

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 nº: 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 nº: 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 início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





2001000028/2015/004

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



3150/012035

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 signature]
ANT.

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

Vítima	Processo
Samuel Araujo Santos	/ 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

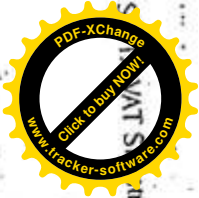
Certo de sua atenção e providências, desde já agradecemos.

[Handwritten signature]

Regdata Reguladora de Seguros Ltda.



22-DEZ-2014 15:41 4615068 1/1
SEGURADORA LIDER DPVAT-15 14002



Sinistro Referência

CPF: 057.844.204-37

Conversão (C)

DADOS DA /

CPF: 057.844.204-37

Vitima

Titular do (C)

CPF: 057.844.204-37

CONTATO

Nº 1

Vitima: SAMUEL ARAUJO SANTOS

Data de nascimento: 26/09/1989

CPF: 057.844.204-37

Data do sinistro: 20/08/2014

Número do sinistro: 2014859909

Seguradora: 2119

Natureza: Invalidez Parcial

Código de Regulação: Pendente

Já existe sinistro em regulação, encaminhar reclamante a seguradora de origem

CPF: 057.844.204-37

Sequência: 001

Dependência: 801

2014

Debo cu: 2014

X Fechar

Cancelar



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

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 Recal. 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



AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO



AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO



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: SAMUEL ARAÚJO SANTOSPORTADOR(A) DO RG Nº: 7136998EXPEDIDO POR: SDSEM: 19/09/14 ECPF: 054849209-38 / CNPJ: 000000000000000000 PROFISSÃO: AUTOMÓVEL

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 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 todos os seguradores são obrigados 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 fonte 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 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 SISPDPVAT 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 ITAÍ
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 DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

LOCAL: ALAGÓINHA DATA: 03/10/14ASSINATURA DO(A) BENEFICIÁRIO(A): Samuel Araújo Santos

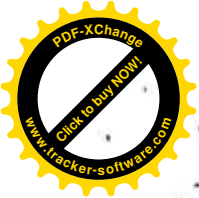
❗ ATENÇÃO:

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago aos legítimos 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 médicas-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.



AG- PESQUISA





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLICIA DA 113ª CIRCUNSCRIÇÃO - ALAGOINHA -
DPI13ªCIRC DINTER1/15ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 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 - Culposos (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: Masculino Mãe: 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 (CNPJ) Estado Civil: CASADO(A) Escolaridade: 2º. GRAU COMPLETO Profissão:
REPOSITOR Telefones Celulares:

SABEMI SEGURADORA S/A.
28 OUT 2014
RIO DE JANEIRO

BOLETIM DE OCORRENCIA

1004026





-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

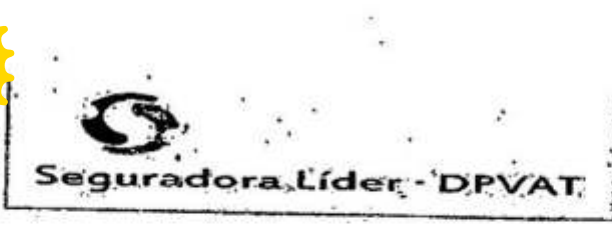
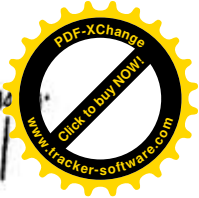
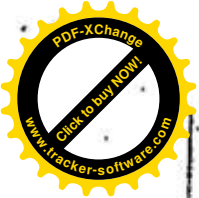
RELATA A VÍTIMA QUE ESTAVA TRAFEGANDO NA ESTRADA DO SÍTIO BARRIGUDA, QUANDO O PNEU DIANTEIRO DO VEÍCULO ESTOUROU E VEIO A PERDER O CONTROLE DA DIREÇÃO, QUE AO SUBIR UM BARRANCO CAPO TOU, QUE FOI SOCORRIDO POR POPULARES ATÉ O HOSPITAL LOCAL E TRANSFERIDO PARA UM HOSPITAL NA CIDADE DE GARANHUNS, QUE FICOU 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 nesta unidade policial

SAMUEL ARAUJO SANTOS
(VITIMA)

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





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, nº 77, 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;

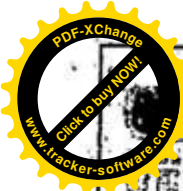
Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto 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 03/10/2014
Local e data



Este documento não descarta a apresentação da declaração assinada 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.



Prontuário de Emergência

Data: 20-07-14

Nome: Samuel Araújo Santos

Idade: 24 anos

Endereço: Alagoinha

Filiação: Raimundo Fares dos Santos

Mãe: Maria das Graças de Brito Araújo Santos

SINAIS VITAIS:

PESO:

ALTURA:

TEMPERATURA:

PA: 120 x 80

FC:

HGT:

CLASSIFICAÇÃO:

Acidente automobilístico ☐

Agressão ☐

Acidente de Trabalho ☐

Outros ☐

Ambulatório ☐

Urgência ☐

QUEIXA PRINCIPAL

(Acidente automobilístico), capotamento, refere dor em braço @ há 02 horas. Negro vômito e louco tontura

ALERGIA:

EGG, sup-eico, corado, consere

OBSERVAÇÃO:

AR e PCV - 2 alt.

Glasgow 15 pupila 2000

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

Fratura ?

CONDUTA:

① Volfare - 012 p. In 17.45

INSTITUTO SEGURADORA S/A
03 OUT 2014
RIO DE JANEIRO

EXAMES COMPLEMENTARES:

COMPROVAÇÃO DE ATO DECLARATORIO



Pro. Thiago Lima E. Pa.
Médico
CRM 20682



COMPANHIA ENERGÉTICA DE PERNAMBOCO
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife, Pernambuco - CEP 50050-002
CNPJ 10.835.932/0001-08 | Insc. Est. 0005943-02 | www.celpe.com.br

GRATUITO
ATA BRITTOCC ARALDO
Quanto ATUALIZE SEU CADASTRO !!

REF ID: A62124

CENTRO ALAGOINHA
ALAGOINHA, PE
55260-000

**CLASSIFICAÇÃO
BT RESIDENCIAL
RESIDENCIAL
Monofásico:**

4. ANEXO FISCAL	5. ANEXO CAS	6. ANEXO CAS
007003302	URUGUAY	23/05/2014

07/16/2014	20009917.38	128331
------------	-------------	--------

1735385028 09/20/14
14/10/2014 23/10/2014
TOTALA PROGRAM 203 28.47

Consumed ASys(MWh)

Contribute to Sumner's to Public

CANTIDAD	PRECIO (R\$)	VALOR (R\$)
64,00000000	0,50589744	32,38000000
		1,10

TOTAL DA FÁTLRA

28.47

Nº DO VEICULO	Tipo da Fatura	DATA	LITURA	DATA	LITURA	Nº DE CICLOS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (l/km)
V1603	CAL	25/08/94	1.370,00	25/09/94	1.360,00	33	1,0000		94,20

COMPOSICIÓN DE LOS COMPLEJOS

Componente	Porcentaje
BARRIL DE CAJONERO	27.21
%	2.21
VALOR DO. COMPLEJO	2.21
Carga de los transportes	11.12
1/2 capacidad	7.27
Costo flete	8.11
Flete para el flete	1.21
Resto	11.12

880C B830 04AF D007 F800 D775 5832 07A2

INFORMACIÖN IMPORTANTE

ATENÇÃO: INFORMAÇÕES IMPORTANTES
A partir de 10/11, a empresa não aceita mais encomendas de produtos para o Rio de Janeiro e Volta Redonda. Para mais informações adicionais, consulte o E-MAIL: info@informacoes.com.br ou o site: www.informacoes.com.br.
O KINNEL GUSTO e o KINNEL S&L do Rio de Janeiro, não estão mais sendo vendidos. Para mais informações consulte o E-MAIL: info@informacoes.com.br ou o site: www.informacoes.com.br.
O cliente é constantemente informado sobre os produtos e serviços oferecidos. Para mais informações consulte o E-MAIL: info@informacoes.com.br ou o site: www.informacoes.com.br.
A empresa garante a qualidade dos produtos e serviços oferecidos. Para mais informações consulte o E-MAIL: info@informacoes.com.br ou o site: www.informacoes.com.br.
A empresa garante a qualidade dos produtos e serviços oferecidos. Para mais informações consulte o E-MAIL: info@informacoes.com.br ou o site: www.informacoes.com.br.

Cálculo de los pagos por el 1º semestre del año 2018 (Ejemplo)					
Vencido	Cumulado	Valor	Vencido	Cumulado	Valor
12.06.18	07.06.18	23,17			

COLIGADO	MESES	LIMITES	LIMITES	LIMITES
RESOLUCIA	ANUALES	ANUALES	TRIMESTRALES	ANUALES
DIO	0,20	5,15	12,30	24,60
FIC	0,20	5,15	9,75	13,75
FIBIC	0,20	3,63	0,00	0,00

Univ. Econ. 17:27 CGO: Voto do Ex-charge de União Europeia de Trabalho e Ex. 83/7:20

SABEMI SEGURODORA S/A
08 OUT 2014
RIO DE JANEIRO

COMPROVANTE DE RESIDENCIA

1004040





DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu SAMUEL ARAUJO SANTOS

RG nº 7136998, data de expedição 19/09/14, Órgão SDS

CPF nº 05784420437 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>R. JOAQUIM CEZARIANO GALINDO</u>
Número	<u>77</u>
Apto / Complemento	<u>CASA</u>
Bairro	<u>CENTRO</u>
Cidade	<u>ALAGOINHA</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 Araújo Santos





VENTURA SA

Prontuário de Emergência

Data: 20-07-14

Nome: Samuel Araújo Santos

Idade: 24 anos

Endereço: Alagoinha

Filiação: Raimundo Fares dos Santos

Maria das Graças de Brito Araújo Santos

SINAIS VITAIS:

PESO:

ALTURA:

TEMPERATURA:

PA: 120 x 80

FC:

HGT:

CLASSIFICAÇÃO:

Acidente automobilístico ☐

Agressão ☐

Acidente de Trabalho ☐

Outros ☐

Ambulatório ☐

Urgência ☐

QUEIXA PRINCIPAL:

Acidente automobilístico, capotamento
na traseira do carro em braço (E) há 02 horas
sem vômito e dor torção

ALERGIA:

EGG, sup-aveo, corado, conserve

OBSERVAÇÃO:

AR e PCV - 2 - alt.

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

Glasgow 15 papéis, cacos

Fratura ?

CONDIÇÃO:

① Volfare - clep. In 17/45

INDEMI SEGURADORA S/A
03 OUT 2014
RIO DE JANEIRO

EXAMES COMPLEMENTARES:



Dr. [Signature]
MÉDICO
CRM 30692



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: Somália Araújo

Idade: 1 Sexo: F Registro:

Diagnóstico: lesão ligamentar

Tratamento: fisioterapia

20 sessões

Data: 1/1/14

COD. 445 - 45 BLS. 10511 - JAN. 2014 - NILENO GRÁFICA E EDITORA LTDA

ASSINATURA 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, SOMÁLIA ARAÚJO

Cart. P. 08104114 Série 11111 Compareceu ao
nosso serviço no dia 08/08/14 das 10 horas, às 12

horas. 15 dias. 08/08/14
Necessita ser afastado de suas Atividades Funcionais por

Recife, 08/08/14 Dr. Silvio Macêdo
Ortopedia
CRM 9756

CARIMBO - CREMEPE

1533

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





Ft. Larissa Laís Silva

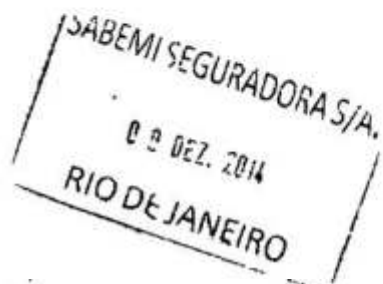
CREFITO: 8593 LTF



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

Na avaliação fisioterapêutica realizada em 30 de outubro de 2014, paciente queixa-se de dores, na inspeção foi observado diminuição do quadríceps direito, edema na articulação do joelho direito, crepitações durante a movimentação, marcas de incisões cirúrgicas na 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 transferências de ajoelhado para semi-ajelhado, semi-ajelhado para de pé, de pé para semi-ajelhado, apresenta marcha compensatória, diminuição da sensibilidade tátil na região lateral do joelho direito, dificuldades para subir escadas e realizar a descarga de peso sobre a perna direita, por estas circunstâncias o mesmo encontra-se afastado de suas funções no trabalho.



30, de outubro, de 2014

Dr. Larissa Laís Silva
Fisioterapeuta
CREFITO: 8593 LTF



SABEMI SEGUROGRÁ S/A
03 OUT 2014
RIO DE JANEIRO

* 1004037





DUT

*100403

**REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL**
MINISTÉRIO DAS CIDADÊSDETRAN - PE Nº 011120241361
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULOVIA COD RENAVAM ENTRC EXERCÍCIO
1 819122041 ***** 2014

NOME

GLEBSON ALAN VERA DA SILVA

ALAGOINHA - PE

CPF/CNPJ

PLACA

056.187.054-35

XLC8292

PLACA ANT/UF

CHASSI

ESPEC. E TIPO

COMBUSTÍVEL

CAR. AUTOMOBILAR

GASOLINA

MARCA/MODELO

ANO FAB.

ANO MOD.

FIAT UNO MILLE FIRE

2003

2004

CAR/POT/CL

CATEGORIA

COR PREDOMINANTE

35/55CV/1000CL

PARTIC

BRANCA

COTA ÚNICA

VENÇ. COTA ÚNICA

VENÇ. COTA ÚNICA

1ª TRVA 2014 QUITADO

FAD A LPVA

PARCELAMENTO/COTAS

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$)

IOF (R\$)

PRÊMIO TOTAL (R\$)

DATA DE PAGAMENTO

SEGURO PAGO

OBSERVAÇÕES

SEM RESERVA MOTOR 5026300

ALAGOINHA - PE

DATA

25/06/14

Caio Mário Mello Costa Oliveira
Diretor Presidente DETRAN/PESEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULO
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA A PRESSÃO
TRANSPORTADAS OU NADA SEGURO DPVAT

PE Nº 011120241361 BILHETE DE SEGURO DPVAT

GLEBSON ALAN VERA DA SILVA

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

www.dpvalsegurodotransito.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

ALAGOINHA - PE EXERCÍCIO DATA EMISSÃO
2014 27/06/14VIA CPF/CNPJ PLACA
1 056.187.054-35 XLC8292RENAVAM MARCA/MODELO
819122041 FIAT UNO MILLE FIREANO FAB. CO-SUP. IN CHASSI
2003 01 9ED15822544538777REM

PRÊMIO TARIFÁRIO

FMS (R\$) GEN/SAH (R\$) CUSTO DO SEGURO (R\$)

CUSTO DO BILHETE (R\$) IOF (R\$) TOTAL A SER PAGO SEGURO (R\$)

COTA ÚNICA PAGAMENTO PARCELADO DATA DE QUITAÇÃO

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.593/0001-04

www.seguradoralider.com.br

DESTAQUE E GUARDE O BILHETE DPVAT
ELE NÃO É DE PORTE OBRIGATORIO

JAN-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

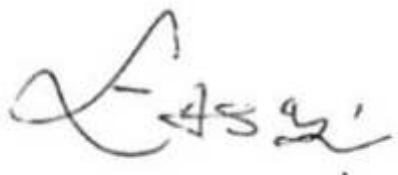
Visão Médica Ltda

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

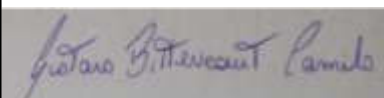
ACE Gestão de Saúde Ltda.

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 - Alagoinha - 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

() "Exame não permite conclusão"

Vide motivo do impedimento no campo das observações

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

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

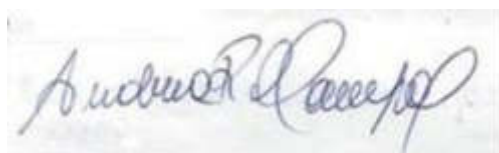
Região Corporal (Sequela):

% 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