

Rio de Janeiro, 30 de Novembro de 2017

Aos Cuidados de: GERALDA ANTONIA FERREIRA DE LIMA
Nº Sinistro: 3170630159
Vitima: GERALDA ANTONIA FERREIRA DE LIMA
Data do Acidente: 24/06/2017
Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3170630159**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Autorização de pagamento não conclusivo
- Comprovante de residência não conclusivo
- Comprovação de ato declaratório não conclusivo
- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **SEGURADORA LÍDER DPVAT - REGULAÇÃO**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 12029124



Rio de Janeiro, 30 de Novembro de 2017

Aos Cuidados de: **GERALDA ANTONIA FERREIRA DE LIMA**

Nº Sinistro: **3170630159**

Vitima: **GERALDA ANTONIA FERREIRA DE LIMA**

Data do Acidente: **24/06/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3170630159**.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 12029198



Rio de Janeiro, 20 de Março de 2018

Carta nº: 12543375

A/C: GERALDA ANTONIA FERREIRA DE LIMA

Nº Sinistro: 3170630159
Vítima: GERALDA ANTONIA FERREIRA DE LIMA
Data do Acidente: 24/06/2017
Cobertura: INVALIDEZ

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: GERALDA ANTONIA FERREIRA DE LIMA

Valor: R\$ 7.087,50

Banco: 104

Agência: 000002002

Conta: 0000050432-5

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	7.087,50

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

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 70%) 52,50%

Valor a indenizar: 52,50% x 13.500,00 =	R\$	7.087,50
---	-----	----------

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.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 05 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: GERALDA ANTONIA FERREIRA DE LIMA
Nº Sinistro: 3170630159
Vitima: GERALDA ANTONIA FERREIRA DE LIMA
Data do Acidente: 24/06/2017
Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3170630159**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **SEGURADORA LÍDER DPVAT - REGULAÇÃO**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 16 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: GERALDA ANTONIA FERREIRA DE LIMA
Nº Sinistro: 3170630159
Vitima: GERALDA ANTONIA FERREIRA DE LIMA
Data do Acidente: 24/06/2017
Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3170630159**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **SEGURADORA LÍDER DPVAT - REGULAÇÃO**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

Autorização de pagamento



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

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

É obrigatório Representante Legal para:

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

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

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

468.628.463-53

Nome completo da vítima

Gerarda Antonia Figueira de Lima

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo Gerarda Antonia Figueira de Lima		CPF titular da conta 468.628.463-53	Profissão Do lar
Endereço Rua Manoel Bommeo		Número 06	Complemento
Bairro Buariti	Cidade Paraguru	Estado Paraná	CEP 62.840-000
Email		Telefone (DDD) (35) 98591-1064	

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

☒ RECUSO INFORMAR	☐ SEM RENDA	☐ ATÉ R\$ 1.000,00	☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00
☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAÚ (341) ☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)		☐ CONTA CORRENTE (todos os bancos)	
AGÊNCIA NRO. 2002 D/V ☐ CONTA NRO. 50432 D/V ☐ (Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)		BANCO Nome _____ NRO. _____ AGÊNCIA NRO. _____ D/V ☐ CONTA NRO. _____ D/V ☐ (Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)	

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

Fortaleza - CE 19 de Junho de 2018.

Local e Data

Gerarda antonia f de lima

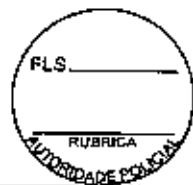
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

f de lima

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE HORIZONTE

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 461 - 4532 / 2017

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
 Data / Hora da Comunicação: **13/09/2017 11:50:58**
 Data / Hora da Ocorrência: **24/06/2017 08:30:00**
 Endereço da Ocorrência: **BR 116**
 Complemento: **KM 42**
 Bairro: _____ Município: **HORIZONTE/CE**
 Ponto de Referência: _____

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **JOSE DE ARIMATEIA FERNANDES DA SILVA**
 Nascimento: **28/06/1981** CPF: **621.161.693-72**
 CNH: **519227318** Orgão Emissor: **DIETRAM** UF: **CE**
 Filiação: **ANTONIA BARBOSA DA SILVA**
JOSE FERNANDES DA SILVA
 Endereço: **RUA MANOEL ESMERO, 6**
 Bairro: **BURITI**
 Município: **PACAJUS/CE** CEP: _____
 País: **BRASIL** Telefone: **(85) 98591-1064**

Nome: **GERALDA ANTONIA FERREIRA DE LIMA**
 Nascimento: **18/03/1975** CPF: **468.628.463-53**
 RG: **8911006004683** Orgão Emissor: **SSPSCE** UF: _____
 Filiação: **CELESTINA FERREIRA DE LIMA**
ANTONIO BENEDITO DE LIMA
 Endereço: **RUA MANOEL ESMERO, 6**
 Bairro: **BURITI**
 Município: **PACAJUS/CE** CEP: _____
 País: **BRASIL** Telefone: **(85) 98591-1064**

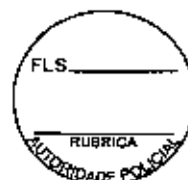
Histórico

Informa o noticiante que conduzia a motocicleta Honada/CG 150 fan, de propriedade de Antonio Gilson Moreira Jeronimo, placa OIE6041, transportando na garupa sua esposa Geralda Antonia Ferreira de Lima. Em um determinado momento o pneu traseiro estourou, causando o descontrole da motocicleta e a vinda dos ocupantes ao chão. Informa que a PRF compareceu e em seguida o Samu os levou até a UPA desta cidade. Na UPA foi verificado que o condutor teve escoriações leves e que a passageira teve fratura no fêmur direito. Após se seguiu a transferencia da vítima mais grave para Pacajus e em seguida para o IJF, em Fortaleza, onde a paciente passou 6 dias internada. Não conseguindo atendimento cirúrgico necessário a paciente foi encaminhada para a Associação Beneficente Medica da Pajuçara, em Maracanaú, onde, segundo o declarante, conseguiu passar por procedimento cirúrgico.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE HORIZONTE

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO:

RACHEL DE OLIVEIRA VASCONCELOS - MAT: 30086619



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 461 - 4532 / 2017

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: _____

VISTO DO DELEGADO(A): _____

RODRIGO DE SOUSA JATAI COSTA - MAT.: 30078713

PROJETO CORREIOS - DOCUMENTO NÃO CONFORME
☐ BO em cópia simples
☐ Comprovante de despesas médicas em cópias
☐ Certidão de Óbito em cópia simples
☐ Laudo de IML em cópia Simples
Solicitar documento assinalado conforme Guia de Regulação
Seguradora Líder - DPVAT

SEMPRE LIGAR PARA: 31-801-2017 12:00 31.7827 1/1



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
DEPARTAMENTO DE POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO



PROTOCOLO:
17051327B01

STATUS:
Encerrado

INFORMAÇÕES GERAIS

POLICIAL/MATRÍCULA:

LEONARDO CESAR/1332911

DATA/HORA:

24/06/2017 08:25

Na Rodovia

MUNICÍPIO/UF:

HORIZONTE/CE

BR:

116

KM:

42.0

SENTIDO:

Decrescente

DESCRIPTIVO DO LOCAL:

ASPECTOS DO LOCAL E DO ATENDIMENTO

FASE DO DIA:

Pleno dia

CONDIÇÃO METEOROLÓGICA:

Céu Claro

TIPO DE VIA:

Principal

TIPO DE PISTA:

Dupla

CONDIÇÃO DE PISTA:

Seca

TIPO DE PAVIMENTO:

Asfalto

ESTRUTURA VIÁRIA:

Reta

LOCALIDADE URBANIZADA:

Sim

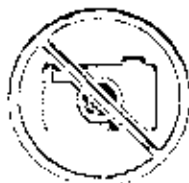
EXISTÊNCIA DE ACOSTAMENTO:

Sim

EXISTÊNCIA DE CANTEIRO CENTRAL:

Sim

IMAGEM DO LOCAL DO ACIDENTE:



Sem Imagem

IMAGEM DE DESCRIÇÃO DO LOCAL:



IMAGEM PANORÂMICA SENTIDO CRESCENTE:



IMAGEM PANORÂMICA SENTIDO DECRESCENTE:



AUXÍLIO DE OUTRO ÓRGÃO:

SAMU

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES DO AUXÍLIO:

SAMU compareceu ao local e realizou o atendimento.

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES DO ACIDENTE:



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
DEPARTAMENTO DE POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO



PROTOCOLO:
17051327B01

STATUS:
Encerrado

IMAGEM DE INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES:



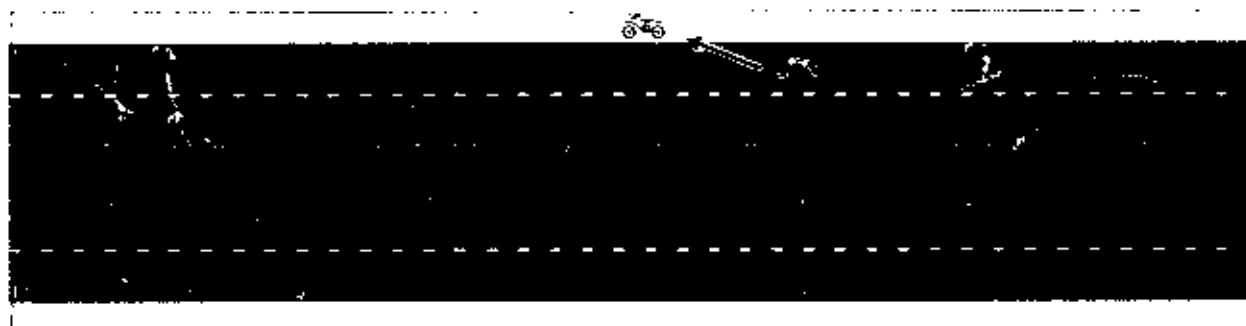
Sem Imagem

DINÂMICA

Eventos Sucessivos

Ordem	Tipo de Evento	Veículos Envolvidos
1	Queda de ocupante de veículo	

Croqui



← FORTALEZA

PACAJUS →

Narrativa

CONFORME ANÁLISE DO LOCAL DO ACIDENTE V1 TRANSITAVA EM SUA MÃO DE DIREÇÃO QUANDO O CONDUTOR PERDEU O CONTROLE DA DIREÇÃO, LEVANDO O CONDUTOR E A PASSAGEIRA A CAÍREM.



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
DEPARTAMENTO DE POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO



PROTOCOLO:
17051327B01

STATUS:
Encerrado

VEÍCULOS

SEQUENCIAL: V1	PLACA: Não Identificado	MARCA/MODELO:	ANO FABRICAÇÃO:
SITUAÇÃO: Tracionador		TIPO DE VEÍCULO: Motocicleta	
CHASSI:	RENAVAM: NÃO APLICÁVEL	PAÍS: BRASIL	
ESPÉCIE:	CATEGORIA: NÃO APLICÁVEL	MANOBRAS NO MOMENTO DO ACIDENTE: Seguindo o fluxo, na faixa de rolamento	

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES:

NOME DO PROPRIETÁRIO:	CPF/CNPJ:
-----------------------	-----------

IMAGEM DE PRODUTO PERIGOSO:  Sem Imagem	IMAGEM DE CRONOTACÓGRAFO:  Sem Imagem
---	---

IMAGEM DE INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES:  Sem Imagem
--

SEMPRE LIBERAR PÁG. 31-01-2017 12:08 317823 1/1



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
DEPARTAMENTO DE POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO



PROTOCOLO:
17051327B01

STATUS:
Encerrado

PESSOAS

SEQUENCIAL/PLACA/MARCA/MODELO: V1 / Não Identificado		ENVOLVIMENTO: Condutor
NOME: JOSE DE ARIMATEIA FERNANDES DA SILVA	CPF: 621.161.693-72	DATA DE NASCIMENTO: 28/06/1981
Nº DE IDENTIFICAÇÃO:	ÓRGÃO EXPEDIDOR:	SEXO: Masculino
ESTADO CIVIL:	NOME DA MÃE: ANTONIA BARBOSA DA SILVA	

Dados de Endereço

LOGRADOURO: FRANCISCO CARLOS DE LIMA	NÚMERO: 121
COMPLEMENTO:	BAIRRO: CROATA II
MUNICÍPIO/UF: PACAJUS/CE	
TELEFONE:	EMAIL:

Dados da Habilitação

HABILITAÇÃO: Habilitação Nacional	PAÍS DA HABILITAÇÃO:	CATEGORIA: AB
MOTORISTA PROFISSIONAL: Não	Nº DO REGISTRO: 04496319233	UF: CE
DATA DA PRIMEIRA HABILITAÇÃO: 10/11/2008	VALIDADE DA CNH: 29/01/2021	
OBSERVAÇÕES DA CNH: 99		

Circunstâncias

ESTADO FÍSICO: Lesões Leves	USAVA CINTO DE SEGURANÇA: NÃO APLICÁVEL	
USAVA CAPACETE: Sim	USAVA DISPOSITIVO PARA RETENÇÃO DE CRIANÇAS: NÃO APLICÁVEL	
TESTE DO ETILÔMETRO FOI POSSÍVEL: Não	RESULTADO DO TESTE:	RECUSOU-SE A REALIZAR O TESTE: Não
DESCRIÇÃO DA IMPOSSIBILIDADE DE REALIZAÇÃO DO TESTE: Condutor conduzido a UPA Horizonte.		
VISÍVEIS SINAIS DE EMBRIAGUEZ: Não	SINAIS DE USO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS: Não	
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES DA PESSOA ENVOLVIDA:		

IMAGEM DE INFORMAÇÃO COMPLEMENTARES:



Sem Imagem



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
DEPARTAMENTO DE POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO



PROTOCOLO:
17051327B01

STATUS:
Encerrado

PESSOAS

SEQUENCIAL/PLACA/MARCA/MODELO: V1 / Não Identificado		ENVOLVIMENTO: Passageiro
NOME: GERALDA ANTONIA FERREIRA DE LIMA	CPF:	DATA DE NASCIMENTO: 18/03/1975
Nº DE IDENTIFICAÇÃO: 8911006004683	ÓRGÃO EXPEDIDOR: SSPCE	SEXO: Feminino
ESTADO CIVIL:	NOME DA MÃE:	

Dados de Endereço

LOGRADOURO:	NUMERO:
COMPLEMENTO:	BAIRRO:
MUNICÍPIO/UF:	
TELEFONE:	EMAIL:

Circunstâncias

ESTADO FÍSICO: Lesões Leves	USAVA CINTO DE SEGURANÇA: NÃO APLICÁVEL	28/06/2017 07:11 PM 31-07-2017 12:00 317824 1/1
USAVA CAPACETE: Sim	USAVA DISPOSITIVO PARA RETENÇÃO DE CRIANÇAS: NÃO APLICÁVEL	

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES DA PESSOA ENVOLVIDA:

IMAGEM DE INFORMAÇÃO COMPLEMENTARES:



Sem Imagem



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
DEPARTAMENTO DE POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO



PROTOCOLO:
17051327B01

STATUS:
Encerrado

AVALIAÇÃO DE DANOS

SEQUENCIAL/PLACA/MARCA/MODELO:

V1 / Não Identificado

NOME/MATRÍCULA DO AGENTE:

LEONARDO CESAR/1332911

NÚMERO DO BAT:

17051327B01

DATA/HORA:

24/06/2017 08:25

Item	Descrição do Item	Item danificado no acidente		
		SIM	NÃO	NA
1	Garfo dianteiro			X
2	Mesa superior da suspensão dianteira			X
3	Mesa inferior da suspensão dianteira			X
4	Coluna de direção			X
5	Chassi			X
6	Garfo traseiro			X
7	Eixo traseiro (triciclos)			X

TOTAL GERAL (SIM + NA):

7

DIMENSÃO DA MONTA:

Grande



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
DEPARTAMENTO DE POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

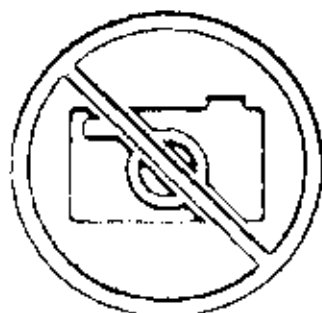


PROTOCOLO:
17051327B01

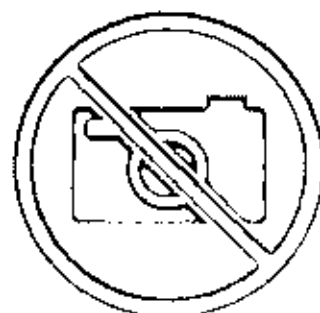
STATUS:
Encerrado

FRENTE (V1)

TRASEIRA (V1)



Sem Imagem



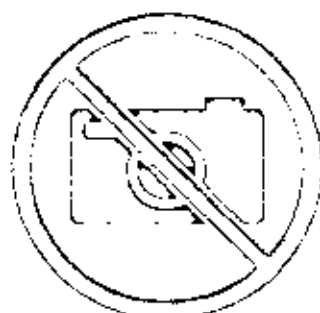
Sem Imagem

LATERAL ESQUERDA (V1)

LATERAL DIREITA (V1)



Sem Imagem



Sem Imagem

SEN 00000 LINEX PMAT P04 31-07-2017 12:00 317025 1/1



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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

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

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

Nome Completo da Vítima: Generalda Antonia Ferreira de Lima CPF da Vítima: 468.628.463-53 Data do Acidente: 24/06/2017

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

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

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

Assinalar uma das opções abaixo:

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

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Lider DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

Recuados a 22 de Janeiro de 2018
Local e Data

Generalda Antonia 3 de Lima
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

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

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

Nome Completo da Vítima: Gerarda Antonia Ferreira de Lima CPF da Vítima: 468.608.463-53 Data do Acidente: 24/06/2017

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA	
Nome completo do Representante Legal	CPF do Representante legal
E-mail	Telefone (DDD)
Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que: Assinalar uma das opções abaixo: ☒ Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou ☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou ☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido. Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora 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 contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.	

Pacajus de 22 de Janeiro de 2018
Local e Data

Gerarda antonia F de Lima
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

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

Declaração de Inexistência de IML



INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

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

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

Nome Completo da Vítima

Generalda Antonia Ferreira do B.

CPF da Vítima

2468.628.463-53

Data do Acidente

24/06/2017

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

Telefone (DDD)

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

Assinalar uma das opções abaixo:

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

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

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

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

Dedaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

Fortaleza - 19 de Junho de 2018.

Local e Data

Generalda Antonia S de Lima

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO - UPA
HORIZONTE - CEARÁ

CLINICA MEDICA
CPE

DAURNO
Printhele

1700548848		AMARELO		24/06/2017 08:58:24		FICHA DE ATENDIMENTO		CPF		Prontuário	
Data Nascimento		18/03/1978		Idade		24 A 3 M 6 D		CNS			
Paciente		GERALDA ANTONIA FERREIRA DE LIMA		Orgão Emissor		SSP CE		Estado Civil		Naturalidade	
Tipo Doc		Documento		Data Emissão		08/06/2010		CASADO(A)		HORIZONTE - CE	
IDENTIDADE		8911080004083		Pbi		ANTONIO BENEDITO DE LIMA		Rosa/Cor		PAROA	
Mãe		CELESTINA FERREIRA DE LIMA						Contatos		(85) 98971-7181	
Endereço		RUA - FRANCISCO CARLOS DE LIMA - 121 - CENTRO - PACAJUS - CE		Anamnese de Endotermagem				Ocupação		AGRICULTOR	
Ponto de saúde		SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE		Número da carteira				Data validade			
Queixa Principal		TRAUMA DE FÊMUR D. DESLOCAMENTO DE JOELHO D		Temperatura		NR		Peso		NR	

Anamnesi Medica

Exame Físico

Hipótese Diagnóstica

Exames Complementares

PRESCRIÇÃO

APRAZAMENTO

OBSERVAÇÃO

PROFESSIONAL

Joana Gomes de Aquino
Técnico de Enfermagem
COREN/PE 205162

Conducta

Conduta _____
 () Alta por Decisão Médica () Alta a Pedido () Alta a Raveia () Transferência para: _____
 () Alta por Decisão Médica () Internação Data e Hora da Saída/Alta: _____

Ógito

Antes do Primeiro Atendimento? ☐ Sim ☐ Não Destino: ☐ Família ☐ IML Anatomia Patológica

Assinatura do Médico

Assinatura do Paciente ou Responsável

1
 2
 3
 4
 5
 6
 7
 8
 9
 10
 11
 12
 13
 14
 15
 16
 17
 18
 19
 20
 21
 22
 23
 24
 25
 26
 27
 28
 29
 30
 31
 32
 33
 34
 35
 36
 37
 38
 39
 40
 41
 42
 43
 44
 45
 46
 47
 48
 49
 50
 51
 52
 53
 54
 55
 56
 57
 58
 59
 60
 61
 62
 63
 64
 65
 66
 67
 68
 69
 70
 71
 72
 73
 74
 75
 76
 77
 78
 79
 80
 81
 82
 83
 84
 85
 86
 87
 88
 89
 90
 91
 92
 93
 94
 95
 96
 97
 98
 99
 100
 101
 102
 103
 104
 105
 106
 107
 108
 109
 110
 111
 112
 113
 114
 115
 116
 117
 118
 119
 120
 121
 122
 123
 124
 125
 126
 127
 128
 129
 130
 131
 132
 133
 134
 135
 136
 137
 138
 139
 140
 141
 142
 143
 144
 145
 146
 147
 148
 149
 150
 151
 152
 153
 154
 155
 156
 157
 158
 159
 160
 161
 162
 163
 164
 165
 166
 167
 168
 169
 170
 171
 172
 173
 174
 175
 176
 177
 178
 179
 180
 181
 182
 183
 184
 185
 186
 187
 188
 189
 190
 191
 192
 193
 194
 195
 196
 197
 198
 199
 200
 201
 202
 203
 204
 205
 206
 207
 208
 209
 210
 211
 212
 213
 214
 215
 216
 217
 218
 219
 220
 221
 222
 223
 224
 225
 226
 227
 228
 229
 230
 231
 232
 233
 234
 235
 236
 237
 238
 239
 240
 241
 242
 243
 244
 245
 246
 247
 248
 249
 250
 251
 252
 253
 254
 255
 256
 257
 258
 259
 260
 261
 262
 263
 264
 265
 266
 267
 268
 269
 270
 271
 272
 273
 274
 275
 276
 277
 278
 279
 280
 281
 282
 283
 284
 285
 286
 287
 288
 289
 290
 291
 292
 293
 294
 295
 296
 297
 298
 299
 300
 301
 302
 303
 304
 305
 306
 307
 308
 309
 310
 311
 312
 313
 314
 315
 316
 317
 318
 319
 320
 321
 322
 323
 324
 325
 326
 327
 328
 329
 330
 331
 332
 333
 334
 335
 336
 337
 338
 339
 340
 341
 342
 343
 344
 345
 346
 347
 348
 349
 350
 351
 352
 353
 354
 355
 356
 357
 358
 359
 360
 361
 362
 363
 364
 365
 366
 367
 368
 369
 370
 371
 372
 373
 374
 375
 376
 377
 378
 379
 380
 381
 382
 383
 384
 385
 386
 387
 388
 389
 390
 391
 392
 393
 394
 395
 396
 397
 398
 399
 400
 401
 402
 403
 404
 405
 406
 407
 408
 409
 410
 411
 412
 413
 414
 415
 416
 417
 418
 419
 420
 421
 422
 423
 424
 425
 426
 427
 428
 429
 430
 431
 432
 433
 434
 435
 436
 437
 438
 439
 440
 441
 442
 443
 444
 445
 446
 447
 448
 449
 450
 451
 452
 453
 454
 455
 456
 457
 458
 459
 460
 461
 462
 463
 464
 465
 466
 467
 468
 469
 470
 471
 472
 473
 474
 475
 476
 477
 478
 479
 480
 481
 482
 483
 484
 485
 486
 487
 488
 489
 490
 491
 492
 493
 494
 495
 496
 497
 498
 499
 500
 501
 502
 503
 504
 505
 506
 507
 508
 509
 510
 511
 512
 513
 514
 515
 516
 517
 518
 519
 520
 521
 522
 523
 524
 525

① No price cap + 100% of 9,91

RX FUTURE = F_{ADUM} F_{ADUM} Complete

U-2019-03-16 17:10:14 17

10.5

10.5

(Census) ENCLINCHER Municipal Police

CONFERE COM O ORIGINAL

13/09

ELIMINONÁRIO / UPA

Assistente Social
CRESS: 7347

Dr. H. Nilsen Bagdottsoelbo

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 14/03/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 7.087,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: GERALDA ANTONIA FERREIRA DE LIMA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 02002

CONTA: 000000050432-5

Nr. da Autenticação 4CBC3D08EEA5AC26

Pacajus, 09 de Outubro, de 2017

À administradora do Seguro DPVAT Seguradora Líder,

Eu, José de Arimateia Fernandes da Silva, declaro para os devidos fins, residir na R. Manoel Esmerino Nº 60, bairro Buriti, localizado no município de Pacajus região metropolitana de Fortaleza de CEP.: 62870-000.

^x
JOSE DE ARIMATEIA F. DA SILVA

Comprovante de residência



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Antonio Gilson Moreira Jerônimo,

RG nº 2004014005283 data de expedição 1/1/,

Órgão SSP CE, portador do CPF nº 757 138 453 20, com

domicílio na cidade de Pacajus, no Estado de

Ceará, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

Ru. OSCAR FERNANDO DE SOUSA, nº 270,

complemento Rua São José, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

mentionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a

vítima Gerolinda Antônio, cujo o condutor era

João de Arimateia Fernandes.

Veículo: Honda / CG 150 Fan / Motocicleta

Modelo: CG 150 Fan EST

Ano: 2011/2012

Placa: 01 EGG 41

Chassi: 9C2KC1670CR453649

Data do Acidente: 24/06/2017

Local e Data: BR 116 Km - 42 / 24/06/2017 8:30 hrs.

Antonio Gilson Moreira Jerônimo

Assinatura do Declarante

JOSE DE ARIMATEIA F. DA SILVA

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



SECRETARIA LIDER OPINIÃO PIA 31-OUT-2017 12:01 317829 1/1



CARTÓRIO DE 1º OFÍCIO DE PACAJUS - CE
Rua Correio Estrada Amélia, 1054 - Centro - CEP: 62370-000 - Fone/Fax: (85) 3343-0505
Tabela: ADRIANA ARRUDA BEZERRA

Reconheço (POR AUTENTICIDADE) a firma de: **ANTONIO GILSON MOREIRA JERÔNIMO**. CONFERIDO (1).
Em test. 0 da verdade. DOU F8.
Pacajus-Ceará, 10/10/2017.

CARTÓRIO ARRUDA BEZERRA
1º OFÍCIO DE ADRIANA ARRUDA BEZERRA
Registra F. de Rocha Rodrigues
EXATAMENTE Autorizada por Junta Brásil



1) Paulo Roberto de
 2) Américo de
 3) Agostinho de
 4) Marcos de
 5) Roberto de
 6) Roberto de
 7) Roberto de
 8) Roberto de

Medicina Geral e Cirurgia
 24/07/11

Data

Cirurgião

1º Auxiliar

Assinatura e Carimbo do Cirurgião

2º Auxiliar

3º Auxiliar

Assinatura e Carimbo

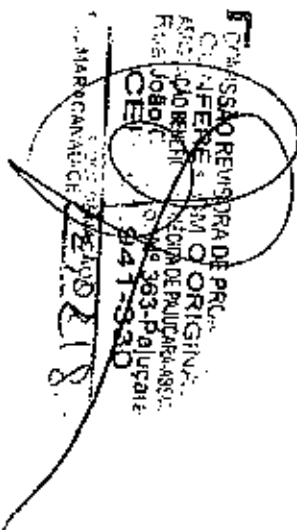
Assinatura e Carimbo

Assinatura e Carimbo

Data

Assinatura e Carimbo do Anestesiologista

Relatar as condições que justificam a longa duração da anestesia e um maior consumo de fármacos e material e mecânico



NOME DO PACIENTE *Gracilda Pontes Pinheiro da Silva*

DATA E HORA *24/07/11*

EVOLUÇÃO DIÁRIA - ASSINATURA - CARIMBO

ENE. OU APTO. *2*

LEITO *10*

PRONTUÁRIO

*Tratado com 11 cc por hora
sintomas de dor e fadiga
em andamento
convém*

Fredério Roberto Vasconcelos
Ortopedista e Traumatologista
CREMEC 11552

MAKAMARCE
C.F.P. 61.941.941-330
Rua João Conrado, Nº 363 - Pauçara -
CEARÁ
COMISSÃO REVISORA DE PRONTUÁRIO
CONFERIR COM O ORIGINAL
ASSOCIADO BENEFICENTE MÉDICA DE PAUÇARA



FILIADA A FEDERAÇÃO DAS MISERICÓRDIAS E ENTIDADES FILANTRÓPICAS DO CEARÁ

ATESTADO MÉDICO

ATESTO PARA OS DEVIDOS FINS QUE GERALDA ANTONIA FERREIRA DE LIMA, PORTADORA DA RG Nº 8911006004683 – SSPDS/CE, REALIZOU EM JULHO/2017, NESTA UNIDADE HOSPITALAR TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DIAFISÁRIA DE FÊMUR, CID S72.3, FAZ ACOMPANHAMENTO PÓS-OPERATÓRIO AMBULATORIAL, APRESENTA DOR E DIFICULDADE PARA DEAMBULAR, LIMITAÇÃO DE MOVIMENTOS EM MEMBRO INFERIOR DIREITO, NECESSITA DE 30 (TRINTA) DIAS DE AFASTAMENTO DE SUAS ATIVIDADES LABORAIS PARA PERFEITA RECUPERAÇÃO.

MARACANAÚ-CE, 20 DE NOVEMBRO DE 2017.

Dr. Dionísio Broxado Lapa Filho
CRM 2257

Diretor Clínico/Técnico



FILIADA A FEDERAÇÃO DAS MISERICÓRDIAS E ENTIDADES FILANTRÓPICAS DO CEARÁ

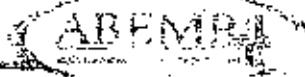
Senhora Antonia F. Lima
Atado

Atado por a pte
automa e acompanhada
em per operatório de
treinamento de fêmur direito.
Pde avaliar com
com, Dilgiva de fêmur
Pde avaliar da e difíceis
de para deambular Pde
de adde de ambulação

Frederico Mendes de Vasconcelos
Ortopedista e Traumatologista
CREME 1132

20/11/17

SEGREDO 1177 PAULI RS 20-11-2018 09:46 059752 1/1



INSTITUTO NACIONAL DE SEGURIDADE SOCIAL
SECRETARIA DE ASSISTÊNCIA MÉDICA

ATESTADO MÉDICO

ATESTO que o Segurado Guilherme Antonio
ferreira de Lima portador da Carteira Profissional nº _____
série _____ necessita de 90 Novas

Dias de afastamento do trabalho, a partir desta data, por motivo de doença

572

Hospital e Ambulatório

Localidade e data

Dr. Thales de Vasconcelos
Ortopedia e Traumatologia
CRM 11.332

Dr. Thales de Vasconcelos

21/07/17

SECRETARIA DE ASSISTÊNCIA MÉDICA
ANEXO 1118 2016 01/05/17

D





FILIADA A FEDERAÇÃO DAS MISERICÓRDIAS E ENTIDADES FILANTRÓPICAS DO CEARÁ

Documentação médico - hospitalar



ATESTADO MÉDICO

ATESTO PARA OS DEVIDOS FINS QUE GERALDA ANTONIA FERREIRA DE LIMA, PORTADORA DA RG Nº 8911006004683 – SSPDS/CE, REALIZOU EM JULHO/2017, NESTA UNIDADE HOSPITALAR TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DIAFISÁRIA DE FÊMUR, CID S72.3, FAZ ACOMPANHAMENTO PÓS-OPERATÓRIO AMBULATORIAL, APRESENTA DOR E DIFICULDADE PARA DEAMBULAR, LIMITAÇÃO DE MOVIMENTOS EM MEMBRO INFERIOR DIREITO, NECESSITA DE 30 (TRINTA) DIAS DE AFASTAMENTO DE SUAS ATIVIDADES LABORAIS PARA PERFEITA RECUPERAÇÃO.

MARACANAÚ-CE, 20 DE NOVEMBRO DE 2017.

--

Dr. Dionísio Broxado Lapa Filho
CRM 2257
Diretor Clínico/Técnico

[Handwritten signature]

MARACANAÚ-CE, 20 DE NOVENBRO DE 2017.

ATESTO PARA OS DEVIDOS FINS QUE GERALDA ANTONIA FERREIRA DE LIMA, PORTADORA DA RG Nº 8911006004683 - SSPDS/CE, REALIZOU EM JULHO/2017, NESTA UNIDADE HOSPITALAR TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DIAFISÁRIA DE FÊMUR, CID S72.3, FAZ ACOMPANHAMENTO PÓS-OPERATÓRIO AMBULATORIAL, APRESENTA DOR E DIFICULDADE PARA DEAMBULAR, LIMITAÇÃO DE MOVIMENTOS EM MEMBRO INFERIOR DIREITO, NECESSITA DE 30 (TRINTA) DIAS DE AFASTAMENTO DE SUAS ATIVIDADES LABORAIS PARA PERFEITA RECUPERAÇÃO.

ATESTADO MÉDICO





INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA

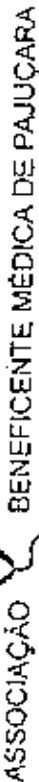
Registro de Atendimento Emergencial



Emido em: 26/07/2018 12:56:58

Por: EDUARDO MOREIRA

70000360272012		NOME: GERALDA ANTONIA FERREIRA DE LIMA		Registro: 5516256	
4682648553		RG:		D. NASC: 18/03/1975	
		ESTADO CIVIL:		SEXO: F	
		RAÇA/COR: Parda			
E DA MÃE: CECILIA FERREIRA DE LIMA					
NOME DO PAI: ANTONIO BENEDITO DE LIMA					
DE LOCALIDADE: Rua					
ENDEREÇO DO PACIENTE: MANOEL ESMEIRO					
Município: PACAUS					
UF: CE					
CEP: 62876900					
IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL					
E: JOSE DE ABRAHÃO - AMO DE PACAUS					
PARENTESCO: ESPOSO					
TELEFONE:					
ACIDENTE DE TRABALHO					
DE VEÍCULO					
CBO DO EMPREGADO:					
CNPJ DO EMPREGADOR:					
CÓDIGO DO CIVEL:					
ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO					
LIVRO DE ATENDIMENTO					
Admitir com documentação, Classificar com um risco, Preencher o cartão					
Adm. Insistir no exame, Verificar o cartão					
SINAIS VITAIS					
E DA OCORRÊNCIA: Outros					
Escala de Dor: Livre					
PROBABILIDADE DE ATENDIMENTO: VERDE					
CIDADE DO ATENDIMENTO					
ATENDEMENTO MÉDICO					
E: Físico:					
E: Físico:					
O NECESSÁRIO PARA					
AVIAÇÃO					
OS COMPLEMENTOS					
NÍVEL					
E HORA DO ATENDIMENTO					
CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA:					



Convênios: SIM/SUS - INAMP&

Rua João Conrado, 363 - Pajuçara - Maracanaú - Cêa
Fone/Fax: (85) 215.3120 - Fone: (85) 215.3133

NOME DO PACIENTE	DATA E HORA	EVOLUÇÃO DIÁRIA - ASSINATURA - CARIMBO	ENF. OU APTD.	LEITO	PRONTUÁRIO
...	...	...	...	...	...

COMISSÃO TÉCNICA DE PRONTUÁRIO
 CONFERE COM O ORIGINAL
 ASSINADO E CARIMBADO
 Rua João Cândido, nº 363 - Pelourina
 CEP: 61.541-330
 MARCANTE

Federico Helder Vasconcelos
 Ortopedista e Traumatologista
 CREMER 1138

Frederico Hailer da Veermeijer
Ortopedista e Reumatologista
CRM-SP 11378

COMISSÃO SEGREDA DE FRONTEIRAS
CONFERIR COM O ORIGINAL
ASSINADO E CARIMBADO DE VALIDADE
Rua João de Almeida, nº 363 - Palácio
CEP: 61.541-330
Cidade do Rio de Janeiro
MARCANAL

1377-1378

4/22/21

ALIMDA A FEDERAÇÃO DAS MISERICÓRDIAS E ENTIDADES FILANTROPICAS DO CEARA



2107117

2107117

INSTITUTO NAC. DE SEGUR. SOC.
SECRETARIA DE ASSISTENCIA MEDICA
CARTÃO 11.332

Localidade e data

Hospital e Ambulatório

572

Deus de alicarmento do trabalho, a partir desta data, por motivo de doença

Atestado que o Segurado Guilherme de Lima portador da Carteira Profissional nº 901.104-1 necessita de 90 dias de tratamento

Atestado que o Segurado Guilherme de Lima portador da Carteira Profissional nº 901.104-1 necessita de 90 dias de tratamento

ATESTADO MEDICO

INSTITUTO NACIONAL DE SEGURIDADE SOCIAL
SECRETARIA DE ASSISTENCIA MEDICA

ARREMBAR

[illegible]



1. Anestesia Geral - 1.001/19/00
 2. Anestesia Regional - 1.001/19/00
 3. Anestesia Local - 1.001/19/00
 4. Anestesia Sedativa - 1.001/19/00
 5. Anestesia de Emergência - 1.001/19/00
 6. Anestesia de Manutenção - 1.001/19/00
 7. Anestesia de Indução - 1.001/19/00
 8. Anestesia de Manutenção - 1.001/19/00
 9. Anestesia de Emergência - 1.001/19/00
 10. Anestesia de Manutenção - 1.001/19/00

Medicina Geral e Cirurgia
 1.001/19/00

1.001/19/00

Data Cirurgião 1º Auxiliar 2º Auxiliar	Assessoria e Controle do Cirurgião Assessoria e Controle Assessoria e Controle
---	--

1. Anestesia Geral - 1.001/19/00
 2. Anestesia Regional - 1.001/19/00
 3. Anestesia Local - 1.001/19/00
 4. Anestesia Sedativa - 1.001/19/00
 5. Anestesia de Emergência - 1.001/19/00
 6. Anestesia de Manutenção - 1.001/19/00
 7. Anestesia de Indução - 1.001/19/00
 8. Anestesia de Manutenção - 1.001/19/00
 9. Anestesia de Emergência - 1.001/19/00
 10. Anestesia de Manutenção - 1.001/19/00

Data

Assinatura e Controle do Anestesiologista

Relatar as curvas que justificam a longa duração da anestesia e um exame
 cuidadoso - vitalidade e medicação

☐ COMPROVANTE DE SITUAÇÃO
CADASTRAL NO CPF



Documentos de Identificação

**MINISTÉRIO DA FAZENDA**

Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: 468.628.463-53

Nome: GERALDA ANTONIA FERREIRA DE LIMA

Data Nascimento: 18/03/1975

Situação Cadastral: REGULAR

Data de Inscrição no CPF: 21/09/1991

Dígito Verificador: 00

Comprovante emitido às: 09:42:29 do dia 10/11/2017 (hora e data de Brasília).

Código de controle do comprovante: 6A0D.DE12.B92A.F526



Aprovado pela IN/RFB no 1.548, de 13/02/2015.

[Nova Consulta](#)

OUT



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CIDADES	
DETRAN CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO Nº 013-85399640 DATA 15/08/2017 VALOR 11,70	CONTRAT Nº 013-85399640 DATA 15/08/2017 VALOR 11,70
VEÍCULO: 013-85399640 MARCA: FIAT MODELO: PRIMA ANO: 2017 COR: VERMELHA PLACA: 013-85399640	CONTRATANTE: [NOME] ENDEREÇO: [ENDEREÇO] CIDADE: [CIDADE] UF: [UF] CEP: [CEP]
DATA DE EMISSÃO: 15/08/2017 VALOR DO LICENCIAMENTO: 11,70 DATA DE VENCIMENTO: 14/09/2017	DATA DE EMISSÃO: 15/08/2017 VALOR DO LICENCIAMENTO: 11,70 DATA DE VENCIMENTO: 14/09/2017

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CIDADES	
DETRAN BILHETE DE SEGURO DPVAT Nº 013-85399640 DATA 15/08/2017 VALOR 11,70	CONTRAT Nº 013-85399640 DATA 15/08/2017 VALOR 11,70
VEÍCULO: 013-85399640 MARCA: FIAT MODELO: PRIMA ANO: 2017 COR: VERMELHA PLACA: 013-85399640	CONTRATANTE: [NOME] ENDEREÇO: [ENDEREÇO] CIDADE: [CIDADE] UF: [UF] CEP: [CEP]
DATA DE EMISSÃO: 15/08/2017 VALOR DO LICENCIAMENTO: 11,70 DATA DE VENCIMENTO: 14/09/2017	DATA DE EMISSÃO: 15/08/2017 VALOR DO LICENCIAMENTO: 11,70 DATA DE VENCIMENTO: 14/09/2017

SENA/2002 LIBER DPVAT PUA 31-01-2017 12:00 317828 141

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170630159 **Cidade:** Horizonte **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: GERALDA ANTONIA FERREIRA DE LIMA **Data do acidente:** 24/06/2017 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 12/03/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA DE MEMBRO INFERIOR DIREITO

Resultados terapêuticos: DEFICIT FUNCIONAL

Sequelas permanentes: DEBILIDADE MODERADA DE MEMBRO INFERIOR DIREITO

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: MEMBRO INFERIOR 50%

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 funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau intenso - 75 %	52,5%	R\$ 7.087,50
Total			52,5 %	R\$ 7.087,50

PRESTADOR

AMORIM E MATTOS SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS LT

Nome do médico: JORGE DA SILVA MOTTA

CRM do médico: 52.31398-4

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

Jorge da Silva Motta

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0435205/17

Vítima: GERALDA ANTONIA FERREIRA DE LIMA

CPF: 468.628.463-53

Data do Acidente: 24/06/2017

CPF de: Próprio

Titular do CPF: GERALDA ANTONIA FERREIRA DE LIMA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência

Declaração do Proprietário do Veículo

Documentos de identificação

DUT

Outros

GERALDA ANTONIA FERREIRA DE LIMA : 468.628.463-53

Comprovante de residência

ATENÇÃO:

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- 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.

Documentação recebida sem conferência.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 27/11/2017
Nome: GERALDA ANTONIA FERREIRA DE LIMA
CPF: 468.628.463-53

GERALDA ANTONIA FERREIRA DE LIMA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 27/11/2017
Nome: CAIO SERGIO SACRAMENTO DE ABREU
CPF: 165.205.917-26

CAIO SERGIO SACRAMENTO DE ABREU

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0435205/17

Número do Sinistro: 3170630159

Vítima: GERALDA ANTONIA FERREIRA DE LIMA

CPF: 468.628.463-53

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

CPF de: Próprio

Data do acidente: 24/06/2017

Titular do CPF: GERALDA ANTONIA
FERREIRA DE LIMA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

Documentos de identificação

Outros

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- 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.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 08/10/2018
Nome: GERALDA ANTONIA FERREIRA DE LIMA
CPF: 468.628.463-53

GERALDA ANTONIA FERREIRA DE LIMA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 08/10/2018
Nome: Karen Rosa de Oliveira Azevedo
CPF: 131.414.327-16

Karen Rosa de Oliveira Azevedo