

Rio de Janeiro, 07 de Novembro de 2014

Carta nº: 5621419

A/C: DENILSON LUIS DA SILVA

Sinistro: 2014834775
Vítima: DENILSON LUIS DA SILVA
Data Acidente: 30/07/2014
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: DENILSON LUIS DA SILVA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 001

Agência: 000001635-7

Conta: 0000047957-8

Tipo: CONTA CORRENTE

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros 25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 =	R\$	1.687,50
---	-----	----------

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

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.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, DENILSON LUIZ DA SILVA, portador
da carteira de identidade nº 2.873.588-2ª VIA - PB e inscrito no CPF/MF sob o nº
064.444.544-09, residente e domiciliado na RUA EEL. JOAS COSTA
E SILVA, 333-A, COSTA E SILVA, e
Cidade JOAS PESSOA, Estado PARAÍBA, 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 DPVAT; ou
- (X) 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 a realização dessa perícia não
significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de
impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

X Denilson Luiz da Silva

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

JOAS PESSOA 19/09/14.

Local e data

FUTUROSEG
REGULAÇÃO DE SINISTROS

30 SET. 2014

Of

PÁGINA:

Rio de Janeiro, 16 de Outubro de 2014

Carta nº: 5429184

A/C: DENILSON LUIS DA SILVA

Sinistro: 2014834775
Vítima: DENILSON LUIS DA SILVA
Data Acidente: 30/07/2014
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.

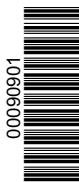
Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.dpvatsegurodotransito.com.br.

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



Rio de Janeiro, 30 de Setembro de 2014

Carta nº: 5245204

A/C: DENILSON LUIS DA SILVA

Sinistro: 2014834775
Vitima: DENILSON LUIS DA SILVA
Data Acidente: 30/07/2014
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **30/09/2014** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **30/07/2014**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Autorização de pagamento
- Comprovação de ato declaratório

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 MBM 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



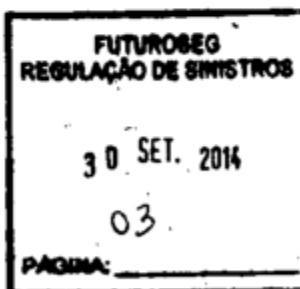
DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, DENILSON LUIZ DA SILVA

RG nº 2.873.588-2ª via data de expedição 23/10/2013, Órgão SSP/PR, CPF nº 064.444.544-09, 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 CORONEL JOÃO COSTA E SILVA</u>
Número	<u>333-A</u>
Apto / Complemento	<u>CASA</u>
Bairro	<u>COSTA E SILVA</u>
Cidade	<u>JOAS PESSOA</u>
Estado	<u>PARNABA</u>
CEP	<u>58080-410</u>
Telefone de contato	<u>(83) 3225-8167/8838-4807/8890-4343</u>
E-mail	<u>irandpva@hotmail.com</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: JOAS PESSOA, 19/09/14Assinatura do Declarante: Denilson Luis da Silva

ELIZANGELA SANTOS DA SILVA
RUA CEL JOAO COSTA E SILVA, 333/A - COSTA E SILVA
JOAO PESSOA/PB CEP: 58080-410 (AQ: 1)

Classe/Subject: RESIDENCIAL / BANDA RENDA MONOFÁSICO
Roteiro: 11 - 2 - 342 - 420
Nº medidor: 00008172042

Referência: Fev / 2014
Entrega: 10/02/2014

ENERGISA PARANÁ - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
R. 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa/PB - CEP 58071-030
CNPJ 09.095.183/0001-40. Ins. Est. 18.015.823-0

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica Nº 000.796.287
Código para Débito Automático: 00013081414

0004 3d1b 8217.7b28 b3c7.1228 d05c.7c7b

CDC (Código do Consumidor): 613861414

Fev / 2014

18/02/2014

20/03/2014

3784401478
Faturas em atraso
FATURAS VENCIDAS ATÉ
O DIA 13/02/2014 PAGAS
OBRIGADOR

Data	Letura	Data	Letura		
17/01/14	1544	19/02/14	1674	130	32
Descrição	Quantidade	Preço	Valor (R\$)		
Consumo em kWh	30	0,10454	3,13		
Consumo em kWh	70	0,17821	12,54		
Consumo em kWh	30	0,20882	6,06		

IMPOSTOS E ENCARGOS

PS	
COFINS	0,48
CONTRIB SERV LUM PÚBLICA	2,24
JUROS DE MORA 01/2014	1,30
JUROS DE MORA 12/2013	0,40
MULTA 01/2014	5,54
MULTA 12/2013	1,18
AS (Base de Cálculo)	0,83
	15,84

Jan/14	178
Dez/13	108
Nov/13	128
Out/13	128
Set/13	138
Ago/13	123
Jul/13	124
Jun/13	153
Mai/13	138
Abr/13	140
Mar/13	128
Fev/13	138

OUTROS SERVIÇOS PRESTADOS

ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 01/2014	0,08
ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 12/2013	0,19

Média dos últimos meses
138 kWh

VENCIMENTO
25/02/2014
TOTAL A PAGAR
R\$ 46,39

DIC MENSAL	8,20	0,00	MONETÁRIA	720
DIC TRIMESTRAL	12,20			
DIC ANUAL	24,60			
JAN MENSAL	3,70	0,00	CONTRATADA	201
JAN TRIMESTRAL	7,47		LMITE INFERIOR	731
JAN ANUAL	14,96	0,00	LMITE SUPERIOR	731
	3,83			
	12,22			

Descrição	Valor (R\$)	%
Serviço de Dist. de Energia	11,83	25,07
Consumo de Energia	8,89	21,61
Serviço de Transmissão	0,71	1,53
Encargos Setoriais	1,41	3,04
Impostos Diretos e Encargos	22,41	48,31
Outros Serviços	0,75	0,54
Total	46,39	100,00

Valor do encargo de Uso do Sistema de Distribuição
(Ref. 12/2013) R\$ 10,82

ATENÇÃO
Esta fatura não pode ser usada para fins de comprovação de pagamento de impostos de renda de pessoa física.

**FUTUROSEG
REGULAÇÃO DE BINTISTROS**

30 SET. 2014

04

PÁGINA:

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: 03/11/2014

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: DENILSON LUIS DA SILVA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 01635-7

CONTA: 000000047957-8

Nr. da Autenticação CF50990DF145E1CF



GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
GERÊNCIA EXECUTIVA DE POLÍCIA CIVIL METROPOLITANA
DELEGACIA DE ACIDENTES DE VEÍCULOS DA CAPITAL
Praça Firmino da Silveira, S/N, Varadouro – CEP. 58.010-170 – Fone. (83) 3218-3333

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL Nº 2539/2014**

Aos dezanove dias do mês de setembro do ano de dois mil e catorze, nesta cidade de João Pessoa, Estado da Paraíba, na Delegacia de Acidentes de Veículos da Capital, sob a responsabilidade do Delegado de Polícia Fernando Barbosa de Carvalho, comigo escrivão de seu cargo, ao final assinado, aí por volta das 07:07h, compareceu o (a) Senhor (a): **DENILSON LUIS DA SILVA**, brasileiro, natural de Canguaretama/RN, solteiro, com 27 anos de idade, Servente, Alfabetizado, filho de Almerindo Luis Aureliano e de Maria Francisco Aureliano, RG. 2.873.588-SSP/PB, residente na Rua Coronel João Costa e Silva, nº 333, conjunto Costa e Silva, nesta capital, o (a) qual notificou o seguinte: QUE, no dia 30/07/14, por volta das 12:00h, quando conduzia a motocicleta de marca HONDA/POP 100, cor vermelha, ano 2009, de placa NPT-0075/PB, chassi nº 9C2HB02109R406470, registrada em nome de Maria José dos Santos Quirino, por uma via que fica localizada no Bairro dos Estados, nesta cidade de João Pessoa/PB, após ser atingido por um veículo de placa não identificada, o notificante perdeu o controle de direção caindo ao solo, tendo este sofrido lesão do ombro esquerdo, sendo socorrido para o Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena onde se submeteu a procedimentos médicos. Por este motivo notificou o fato. O referido é verdade, dou fé.

João Pessoa (PB), 19 de setembro de 2014.

Denilson Luis da Silva
Notificante

Carlos Antônio Duarte Félix
Escrivão de Polícia Civil
Mat. 135.802-3

Escrivão

FUTUROSEG
REGULAÇÃO DE SINISTROS

30 SET. 2014

05

PÁGINA: _____

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 2014834775 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: DENILSON LUIS DA SILVA **Data do acidente:** 30/07/2014 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 16/10/2014

Valoração do IML: 0

Diagnóstico: TRAUMA DE OMBRO ESQUERDO

Resultados terapêuticos: SEQUELA NÃO DEFINIDA

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

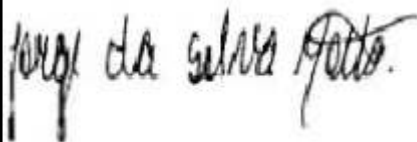
AMORIM E MATTOS SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS LT

Nome do médico: JORGE DA SILVA MOTTA

CRM do médico: 52.31398-4

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:





Seguradora Líder - DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO 2014/834745 < 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 DENILSON LUIS DA SILVA
 PORTADOR(A) DO RG Nº 2.373.588-2 VIA EXPEDIDO POR SSP/PR EM 23/10/13 E
 CPF 064444544-09 CNPJ 000000000000000000 PROFISSÃO
 E RENDA MENSAL DE R\$ (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO
 SEGURO DPVAT DA VÍTIMA DENILSON LUIS DA SILVA, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO
 DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

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

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados não devem, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício - nos documentos podem aparecer termos: - SALÁRIO, FUNCIONAL, INSS, BOLSA FAMÍLIA, BOLSA ESCOLA, PREVIDÊNCIA SOCIAL ou AGRICULTURA FAMILIAR.
- Conta Empresarial - conta pessoal cadastrada em um CNPJ - nos documentos podem aparecer termos: CNPJ, ME, MEI, EPP, COMER ou LTDA normalmente ao final do nome do titular.
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for o titular;
- Conta tipo FÁCIL e/ou com limite de movimentação financeira mensal;
- Qualquer conta da CEF se não for apresentado algum documento do banco indicando que não existem quaisquer impedimentos para fins de depósito de indenização de DPVAT;
- Para este banco (CEF), a conta corrente pode ser identificada com cópia simples rasurada de folha de cheque como comprovante de dados bancários do titular.
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta;
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISPDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósitos;
- Conta não pertencente à vítima/beneficiário.

IMPORTANTE: Também não devem ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

Os meios possíveis para identificar/verificar a documentação recebida na fase de regulação do sinistro DPVAT é responsabilidade do agente regulador (seguradora ou reguladora).

Os bancos BRADESCO, ITAÚ e SANTANDER disponibilizam, em consulta simples no site, informações sobre a titularidade da conta, se conta empresa e/ou salário ou ainda inexistência da mesma.

Os bancos BRADESCO e ITAÚ têm acordo junto à Seguradora Líder-DPVAT para abertura de conta POUPANÇA para fins de DPVAT sem ônus para o requerente. Carta de abertura disponível no endereço eletrônico: www.dpvatsegurodotransito.com.br

FUTUROSEG
REGULAÇÃO DE SINISTROS

16 OUT 2014

01

PÁGINA:

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) Nº da CONTA (com dígito, se existir)

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO 001 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 1635 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 47957-8

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

JOÃO PEREIRA, 06 de OUTUBRO de 2014

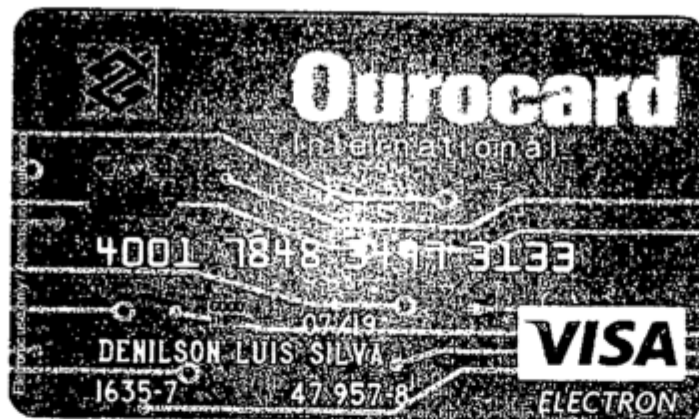
LOCAL E DATA

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO



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.



FMUROSEG
REGULAÇÃO DE SHISTROS

30 SET. 2014

02

PÁGINA: _____

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 2014834775

Cidade: João Pessoa

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: DENILSON LUIS DA SILVA

Data do acidente: 30/07/2014

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: LUXAÇÃO DO OMBRO ESQUERDO.

Descrição do exame médico pericial: VÍTIMA APRESENTA DEFORMIDADE DA ARTICULAÇÃO ACRÔMIO-CLAVICULAR, LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO OMBRO ESQUERDO, COM DÉFICIT DE FORÇA E DA CAPACIDADE DE SUSTENTAÇÃO DE CARGAS.

Resultados terapêuticos: LUXAÇÃO DO OMBRO ESQUERDO NÃO DIAGNOSTICADA CORRETAMENTE E NÃO TRATADA ADEQUADAMENTE.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL DO OMBRO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 22/10/2014

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: João Fernandes de Souza

CRM do médico: 2732

UF do CRM do médico: PB

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 dos ombros	25 %	Em grau médio - 50%	12,5 %	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PRESTADOR

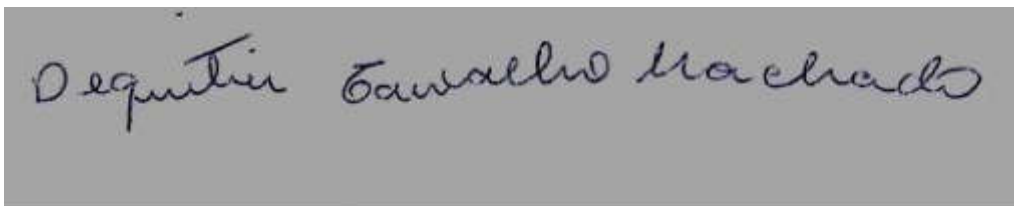
ACE Gestão de Saúde Ltda.

Médico revisor: DEQUITIER MACHADO

CRM do médico: 52.93843-2

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:





GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
GERÊNCIA EXECUTIVA DE POLÍCIA CIVIL METROPOLITANA
DELEGACIA DE ACIDENTES DE VEÍCULOS DA CAPITAL
Praça Firmino da Silveira, S/N, Varadouro – CEP. 58.010-170 – Fone. (83) 3218-3333

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL Nº 2539/2014**

Aos dezanove dias do mês de setembro do ano de dois mil e catorze, nesta cidade de João Pessoa, Estado da Paraíba, na Delegacia de Acidentes de Veículos da Capital, sob a responsabilidade do Delegado de Polícia Fernando Barbosa de Carvalho, comigo escrivão de seu cargo, ao final assinado, aí por volta das 07:07h, compareceu o (a) Senhor (a): **DENILSON LUIS DA SILVA**, brasileiro, natural de Canguaretama/RN, solteiro, com 27 anos de idade, Servente, Alfabetizado, filho de Almerindo Luis Aureliano e de Maria Francisco Aureliano, RG. 2.873.588-SSP/PB, residente na Rua Coronel João Costa e Silva, nº 333, conjunto Costa e Silva, nesta capital, o (a) qual notificou o seguinte: QUE, no dia 30/07/14, por volta das 12:00h, quando conduzia a motocicleta de marca HONDA/POP 100, cor vermelha, ano 2009, de placa NPT-0075/PB, chassi nº 9C2HB02109R406470, registrada em nome de Maria José dos Santos Quirino, por uma via que fica localizada no Bairro dos Estados, nesta cidade de João Pessoa/PB, após ser atingido por um veículo de placa não identificada, o notificante perdeu o controle de direção caindo ao solo, tendo este sofrido lesão do ombro esquerdo, sendo socorrido para o Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena onde se submeteu a procedimentos médicos. Por este motivo notificou o fato. O referido é verdade, dou fé.

João Pessoa (PB), 19 de setembro de 2014.

Denilson Luis da Silva
Notificante

Carlos Antônio Duarte Félix
Escrivão de Polícia Civil
Mat. 135.802-3

Escrivão

FUTUROSEG
REGULAÇÃO DE SINISTROS

30 SET. 2014

05

PÁGINA: _____

**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): **DENILSON LUIS DA SILVA** Sinistro: **2014834775** Data: **30/07/2014**

Endereço do(a) Examinado(a): **Rua Coronel João Costa e Silva, 33A - Costa e Silva - João Pessoa - PB - CEP 58080-410**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSP / PB**] **2873588**

Data local do exame: [**22/10/2014**] **João Pessoa** [**PB**]

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)
LUXAÇÃO DO OMBRO ESQUERDO. VÍTIMA APRESENTA DEFORMIDADE DA ARTICULAÇÃO ACRÔMIO-CLAVICULAR, LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO OMBRO ESQUERDO, COM DÉFICIT DE FORÇA E DA CAPACIDADE DE SUSTENTAÇÃO DE CARGAS.

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.
LUXAÇÃO DO OMBRO ESQUERDO NÃO DIAGNOSTICADA CORRETAMENTE E NÃO TRATADA ADEQUADAMENTE.

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.

LIMITAÇÃO FUNCIONAL DO OMBRO ESQUERDO.

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):

OMBRO ESQUERDO

% do dano: () 10% residual () 25% leve
(**X**) 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

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.


João Fernandes de Souza - CRM: 2732 - PB

João Fernandes de Souza - CRM: 2732 - PB



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, DENILSON LUIZ DA SILVA, portador
da carteira de identidade nº 2.873.588-2ª VIA - PB e inscrito no CPF/MF sob o nº
064.444.544-09, residente e domiciliado na RUA EEL. JOAS COSTA
E SILVA, 333-A, COSTA E SILVA, e
Cidade JOAS PESSOA, Estado PARAÍBA, 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 DPVAT; ou
- (X) 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 a realização dessa perícia não
significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de
impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

X Denilson Luiz da Silva

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

JOAS PESSOA 19/09/14.

Local e data

FUTUROSEG
REGULAÇÃO DE SINISTROS

30 SET. 2014

Of

PÁGINA:

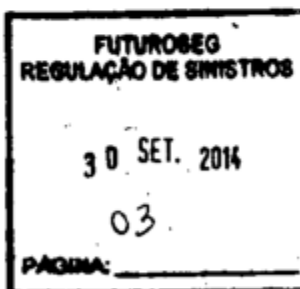
DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, DENILSON LUIZ DA SILVA

RG nº 2.873.588-2ª via data de expedição 23/10/2013, Órgão SSP/PR, CPF nº 064.444.544-09, 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 CORONEL JOÃO COSTA E SILVA</u>
Número	<u>333-A</u>
Apto / Complemento	<u>CASA</u>
Bairro	<u>COSTA E SILVA</u>
Cidade	<u>JOAS PESSOA</u>
Estado	<u>PARNABA</u>
CEP	<u>58080-410</u>
Telefone de contato	<u>(83) 3225-8167/8838-4807/8890-4343</u>
E-mail	<u>irandpvt@hotmail.com</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: JOAS PESSOA, 19/09/14Assinatura do Declarante: Denilson Luis da Silva

ELIZANGELA SANTOS DA SILVA
RUA CEL JOAO COSTA E SILVA, 333/A - COSTA E SILVA
JOAO PESSOA/PB CEP: 58080-410 (AQ: 1)

Classe/Subject: RESIDENCIAL / BANDA RENDA MONOFÁSICO
Roteiro: 11 - 2 - 342 - 420
Nº medidor: 00008172042

Referência: Fev / 2014
Entrega: 10/02/2014

ENERGISA PARANÁ - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
R. 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa/PB - CEP 58071-690
CNPJ 09.095.183/0001-40. Ins. Est. 18.015.823-0

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica Nº 000.796.287
Código para Débito Automático: 00013081414

0004 3d1b 8217.7b28 b3c7.1228 d85c.7c7b

CDC (Código do Consumidor): 6.13861414

Fev / 2014

18/02/2014

20/03/2014

3784401478
Faturas em atraso
FATURAS VENCIDAS ATÉ
O DIA 13/02/2014 PAGAS
OBRIGADOR

Data	Leitura	Data	Leitura
17/01/14	1544	19/02/14	1674

Descrição	Quantidade	Preço	Valor (R\$)
Consumo em kWh	30	0,10454	3,13
Consumo em kWh	70	0,17821	12,54
Consumo em kWh	30	0,20882	6,06

IMPOSTOS E ENCARGOS

PS			
COFINS			0,48
CONTRIB SERV LUM PÚBLICA			2,24
JUROS DE MORA 01/2014			1,30
JUROS DE MORA 12/2013			0,40
MULTA 01/2014			5,54
MULTA 12/2013			1,18
AS (Base de Cálculo)			0,83
			15,84

OUTROS SERVIÇOS PRESTADOS
ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 01/2014
ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 12/2013

			0,08
			0,19

Jan/14	178
Dez/13	108
Nov/13	128
Out/13	128
Set/13	138
Ago/13	123
Jul/13	124
Jun/13	153
Mai/13	138
Abr/13	140
Mar/13	128
Fev/13	138

Média dos últimos meses
138 kWh

VENCIMENTO
25/02/2014

TOTAL A PAGAR
R\$ 46,39

DIC MENSAL	8,20	0,00	MONETAR	720
DIC TRIMESTRAL	12,20			
DIC ANUAL	24,60			
DIC MENSAL	3,70	0,00	CONTRATADA	201
DIC TRIMESTRAL	7,47		LMITE INFERIOR	731
DIC ANUAL	14,96		LMITE SUPERIOR	731
	3,83	0,00		
	12,22			

Descrição	Valor (R\$)	%
Serviço de Dist. de Energia	11,83	25,07
Consumo de Energia	8,89	21,61
Serviço de Transmissão	0,71	1,53
Encargos Setoriais	1,41	3,04
Impostos Diretos e Encargos	22,41	48,31
Outros Serviços	0,75	0,54
Total	46,39	100,00

Valor do encargo de Uso do Sistema de Distribuição
(Ref. 12/2013) R\$ 10,82

ATENÇÃO
Esta fatura não deve ser paga diretamente no estabelecimento de atendimento ao cliente, mas sim no banco ou no caixa eletrônico.

**FUTUROSEG
REGULAÇÃO DE BINTISTROS**

30 SET. 2014

04

PÁGINA:



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

Av. Orestes Lisboa, S/N Conj. Pedro Gondim Joo Pessoa - Para'ba - Cep:58031-090 - CNES: 2593262 - FONE: (**83) 3216-5736 / 3216-5775

Boletim de Atendimento Emergencial: 772431

Identificação do paciente				
ID 768145	Nome DEHILSON LUIS DA SILVA	Sexo Masculino		
Data de nascimento 10/11/1986	Idade 27 anos 8 meses 20 dias	Estado civil SOLTEIRO(A)	Religião NAO INFORMADA	
Mãe MARIA FRANCISCO AURELINO		Pai ALMERINDO LUIS AURELINO		
Escolaridade		Responsável (Parentesco) O MESMO - O MESMO(A)		
DDD Móvel 83	Fone Móvel 88352378	DDD Fixo	Fone Fixo	
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 2873588	CNS		
Local de procedência BAIRRO DOS ESTADOS		Tipo BAIRRO	UF PB	
Email	Naturalidade CANGUARETAMA	CBO/R		
Endereço				
CEP 58080410	Município de residência JOAO PESSOA	Logradouro Coronel João Costa e Silva		
Número 333	Complemento	Bairro Emani Sátiro		
Admissão				
Data e Hora Prevista 30/07/2014 12:41:37 ✓	Número da pulseira 643007	Convênio SUS		
Especialidade CLINICA MEDICA	Clínica CLINICA MEDICA E NEURO			
Classificação de risco VERMELHA	Origem do paciente RUA			
Caráter de atendimento URGÊNCIA	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente VEICULO X MOTO		
Indicadores e Transporte				
Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não	
Meio de transporte CARRO PARTICULAR		Quem transportou LUIS AURELIANO DA SILVA		
Sinais Vitais				
PA _____ x _____ mmHg	Pulso	Temperatura	FUTUROSEQ REGULAÇÃO DE SINISTROS 10 OUT. 2014 PÁGINA: _____	
Exames complementares				
Rato X []	Sangue []	Urina []		TC []
Liquor []	ECG []	Ultrasonografia []		
Dados clínicos				
Diagnóstico				
Atendido por ADEIKSON CARLOS ALVES DE MORAIS			Tempo 02min 33seg	



CRUZ VERMELHA
BRASIL

Primeiro Atendimento Médico



643087 8E.: 772431

DENILSON LUIS DA SILVA

DT. NASC.: 10/11/1985

MAR.: MARIA FRANCISCO AURELIO

END.: Coronel Joao Costa e Silva

N. 333 - Ernani S. Irtre

JORD PESSOA

FOPE: ()

CELULAR: (03) 88352378

IDADE: 27 anos

DT. ENTRADA: 30/07/2014 12:41:37

PRIMEIRO ATENDIMENTO MÉDICO

NOME DO PACIENTE:

IDADE:

DADOS CLÍNICOS - MECANISMOS DO TRAUMA

*ferimento com arma branca
na região do abdômen, lesão em Ombro direito
e braço esquerdo.*

EXAME PRIMÁRIO

VIAS

AÉREAS ☒ Pervias () Obstruídas

CERVICAL IMOBILIZADA: () Sim ☒ Não

VENTILAÇÃO:

TRAQUEIA NA LINHA MEDIANA () Sim () Não

RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA () Sem dificuldade

() Com dificuldade

() VENTILAÇÃO MECÂNICA

() APNÉIA

AUSCUTA PULMONAR:

1- MURMÚRIO VESICULAR

HTD: () Presente e normal
() Rude
() Diminuído
() Ausente

HTE: () Presente e normal
() Rude
() Diminuído
() Ausente

2- RUJIDOS

() sim
() Não

HTD: Roncos
Sibilos
Estertores

HTE: Roncos
Sibilos
Estertores

FR: _____ imp

SaO₂: _____ %

CIRCULAÇÃO

COR DA PELE:

() Normal () Pálida () Cianótica

() Pletórica () Ictérica

TEMPERATURA DA PELE

() Normal () Quente () Fria

PULSO

() Normal () Aumentado

() Fino () Ausente

AUSCUTA CARDÍACA

RÍTIMO

() Regular () Irregular () Ausente

BULHAS

() Normatonéticas () Hipofonéticas

() Hipofonéticas () Ausente

SOPRO

() Presente () Ausente

BE OU B4

() Sim () Não

FC: _____ bpm PA: _____ X _____ mmHg T: _____ °C

ECG:

ABDOMEN:

**FUTUROSEG
REGULAÇÃO DE SINISTROS**

DÉFICIT NEUROLÓGICO

Pupilas: () Fotorreagente

() Paralisadas

() Isocóricas

() Anisocóricas

(diferença = _____ mm)

Escala de Glasgow:

ABERTURA OCULAR		MELHOR RESPOSTA VERBAL ESCALA VERBAL PEDIÁTRICA (<4anos)		MELHOR RESPOSTA MOTORA	
Espontânea	4	Consciente / Palavras apropriadas, sorriso social, fixa e segue objetos	5	Obedece aos comandos	6
A solicitação verbal	3	Confuso / Chora, mas é consolável	4	Localiza a dor	5
Ao continuo estímulo	2	Palavras inapropriadas / Irritado (persistente)	3	Retira o Membro	4
Nenhuma	1	Sons incompreensíveis / Inquieto	2	Flexão anormal (decorticação)	3
		Nenhuma / Nenhuma	1	Extensão Anormal (decerebração)	2
				Nenhuma	1
TOTAL:					



GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA
CENTRO DE IMAGEM

NOME: DENILSON LUIS DA SILVA

BE: 772431

DATA: 1/8/2014 10:09

DATA EXAME: 30.07.14

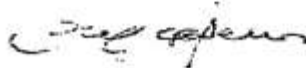
RX. OMBRO AP
ESTRUTURA E DENSIDADE ÓSSEA NORMAIS.
AUSÊNCIA DE FRATURA.

RX. TÓRAX AP
TRANSPARÊNCIA PULMONAR NORMAL.
SEIOS COSTO-FRÊNICOS LIVRES.
ARCOS COSTAIS SEM ALTERAÇÕES.

Exame(s) realizado(s) com limitações técnicas por ter sido feito em caráter de urgência/emergência.

Obs.: Sugerimos correlação clínica e laboratorial.

7


DR. CAIO MARIO MEDEIROS
RADIOLOGISTA CRM 3645

FUTUROSEG
REGULAÇÃO DE SINISTROS

30 SET. 2014

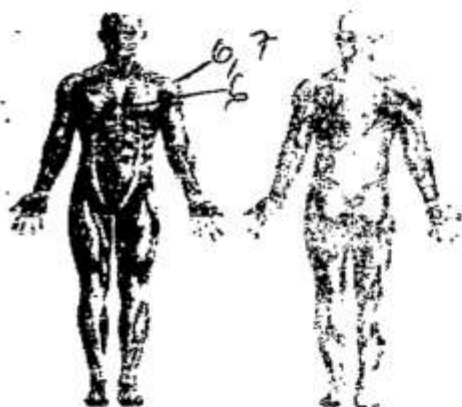
PÁGINA: 09

EXAME SECUNDÁRIO

ALERGIA: ☐ Não ☐ Sim: _____
 MEDICAMENTOS: ☐ Não ☐ Sim: _____
 IMUNIZAÇÃO: ☐ Não ☐ Sim: _____
 PATOLOGIA: ☐ Não ☐ Sim: _____
 ALIMENTOS INGERIDOS: ☐ Não ☐ Sim: _____

LOCAL DA LESÃO

Identifique o local com o número correspondente ao lado →



- | | |
|------------------------|---------------------------------|
| 1 Abrasão | 19 Fratura Óssea Fechada |
| 2 Amputação | 20 Fratura Óssea Aberta |
| 3 Avulsão | 21 Hematoma |
| 4 Contusão | 22 Ingurgitamento Nervoso |
| 5 Crepitação | 23 Laceração |
| 6 Dor | 24 Lesão Tendínea |
| 7 Edema | 25 Luxação |
| 8 Empalamento | 26 Mordedura |
| 9 Efisema subcutâneo | 27 Movimento torácico paradoxal |
| 10 Esmagamento | 28 Objeto Encravado |
| 11 Equimose | 29 Otorragia |
| 12 F. Arma Branca | 30 Paralisia |
| 13 F. Arma de Fogo | 31 Paresia |
| 14 F. Contuso | 32 Parestesia |
| 15 F. Cortante | 33 Queimadura |
| 16 F. Corto-Contuso | 34 Rinorragia |
| 17 F. Perfuro-Contuso | 35 Sinais de Isquemia |
| 18 F. Perfuro-Cortante | 36 |

OBS.:

QUEIMADURA:

Superfície corporal lesada (regra da palma%) _____ % Graus de queimadura: ☐ 1º grau ☐ 2º grau ☐ 3º grau

EXAMES SOLICITADOS

☒ Radiografias ☐ Lavado peritonal
☐ Ultrassonografia (FAST) ☐ Gasometria arterial
☐ Tomografia computadorizada ☐ Tipagem sanguínea

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

CONDIÇÕES E PROCEDIMENTOS	CÓDIGO	ASSINATURA E CARIMBO
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO

Solicito parecer da _____ às _____ do dia ____
 Solicito parecer da _____ às _____ do dia ____

DESTINO DO PACIENTE

DATA DA SAÍDA: 02/09/14
 HORAS: _____
☐ Centro cirúrgico ☐ Transferência (unidade de saúde) ☐ Internado (setor) _____
☐ Hospitalar ☐ Decisão médica ☐ A pedido ☐ A reavalia ☐ Desistência
☐ Até 48 hs. ☐ Após 48 hs. ☐ Família ☐ JIML ☐ SVO

FUTUROSEG
REGULAÇÃO DE SINISTROS

30 SET. 2014

PÁGINA: 10

ORTO 30/07/14

Paciente referido por no anexo.
Apresenta lesões e edema local.

Redigida sem sinais de fratura.

CD.: Rota simples.

Análise.

Atto da OMO.

Dr. Rômulo Soares de...
033 002833/CRM PB 2833
CPF 181.533.504-68

FUTUROSEG REGULAÇÃO DE SINISTROS
30 SET. 2014
11
PÁGINA: _____

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAÍBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL V-02

INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA P-917

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO





Denilson Luis da Silva

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2.873.588 -2 VIA DATA DE EXPEDIÇÃO 23/10/2013

NOME DENILSON LUIS DA SILVA

FILIAÇÃO ALMERINDO LUIS AURELINO MARIA FRANCISCO AURELINO

NATURALIDADE CANGUARETAMA-RN DATA DE NASCIMENTO 10/11/1986

DOC ORIGEM

NASC. N. 4422 FLS. 201 LIV. A09

CARTÓRIO FORMOSA RN

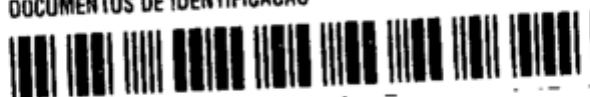
064.444.544-09

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI N° 7.116 DE 29/08/83

DOCUMENTOS DE IDENTIFICAÇÃO

*1004037



FUTUROSEG

REGULAÇÃO DE SINISTROS

30 SET. 2014

12

PÁGINA

Curitiba, 30 de Setembro de 2014

Ilmo. (a) Senhor (a).
Nome: Denilson Luis da Silva
End: Rua Coronel Joao Costa e Silva, 33
Cidade: Joao Pessoa - PB

OUTROS

1004054



Prezado (a) Senhor (a):

REF: SEGURO DPVAT - 2014/834775
Sinistro de Invalidez - DENILSON LUIS DA SILVA

Servimo-nos da presente para informar-lhe que recepcionamos o processo acima mencionado em 30/09/2014, o qual foi alvo de nossa maior atenção. Após verificação aos documentos apresentados constatamos a necessidade de documento(s) complementar(es), o(s) qual(is) citamos abaixo:

- Deverá ser apresentado junto ao processo;

1. Nova Autorização de Pagamento preenchida e assinada.
2. Quando o registro for por ato declaratório, será indispensável a apresentação de documento adicionais, contemporâneos ao acidente, que demonstrem e comprovem a existência do acidente, as circunstâncias e a participação do interessado. Como exemplo citamos: Certidão do Corpo de Bombeiros, Polícia Militar, Civil, Rodoviária Federal, Anjos do Asfalto, Concessionárias de Via Públicas ou Similares, SAMU, Defesa Civil, Inquerito Policial ou Aviso De Sinistros em Seguradora Do Ramo Auto

Diante do exposto, ficaremos no aguardo de referidos documentos para podermos encaminhar o processo à Seguradora Lider/Consortio -DPVAT, para finalização.

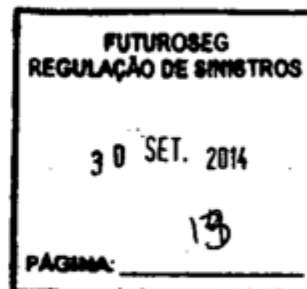
Tal procedimento esta em conformidade com normas estabelecidas pela Seguradora Lider /Consórcios do Seguro DPVAT.

Por fim, consideramos interrompido o prazo prescricional de 30 dias para regulação do processo.

Certo de sua compreensão fica a disposição para esclarecimentos que julgue necessário.

Atenciosamente,

FUTURO SEG
Reguladora de Sinistros





Seguradora Líder - DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

ID

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA DENILSON LUIZ DA SILVA
DATA DO ACIDENTE 30/07/14 CPF DA VÍTIMA 064.444.544-09
PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO IRANILDO MUNIZ ELAUDINO
QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR VÍTIMA (☒ REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM A VÍTIMA É)
ENDEREÇO DO PORTADOR RUA COMENEL JOIAS COSTA E SILVA
Nº 333-A COMPLEMENTO 043A BAIRRO COSTA E SILVA
CIDADE JOIAS PIAUÍ UF PI CEP 58080-410
E-MAIL IRANDPVAT@HOTMAIL.COM TELEFONE (83) 8890-4343

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- ☒ REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- ☒ CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☒ CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☒ LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- ☒ NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA
- ☒ BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☒ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- ☒ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TALS 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 VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- ☐ REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- ☐ CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
- ☐ NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIAS ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- ☐ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TALS 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 VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- MORTE = R\$ 13.500,00
- INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI Nº 1547/74.
- DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO), ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.

- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA
- COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
- PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSO WWW.PATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE 0800 115 546 DPVAT 0800 033 1204

FUTUROSEG REGULADOR DE SINISTROS

30 SET. 2014

14

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

IDENTIDADE

ASSINATURA

ASSINATURA

20/09/14

DATA

NOME

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

FUTUROSEG - DEP. 008

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAÍBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL V-02

INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA P-917

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO





Denilson Luis da Silva

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2.873.588 -2 VIA DATA DE EXPEDIÇÃO 23/10/2013

NOME DENILSON LUIS DA SILVA

FILIAÇÃO ALMERINDO LUIS AURELINO MARIA FRANCISCO AURELINO

NATURALIDADE CANGUARETAMA-RN DATA DE NASCIMENTO 10/11/1986

DOC ORIGEM

NASC. N. 4422 FLS. 201 LIV. A09

CARTÓRIO FORMOSA RN

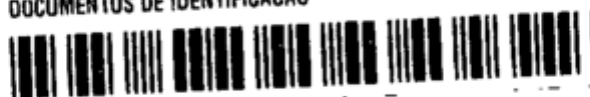
064.444.544-09

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI N° 7.116 DE 29/08/83

DOCUMENTOS DE IDENTIFICAÇÃO

*1004037



FUTUROSEG

REGULAÇÃO DE SINISTROS

30 SET. 2014

12

PÁGINA



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

Av. Orestes Lisboa, S/N Conj. Pedro Gondim Joo Pessoa - Para'ba - Cep:58031-090 - CNES: 2593262 - FONE: (**83) 3216-5736 / 3216-5775

Boletim de Atendimento Emergencial: 772431

Identificação do paciente				
ID 768145	Nome DEHILSON LUIS DA SILVA	Sexo Masculino		
Data de nascimento 10/11/1986	Idade 27 anos 8 meses 20 dias	Estado civil SOLTEIRO(A)	Religião NAO INFORMADA	
Mãe MARIA FRANCISCO AURELINO		Pai ALMERINDO LUIS AURELINO		
Escolaridade		Responsável (Parentesco) O MESMO - O MESMO(A)		
DDD Móvel 83	Fone Móvel 88352378	DDD Fixo	Fone Fixo	
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 2873588	CNS		
Local de procedência BAIRRO DOS ESTADOS		Tipo BAIRRO	UF PB	
Email	Naturalidade CANGUARETAMA	CBO/R		
Endereço				
CEP 58080410	Município de residência JOAO PESSOA	Logradouro Coronel João Costa e Silva		
Número 333	Complemento	Bairro Emani Sátiro		
Admissão				
Data e Hora Prevista 30/07/2014 12:41:37 ✓	Número da pulseira 643007	Convênio SUS		
Especialidade CLINICA MEDICA	Clínica CLINICA MEDICA E NEURO			
Classificação de risco VERMELHA	Origem do paciente RUA			
Caráter de atendimento URGÊNCIA	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente VEICULO X MOTO		
Indicadores e Transporte				
Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não	
Meio de transporte CARRO PARTICULAR		Quem transportou LUIS AURELIANO DA SILVA		
Sinais Vitais				
PA _____ x _____ mmHg	Pulso	Temperatura	FUTUROSEQ REGULAÇÃO DE SINISTROS 10 OUT. 2014 PÁGINA: _____	
Exames complementares				
Rato X []	Sangue []	Urina []		TC []
Liquor []	ECG []	Ultrasonografia []		
Dados clínicos				
Diagnóstico				
Atendido por ADEIKSON CARLOS ALVES DE MORAIS			Tempo 02min 33seg	



CRUZ VERMELHA
BRASIL

Primeiro Atendimento Médico



643087 8E.: 772431

DENILSON LUIS DA SILVA

DT. NASC.: 10/11/1985

MAR: MARIA FRANCISCO AURELIO

END.: Coronel Joao Costa e Silva

N. 333 - Ernani S. Irtre

JORD PESSOA

FOPE: ()

CELULAR: (03) 88352378

IDADE: 27 anos

DT. ENTRADA: 30/07/2014 12:41:37

PRIMEIRO ATENDIMENTO MÉDICO

NOME DO PACIENTE:

IDADE:

DADOS CLÍNICOS - MECANISMOS DO TRAUMA

*ferimento com arma branca
na região do abdômen, lesão em Ombro direito
e braço esquerdo.*

EXAME PRIMÁRIO

VIAS

AÉREAS ☒ Pervias () Obstruídas

CERVICAL IMOBILIZADA: () Sim ☒ Não

VENTILAÇÃO:

TRAQUEIA NA LINHA MEDIANA () Sim () Não

RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA () Sem dificuldade

() Com dificuldade

() VENTILAÇÃO MECÂNICA

() APNÉIA

AUSCUTA PULMONAR:

1- MURMÚRIO VESICULAR

HTD: () Presente e normal
() Rude
() Diminuído
() Ausente

HTE: () Presente e normal
() Rude
() Diminuído
() Ausente

2- RUJIDOS

() sim
() Não

HTD: Roncos
Sibilos
Estertores

HTE: Roncos
Sibilos
Estertores

FR: _____ imp

SaO₂: _____ %

CIRCULAÇÃO

COR DA PELE:

() Normal () Pálida () Cianótica

() Pletórica () Ictérica

TEMPERATURA DA PELE

() Normal () Quente () Fria

PULSO

() Normal () Aumentado

() Fino () Ausente

AUSCUTA CARDÍACA

RÍTIMO

() Regular () Irregular () Ausente

BULHAS

() Normatonéticas () Hipofonéticas

() Hipofonéticas () Ausente

SOPRO

() Presente () Ausente

BE OU B4

() Sim () Não

FC: _____ bpm PA: _____ X _____ mmHg T: _____ °C

ECG:

ABDOMEN:

**FUTUROSEG
REGULAÇÃO DE SINISTROS**

DÉFICIT NEUROLÓGICO

Pupilas: () Fotorreagente

() Paralisadas

() Isocóricas

() Anisocóricas

(diferença = _____ mm)

Escala de Glasgow:

ABERTURA OCULAR		MELHOR RESPOSTA VERBAL ESCALA VERBAL PEDIÁTRICA (<4anos)		MELHOR RESPOSTA MOTORA	
Espontânea	4	Consciente / Palavras apropriadas, sorriso social, fixa e segue objetos	5	Obedece aos comandos	6
A solicitação verbal	3	Confuso / Chora, mas é consolável	4	Localiza a dor	5
Ao continuo estímulo	2	Palavras inapropriadas / Irritado (persistente)	3	Retira o Membro	4
Nenhuma	1	Sons incompreensíveis / Inquieto	2	Flexão anormal (decorticação)	3
		Nenhuma / Nenhuma	1	Extensão Anormal (decerebração)	2
				Nenhuma	1
TOTAL:					



GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA
CENTRO DE IMAGEM

NOME: DENILSON LUIS DA SILVA

BE: 772431

DATA: 1/8/2014 10:09

DATA EXAME: 30.07.14

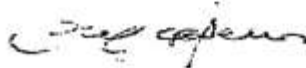
RX. OMBRO AP
ESTRUTURA E DENSIDADE ÓSSEA NORMAIS.
AUSÊNCIA DE FRATURA.

RX. TÓRAX AP
TRANSPARÊNCIA PULMONAR NORMAL.
SEIOS COSTO-FRÊNICOS LIVRES.
ARCOS COSTAIS SEM ALTERAÇÕES.

Exame(s) realizado(s) com limitações técnicas por ter sido feito em caráter de urgência/emergência.

Obs.: Sugerimos correlação clínica e laboratorial.

7


DR. CAIO MARIO MEDEIROS
RADIOLOGISTA CRM 3645

FUTUROSEG
REGULAÇÃO DE SINISTROS

30 SET. 2014

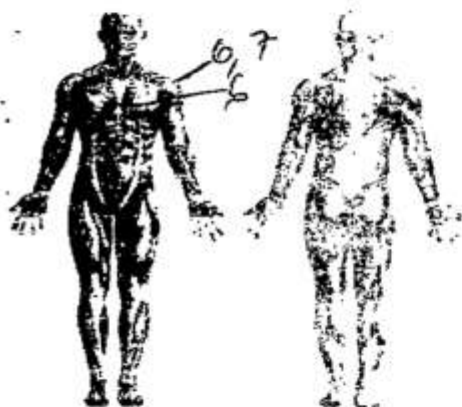
PÁGINA: 09

EXAME SECUNDÁRIO

ALERGIA: ☐ Não ☐ Sim: _____
 MEDICAMENTOS: ☐ Não ☐ Sim: _____
 IMUNIZAÇÃO: ☐ Não ☐ Sim: _____
 PATOLOGIA: ☐ Não ☐ Sim: _____
 ALIMENTOS INGERIDOS: ☐ Não ☐ Sim: _____

LOCAL DA LESÃO

Identifique o local com o número correspondente ao lado →



- | | |
|------------------------|---------------------------------|
| 1 Abrasão | 19 Fratura Óssea Fechada |
| 2 Amputação | 20 Fratura Óssea Aberta |
| 3 Avulsão | 21 Hematoma |
| 4 Contusão | 22 Ingurgitamento Nervoso |
| 5 Crepitação | 23 Laceração |
| 6 Dor | 24 Lesão Tendínea |
| 7 Edema | 25 Luxação |
| 8 Empalamento | 26 Mordedura |
| 9 Efisema subcutâneo | 27 Movimento torácico paradoxal |
| 10 Esmagamento | 28 Objeto Encravado |
| 11 Equimose | 29 Otorragia |
| 12 F. Arma Branca | 30 Paralisia |
| 13 F. Arma de Fogo | 31 Paresia |
| 14 F. Contuso | 32 Parestesia |
| 15 F. Cortante | 33 Queimadura |
| 16 F. Corto-Contuso | 34 Rinorragia |
| 17 F. Perfuro-Contuso | 35 Sinais de Isquemia |
| 18 F. Perfuro-Cortante | 36 |

OBS.:

QUEIMADURA:

Superfície corporal lesada (regra da palma%) _____ % Graus de queimadura: ☐ 1º grau ☐ 2º grau ☐ 3º grau

EXAMES SOLICITADOS

☒ Radiografias ☐ Lavado peritonal
☐ Ultrassonografia (FAST) ☐ Gasometria arterial
☐ Tomografia computadorizada ☐ Tipagem sanguínea

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

CONDIÇÕES E PROCEDIMENTOS	CÓDIGO	ASSINATURA E CARIMBO
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO

Solicito parecer da _____ às _____ do dia ____
 Solicito parecer da _____ às _____ do dia ____

DESTINO DO PACIENTE

DATA DA SAÍDA: 02/09/14
 HORAS: _____
☐ Centro cirúrgico ☐ Transferência (unidade de saúde) ☐ Internado (setor) _____
☐ Hospitalar ☐ Decisão médica ☐ A pedido ☐ A reavalia ☐ Desistência
☐ Até 48 hs. ☐ Após 48 hs. ☐ Família ☐ JIML ☐ SVO

FUTUROSEG
REGULAÇÃO DE SINISTROS

30 SET. 2014

10

PÁGINA:

ORÇTO 30/07/14

Paciente referido por no ombro.
Apresenta dor e inchaço local.

Rod.ografia sem sinais de fratura.

CD.: Ripa Simples.

Análise.

Atto da OMO.

Dr. Rômulo Soares de...
033 002833/CRM PB 2833
CPF 181.533.504-68

FUTUROSEG REGULAÇÃO DE SMISTROS
30 SET. 2014
11
PÁGINA: _____