

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: 04/02/2015

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.531,25

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: SAMUEL ARAUJO SANTOS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00775

CONTA: 000000015613-9

Nr. da Autenticação F8A1FA4C6BC57063

Rio de Janeiro, 05 de Janeiro de 2015

Carta n°: 6043074

A/C: SAMUEL ARAUJO SANTOS

Sinistro: 3150012035
Vitima: SAMUEL ARAUJO SANTOS
Data Acidente: 20/07/2014
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **22/12/2014** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **20/07/2014**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Autorização de pagamento infor. incorretas

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 Sabemi Seguradora 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, 21 de Janeiro de 2015

Carta n°: 6159156

A/C: SAMUEL ARAUJO SANTOS

Sinistro: 3150012035
Vítima: SAMUEL ARAUJO SANTOS
Data Acidente: 20/07/2014
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

Em relação sinistro acima referenciado, comunicamos que após análise da documentação apresentada, foi detectada a necessidade de informações complementares, razão pela qual está sendo interrompido o prazo regulamentar para o pagamento da indenização.

Pedimos aguardar novo pronunciamento o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as averiguações cabíveis.

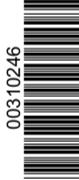
Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.dpvatsegurodotransito.com.br.

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!

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





2001000028/2015/001

Rua da Alfandega, 90 - Sala 702
20070-004 - Rio de Janeiro - RJ

Telefones: + 55 21 2240.4315
+ 55 21 2215.6330

regdata@regdata.com.br



31501012035.

Rio de Janeiro, 22 de dezembro de 2014

Carta/DPVAT 12757/2014

Seguradora Líder - DPVAT

At: Resp Invalidez Resposta - Sonia Faro

Rio de Janeiro/RJ

[Handwritten signatures]

Ref. sinistro DPVAT - resposta a solicitação por carta - INVALIDEZ

Vítima

Samuel Araujo Santos

Processo

/ 2014/750061

Retornamos para análise e providências, do convênio DPVAT, conforme ofício VP 099/2002, datado de 25/07/2002, o processo completo, em original, já analisado, da vítima acima epigrafada, para atender solicitação abaixo relacionada, feita através de carta.

Não foi possível o cadastramento de sinistro completo, uma vez que, o sistema não permitiu o registro informando que "Já existe sinistro em regulação, encaminhar reclamante a seguradora de origem." Encaminhar reclamante a Seg. de Origem, conforme discriminado abaixo.

ASP nº: 750061/2014

Seguradora: SABEMI

Dependência: 101

Natureza: INVALIDEZ

DT. Reclamação: 03/10/2014

DT. Último Documento: 22/12/2014

22-02-2014 15:41 461588 1/1

SEBRAE/RJ LINER BRASIL 15 8888 1/1

Certo de sua atenção e providências, desde já agradecemos.

[Handwritten signature]

Regdata Reguladora de Seguros Ltda.

OUTROS



1004054



Sinistro Referência

C - M710 Cg A 1
C - Conversão C

Vítima: SAMUEL ARAUJO SANTOS
CPF: 057.844.204-37

Data de nascimento:

26/09/1989

DADOS DA /

CPF : Data do sinistro: 20/08/2014

Número do sinistro: 2014859909

Vítima Seguradora: 2119

Titular do C Código de Regulação: Pendente

Nome da Pá

CONTATO

Já existe sinistro em regulação, encaminhar reclamante a seguradora de origem
No. 1

Ok Fechar Cancelar

Oculto



Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT
Tel 21 3861-4600 www.seguradoralider.com.br
R. Senador Dantas 74, 5º andar
Centro Rio de Janeiro CEP 20031-205



Seguradora Líder · DPVAT

- 1 / 1 -

Rio de Janeiro, 07/01/2015
DPVAT/SIN - 00339/2015

Para: Sabemi Seguradora S.A.

A/C:Regdata / Sr. Sergio Freitas

REF: Prosseguimento de Regulação - Workflow

Devolvemos o(s) processo(s) abaixo relacionado(s), para devidas providências quanto ao prosseguimento da(s) regulação(ões) através do SIS-DPVAT-Sinistros, obedecendo todo o fluxo sistêmico.

Alertamos que todos os documentos dos processos (novos ou complementares) a serem encaminhados a Recall, deverão seguir com os seus respectivos capeantes anexados.

Informamos que o(s) sinistro(s) abaixo foi(ram) recadastrado(s), atribuindo nova numeração, conforme segue.

Sinistro(s)	Cad. Anterior	Vítima(s)
3150/012035	2014/750061	Samuel Araujo Santos
3150/015797	2014/789943	Joao Eudes dos Santos Duarte
3150/014670	2014/789309	Lucas Galvao de Sousa

Atenciosamente

Cristina Grasso
Gerente de Sinistro

P- 200/000028/2015-001, 200/000127/2015-001 e 200/000118/2015-001.

KS

Anexo: conf. texto



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.

FIL: SAMUEL ARAÚJO SANTOS

PORTADOR(A) DO RG Nº 7136998 EXPEDIDO POR SDS EM 19/09/14 E
CPF 05448449204-38 CNPJ 00000000000000000000 PROFISSÃO AUTOMOTOR
E RENDA MENSAL DE R\$ 600,00 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO
SEGURO DPVAT DA VÍTIMA SAMUEL ARAÚJO SANTOS AUTORIZO À SEGURADORA LÍDER DOS CÓNSÓRCIOS DO SEGURO
DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABASÉD 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 sobre a profissão e da fobia 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 (intenção 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 das dívidas bancárias);

2) O CPF do beneficiário/vítima não pode estar inválido, pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consultar 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 257 - 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 0775 (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) - CONTA-POUPANÇA 15613-9

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 SOU CONSIDERADO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

LOCAL ALAGOA DATA 03/10/14

ASSINATURA DO(A) BENEFICIÁRIO(A) Samuel Araújo Santos

! ATENÇÃO:

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$ 15.500,00 em caso de morte (valor que será pago aos legitimos beneficiários, 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 médica-hospitalares.

- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 113ª CIRCUNSCRIÇÃO - ALAGOINHA -
DP113°CIRC DINTERI/15°DESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N.º 14E0203000269

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 30/09/2014 às 14:56

Complementa o BO Número: 14E0203000265

ACIDENTE DE TRANSITO COM VITIMA NAO FATAL - Culpo(s) (Consumado) que
aconteceu no dia 20/7/2014 às 15:30

Fato ocorrido no endereço: MUNICIPIO DE ALAGOINHA, 1, SÍTIO BARRIGUDA - Bairro:
CENTRO - ALAGOINHA/PERNAMBUCO/BRASIL

Local do Fato: VIA PUBLICA

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

PREJUDICADO (AUTOR \ AGENTE)

GLEBSON ALAN VERAS DA SILVA (OUTRO)
SAMUEL ARAUJO SANTOS (VITIMA)



Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): SAMUEL
ARAUJO SANTOS

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

SAMUEL ARAUJO SANTOS (presente ao plantão) - Sexo: MasculinoMãe: MARIA DAS GRACAS DE
BRITO ARAUJO SANTOS Pai: RAIMUNDO JOSE DOS SANTOS Data de Nascimento: 26/9/1989
Naturalidade: SAO PAULO / SAO PAULO / BRASIL Documentos: 7136998/SDS/PE (RG), 05784420437
(CPF), 05874521327 (CNH) Estado Civil: CASADO(A) Escolaridade: 2º GRAU COMPLETO Profissão:
REPOSITOR Telefones Celulares:





-91367065

Endereço Residencial: RUA PROFESSORA EDINILDA M. DE LIMA MELO, 77 - CEP: 0 - Bairro: CENTRO - ALAGOINHA/PERNAMBUCO/BRASIL

GLEBSON ALAN VERAS DA SILVA (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 05618705435 (CPF) Estado Civil: DESCONHECIDO Escolaridade: DESCONHECIDO

PREJUDICADO (não presente ao plantão) - Sexo: Desconhecido Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL Estado Civil: DESCONHECIDO Escolaridade: DESCONHECIDO

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

VEICULO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): SAMUEL ARAUJO SANTOS, que estava em posse do(a) Sr(a): SAMUEL ARAUJO SANTOS

Categoria/Marca/Modelo: AUTOMOVEL/FIAT/UNO Objeto apreendido: Não
Cor: BRANCA - Quantidade 0 (UNIDADE NÃO INFORMADA)

Placa: KLC8293 (PERNAMBUCO/ALAGOINHA) Renavam: 819122041 Chassi: 9BD15822544538777
Ano Fabricação/Modelo: 2003/2004 Combustível: GASOLINA

Complemento / Observação

RELATA A VÍTIMA QUE ESTAVA TRAFEGANDO NA ESTRADA DO SÍTIO BARRIGUDA, QUANDO O PNEU DIANTEIRO DO VEÍCULO ESTOUROU E VEIO A PERDER O CONTROLE DA DIREÇÃO, QUE AO SUBIR UM BARRANCO CAPOTOU, QUE FOI SOCORRIDO POR POPULARES ATÉ O HOSPITAL LOCAL E TRANSFERIDO PARA UM HOSPITAL NA CIDADE DE GARANHUNS, QUE FICOU EM ESTADO DE OBSERVAÇÃO POR TER DESLOCADO O OMBRO E O JOELHO, QUE O VEÍCULO ENCONTRA-SE EM NOME DE GLEBSON ALAN VERAS DA SILVA.

Assinatura da(s) pessoa(s) presente n esta unidade policial

SAMUEL ARAUJO SANTOS
(VITIMA)

B.O. registrado DELEGACIA DE POLICIA DE ALAGOINHA
por: JANAÍNA MELO DE OLIVEIRA - Matrícula: 236598-7



OCUPAÇÃO

SABEMI SEGURADORA S/A.

28 OUT 2014

RIO DE JANEIRO



Seguradora Líder - DPVAT

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE IML

Eu, SAMUEL ARAUJO SANTOS, portador da carteira de identidade nº 7136998 e inscrito no CPF/MF sob o nº 057.844.204-37, residente e domiciliado na R. JOAQUIM CEZARIANO GALINDO, Bairro CENTRO, Cidade ALAGOINHA, Estado, PE. declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal –IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº. 6.194/74), uma vez que:

- Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
 O estabelecimento do IML localizado no município em que resido, não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPTA; ou
 O estabelecimento do IML localizado no município em que resido, 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 a 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 realização desta perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

Samuel Araujo Santos

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

ALAGOINHA

Local e data

03/10/2014
03 OUT 2014
SABEMI SEGURADORA S/A
03 DE JANEIRO

Este documento não descarta a apresentação da declaração firmado pelo médico assistente que comprove a existência e a natureza permanente atestando, inclusive, a alta definitiva. Entendendo-se por alta definitiva, o documento emitido pelo médico, constatando todos os tratamentos e/ou recursos terapêuticos que foram aplicados e esgotados para a recuperação da(s) lesão(ões) e/ou dano(s) sofrido pela vítima.



ceipe
Grupo Alcoenergia

COMPANHIA DE ENERGIA DE PERNAMBUCO S.A.
Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife, Pernambuco - CEP 50050-002
CNPJ 10.835.932/0001-98 [Insc. Est. 0005943-83] | www.ceipe.com.br



SOCIEDADE
ESTADUAL DE
ENERGIA ELÉTRICA
CEPE
Clique
para
atualizar
seu
cadastro

RESERVA DA TARIFA MÍNIMA R\$ 0,77

CENTRO/ALAGOINHA
ALAGOINHA/PE
55260-000

CLASSIFICAÇÃO
RESIDENCIAL
Monofásico

CLASSE FISCAL UNICA
02/03/2014 23/09/2014

17/10/2014 23/10/2014
TOTAL PAGAR R\$ 28,47

DETALHAMENTO DA TABELA DE DESCHIEGUE DA NOTA FISCAL

Consumo Ativo (Wh)	QTD/LEITURA	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Contribuição para o Suministro Públ... <td>64.0000000</td> <td>0,50588744</td> <td>27,31</td>	64.0000000	0,50588744	27,31
			1,18

TOTAL DA FATURA

28,47

DEMONSTRATIVO DO CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

Nº DO MEDIDOR W16232	TIPO DA FUNÇÃO CAT	DATA ANTERIOR 7/09/2014	LEITURA 7.770,00	DATA ATUAL 7/10/2014	LEITURA 7.790,00	IP DE DIA 33	CONSTANTE 1.00000	AUSTE	CONSUMO DIÁRIO
									36,00

DEMONSTRATIVO DO CONSUMO
MÊS/ANO

MES/ANO	DATA	BASE DE CALCULO	%	VALOR DO CONSUMO	DETALHAMENTO DO CONSUMO
SET/14	31			0,00	
AGO/14	05	ICMS	27,31	25,00	ICMS
AGO/14	05	FIS	27,31	1,00	FIS
AGO/14	05	COFINS	27,31	1,00	COFINS
MAR/15	30			0,00	
ABR/14	30			0,00	
MAR/14	30			0,00	
FEV/14	30			0,00	
AGO/14	30			0,00	
DEZ/13	30			0,00	
NOV/13	30			0,00	
OUT/13	30			0,00	
SET/13	30			0,00	

BB0C BB30 04AF 0007 FB00 D775 5002 02A2

INFORMAÇÃO IMPORTANTE

A partir de 2015 entra em vigor o sistema de cobrança de tarifa de energia elétrica com base no consumo real da residência, ou seja, não mais é baseado no consumo estimado. As tarifas permanecem inalteradas, mas é importante que o cliente permaneça sempre informado sobre as novas regras de cobrança. O cliente é responsável quando há desacordo entre o valor cobrado para a sua residência e o fornecedor de fornecimento. O cliente deve sempre consultar a sua conta de faturamento, e se houver alguma dúvida, pode entrar em contato com o fornecedor para esclarecer.

Consumo de energia elétrica		Consumo de energia elétrica	
Venda	Consumo	Venda	Consumo
12/08/14	07.770,00	23/09/14	7.790,00

Este consumo é de responsabilidade do cliente, e não pode ser alterado sem a autorização, bem como poderá ser alterado sem a indicação das regras de cobrança de ICMS e FIES/SA, com a mesma periodicidade.

O cliente deve sempre estar informado sobre as novas regras de cobrança e pode entrar em contato com o fornecedor para esclarecer.

CÓDIGO RESERVA	VALOR MINIMO	UNIDADE MINIMA	VALOR MÍNIMO	VALOR MÁXIMO	TERRITÓRIO NOMINAL (%)	UNIDADE DE MEDIDA MÍNIMA
DIG	0,00	0,10	0,00	20,00	220	231
FIC	0,00	0,10	0,00	10,00	201	
EMB	0,00	0,00	0,00	0,00		

União: R\$ 17,33 Custo de Encargos da Unidade Sistêmica de Distribuição: R\$ 17,33

ABEMI SEGURADORA S/A
08 OUT 2014
RIO DE JANEIRO

COMPROVANTE DE RESIDENCIA

"1004040"





DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu Samuel Arujo Santos

RG nº 1369 98, data de expedição 19/09/14, Órgão SDS.

CPF nº 057.844.204-37 venho perante a este instrumento declarar que não posso comprovar 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/Praca)	<u>R. JOAQUIM CEZARIANO GALINDO</u>
Número	<u>77</u>
Apto / Complemento	<u>CASA</u>
Bairro	<u>CENTRO</u>
Cidade	<u>ALAGOAÍNHA</u>
Estado	<u>PE</u>
CEP	<u>55260-000</u>
Telefone de Contato	<u>(81) 8426 - 0660</u>
E-mail	<u>_____</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Alagoinha, 03/10/14

Assinatura do Declarante: Samuel Arujo Santos

03 OUT 2014
RIO DE JANEIRO



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE VENDEMIA
Unidade Mista Justa Maria

VENDEMIA

Prontuário de Emergência

Data: 20-07-14

Nome: Samuel Araújo Santos

Idade: 24 anos

Endereço: Alagoainha

Filiação: Ramonilde Fáre dos Santos

Maria das Graças de Britto Araújo Santos

SINAIS VITAIS:

PESO:

ALTURA:

TEMPERATURA:

PA: 120 x 80

FC:

HGT:

CLASSIFICAÇÃO:

Acidente automobilístico

Agressão

Acidente de Trabalho

Outros

Ambulatório

Urgência

QUSIXA PRINCIPAL:

Acidente automobilístico, cuspimento referente dor em braço E há 02 horas.

Negativo vômito e/ou tontura

ALERGIA:

EGB, esp - aero, corodo, conservador

OBSERVAÇÃO:

Arte PCV: 21 alt.

Glasgow 15 pupilas iguais

HÍPOTESE DIAGNÓSTICA:

Fratura?

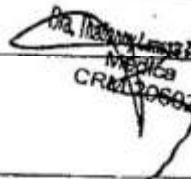
CONDUTA:

①

Volfare - Oléo p. in.

27/7/14

Aut. M. SEGURO DRA. S.A.
03 OUT 2014
RIO DE JANEIRO



EXAMES COMPLEMENTARES:

DOCUMENTAÇÃO MÉDICO HOSPITALAR



1004



FUNDAÇÃO MANOEL DA SILVA ALMEIDA

Casa de Saúde Maria Lucinda

Hospital Infantil Manoel da Silva Almeida
Av. Parnamirim, 95 - Parnamirim - Recife - PE

Fisioterapia

Nome do Paciente: Silvana

Idade: _____ Sexo: _____ Registro: _____

Diagnóstico: laringite aguda

Tratamento: inhalador 10 dias

Data: 12/10/2011

CÓD. 445 - 45 ILS. 105x1 - JAN. 2011 - NELÉIO GRÁFICA E EDITORA LTDA

SACOLETURA E CARIMBO DO MÉDICO

FUNDAÇÃO MANOEL DA SILVA ALMEIDA

Av. Parnamirim, 95 - Parnamirim - Recife - PE
C.N.P.J.: 09.767.633/0001-02 - Fone: (81) 3267.4200

Casa de Saúde Maria Lucinda

Hospital Infantil

Ambulatório

Atestado Médico

Atestado para os devidos fins que, Silvana (Ana) - 11/11

Cart. P. 09.09.14 Série _____ Compareceu ao
nosso serviço no dia 08.09.14 das _____ horas, as _____

horas. Necessita ser afastado de suas Atividades Funcionais por

15 09.11.14 dias.
Recife, 08.09.14 11/11

Dr. Silvio Macêdo
Ortopedia
CRM 9756

ABEMI SEGURADCRSA
03 OUT 2011
RIO DE JANEIRO

CARIMBO - CREMEEPE

13.3.14

CÓD. 435 - AGR Gráfica e Editora Ltda. (81)3449.1872



Ft. Larissa Lais Silva

CREFITO: 8593 LTF



O Sr. Samuel Criaújo Santos, 25 anos, portador do CPF: 057.844.204-37, residente em Alagoainha - PE, vítima de acidente de trânsito em 20/07/2014, socorrido para a Unidade de Saúde mais próxima (Nº de protocolo: 20072014).

No atendimento fisioterapêutico realizado em 30 de outubro de 2014, paciente queixa-se de dores, na inspeção foi observada diminuição do quadríceps direito, edema na articulação do joelho direito, crepitantes durante a movimentação, marcas de incisões cirúrgicas nessa região. Na goniometria do joelho direito, 90° de flexão (valor normal = 140°) e 20° de extensão (valor normal = 0°). Na prova de função muscular, grau 3 para os movimentos do joelho (valor de referência = grau 5).

A avaliação da funcionalidade foi feita com a Medida de Independência Funcional (MIF). Onde o paciente não consegue realizar translações de ajoelhado para semi-ajolelhado, semi-ajolelhado para de pé, de pé para semi-ajolelhado, apresenta marcha compensatória, diminuição da sensibilidade tática na região lateral do joelho direito, dificuldade para subir escadas e realizar a descida de peso sobre a perna direita, por estes circunstâncias o mesmo encontra-se afastado de suas funções no trabalho.

SABEMI SEGURADORAS S/A
03 DEZ. 2014
RIO DE JANEIRO

30, de outubro, de 2014

Dr. Larissa Lais Silva
Fisioterapeuta
CREFITO: 8593 LTF



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTILLA NACIONAL DE HABILITACIÓN

NAME: SÉRGIO ARAÚJO SANTOS

DOC. IDENTIDAD / ÓRG. EMISSOR / UF:
7136936 SGS PE

GPF: 057.844.208-37 DATA: 26/09/1983

PLACAS:
RAIMUNDO JOSÉ DOS SANTOS;
MARIA DAS GRACIAS DE SANTO ARAÚJO SANTOS

PERMISIÓN: AAC CATEGORIA: AB

Nº REGISTRO: 0987452127 VALOR: 19/09/2016 VENCIMENTO: 09/09/2013

VALIDA EN TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

PROIBIDO PLASTIFICAR

966680230

CARROCERIA:

Sérgio Araújo Santos

LOCAL: RECIFE - PE DATA: 19/09/2016

DETALHES:
84355684434
22061931273

DETAN - PE (PERNAMBUCO)

SABEM SEGURODRA S/A
03 OUT 2011
RIO DE JANEIRO

DOCUMENTOS DE IDENTIFICAÇÃO

1004037





DUT

100403



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN-PE
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

MARCA: COD. RENAVAM: 1. RENAVAM: 819122041 / NITRC: ***** / EXERCÍCIO: 2014

GLEBSON ALAN VERAES DA SILVA

ALAGOINHA-PE

CPF/CNPJ:

056.187.054-35

PLACA:

KLC8293

PLACA ANT/UF:

CHASSI:

9ED15822544538777REM

COMBUSTÍVEL:

ESPECIE TIPO:

GASOLINA

CATEGORIA:

#NO FAB.: 2003

ANO VOD.: 2004

MARCA/MODELO:

COR PREDOMINANTE:

FIAT/UNO MILLE -PIPE

BRANCA

CAF/POT/CR.

ANO FAB.: 2003

CATEGORIA:

01

SE/SSCV/10000CL

PRÉVIA 2014: 01/06/14

COTA ÚNICA

12: *****

VENC. COTA ÚNICA

2: *****

PRÉVIO TOTAL (R\$)

3: *****

PRÉMIO TARIFÁRIO (R\$)

10F (R\$)

PRÉVIO TOTAL (R\$)

DATA DE PAGAMENTO:

SEGURADO PAGO

01/06/14

OBSERVAÇÕES:

SEM RESEVA MOTOR: 5026300

DATA:

ALAGOINHA-PE

23/06/14

Assinatura:

Caib Mário Melo Costa Oliveira

Ditador Presidente DETRAN/PE

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE MATERIAIS OU POR SUA CARGA A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO. SEGURO DPVAT

PE N° 011120241361 BILHETE DE SEGURO DPVAT

GLEBSON ALAN VERAES DA SILVA

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT.
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

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

EXERCÍCIO: 2014 DATA EMISSÃO: 27/06/14

MARCA: COD. RENAVAM: 056.187.054-35 PLACA: KLC8293

MARCA/MODELO: FIAT/UNO MILLE -PIPE

ANO FAB.: 2003 ANO VOD.: 01

COMBUSTÍVEL: 9ED15822544538777REM

PRÉMIO TARIFÁRIO: CUSTO DO SEGURO (R\$)

FMS (R\$) CEMIBAN (R\$) TOTAL AGERIAS SEGURO (R\$)

CUSTO DO BILHETE (R\$) 10F (R\$) DATA DE OUTAGEM:

PAGAMENTO: PARCELADO DATA DE PAGAMENTO:

COTA ÚNICA: PARCELADO

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.503/0001-04

www.seguradoralider.com.br

DESTAQUE E GUARDE O BILHETE DPVAT.
P.R.F MAX 1 DE DPVAT DIRETAMENTE

10/2014

SABEM SEGURADORA S.A.
03 OUT 2014
RIO DE JANEIRO

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3150012035 **Cidade:** Alagoinha **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: SAMUEL ARAUJO SANTOS **Data do acidente:** 20/07/2014 **Seguradora:** Sabemi Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 21/01/2015

Valoração do IML: 0

Diagnóstico: TRAUMA EM MS ESQUERDO E MI DIREITO

Resultados terapêuticos: A ESCLARECER

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

PRESTADOR

Visão Médica Ltda

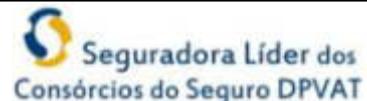
Nome do médico: EDSON L D ANDRADE

CRM do médico: 52.44121-9

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3150012035 **Cidade:** Alagoinha **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: SAMUEL ARAUJO SANTOS **Data do acidente:** 20/07/2014 **Seguradora:** Sabemi Seguradora S/A

PARECER

Diagnóstico: Contusão do joelho direito com lesão ligamentar e meniscal.

Descrição do exame médico pericial: Vítima queixa-se de dor no joelho direito. Ao exame: marcha claudicante (+++/+4) e redução importante da flexo-extensão do joelho direito

Resultados terapêuticos: Quadro submetido a tratamento cirúrgico.

Sequelas permanentes: Dano funcional do joelho direito.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 30/01/2015

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Andrea Rodrigues Madeira Campo

CRM do médico: 19953

UF do CRM do médico: PE

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
Total			18,75 %	R\$ 2.531,25

PRESTADOR

ACE Gestão de Saúde Ltda.

Médico revisor: GUSTAVO B CAMILO

CRM do médico: 52.94275-8

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Nome do(a) Examinado(a): **SAMUEL ARAUJO SANTOS** Sinistro: **3150012035** Data: **20/07/2014**

Endereço do(a) Examinado(a): **R JOAQUIM CEZARINO GALINDO, 77, casa - CENTRO - Alagoa - PE - CEP 55260-000**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**sds** /PE] **7136998**

Data local do exame: [**30/01/2015**] **Caruaru** [**PE**]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)
Contusão do joelho direito com lesão ligamentar e meniscal. Vítima queixa-se de dor no joelho direito. Ao exame: marcha claudicante (+++/4) e redução importante da flexo-extensão do joelho direito.

- a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação? [**X**] Sim [] Não

Caso a resposta seja "Não", favor NÃO preencher os demais campos abaixo, exceto o das observações (item V(*)), se necessário

- b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico? [**X**] Sim [] Não

Caso a resposta seja "Não", prosseguir SOMENTE se houver alguma correlação entre a queixa e o histórico do acidente, justificando-a nas observações (item V(*))

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações.
Quadro submetido a tratamento cirúrgico.

III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)? [**X**] Sim [] Não

Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

Dano funcional do joelho direito.

Caso a resposta seja "Não", concluir dentre as opções no item IV "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item IV opções "b" ou "c"

IV. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

- a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

() "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em ____ dias

() "Sem sequela permanente" (Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

() "Exame não permite conclusão"

Vide motivo do impedimento no campo das observações

- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

Joelho direito

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio (**X**) 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

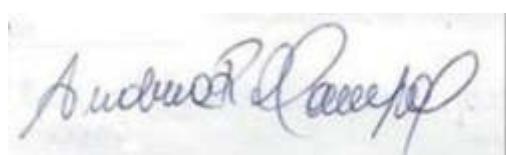
Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

- c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações (*).

() Total = "100% da IS"

V. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.



Andrea Rodrigues Madeira Campos - CRM: 19953 - PE