

Rio de Janeiro, 13 de Outubro de 2015

Carta nº 7996672

a/c: CARLOS VIEIRA DA SILVA

Sinistro: 3150203397
Vitima: CARLOS VIEIRA DA SILVA
Data Acidente: 07/02/2015
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Assunto: NEGATIVA POR AUSÊNCIA DE COMPROVAÇÃO DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Até a presente data, não recebemos a documentação complementar solicitada para prosseguimento da análise do seu pedido de indenização DPVAT, nem qualquer manifestação no sentido de que estivessem sendo tomadas providências para sua obtenção.

Tendo em vista que a(s) pendência(s) indicadas não foi(ram) sanada(s), e não houve qualquer nova manifestação sua nesse processo de sinistro por um período superior a 180 dias, informamos que a análise do seu pedido de indenização DPVAT foi finalizada com a recusa da indenização por falta de comprovação documental da cobertura para o sinistro.

A documentação original permanecerá arquivada, podendo ser retirada pelo senhor(a), ou por procurador devidamente constituído para este fim, conforme instruções contidas em nosso site www.dpvatsegurodotransito.com.br.

Em caso de dúvida, favor acessar nosso site ou entrar em contato conosco gratuitamente por meio do SAC 0800 022 12 04.

Atenciosamente.

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 18 de Março de 2015

Carta nº: 6568993

A/C: CARLOS VIEIRA DA SILVA

Sinistro: 3150203397
Vitima: CARLOS VIEIRA DA SILVA
Data Acidente: 07/02/2015
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **09/03/2015** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **07/02/2015**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na ARUANA SEGUROS S/A de origem onde foi realizada sua reclamação de sinistro.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental.

NÃO PERCA TEMPO!

PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;

Em caso de dúvida, entre em contato conosco pelo SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.dpvatsegurodotransito.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 09 de Março de 2015

Carta nº: 6488906

A/C: CARLOS VIEIRA DA SILVA

Sinistro: 3150203397
Vitima: CARLOS VIEIRA DA SILVA
Data Acidente: 07/02/2015
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

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, ou ligue para o 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, 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 início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à ARUANA SEGUROS S/A de origem onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3150203397

Cidade: Igarassu

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: CARLOS VIEIRA DA SILVA

Data do acidente: 07/02/2015

Seguradora: ARUANA SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 18/03/2015

Valoração do IML: 0

Diagnóstico: Trauma em ombro direito.

Resultados terapêuticos: Tratamento conservador.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Não definido

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: Sinistro indefinido, com menos de sessenta dias, sem prognóstico.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00

PRESTADOR

IBMES INST.BRASDE MEDICINA ESPEC.EM SEGUROS LTDA

Nome do médico: RAFAEL OLIVEIRA SANTOS

CRM do médico: 52.90638-7

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:





AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Nº DO SINISTRO _____

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.

SILVEIRA DA SILVA

EM 18/06/13

EU, CARLOS VIEIRA DA SILVA

EXPEDIDO POR SDS PE

EM 18/06/13

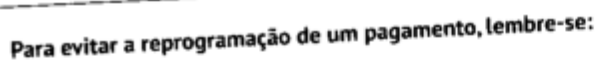
PORTADOR(A) DO RG Nº 2304574

PORTADOR(A) DO RG Nº 230914 /CNPJ 000000000000000000 /PROFISSÃO 1234
 CPF 23091496634-91 /INSCRIÇÃO DE VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO

CPF 256496634-93 RNT 0000
E RENDA MENSAL DE R\$ 1.800,00 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE A INDENIZAÇÃO POR SEGURO DPVAT DA VÍTIMA CARLOS VIEIRA DA SILVA, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A UTILIZAR AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

CPF 25649663-1-33 (**) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE A INDENIZAÇÃO
E RENDA MENSAL DE R\$ 1.800,00 (**) AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO
SEGURO DPVAT DA VÍTIMA CARLOS VIEIRA DA SILVA, AUTORIZO A SEGURADORA ABAIXO PRESTADAS.
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.



1) Os seguintes documentos não devem, de forma nenhuma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício;
- Conta pessoa jurídica;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for o 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 Unidades Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$2000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (não será aceita proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);

2) O CPF do beneficiário/vítima não pode estar inválido, pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL - www.receita.fazenda.gov.br);

3) O CPF da conta informada para depósito não pode ser diferente do CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistro.

- ☐ **CRÉDITO EM CONTA-CORRENTE (ACEITAS CONTAS DE TODOS OS BANCOS)**
BANCO _____ AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-CORRENTE _____

☐ **CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO BRADESCO**
BANCO 237 • AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA _____

☐ **CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO DO BRASIL**
BANCO 001 • AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA _____

☐ **CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO ITAÚ**
BANCO 341 • AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA _____

☒ **CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DA CAIXA ECONÔMICA FEDERAL**
BANCO 104 • AGÊNCIA 033 (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA 00005436-1

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

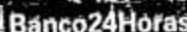
LOCAL IGARASHI

DATA 25/02/15

ASSINATURA DO(A) BENEFICIÁRIO (A)



ATENÇÃO - O Seguro DPVAT garante indenização de **R\$13.500,00** em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de **até R\$13.500,00** em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de **até R\$ 2.700,00** em caso de despesas médico-hospitalares.



09 MAR 2015

*SEEKING LIVER SPOTS SETON PATIENTS 82-MH-2815 83-51 944989 1/1

DOCUMENTO 1 "T14"



**GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 029ª CIRCUNSCRIÇÃO - IGARASSU - DP29ªCIRC
DIM/8ªDESEC**

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 15E0119000332

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 10/02/2015 às 11:25

ACIDENTE DE TRANSITO COM VITIMA NAO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia 7/2/2015 às 15:00

Fato ocorrido no endereço: MUNICIPIO DE IGARASSU, 1, RODOVIA BR-101 NORTE, CENTRO, IGARASSU - Bairro: CENTRO - IGARASSU/PERNAMBUCO/BRASIL - Ponto de Referência: PRÓXIMO AO POSTO DE GASOLINA SERTÃO
Local do Fato: RODOVIA FEDERAL

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

NÃO IDENTIFICADO (AUTOR VAGANTE)
CARLOS VIEIRA DA SILVA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): CARLOS VIEIRA DA SILVA



Qualificação da(s) pessoa(s) envolvida(s)

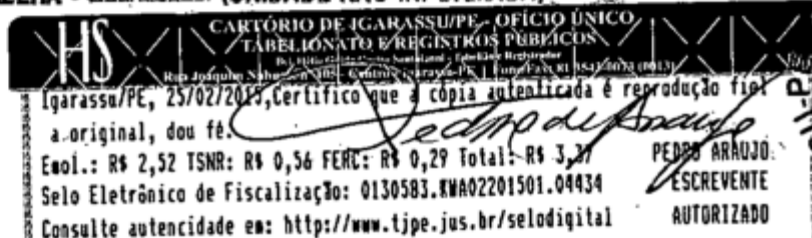
CARLOS VIEIRA DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: MARLENE MARIA DA CONCEIÇÃO Pai: MANOEL VIEIRA DA SILVA Data de Nascimento: 16/1/1961 Naturalidade: RIO FORMOSO / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 2304574/SDS/PE (RG), 25649663491 (CPF) Estado Civil: AMASIADO(A) Escolaridade: 1ª. GRAU INCOMPLETO Profissão: PEDREIRO(A) Telefones Celulares:
- 94074078
- 84131251

Endereço Residencial: MUNICIPIO DE IGARASSU, 1, RUA COMBORJA, S/Nº, BELA VISTA, IGARASSU, CEP: 55010-000, PERNAMBUCO, BRASIL
Bairro: BELA VISTA - IGARASSU/PERNAMBUCO/BRASIL, APÓS A BARRACA DE FERRAGENS

NÃO IDENTIFICADO (não presente ao plantão) - Sexo: Desconhecido Naturalidade: NÃO INFORMADO PERNAMBUCO / BRASIL

Qualificação do(s) objeto(s) envolvido(s)

MOTONETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): CARLOS VIEIRA DA SILVA, que estava em posse do(a) Sr(a): CARLOS VIEIRA DA SILVA
Categoria/Marca/Modelo: MOTOCICLETA/SHINERAY/XY 50 Q-2 Objeto apreendido: Não
Cor: VERMELHA - Quantidade: (UNIDADE NÃO INFORMADA)



10/2/2015 11:2

Complimento / Observação

A VÍTIMA COMPARECEU NESTA DELEGACIA COMUNICANDO QUE NO DIA MENCIONADO, QUANDO TRANSITAVA COM A SUA MOTONETA SHINERAY PELA PISTA CENTRAL, DA BR-101 NORTE E, NAS PROXIMIDADES DO POSTO SERTÃO AO DESVIAR DE UM CACHORRO COLIDIU COM O MEIO FIO E CAIU, FRATURANDO A CLÁVICULA DO LADO DIREITO E ARRANHÕES PELO BRAÇO DIREITO, SENDO SOCORRIDO PELA VIATURA DO CORPO DE BOMBEIROS PARA A UPA DE CRUZ DE REBOUÇAS. DIANTE DO EXPOSTO A VÍTIMA FEZ O PRESENTE REGISTRO PARA FINS DE DPVAT. NADA MAIS DIGNO DE REGISTRO ENCERRO O PRESENTE BOLETIM DE OCORRÊNCIA.

Assinatura da(s) pessoa(s) presente nesta unidade policial

Carlos Vieira da Silva
CARLOS VIEIRA DA SILVA
(VÍTIMA)

B.O. registrado por: *Mário Mariano de Abreu*
MARIO MARIANO DE ABREU



HS CARTÓRIO DE IGARASSU/PE - OFÍCIO ÚNICO
TABELIONATO E REGISTROS PÚBLICOS
Rua Joaquim Nabuco, s/nº - Centro, Igarassu/PE - CEP: 55120-000 (0013)
Igarassu/PE, 25/02/2015, Certifico que a cópia autenticada é reprodução fiel
a original, do *pedro araujo*
Emol.: R\$ 2,52 TSNR: R\$ 0,30 PERC: R\$ 0,29 Total: R\$ 3,37 PEDRO ARAUJO
Selo Eletrônico de Fiscalização: 0130503.NCH02201501.04435 ESCREVENTE
Consulte autenticidade em: <http://www.tjpe.jus.br/selodigital> AUTORIZADO

ARUANA SEGUROS
09 MAR 2015

PROCESSADO LÍDER (PRT) SETOR PROTOCOLO 02-108-2015 00:51:344992 14

10/2/2015 11:27



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, CARLOS VIEIRA DA SILVARG nº 2304574, data de expedição 18/06/13, Órgão SDS-PE

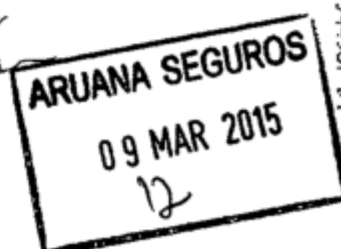
CPF nº 256-296634-91, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>RUA: 1ª TRAV. CAMBOSA</u>
Número	<u>76</u>
Apto / Complemento	<u>CASA</u>
Bairro	<u>BELA-VISTA</u>
Cidade	<u>IGARASSU</u>
Estado	<u>PE</u>
CEP	
Telefone de Contato	<u>(81) 9407-21078</u>
E-mail	


Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: IGARASSU 25/02/15

Assinatura do Declarante:



PROTOCOLO DE AVISO PROVISÓRIO

 **Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT**

SÍNISTRO

Número do Protocolo: ASP-055643/2015

Aviso: CORREIOS

Natureza: Invalidez

QUALIFICAÇÃO DO EVENTO

Vítima: CARLOS VIEIRA DA SILVA

Data de Nascimento: 15/01/1961

Seguradora: ARUANA SEGUROS S/A

Dependência: 801

Data do Sinistro:

CPF da Vítima: 256.496.634-91

CPF de: Próprio

Titular do CPF: CARLOS VIEIRA DA SILVA

DOCUMENTOS SINISTRO

Nenhum documento de sinistro entregue.

DOCUMENTO 5 *T5%*



DOCUMENTOS BENEFICIÁRIO

Nenhum documento de beneficiário entregue.

CONTATO

Nome: CARLOS VIEIRA DA SILVA

Telefone: (81) 9201-5739

Celular: (81) 9407-4078

Aviso de sinistro provisório por insuficiência na documentação mínima para o seu cadastramento total. Os documentos ora protocolados no anexo, ficarão aguardando os demais necessários à continuidade da regulação do sinistro.

Data de emissão deste aviso provisório: 04/03/2015



IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA Carlos Vieira do Silva
DATA DO ACIDENTE 07/02/2015 CPF DA VÍTIMA 256496633-91
PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO _____
QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR ☒ VÍTIMA ☐ REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM A VÍTIMA É _____
ENDEREÇO DO PORTADOR 1ª Travessa Cambosa
Nº 76 COMPLEMENTO CASA BAIRRO Bela Vista
CIDADE IGARASU UF PE CEP 53610-570
E-MAIL _____ TELEFONE (81) 9407-4078

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- ☒ REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- ☒ CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☒ CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- ☒ NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL), ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA
- ☒ BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☒ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- ☒ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- ☐ CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 - ☐ CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 - ☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- ☐ REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- ☐ CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
- ☐ NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- ☐ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- ☐ CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 - ☐ CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 - ☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- VALORES DE INDENIZAÇÃO
 - MORTE = R\$ 13.500,00
 - INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
 - DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.
- O PRAZO PARA O PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS, CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA NA SEGURADORA LÍDER DPVAT
- COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
- PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 25/02/2015
IDENTIDADE 2304574 50576
ASSINATURA Carlos Vieira do Silva

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NOS CORREIOS

DATA 25/02/15 MATR. CORREIOS 85063525
NOME Paulistas Lúcia da Silva
ASSINATURA Paulistas Lúcia da Silva

Atendimento: 622978

Senha da Classificação:

P0060

Data e Hora: 07/02/2015 14:19

Paciente: 183829 CARLOS VIEIRA DA SILVA

Sexo: MASCULINO

Data do Nascimento: 15/01/1961 Idade: 54 anos

Convenio: 2

SUS - PRONTO ATENDIMENTO

Nome da Mãe: MARLENE MARIA DA CONCEICAO

Nome do Pai:

Estado Civil: SOLTEIRO

Nome do Médico: ORTOPEDISTA - PLANTONISTA

CRM: 1234567

Endereço: MARROCOS

0

Bairro: BELA VISTA

Cidade/UF: IGARASSU

PE

Cep: 53650380

Usuário Atendimento: CECILIAMRS

RG (Identidade):

Data de Emissão:

CPF (Cadastro de Pessoa Física):

Fone:

CRN(Certidão de Registro de Nasc):

Data de Emissão CRN:

PESO: ALTURA: TEMPERATURA: °C FC: bpm FR: rpm PA: mmhg

DATA: / /

HORA: :

QUEIXA PRINCIPAL / DURAÇÃO / HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL:

*queda de peso trazida pelo T.A.M.U em
passado recente e color carmel*

DOCUMENTO 3 *T3%



EXAME FÍSICO:

*Consciente, orientado, hidratado, M.S.D. e M.I.D.
Sem deformidades.
Pulso e ritmo à palpação de ambos P.
Sem dor carmel.*

HIPÓTESE (S) DIAGNÓSTICA (S):

*Cardiomegalia
Insuficiência*

SOLICITAÇÃO DE EXAMES:

Rx

PRESCRIÇÃO MÉDICA:

*Voltar com O.C. 1 M. (Ano 15:11)
Prescritor em prescrição*

*INOBU... MT OUBO...
CURATIVO... 15:48*

ARUANA SEGUROS

09 MAR 2015

HORÁRIO

Médico / Cremepe:

ENCAMINHADO:

() Ambulatório

() Sala Verde

() Sala Amarela

() Sala Vermelha

Médico / Cremepe:

**UPA IGARASSU
RECEPÇÃO**

TEC. RADIOLOGIA
ROSILDO B. ANDRADE
CRTRNº 04727 00253A

REALIZADO

EVOLUÇÃO CLÍNICA (pareceres, resultado de exames, etc.)

17:52 RMO-X com punção da Cervical direita

Dr: Reteria RMO-X do tórax / Braço
Saia a UMS / Punção na mão

Dr. Roberto Moleiro
Diretor de Traumatologia
CRM 12.175

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM (ASS/COREN)

18:31 RMO-X DE Braço Stz punção do tórax
RMO-X do tórax (1) e punção da Cervical.

Dr: Am. 4 MPOA tórax (1)
Ao MURMANSÃO

EVOLUÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL (ASS/CRESS)

DESTINO:

Alta: () Melhorada () Com Atestado ☒ () Com Prescrição

() TRANSFERÊNCIA LOCAL: _____ SENHA: _____

() ÓBITO Data: ____/____/____ () ATESTADO DE ÓBITO () SVO () IML

Médico / Cremepe:

TERMO DE RESPONSABILIDADE DE ALTA A PEDIDO PARA MAIORES DE 18 ANOS

Responsabilizo-me pela recusa do tratamento médico proposto e saída deste serviço de saúde, assim como tenho absoluto conhecimento sobre todas as consequências que deste ato possam advir.

DATA: ____/____/____

HORA: ____:____

NOME LEGÍVEL: _____

RG: _____

GRAU DE PARENTESCO: _____

ASSINATURA: _____

RECEPÇÃO / CARIMBOS:

ARUANA SEGUROS

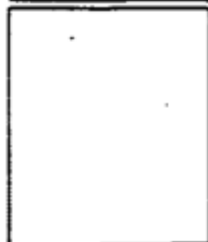
09 MAR 2015

UPA 24 HORAS - IGARASSU

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMIP

07/02/2015 14:18



Nome Paciente: CARLOS VIEIRA DA SILVA
Cód. Paciente:
Data de Nascimento: 14/01/1961
Sexo: Masculino
Idade: 54
Senha: P0060
Convênio:
Atendimento:

07/02/2015 14:18 - SANDRA ROSELI PADILHA FERRAZ - COREN: 89642 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) -

Prioridade:

URGENCIA - AMARELO

Cor:

AMARELO

Queixa Principal: DOR EM MSD APOS TRAUMA + MIE
ALCOOLIZADO

Observação: ACIDENTE DE MOTO.

Fluxograma sintoma: SITUAÇÕES ESPECIAIS

Discriminador(es): - PACIENTES EM AMBULÂNCIA DO SAMU, BOMBEIRO E MUNICIPAIS

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Alergia(s): -

Sinais Vitais Lidos: - RÉGUA DE DOR: 5

Recursos Utilizados: -

Intervenções Salva

Vida: -

Situações de Alto

SCO:

SEBASTIÃO LUIZ DEPT SEDE PROTOCOLO 07-02-2015 08:51 944985 1/1

ARUANA SEGUROS

Acolhido(a) por: SANDRA ROSELI PADILHA FERRAZ
Data: 07/02/2015 14:18

09 MAR 2015

DECLARAÇÃO DE COMPARECIMENTO

Declaro que o (a) Sr. (a) Carlos Vieira da Silva
compareceu nesta UPA no
dia: 19, 02, 15 das 14h52 às 18h50 horas para fins do atendimento
matrícula

Igarassu, _____ de _____ de 20 _____

Steluber Soares
CREMESP 10588

10 FEV. 2015 Carimbo e Assinatura

ARUANA SEGUROS
09 MAR 2015

RECEITUÁRIO

Carta Vixie de Silos,
Ponte e Luas de
eletrônicos direitos
(acôns eletrônicos).
+ Contador do HTD,
após que de de Motos
estava em frequência
mensurados por 16
dias. Código 843.1

Guern 23/2/15

Fernando de B. e Silva
Traumato - Ortopedia
CREMEPE 4899

O LEITE MATERNO É O MELHOR ALIMENTO PARA SEU FILHO

ARUANA SEGUROS
09 MAR 2015
8