
Rio de Janeiro, 10 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200065290

Vítima: MARIA GABRIELA AZEVEDO RODRIGUES

Data do Acidente: 29/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MARIA GABRIELA AZEVEDO RODRIGUES

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

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

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 19 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200065290

Vítima: MARIA GABRIELA AZEVEDO RODRIGUES

Data do Acidente: 29/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), MARIA GABRIELA AZEVEDO RODRIGUES

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 843,75

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros

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

Recebedor: MARIA GABRIELA AZEVEDO RODRIGUES

Valor: R\$ 843,75

Banco: 237

Agência: 000000997-0

Conta: 00000035226-8

Tipo: CONTA CORRENTE

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DADS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 089.523.513.71 4 - Nome completo da vítima: Maria Gabriela Aquino Rodrigues

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

5 - Nome completo: Maria Gabriela Aquino Rodrigues 6 - CPF: 089.523.513.71
7 - Profissão: estudante 8 - Endereço: R. Cel. Tobias 9 - Número: 434 10 - Complemento: casa
11 - Bairro: São José 12 - Cidade: Crato 13 - Estado: CE 14 - CEP: 63.700-000
15 - E-mail: 16 - Tel (DDD): 88.996585225

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECURSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATE R\$5.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATE R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☐ CONTA POUPANÇA (corrente para os bancos abaixo. Assinale com opção)

☐ Bradesco (237) ☐ Itiú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (103)

☒ CONTA CORRENTE (bancos abaixo)

Nome do BANCO: Bradesco

AGÊNCIA: 0997 0 CONTA: 035226 8

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

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

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prorrogação da perícia ou futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discordo do seu resultado.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro(vivente)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte aos únicos beneficiários que se apresentarem e provar em esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão na declaração não invalidará por sua parte a obrigação de restituir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rgo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rgo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rgo)

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Crato - CE 06/02/2020

Maria Gabriela A. Rodrigues

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 445 - 400 / 2020

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **05/02/2020 11:55:50**
Data / Hora da Ocorrência: **29/09/2019 17:00:00**
Endereço da Ocorrência: **AV VERA MOURAO, CAJAS - CRATEUS/CE**
Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **MARIA GABRIELA AZEVEDO RODRIGUES**
Nascimento: **03/11/1999** CPF: **089.523.513-71**
RG: **20172681388** Orgão Emissor: **SSPDS** UF: **CE**
Filiação: **MARIA DO CARMO AZEVEDO RODRIGUES**
Endereço: **RUA CEL TOBIAS, 434**
Bairro: **SÃO JOSE**
Município: **CRATEUS/CE** CEP:
País: **BRASIL** Telefone: **(88) 99498-3310**

Noticiante(s)

Nome: **ANTONIA AVELANIA DA SILVA MARTINS**
Nascimento: **04/08/1986** CPF: **039.365.403-65**
RG: **2006015071707** Orgão Emissor: **SSP** UF: **CE**
Filiação: **MARIA ZULENE DA SILVA**
FRANCISCO DE ASSIS MARTINS DE ARAUJO
Endereço: **RUA CORONEL TOBIAS, 442**
Bairro: **SÃO JOSE** CEP:
Município: **CRATEUS/CE**
País: **BRASIL** Telefone: **(88) 99331-7597**

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **EGY6780** Uf: **CE** Município: **SAO BENEDITO** Chassi:
9C2NC4310AR018685 Renavam: **166225860** Tipo do Veículo:
MOTOCICLETA Marca / Modelo: **HONDA/CB 300R** Ano Fabricação:
2009 Ano Modelo: **2010** Combustível: **GASOLINA** Cor: **VERMELHA**
Proprietário: **ROSELENE DE MORAES MEDEIROS** Situação: **NÃO**
INFORMADO Envolvimento: **ENVOLVIDO**

Histórico

Informa a declarante que pilotava a motocicleta de placa: EGY6780, HONDA/CB 300R na Avenida Vera Mourão, Cidade 2.000, a uma velocidade média de 60km/h, levando como passageira a pessoa de nome MARIA GABRIELA AZEVEDO RODRIGUES, e ao fazer uma conversão a esquerda perdeu o controle da motocicleta supra e caíram ao solo; QUE foram socorridas pelo esposo da passageira de nome REGINALDO, que compareceu em um automóvel e levou a vítima até o HOSPITAL SÃO LUCAS; QUE a vítima MARIA GABRIELA AZEVEDO RODRIGUES apresenta guia de atendimento HOSPITALAR de nº 081354, relatando: "PACIENTE VÍTIMA DE QUEDA DE MOTO, COM QUEIXA DE DOR NO OMBRO E. NEGA ALERGIA MEDICAMENTOSA"; QUE foi necessário a vítima retornar ao hospital por no

Antonia

Maria Gabriela

Antonia



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 445 - 400 / 2020

dia da entrada não foi atendida pelo médico, tendo retornado ao HOSPITAL no dia 01/10/2019; QUE apresenta como testemunha não ocular do acidente supracitado a pessoa de nome: ANTONIA PEREIRA DE SOUZA GOMES, vizinha da vítima, CPF: 003.819.363-92 E RG: 2008637411-1 relatando não ser testemunha ocular, mas ter auxiliado a vítima após receber atendimento hospitalar.

OBSERVAÇÃO: As informações contidas neste Boletim de Ocorrência são de inteira responsabilidade do(a) noticiante, sendo a(o) mesmo(a) informado(a) que a comunicação de crime ou de contravenção não ocorrido ou fato inexistente, bem como imputar-lhe(s) a alguém, de que sabe ser inocente, é crime punível na forma da lei (Arts. 339 e 340, CPB).

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE CRATEUS

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

DANILO DA SILVA PAIVA - MAT.: 30118626

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

Antonia Perelara da Silva Martins

VISTO DO DELEGADO(A) :

MATHEUS FIGUEIREDO DE ARAUJO - MAT.: 30123069

✓ Maria Gabriela Azevedo Rodrigues

Antonia pereira de Souza gomes

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASE: 089.52351371 3 - CPF da vítima: 089.52351371 4 - Nome completo da vítima: Maria Gabriela Augusto Rodrigues

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

5 - Nome completo: Maria Gabriela Augusto Rodrigues 6 - CPF: 089.52351371
7 - Profissão: estudante 8 - Endereço: R. Cel. Tobias 9 - Número: 434 10 - Complemento: casa
11 - Bairro: São José 12 - Cidade: Cratêus 13 - Estado: CE 14 - CEP: 63700000
15 - E-mail: 88.9196585225 16 - Tel (DDD): 88.9196585225

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: _____ 18 - CPF do Representante Legal: _____ 19 - Profissão do Representante Legal: _____

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:
☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.000,00 ATE R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATE R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATE R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☐ CONTA POUPANÇA (diferente para os bancos abaixo. Assinale uma opção):
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (105)

☒ CONTA CORRENTE (todas as bancas)
Nome do BANCO: Bradesco

AGÊNCIA: 0997 0 CONTA: 035226 8
(informar e digitar se existir) (informar e digitar se existir) (informar e digitar se existir)

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

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

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o Laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:
• Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
• O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
• O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.
Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Lider, para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme disposto na Lei nº 6.194/74.
Declaro que esta autorização não significa prorrogação com a futura análise médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discordo do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúva 24 - Data do óbito da vítima: _____
25 - Grau do Parentesco com a vítima: _____ 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar vivos: _____ falecidos: _____ 30 - Vítima deixou nascituro(s) nascido(s)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar vivos: _____ falecidos: _____ 33 - Vítima deixou irmãos vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rgo): _____

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rgo): _____

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rgo): _____

38 - 1ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Cratêus-CE 06/02/2020

Maria Gabriela A. Rodrigues

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

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:

17/02/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:

843,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MARIA GABRIELA AZEVEDO RODRIGUES

BANCO: 237

AGÊNCIA: 00997-0

CONTA: 000000035226-8

Nr. Autenticação

BRADESCO170220200500000000002370099700000003522684375 PAGO

Tabella
Bd. Edmar Albuquerque Nascimento
Maria Eliéna Martins Rodrigues



Guia de atendimento - CONSULTORIOS

DADOS DO PACIENTE

Prontuário	Atend.	Nome do Paciente	CNS	Guia de Autorização
081354	0003	MARIA GABRIELA AZEVEDO RODRIGUES	700604920281969	
Documento(s)			Estado Civil	Sexo
CPF: 089.523.513-71			Solteiro(a)	Feminino
Data de Nascimento	Local	Idade		
03/11/1999	CRATEUS/CE	19 Ano(s)		
Pai	Mãe			
NC	MARIA DO CARMO AZEVEDO RODRIGUES			
Endereço	Bairro	CEP	Município	UF
RUA CORONEL TOBIAS, 434	SAO JOSE	63704-555	CRATEUS	CE
Profissão	Empresa	Cônjuge	Telefone	
DO LAR			88994983310	
Responsável	CPF do Responsável	Endereço	Município	UF
MARIA DO CARMO AZEVEDO RODR		RUA CORONEL TOBIAS, 434	CRATEUS	CE

DADOS DO ATENDIMENTO

Data Atendimento	Hora	Convênio	Matrícula	CID
29/09/2019	17:06	SUS		
Profissional do Atendimento	CRM/UF	Tipo Atendimento		
BRENNO LOPES LIMA LAGES	73375/MG	CONSULTA COM MEDICACAO		
Indicador de Acidente	Funcionário			
	ZILDILANIA DE SOUSA LINHARES			
Observação				
Sala	Data/Hora Liberação	Tipo de Saída		
	29/09/2019 18:36	Alta clínica		

Sinais Vitais

Temperatura (oC)	Frequência Cardíaca (bpm)	Frequência Respiratória (rpm)	PA Sistólica (mmHg)	PA Diastólica (mmHg)	Peso (kg)	Altura (cm)	Oximetria (mmHg)	Glicemia (mg/dL)
36,00	114	18	100	64	120,000		98	

Classificação de Risco

Classificação de Risco: AMARELO Data e Hora: 29/09/2019 17:02

Responsável pela Classificação: ANA LINHARES PINTO

Relatório:

PACIENTE VÍTIMA DE QUEDA DE MOTO, COM QUEIXA DE DOR NO OMBRO E. NEGA ALERGIA MEDICAMENTOSA.

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

29/09/2019 18:36:37h Responsável: BRENNO LOPES LIMA LAGES CRM-MG 73375

NÃO ATENDEU AO CHAMADO

BRENNO LOPES LIMA LAGES - CRM: 73375

Assinatura Paciente/Responsável
Responsável: MARIA DO CARMO AZEVEDO

Sala de atendimento - RECEPCÃO DE PRONTO ATENDIMENTO

DADOS DO PACIENTE

Fronteiriço 081354		Atendimento 0005	Nome do Paciente MARIA GABRIELA AZEVEDO RODRIGUES		CNS	Guia de Autorização	
Documento(s) Ignorado					Estado Civil Solteiro(a)	Sexo Feminino	
Data de Nascimento 03/11/1999		Local CRATEUS/CE				Idade 19 Ano(s)	
Mãe NC		MÃE MARIA DO CARMO AZEVEDO RODRIGUES					
Endereço RUA CORONEL TOBIAS, 434		Bairro SAO JOSE	CEP 63704-555	Município CRATEUS		UF CE	Telefone 88994983310
Profissão		Empresa	Cônjuge				
Responsável MARIA DO CARMO AZEVEDO RODR		CPF do Responsável	Endereço RUA CORONEL TOBIAS, 434		Município CRATEUS	UF CE	

DADOS DO ATENDIMENTO

Atendimento	Hora	Convênio	Matrícula		CID
01/10/2019	10:03	SUS			
Profissional do Atendimento			CRM/UF	Tipo Atendimento	
JAMIL SANCHES JORQUEIRA			6945/CE	CONSULTA COM PROCEDIMENTO	
Indicador de Acidente			Funcionário		
			MICHAEL DOUGLAS DA SILVA MOURA		
Observação					
Data/Hora Liberação			Tipo de Saída		
01/10/2019 11:00			Alta voluntária		
Sinais Vitais					
Peso (kg)	Altura (cm)	T (°C)	P (bpm)	R (mpm)	PA (mmHg)
				Oximetria (%)	Glicemia (mg/dL)

Índice

1/10/2019 11:00:36h Responsável: JAMIL SANCHES JORQUEIRA CRM-CE 6945

RATURA DE CLAVICULA ESQ

ETORNO

X REALIZADO DOMINGO HA 48H

Dr. Junior Fernandes
MÉDICO - CRM: 6029
PSF LSA / HMFML
Aracaju

JAMIL SANCHES JORQUEIRA - CRM: 6945

+ Maria Gabriela
Assinatura Paciente/Responsável
Responsável: MARIA DO CARMO AZÉVEDO

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
PERÍCIA FOMENSE DO ESTADO DO CEARÁ
COMISSÃO DE IDENTIFICAÇÃO FOMENSE E PERFILAGEM BIOMÉTRICA

Polígrafo

Carteira de Identidade

Maria Gabriela Azevedo Rodrigues

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO SOCIAL: 2017268138 - 8

DATA DE EMISSÃO: 12/12/2017

NOME: MARIA GABRIELA AZEVEDO RODRIGUES

RELACÃO: MARIA DO CARMO AZEVEDO RODRIGUES

NACIONALIDADE: CRATEUS - CE

DATA DE NASCIMENTO: 03/11/1999

SERIE: 00000000000000000000

CERT. NASCIMENTO - CARTÓRIO: 1 OFÍCIO TERMO: 25976 FOLHA: 095

LIVRO: A-26 CRATEUS - CE

CPF: 889.523.513-71

1 VIA

Ricardo O. Silva

P. 36

LEI Nº 7.116 DE 1996



CARTÓRIO MARTINS
Mário Gótti Albuquerque Nascimento
Tabelião
Rua - Edson Albuquerque Nascimento
Moraes Epifânio Martins Rodrigues
Substituta
Crato - Ceará

Certifico que a presente
cópia confere com o
original respectivo. Dou
fé.
Crato, 14 JAN 2020

[Signature]

2ª Tabelião Pública

CARTÓRIO MARTINS
Bianca Soares Silva
Secretaria Autorizada
Crato - Ceará

MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO
Número
089.523.513-71

Nome
MARIA GABRIELA AZEVEDO RODRIGUES

Nascimento
03/11/1999

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

CÓDIGO DE CONTROLE
81FA.2300.ACD4.9048

A autenticidade deste comprovante deverá
ser confirmada na Internet, no endereço
www.receita.fazenda.gov.br

Comprovante emitido pela
Secretaria da Receita Federal do Brasil
às 14:21:36 do dia 23/05/2017 (hora e data de Brasília)
dígito verificador: 00



CARTÓRIO MARTINS
Mário Gótti Albuquerque Nascimento
Tabelião
Rua - Edson Albuquerque Nascimento
Moraes Epifânio Martins Rodrigues
Substituta
Crato - Ceará

Certifico que a presente
cópia confere com o
original respectivo. Dou
fé.
Crato, 14 JAN 2020

[Signature]

2ª Tabelião Pública

CARTÓRIO MARTINS
Bianca Soares Silva
Secretaria Autorizada
Crato - Ceará

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - CE Nº 011960662133
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

CRDD 01 146225860 0000000000 2015

ROSELENE DE LORRÊS MEDEIROS

SÃO BENEDITO/CE

36697346853

80Y6780

PLACA AN/UT

*****/EP

9C2NC4310AR018685

ESPECIE DO VEH

PAS/MOTOCICLO/NAO AP/IC

GASOLINA

HONDA/CB 300R

2003

201

CAP/MOT/CL

2P/CCV/291CC

CATEGORIA

PARTEC

COR PRE DOMINANTE

VERMELHA

COTA ÚNICA

VENO COTA ÚNICA

VENO COTAS

*/**/*

1*****

PARA LIXA

PARCELAMENTO COTAS

2*****

3*****

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$)

00/00

PRÊMIO TOTAL (R\$)

00/00/0000

DATA DE PAGAMENTO

00/00/0000

SÃO BENEDITO

01/08/2015

01/08/2015

01/08/2015

01/08/2015

01/08/2015

01/08/2015

01/08/2015

01/08/2015

01/08/2015

01/08/2015

01/08/2015

01/08/2015

01/08/2015

01/08/2015

01/08/2015

01/08/2015

01/08/2015

01/08/2015

01/08/2015

01/08/2015

01/08/2015

01/08/2015

01/08/2015

01/08/2015

01/08/2015

01/08/2015

01/08/2015

01/08/2015

01/08/2015

01/08/2015

01/08/2015

01/08/2015

01/08/2015

01/08/2015

01/08/2015

01/08/2015

01/08/2015

01/08/2015



CARTÓRIO MARTINS
Bianca Soares Silva
Escritório Autenticação
Gratuito - Ceará

CARTÓRIO MARTINS
Rua Getúlio Vargas, 1000
Cidade de Fortaleza - Ceará
CEP 60010-000
Fone: (85) 3101-1111
E-mail: cartorio@cartoriomartins.com.br
Site: www.cartoriomartins.com.br

Certifico que a presente
cópia confere com o
original respectivo. Dou
fe.
Crateús, 14 JAN 2020

Bianca Soares Silva
Escritório Autenticação

CE Nº 011960662133 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA O VOUCHER
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.dpvatsegurodotransito.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

2015/08/17 17/08/2015
01 36697346853 80Y6780

0000000000 HONDA/CB 300R
2003 03 9C2NC4310AR018685

PRÊMIO TARIFÁRIO

PRÊMIO (R\$) DENATRAM (R\$) CUSTO DO SEGURO (R\$)
CUSTO DO BILHETE (R\$) COT (R\$) TOTAL SERVIÇO SEGURO (R\$)
PRÊMIO (R\$) PARCELADO DATA DE QUITAÇÃO
00/00/0000

DES PACHANTE
LOTE/DPVAT SEGURADORA LIDES - DPVAT
MOTOR: NC43E1002 0000000000-02
www.seguradoralides.com.br

0101-2015

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200065290 **Cidade:** Crateús **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARIA GABRIELA AZEVEDO RODRIGUES **Data do acidente:** 29/09/2019 **Seguradora:** MG SEGUROS, VIDA E PREVIDENCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 10/02/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE CLAVÍCULA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR. ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE OMBRO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DE OMBRO ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações: PÁG 2_FICHA DE ATENDIMENTO.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0053182/20

Vítima: MARIA GABRIELA AZEVEDO RODRIGUES

CPF: 089.523.513-71

Seguradora: MG SEGUROS, VIDA E PREVIDENCIA S.A.

Data do acidente: 29/09/2019

Titular do CPF: MARIA GABRIELA
AZEVEDO RODRIGUES

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

MARIA GABRIELA AZEVEDO RODRIGUES : 089.523.513-71

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 07/02/2020
Nome: MARIA GABRIELA AZEVEDO RODRIGUES
CPF: 089.523.513-71

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 07/02/2020
Nome: ANA LAIS DE CARVALHO BAYMA
CPF: 033.812.743-76

MARIA GABRIELA AZEVEDO RODRIGUES

ANA LAIS DE CARVALHO BAYMA