103436-3 – SSP-CE, CPF: nº 0065.908.803-79, residente e domiciliada na Rua Cel Alexandrino, 2098, Sítio Tabuleiro Alto, Limoeiro do Norte, Estado do Ceará, Cep: 62.930-000

**Outorgado:** **PEDRO EVANDRO AMANCIO GOMES**, brasileiro, casado, autônomo, portador da identidade RG nº 2001019006704 – SSP – CE, CPF nº 000.538.743-40, residente e domiciliado na Rua Valderez Gurgel, 932, Bairro Brotolandia, Limoeiro do Norte – CE, CEP: 62.930-000. Pelo presente instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado acima qualificado, a quem confio para representar-me perante a **SEGURADORA LÍDER**, referente ao **Seguro Obrigatório DPVAT**, podendo assinar quaisquer documentos, receber e passar recibos, dar quitações, requerer e assinar o que for necessário.



Limoeiro do Norte - CE 23/11/2016  
LOCAL DATA

Sabrina Pinheiro da Silva  
ASSINATURA DO OUTORGANTE

OBS: (RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)



2º Ofício	CEP 62.930-000	Estado: Ceará	Assinatura do Outorgante
Av. Camilo Ribeiro, 333 - Centro	CEP 62.930-000	Limoeiro do Norte - CE	<u>Sabrina Pinheiro da Silva</u>
2º Ofício	CEP 62.930-000	Limoeiro do Norte - CE	23 NOV 2016
Av. Camilo Ribeiro, 333 - Centro	CEP 62.930-000	Em testemunha: <u>Pedro</u>	<u>Pedro Gomes</u>
2º Ofício	CEP 62.930-000	Av. Dom Frei Henrique, 300 - Centro	
Av. Camilo Ribeiro, 333 - Centro	CEP 62.930-000	Limoeiro do Norte - CE	
2º Ofício	CEP 62.930-000	Av. Dom Frei Henrique, 300 - Centro	
Av. Camilo Ribeiro, 333 - Centro	CEP 62.930-000	Limoeiro do Norte - CE	

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

06 JAN 2017

Ge. Líder Seguradora S/A  
Av. Dom Frei Henrique, 300 - Centro  
Limoeiro do Norte - CE