



Número: **0025708-22.2018.8.17.3090**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **2ª Vara Cível da Comarca de Paulista**

Última distribuição : **05/11/2018**

Valor da causa: **R\$ 13.500,00**

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
CARLOS VIEIRA DA SILVA (AUTOR)	Marta Florencia de Albuquerque Carvalho do Nascimento (ADVOGADO) UBIRATAN FERREIRA DA SILVA (ADVOGADO)
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)	

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
64212 089	06/07/2020 13:15	ANEXO 1	Outros (Documento)

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

Pag. 00809/00810 - carta_16

00040405



Rio de Janeiro, 18 de Março de 2015

Carta nº: 6568993

A/C: CARLOS VIEIRA DA SILVA

Sinistro: 3150203397
Vítima: 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

Pag. 0150101502 - carta_03

00090751



Rio de Janeiro, 09 de Março de 2015

Carta nº: 6488906

A/C: CARLOS VIEIRA DA SILVA

Sinistro: 3150203397
Vítima: 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

Pag. 00171/00172 - carta_01

00020086



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

 Seguradora Líder do
Consórcio do Seguro DPVAT

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:

1





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 SILVA EXPEDIDO POR SOS PE EM 18/06/13
PORTADOR(A) DO RG Nº 2301573 / CNPJ 000000000000000000 PROFISSÃO PEDEIRO
CPF 030490232-91 E RENDA MENSAL DE R\$ 3.800,00 (*) 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 Suspe nº 443/2012, 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:

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) • CONTA-CORRENTE
BANCO _____ AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR)
- ☐ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO BRADESCO • CONTA-POUPANÇA
BANCO 237 • AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR)
- ☐ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO DO BRASIL • CONTA-POUPANÇA
BANCO 001 • AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR)
- ☐ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO ITAU • CONTA-POUPANÇA
BANCO 341 • AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR)
- ☒ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DA CAIXA ECONÔMICA FEDERAL • CONTA-POUPANÇA 00005436-1
BANCO 104 • AGÊNCIA 033 (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR)

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

LOCAL IGARASSU

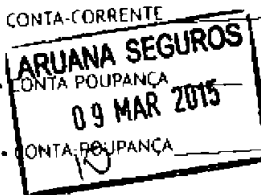
DATA 25/02/15

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 ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204





ARUANA SEGUROS
09 MAR 2015
^^

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 06/07/2020 13:15:31



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 BERTÄ 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

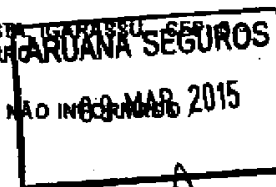


Qualificação da(s) pessoa(s) envolvida(s)

CARLOS VIEIRA DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: MARLENE MARIA DA CONCEIÇÃO Pai: MANOEL VIEIRA DA SILVA Data de Nascimento: 16/1/1981 Naturalidade: RIO FORMOSO / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 2304674/3D3/PE (RG), 25049063491 (CPF) Estado Civil: ANUZIADO(A) Escolaridade: 1ª. GRAU INCOMPLETO Profissão: PEDREIRO(A) Telefones Celulares: - 94074978 - 84131251

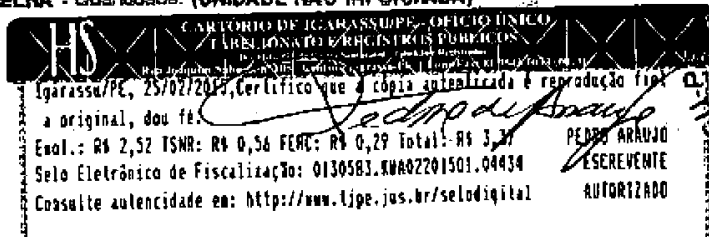
Endereço Residencial: MUNICIPIO DE IGARASSU, 1, RUA COMBORJA, S/Nº, BELA VISTA IGARASSU, SEB. Bairro: BELA VISTA - IGARASSU/PERNAMBUCO/BRASIL, APÓS A BARRACA DE FERRO

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 11:25

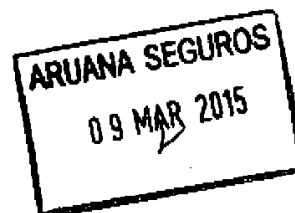
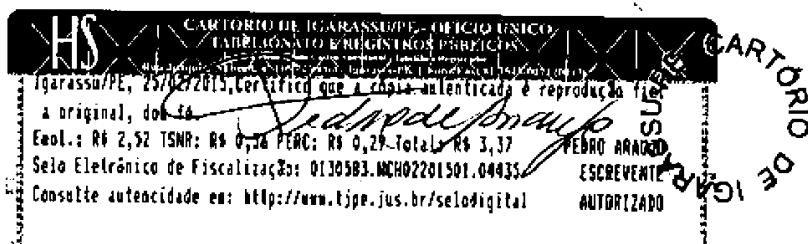
Complemento / Observação

A VITIMA 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 BERTÃO 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 SOMBEIROS PARA A UPA DE CRUZ DE REBOUCAS. DIANTE DO EXPOSTO A VITIMA 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)

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



10/2/2015 11:27



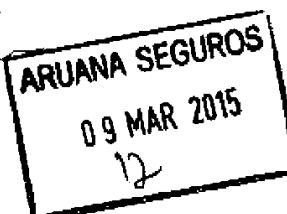
DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, CARLOS VIEIRA DA SILVA,RG nº 2.304.574, data de expedição 18/06/13, Órgão SDS-PE,

CPF nº 256-496634-91, 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:

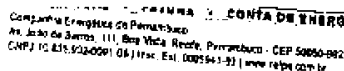
Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>RUA: 1ª TRAV. CAMBOSA</u>
Número	<u>76</u>
Apto / Complemento	<u>CASA</u>
Bairro	<u>BELA-VISTA</u>
Cidade	<u>IGARASSU</u>
Estado	<u>PE.</u>
CEP	
Telefone de Contato	<u>(81) 92407-21078</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

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

ARUANA SEGUROS 09 MAR 2015 12





ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
TV 1 CAMBOJA 78

CPI 905 223 864-34145 20094/25535

BELA VISTA VIGARASSU
IGARASSU PE
\$3200.000

CLASSIFICACAO
E NIVEL DE GRAVIDADE
1. ABAIXO DO NIVEL
2. NIVEL

DOUGHERTY	LA	2/20/2015
08/07/201	2001/2001B	13729.11

COUNTA CONTRIBUTO	REPERANO
2165126010	01/2015
DATA DI VERSAMENTO	DATA DI VERSAMENTO
13/02/2015	23/02/2015
TOTAL A PAGARE (€)	14,83

DEBRIEFING

and Agave are 30 kWh
 while the super is 30 to 100 kWh
 Acropora Bandas a VERMELHA
 Partida 4149 Plano 4050018 74288

20.000000	0.12501343	3.75
0.000000	0.21430877	4.29
		0.32
		0.48

TOTAL DAFAPURA

RECONSTRUINDO O CONSUMO CERTA MANTA DE Lã										14.8
Nº DO BOLINHO	TIPO DA FIBRA	ANTERIOR	ATUAL	Nº DO BOLINHO	CONTEINENTE	FABRIL	CONSUMO (MONT)			
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA					
14825283	1.1	23/1/2014	10.118,00	23/01/2015	12.54,00	1.0000			14.83	

DATE	TIME	LOCATION
JAN 14	10	100
FEB 14	100	100
MAR 14	100	100
APR 14	100	100
MAY 14	100	100
JUN 14	100	100
JUL 14	100	100
AUG 14	100	100
SEP 14	100	100
OCT 14	100	100
NOV 14	100	100
DEC 14	100	100

	BASE DE CALCULO	%	VALOR DO IMPORTE	Descrição do Serviço	VALOR	VALOR DO IMPORTE
PCMS				Pharmaceuticals	1,11	24,22
PLS	2,4	0,40	0,03	Medicamentos (Cópia)	0,28	1,58
COFINS	1,5	2,70	0,16	Serviços Hospitalares	1,78	52,00
				Transporte	0,79	2,29
				Tributos	0,57	1,61
				Total	6,36	18,30

CONFIDENTIAL

0417 0830 E 142 DF 04 9814 C-937 8771 E 142

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

INFORMAÇÕES IMPORTANTES
 Os dados de identificação e localização do veículo são os mesmos de todos os veículos pertencentes ao "Sistema de Registro de Veículos" (SRV) do DETRAN-SP. Os dados de identificação e localização do veículo são os mesmos de todos os veículos pertencentes ao "Sistema de Registro de Veículos" (SRV) do DETRAN-SP. Os dados de identificação e localização do veículo são os mesmos de todos os veículos pertencentes ao "Sistema de Registro de Veículos" (SRV) do DETRAN-SP.

Confronto a) e b) con la media globale (2)					
Periodo 1/1/1971 15/09/71	1. gennaio 1/1/1971 15/09/71	Valore 1/1/71 15/09/71	Variazione 1/1/71 15/09/71	La media 2/01/71 22/09/71	Variaz. 2/01/71 22/09/71
		10,00			
		11,30			

2. Como se sabe, a maioria dos países, e particularmente os da América Latina, tem desenvolvido uma política de substituição de importações, visando a redução da dependência econômica em relação aos Estados Unidos, e a promoção da indústria nacional. Esta política tem sido acompanhada por uma série de medidas, tais como a criação de barreiras tarifárias e não tarifárias, a concessão de subsídios à produção doméstica, a implementação de programas de transferência de tecnologia, e a promoção de acordos comerciais regionais. No entanto, a implementação desta política tem sido acompanhada por uma série de problemas, tais como a redução da competitividade das indústrias locais, a perda de empregos, e a redução da qualidade dos produtos. Portanto, é necessário que os países da América Latina adotem uma política de substituição de importações que seja mais eficaz e que promova o desenvolvimento econômico e social.

[illegible]

0,20 Valor de Encargos de Lajes de Siderite no Chumbo = R\$ 7,22

CONTA CONTRATO — 2165170010 — 01/2015 DATA DE EMISSÃO 13/02/2015 TOTAL & Parcelas (R\$):

83830000000-4 14830011002-3 18512601010-3 01885538493-2 14.8

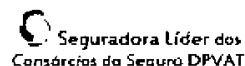
ARUANA SEGUROS

09 MAR 2015

ESTABLISHED 1858 (27th) 25th FEBRUARY 1915 02:40:51 9443290 15



PROTOCOLO DE AVISO PROVISÓRIO



SÍNISTRO

Número do Protocolo: ASP-055643/2015

Aviso: CORREIOS

Natureza: Invalidez

QUALIFICAÇÃO DO EVENTO

Vítima: CARLOS VIEIRA DA SILVA
Seguradora: ARUANA SEGUROS S/A
CPF da Vítima: 256.496.634-91

Dependência: 801
CPF de: Próprio

Data de Nascimento: 15/01/1961
Data do Sinistro:
Titular do CPF: CARLOS VIEIRA DA SILVA

DOCUMENTOS SINISTRO

Nenhum documento de sinistro entregue.



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

04/03/2015 11:52





IDENTIFICAÇÃO

VITIMA CABLOS VIEIRA DO SILVADATA DO ACIDENTE 07/02/2015 CPF DA VITIMA 256 996 633-91

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR ☒ VITIMA ☐ REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM

A VITIMA É

ENDEREÇO DO PORTADOR 1ª TRAVESSO CAMBOJANº 76 COMPLEMENTO CASA 9 BAIRRO BELA VISTACIDADE IGARAPUVA UF PE CEP 55610-570E-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 VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)☒ CPF DA VITIMA (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 VITIMA 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 VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)☒ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (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 VITIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

☐ REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POL. CIV. (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)☐ CARTeira DE IDENTIDADE DA VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)☐ CPF DA VITIMA (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 VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)☐ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (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 VITIMA 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\$ 7.700,00 (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, PODEMOS SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO

- PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSO WWW.DPVAT.SEGURODOTRABASTO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 25/02/2015IDENTIDADE 23045764 50576ASSINATURA Carlo Vitor de S

RESPONSÁVEL, PELO RECEBIMENTO NOS CORREIOS

DATA 25/02/15 MATR. CORREIOS 8506332NOME Verônica de Lira da SilvaASSINATURA Verônica de Lira da Silva

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. DRIVE << 0751500155 2011 2 00012 089
0004756 29 BARREIROS-PE >>

CNPJ 256.496.634-91

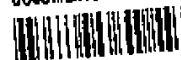
LEI Nº 7.498 DE 2003

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

CARTEIRA DE IDENTIDADE

Carlos Vieira da Silva

DOCUMENTO 4 "T44"



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

TÍTULO ELEITORAL

NOME DO ELEITOR CARLOS VIEIRA DA SILVA

DATA DE NASCIMENTO 15/01/1961 Nº DE INSCRIÇÃO 0144 9371 0833 148 0252

PAULISTA/PE 21/06/2013

OTONIEL FERREIRA DOS SANTOS

POLEGAR DIREITO

Carlos Vieira da Silva

ASSINATURA OU IMPRESSÃO DIGITAL DO ELEITOR

CÓDIGO DE CONTROLE
CC04.EA82.1A85.FFAD

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

www.receita.fazenda.gov.br

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

MINISTÉRIO DA FAZENDA

Recife Federal
Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número
256.496.634-91

Nome
CARLOS VIEIRA DA SILVA

Nascimento
15/01/1961

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

ARUANA SEGUROS

09 MAR 2015

RECEITA FEDERAL DO BRASIL
SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL DO BRASIL
BRASIL 01511 944998 11



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: 15/01/1981 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. Traçado pelo T.M.U. em
passado recente e colorido*

DOCUMENTO 3 "T34"
1001 11 11 1111 1111 1111 1111

EXAME FÍSICO:

*Condição geral satisfatória, insuportável em M.S.D. MID
sem deformidades.
Dor intensa e progressiva a ombro D.
Sem dor cervical.*

HIPÓTESE (S) DIAGNÓSTICA (S):

*Contusão
Espondilite*

SOLICITAÇÃO DE EXAMES:

Rx.

PRESCRIÇÃO MÉDICA:

*Volta para o trabalho T.M. (ano)
Prescrição em farmácia.
ENOSILUM MT OMBRO DIREITO
CURATIVO 15.48*

ARUANA SEGUROS
09 MAR 2015
HORÁRIO

*Ass. Responsável (Assinatura)
Tel. 011 1111 1111
Rm. 1528*

Médico / Cremepe:

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

Médico / Cremepe:

UPA IGARASSU
RECEPCAO

IEC. RADIOLOGIA
ROSILDO B. ANDRADE
CRTP Nº 04727 00253A

REALIZADO



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

17:52 RMO-X com punção de CERVICOLA normal

em: RENTEN 200 / ao longo / BOM
SITIO A LIMA / PUNÇÃO normal

Dr. Antonio YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR
20070613153161900000063024096
09/03/2015 17:52

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM (ASS/COREN)

18:31 RMO-X DE BOM SITIO punção de LÍQUIDO
RMO-X ao longo (D) e punção de CERVICOLA.

em: Punção de LÍQUIDO (D)
ao longo (D)

Dr. Antonio YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR
20070613153161900000063024096
09/03/2015 18:31

EVOLUÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL (ASS/CRESS)

DESTINO:

ALTA: () Melhorada () Com Atestado (X) Com Prescrição

() TRANSFERÊNCIA LOCAL: _____ SENHA: _____

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

Dr. Antonio YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR
20070613153161900000063024096
09/03/2015 18:31

Médico / Cremeps:

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:

ARJANA SEGUROS

09 MAR 2015

20070613153161900000063024096
09/03/2015 18:31

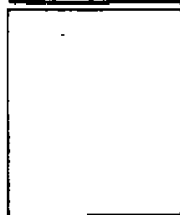


UPA 24 HORAS - IGARASSU

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:

COPIA PARA LÍDER DA EQUIPE DE ENFERMAGEM - DATA: 07/02/2015 14:18

ARUANA SEGUROS

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

09 MAR 2015





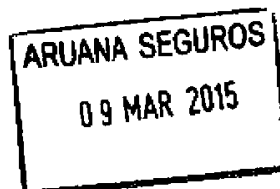
DECLARAÇÃO DE COMPARECIMENTO

Declaro que o (a) Sr. (a) Carlos Viana da Silva compareceu nesta UPA no dia 19, 02, 15 das 14h53 às 18h50 horas para fins do atendimento médico

Igarassu, _____ de _____ de 20 _____

Heuber Soares
CRM 15.544/15

10 FEV. 2015 Carimbo e Assinatura



COPIA DO LITIGANTE (PJM) SETOR JUDICIAL 02-00-2015 0151-344995 (1)



