

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](http://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 n°: 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](http://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](http://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](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br), não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

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

**ATENÇÃO:**

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

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

Atenciosamente,



# 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:**





Seguradora Líder - DPVAT

## AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

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

EU, CARLOS VIEIRA DA SILVAPORTADOR(A) DO RG Nº 23021572CPF 236496639191 /CNPJ 000000000000000000 EXPEDIDO POR EDS PE EM 18/06/13 E  
E RENDA MENSAL DE R\$ 18000,00 (\*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO  
SEGURO DPVAT DA VÍTIMA CARLOS VIEIRA DA SILVA, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO  
DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

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

! Para evitar a reprogramação de um pagamento, lembre-se:

DOCUMENTO 1 "T10"

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](http://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 DESCRIAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

LOCAL IGARASSUDATA 25/02/15

ASSINATURA DO(A) BENEFICIÁRIO (A)

Carlos Vieira da Silva

! ATENÇÃO

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

1/1 986672



DOCUMENTO 1 "T1%"



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N.º **15E0119000332**Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **10/02/2015** às **11:25**

**ACIDENTE DE TRANSITO COM VITIMA NAO FATAL - Culposo (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 SERTÃ**  
 Local do Fato: **RODOVIA FEDERAL**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

**NÃO IDENTIFICADO ( AUTOR / AGENTE )**  
**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: **15/1/1961** Naturalidade: **RIO FORMOSO / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **2304574/SDS/PE (RG), 25649663491 (CPF)** Estado Civil: **AMASIADO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **PEDREIRO(A)** Telefones Celulares:

- 94074078
- 84131251

Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE IGARASSU, 1, RUA COMBORJA, S/Nº, BELA VISTA, IGARASSU, SERI**  
 Bairro: **BELA VISTA - IGARASSU/PERNAMBUCO/BRASIL, APÓS A BARRACA DE FERRARUANA SEGUROS**

**NÃO IDENTIFICADO (não presente ao plantão) - Sexo: Desconhecido** Naturalidade: **NÃO INFORMADO** Data: **08/02/2015**  
**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)**

**CARTÓRIO DE IGARASSU/PE - OFÍCIO ÚNICO**  
**TABELIONATO E REGISTROS PÚBLICOS**  
 Rua Joaquim Nabuco, 110 - Centro - CEP 56300-000 - IGARASSU/PE - Fone/Fax: (87) 3221-0411

Igarassu/PE, 25/02/2015, Certifico que a cópia autenticada é reprodução fiel  
 a original, do(a) f. *pedro araujo*

Enol.: R\$ 2,52 TSNR: R\$ 0,56 FERC: R\$ 0,29 Total: R\$ 3,37  
 Selo Eletrônico de Fiscalização: 0130583.EWA02201501.04434  
 Consulte autenticidade em: <http://www.tjpe.jus.br/selodigital>

**CARTÓRIO DE REGISTRO PÚBLICO DE IGARASSU/PE**

**ESCREVENTE** *pedro araujo*  
**AUTORIZADO** *pedro araujo*

## Complemento / Observação

A VÍTIMA COMPARCEU 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 SERTÃ 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  
(VITIMA)

B.O. registrado por: MARIO MARIANO DE ABREU



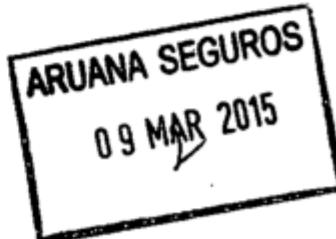
**HS**

CARTÓRIO DE IGARASSU/PE - OFÍCIO ÚNICO  
TABELIONATO E REGISTROS PÚBLICOS

Igarassu/PE, 25/02/2015, Certifico que a cópia autenticada é reprodução fiel  
a original, do(s) fôr  
Pedro Araújo  
Emol.: R\$ 2,52 TSNR: R\$ 0,36 PERC: R\$ 0,29 Total: R\$ 3,37  
Selo Eletrônico de Fiscalização: 0130583.NCH02201501.04435  
Consulte autenticidade em: <http://www.tjpe.jus.br/selodigital>

**CARTÓRIO DE IGARASSU**

PEDRO ARAÚJO  
ESCREVENTE  
AUTORIZADO





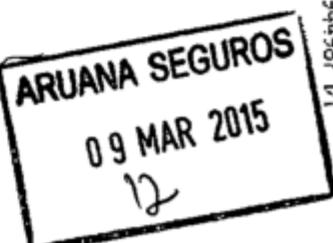
## DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, CARLOS VIEIRA DA SILVARG nº 02 304 574, data de expedição 18/10/13, Órgão SOS-PE,

CPF nº 256-496 634-91, 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:

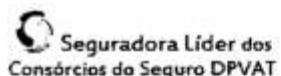
Logradouro	
(Rua/Avenida/Praça)	<u>RUA: 30 TRAV. COMBOSA</u>
Número	<u>76</u>
Apto / Complemento	<u>CASA</u>
Bairro	<u>BELA-VISTA</u>
Cidade	<u>IGARASSU</u>
Estado	<u>PE</u>
CEP	
Telefone de Contato	<u>(81) 9207-21078</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: IGARASSU 25/02/15Assinatura do Declarante: Carlos Vieira da Silva



**PROTOCOLO DE AVISO PROVISÓRIO**



**SINISTRO**

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

Data do Sinistro:

CPF da Vítima: 256.496.634-91

Dependência: 801

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 SILVADATA DO ACIDENTE 07/10/2015 CPF DA VÍTIMA 262.996.633-91

## PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR  VÍTIMA  REPRESENTANTE LEGAL, CUIJO PARANTESCO COM A VÍTIMA ÉENDERECO DO PORTADOR 1º TRAVESSO CAMBESANº 76 COMPLEMENTO CESA 2 BARRIO BELA VISTACIDADE IGARAPÉ UF PI CEP 53610-370

E-MAIL \_\_\_\_\_

TELEFONE (84) 9407-2078

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) 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 AUSENCIA 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 - 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

• Morte = R\$ 13.500,00  
 • Invalidez permanente = Até R\$ 13.500.000. Este valor varia conforme a gravidade das lesões e de acordo com a tabela de seguro prevista na Lei 6.194/74.

VALORES DE INDENIZAÇÃO

• 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 SEGURODAM LÍDER DPVAT

• COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO

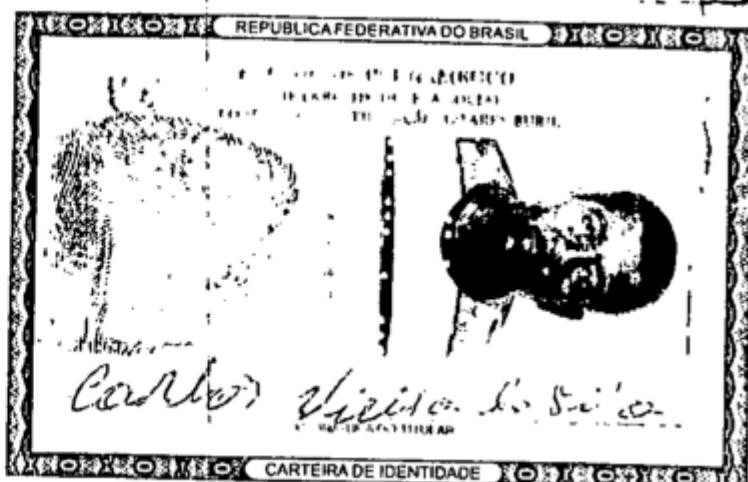
• PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSE [WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR](http://WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR) OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 622 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE \_\_\_\_\_ RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NOS CORREIOS

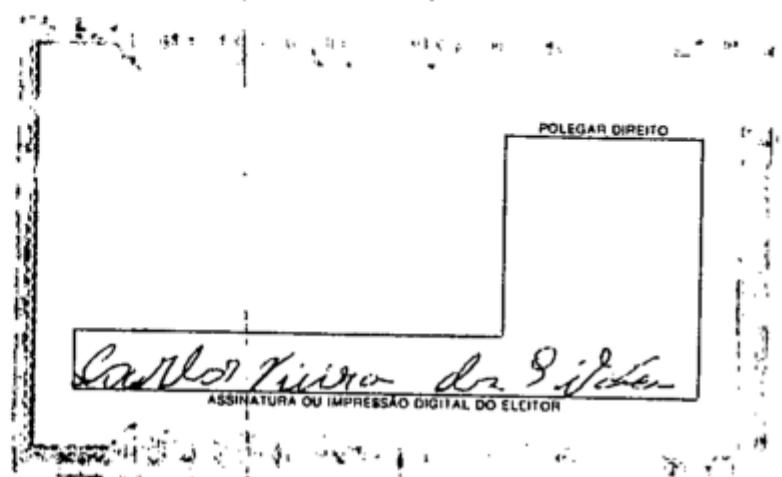
DATA 25/10/2015 DATA 25/10/15 MATR. CORREIOS 85063225IDENTIDADE 23045715058 NOME Vanilda Lira da SilvaASSINATURA Vanilda Lira da Silva ASSINATURA Flávia Souza de Souza

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
REGISTRO GERAL	2.304.574
	DATA DE EXPEDIÇÃO 18/06/2013
NOME << CARLOS VIEIRA DA SILVA >>	
FILIAÇÃO << MANOEL VIEIRA DA SILVA >>	
<< MARLENE MARIA DA CONCEIÇÃO >>	
NATURALIDADE RIO FORMOSO - PE	DATA DE NASCIMENTO 15/01/1961
DOC ORIGEM << 0751500155 2011 2 00012 089	
0004756 29 BARREIROS-PE >>	
CPF 256.496.634-91	
ASSINATURA DO DIRETOR	
LEI Nº 11.348 DE 09/08/2006	



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL				
TÍTULO ELEITORAL				
NOME DO ELEITOR <b>CARLOS VIEIRA DA SILVA</b>				
DATA DE NASCIMENTO <b>15/01/1961</b>		INSCRIÇÃO <b>0144 9371 0833</b>	SEÇÃO <b>148</b>	PROVÍNCIA <b>0252</b>
MUNICÍPIO/UF <b>PAULISTA/PE</b>		DATA DE EMISSÃO <b>21/10/2013</b>		
JUIZ ELEITORAL <b>OTONIEL FERREIRA DOS SANTOS</b>				



CÓDIGO DE CONTROLE  
CC04.FA82.1A85.FFAD

**A autenticidade deste comprovante deverá ser confirmada na Internet, no endereço**

[www.receita.fazenda.gov.br](http://www.receita.fazenda.gov.br)

**Comprovante emitido pela**

Secretaria da Receita Federal do Brasil  
às 09:51:26 do dia 10/08/2013 (hora e data de Brasil)  
dígito verificador: 00

**MÍNISTERO DA FAZENDA**

**Receita Federal**  
Cadastro de Pessoas Físicas

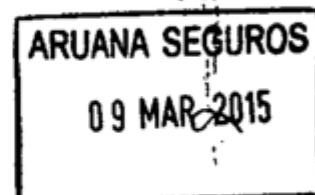
**COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO**

Número  
**256.496.634-91**

Nome  
**CARLOS VIEIRA DA SILVA**

Nascimento  
15/01/1961

VALIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO





Atendimento: 622978

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

Senha da Classificação:

**P0060**

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: MARROCOIS

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:

*dores de micto Traído pelo SAMU em  
 passarão rígido e calor cervical*

DOCUMENTO 3 \*T3%\*

EXAME FÍSICO:

*Consciente, orientado, incapaçao em 11.5 de M/D  
 sem deformidades.  
 Dor intensa na palmação de ombro D.  
 Sos dor cervical.*

HIPÓTESE (S) DIAGNÓSTICA (S):

*Costela  
 Escorregio*

SOLICITAÇÃO DE EXAMES:

*Rx*

**ARUANA SEGUROS**

*09 MAR 2015*

**HORÁRIO**

PRESCRIÇÃO MÉDICA:

*Voltaren 10mg 1M 1000*

*Custodio sua prescricao.*

*INOBUTIN 500MG 1000*

Médico / Cremepe:

ENCAMIÑHADO: ( ) Ambulatório ( ) Sala Verde ( ) Sala Amarela ( ) Sala Vermelha

Médico / Cremepe:

**UPA IGARASSU**  
**RECEPÇÃO**

*TEC. RADIOLOGIA  
 ROSILDO B. ANDRADE  
 CRTRNº 04272T 00253A*

*REALIZADO*

Evolução Clínica (pareceres, resultado de exames, etc.)

17:52 RMO-X com humor a Cervical ontem

Un: Reven. 200g x o ronax 100mg  
saia a 100g / Picum mto.



Evolução de Enfermagem (ASS/COREN)

18:31 RMO-X de Brux 872 fumos ou inalado  
RMO-X ou DURMA (1) e faltam de clareza.

pt: Am. 41 170g alegria (1)

AD ARUANA (1)

~~Assunto: Ata de óbito  
Assunto: Ata de óbito  
Assunto: Ata de óbito  
Assunto: Ata de óbito~~

Evolução do Serviço Social (ASS/CRESS)

DESTINO:

ALTA:  Melhorada  Com Atestado  Com Prescrição

TRANSFERÊNCIA LOCAL: \_\_\_\_\_ SENHA: \_\_\_\_\_

ÓBITO Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  ATESTADO DE ÓBITO  SVO  SIML

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 absoluta conhecimento sobre todas as consequências que deste ato possam advir.

DATA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ HORA: \_\_\_\_\_

NOME LEGÍVEL: \_\_\_\_\_

ARUANA SEGUROS

RG: \_\_\_\_\_

09 MAR 2015

GRAU DE PARENTESCO: \_\_\_\_\_

ASSINATURA: \_\_\_\_\_

RECEPÇÃO / CARIMBOS: \_\_\_\_\_

11/03/2015 15:08 5102-004-78

11/03/2015 15:08 5102-004-78

# 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:	

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

Sintoma 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

risco:

GERADOR LIVRE DE RISCO PROTOCOLO 02-02-2015 08:51 9449 11

ARUANA SEGUROS

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

07 MAR 2015



**UPA 24h**  
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO  
IGARASSU

GESTÃO  
IMIP

## DECLARAÇÃO DE COMPARECIMENTO

Declaro que o (a) Sr. (a)

Silva Declaro que o (a) Sr. (a) Carla Maria da compareceu nesta UPA no dia: 10/02/15 das 14h50 horas para fins do atendimento Novo medico

Igarassu \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_\_

Stüber Sohn  
(RFM)

10 FEV. 2015 Carimbo e Assinatura

ARUANA SEGUROS  
09 MAR 2015

22nd Floor Line 1000 2015 02-08-2015 02-08-2015 944995 11



**UPA 24h**  
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO  
IGARASSU



## RECEITUÁRIO

Carta V, 1919 de S/10.  
Parte q/ lucrat de  
ele viu als direits  
(acordos de viuvel.  
+ contratos de HT).  
após que se de morto  
estiver em profunda  
miserabilidade por 16  
dias. C/010-343.1

18/02/2015

O LEITE MATERNO É O MELHOR ALIMENTO PARA SEU FILHO

ABUJANA SEGUROS

09 MAR 2015

TERMINER LIBRARIO SOR PANTALEO 02-08-2015 953 944997 14