



Número: **0000255-14.2020.8.17.2780**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Vara Única da Comarca de Itapetim**

Última distribuição : **29/09/2020**

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

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
INALDO BRAGA DA SILVA (AUTOR)	ARIANNY INACIO DE OLIVEIRA MELO (ADVOGADO)
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)	

Documentos

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
71442 021	23/11/2020 14:16	<u>ANEXO 1</u>	Outros (Documento)



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 19 de Agosto de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200294548 Vítima: INALDO BRAGA DA SILVA

Data do Acidente: 11/04/2020 Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), INALDO BRAGA DA SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de até 30 (trinta) dias, contados a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 16045368



Pag. 00967/00968 - carta 01 - INVÁLIDEZ



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 23/11/2020 14:16:28
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2011231416286520000070044040>
Número do documento: 2011231416286520000070044040

Nº 71442021 - Pág. 1



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 21 de Agosto de 2020

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3200294548 Vítima: INALDO BRAGA DA SILVA

Data do Acidente: 11/04/2020 Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), INALDO BRAGA DA SILVA

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Foi verificado que o(a) senhor(a) é proprietário(a) do veículo envolvido no acidente e, por não ter efetuado o pagamento do prêmio do Seguro DPVAT até o vencimento, não terá direito à indenização, conforme Resolução CNSP nº 332, de 2015.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00917/00918 - carta_11 - INVALIDEZ

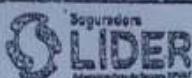


00040459



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 23/11/2020 14:16:28
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20112314162865200000070044040>
Número do documento: 20112314162865200000070044040

Num. 71442021 - Pág. 2



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha(s) tipo(s) de cobertura:

 DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MÓRTIS

2 - N° do sinistro ou ASU:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:

025.490.494-10 INALDO BRAGA DA SILVA

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E NÚMERO DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 443/2012

5 - Nome completo:

INALDO BRAGA DA SILVA

5 - CPF:

025.490.494-10

7 - Profissão:

Agricultor

8 - Endereço:

JOSE VALDIVINO

9 - Número:

25

10 - Complemento:

CASA SINDAR

11 - Bairro:

Centro

12 - Cidade:

ITAPEMIM

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

56.220-000

15 - E-mail:

16 - Tel. (DD DD):

82 99918 1422

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 6 A 18 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

DADOS CADASTRAIS

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovente, anexo (ANEXAR CóPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTRA

RECUSO INFORMAR
 SEM RENDA

R\$1.00 A R\$1.000,00
 R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCARIOS: CONTA POUPO/CONTAS DE INVESTIMENTO CONTA CORRENTE CONTA DE INVESTIMENTO NA INDENIZAÇÃO DAMS CURADOR/OUTROS CONTA POUPO/ANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

Bradesco (237) Itaú (341)

Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 2170 9

(Informar o dígito se aplicável)

CONTA: 11.032 9

(Informar o dígito se aplicável)

 CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

(Informar o dígito se aplicável)

CONTA:

(Informar o dígito se aplicável)

(Informar o dígito se aplicável)

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da Indenização/reembolso do Seguro DPVAT e que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas de Lei, que astou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento da Indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias/lo pedido.

Solicito o prosseguimento da análise de meu pedido de Indenização do Seguro DPVAT, por invalides permanentes, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Lider para verificação de existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, se discordar do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MÓRTIS

25 - Local de falecimento: Subúrbio Distrito rural Distrito urbano Residencial Industrial Rural de vila/centro26 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou cônjugue(s): Sim Não

27 - Se a vítima deixou cônjugue(s), informar o nome completo

28 - Vítima: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	30 - A vítima deixou seguro (varas/licit)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/>
--	---	--	--	---	--

Noto claramente que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a Indenização do Seguro DPVAT por morte àquelas beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omisão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 298 do Código Penal.

34 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não effeblizado

35 - Nome legível de quem assina o pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina o pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina o pedido (a rogo)

38 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

ITAPEMIM - PE 16/08/2020
Inaldo Braga da Silva

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

de 2

28/04/2020 09:38



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLICIA DA 170ª CIRCUNSCRIÇÃO - ITAPETIM -
DP170ª CIRC DINTER2/20º DESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N.º 20E0260000167

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 29/04/2020 às 10:54

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Chinan (Bananeiral)
que aconteceu no dia 11/4/2020 no período da Tarde

Fato ocorrido no endereço: SÍTIO MIGUEL - ZONA RURAL -
ITAPETIM/PERNAMBUCO/BRASIL Próximo ao MUNICÍPIO DE ITAPETIM, 91.
SÍTIO MIGUEL - ZONA RURAL - Bairro: CENTRO -
ITAPETIM/PERNAMBUCO/BRASIL
Local do Fato: VIA PÚBLICA

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

A PRÓPRIA VÍTIMA (AUTOR / AGENTE)
CARLOS EDUARDO CAMPOS DA SILVA (TESTEMUNHA)
CLECIANO CLEBSON DA COSTA (TESTEMUNHA)
INALDO BRAGA DA SILVA (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(s)
Sr(a): INALDO BRAGA DA SILVA

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

INALDO BRAGA DA SILVA (presente no plantão) - Sexo: Masculino Mãe: MARIA
ALEXANDRE DA SILVA Data de Nascimento: 12/12/1978 Naturalidade: ITAPETIM /
PERNAMBUCO / BRASIL Documento: 5139668/ADS/PE (RG) Estado Civil: CASADO(A)
Escolaridade: 1º. GRAU COMPLETO Profissão: AGRICULTOR(A)
Endereço Residencial: MUNICÍPIO DE ITAPETIM, 49, RUA POETA PEDRO AMORIM - CEP:
550000000 - Bairro: PAULO VI - ITAPETIM/PERNAMBUCO/BRASIL

CARLOS EDUARDO CAMPOS DA SILVA (não presente no plantão) - Sexo:
Masculino Mãe: SUELY FERREIRA CAMPOS Data de Nascimento: 8/1/1981 Naturalidade:
ITAPETIM / PERNAMBUCO / BRASIL Documento: 7896873/SDS/PE (RG) Estado Civil:
CASADO(A) Escolaridade: DESCONHECIDO Profissão: AGRICULTOR(A)
Endereço Residencial: MUNICÍPIO DE ITAPETIM, 61, TRAVESSA BOA ESPERANÇA - CEP:
550000000 - Bairro: PAULO VI - ITAPETIM/PERNAMBUCO/BRASIL

CLECIANO CLEBSON DA COSTA (não presente no plantão) - Sexo: Masculino Mãe:
MARIA HEUMA RIBEIRO DA COSTA Data de Nascimento: 4/11/1987 Naturalidade: ITAPETIM /
PERNAMBUCO / BRASIL Documento: 2948423/SSP/RN (RG) Estado Civil: CASADO(A)
Escolaridade: DESCONHECIDO Profissão: AGRICULTOR(A)
Endereço Residencial: MUNICÍPIO DE ITAPETIM, 61, RUA POETA PEDRO AMORIM - CEP:
550000000 - Bairro: PAULO VI - ITAPETIM/PERNAMBUCO/BRASIL



Boletim de Ocorrência

file:///C:/Users/POLICIA CIVIL/mfpol/xml/VBOEP

A PRÓPRIA VÍTIMA (presente no plantão) - Sexo: Masculino Mão: MARIA ALEXANDRE DA SILVA Data de Nascimento: 13/12/1975 Naturalidade: ITAPETIM / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 8129688/SDS/PE (RG) Estado Civil: CASADO(A) Endereço Residencial: MUNICÍPIO DE ITAPETIM, 49, RUA POETA PEDRO AMORIM - CEP: 550000000 - Bairro: PAULO VI - ITAPETIM/PERNAMBUCO/BRASIL

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

**VEÍCULO STRADA (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): INALDO BRAGA DA SILVA, que estava em posse do(a) Sr(a): INALDO BRAGA DA SILVA
Categoria/Marca/Modelo: CAMINHONETE/FIAT/STRADA Objeto apreendido: NÃO
Cor AZUL - Quantidade: 01 (UNIDADE)**

Descrição: VEÍCULO- CAMINHONETE ESTRADA, PLACAS NXW 1716- CHASSI 8BD27Z020MBT300001- COR AZUL- PROPRIETÁRIO INALDO BRAGA DA SILVA, QUE ESTAVA NA POSSE DO PROPRIETÁRIO.

Complemento / Observação

EM 29/04/2020, COMPARCEU A ESTA DELEGIACIA A VÍTIMA ACIMA IDENTIFICADA, TENDO RELATADA QUE EM 11/04/2020, FORA VÍTIMA DE ACIDENTE AUTOMOBILISTICO, (TIPO COLISÃO), CONFORME DECLARAÇÃO EMITIDA PELO HOSPITAL DESTE MUNICÍPIO, DESENDO A VÍTIMA, O FATO OCORreu NO SITIO MIGUEL, MUNICÍPIO DE ITAPETIM/PE, TENDO FRATURADO A Perna DIREITA DO AUTOR, SENDO SOCORRIDO PARA O HOSPITAL LOCAL E POSTERIORMENTE TRASFERIDO PARA O HOSPITAL DA CIDADE DE AFOGADOS DA INGAZERA/PE, ONDE FORA REALIZADO PROCESSEMENTO CIRÚRGICO. POR FIM, INFORMA QUE NO PROCEDIMENTO CIRÚRGICO FOI COLOCADO DOIS PINOS NA Perna DIREITA.

Assinatura da(s) pessoa(s) presente nesta unidade policial

Inaldo Braga da Silva
**INALDO BRAGA DA SILVA
(VITIMA)**

**A PRÓPRIA VÍTIMA
(AUTOR / AGENTE)**

B.O. registrado por: FRANCISCO ADAILSON CAMISSIMIRO DE SOUSA - Matrícula: 3876786





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha(s) tipo(s) de cobertura:

 DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MÓRTIS

2 - N° do sinistro ou ASU:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:

025.490.494-10 INALDO BRAGA DA SILVA

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E NÚMERO DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VITIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 443/2012

5 - Nome completo:

INALDO BRAGA DA SILVA

5 - CPF:

025.490.494-10

7 - Profissão:

Agricultor

8 - Endereço:

JOSE VALDIVINO

9 - Número:

25

10 - Complemento:

CASA SINDAR

11 - Bairro:

Centro

12 - Cidade:

ITAPEMIM

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

56.220.000

15 - E-mail:

16 - Tel. (DD DD):

82 99918 1422

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VITIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 8 A 18 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovente, anexo (ANEXAR CóPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA

RECUSO INFORMAR
 SEM RENDA

R\$1.00 A R\$1.000,00
 RS1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCARIOS: CONTA POUPO/CONTROLE DE INVESTIMENTO CONTA CORRENTE CONTA DE INVESTIMENTO DE CAPITAL CONTA DE INVESTIMENTO DE CAPITAL DE RENDA FIXA CONTA POUPO/CONTROLE DE INVESTIMENTO (Somente para os bancos abaixo. Anexe uma opção)

Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

 CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 2170

9 CONTA: 11.032

(Informar o dígito se eletrônico)

(Informar o dígito se eletrônico)

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(Informar o dígito se eletrônico)

(Informar o dígito se eletrônico)

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da Indenização/reembolso do Seguro DPVAT e que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas de Lei, que astou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento da Indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- o Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- o O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- o O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias/lo pedido.

Solicito o prosseguimento da análise de meu pedido de Indenização do Seguro DPVAT, por invalides permanentes, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Lider para verificação de existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, se discordar do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MÓRTIS

25 - Local de falecimento: Suburbano Rural Industrial Residencial Outros (escrever)26 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou cônjugue(s): Sim Não

27 - Se a vítima deixou cônjugue(s), informar o nome completo

28 - Vítima: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	30 - A vítima deixou seguro (varas/licitas): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/>
--	---	--	--	---	--

Noto claramente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a Indenização do Seguro DPVAT por morte àquelas beneficiárias que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omisão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 298 do Código Penal.

34 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não effeletuado

35 - Nome legível de quem assina o pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina o pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina o pedido (a rogo)

38 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

ITAPEMIM - PE 16/08/2020
Inaldo Braga da Silva

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

IN

Protocolo de P.D.P. N.º 09-2020-DPS-PRM

Colaborador: CLAUDIO Bento
do TECNICO = PETRÓNIO GOMES

- TECNICO DE CLASSIFICAÇÕES DE SCIO
- VANESSA LIMA SILVA NUNES
10 M.º DE SUCESSO IMPRES

RECORTE = LIGANTE DO C. DO

CONDUTOR = EXPEDITO

APÓIO = JOSÉ ROBERTO

V.G. = RANGEL

D. GERALDO LUDINHA

Na Deu em 2020 às 17:30 O SENHOR JOSÉ
BRAGA DA SILVA, id: 44 ANOS. APÓIS SUFERE
UM ACIDENTE AUTOMOBILISTICO ONDE O
MESMO TEVE SEU MDP PRECIONADO NO
CABO, REALIZANDO A FERIDA X E MESMO
COM FRATURA E COM CORTE NO CABO O
FRATURA E SOVRENDO, AVALIADO POR S
Drs. CHAVES COM H.D = FRACTURA, FELHA
BLISTERADA PRA RECUPERAÇÃO ORTUFICA SEM
TIAS, END: POETA PEDRO AMORIM N: 49 CONS
TO AB. NACIONAL MUNICIPAL DIRET. PR: 12 CX 80
EDIFÍCIO LORCA.

GRANDE





Secretaria Municipal
de Saúde Itapetim

U.M.M.S

UNIDADE MISTA MARIA SILVA

Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
Itapetim - PE - FuSAM / SUS / PE

BOLETIM DE EMERGÊNCIA

Nº

Data e Hora:	Data Nasc.: 33.12.75		
Nome: Franklin Braga da Silva			
Mae: Maria Alzamires da Silva			
Profissão: Agropecuária	Sexo: m	Estado Civil: Casado	Escolaridade: Ensino Médio
Responsável:			
End. do Paciente: Rua: R. Itaera Peixoto Andrade n.49 conj: Jardim Braga, bairro:			
Bairro: Miguel Arraes	Município: Itapetim - PE	Fone: 8997449752	
Cartão SUS: 706400642057486	Doc. Identidade: 55304559		
Type de Atendimento:	Raça/Cor:		
<input checked="" type="checkbox"/> Acidente de Trânsito	Acidente de Trabalho <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Preto	Pardo <input checked="" type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Agredido	Consulta <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Amarelo	Indígena <input type="checkbox"/>

Pressão Arterial:	P脉:	Temperatura:	Peso:
História e Exame Físico: <p>Paciente sofreu acidente automobilístico quando sofreu desprendimento do fêmur direito com fratura de 1º malação ao direito e ferimento contuso no pé direito (dorsa do pé)</p>			

Tratamento: <p>Foi realizada curativo e o paciente foi encaminhado para Afogados da Ingazeira onde foi submetida a cirurgia corretiva</p>
--

Impressão Diagnóstica: Fratura do 1º malação direito
--

Destino do Paciente: Residência <input type="checkbox"/>	Internado <input type="checkbox"/>	Transferido <input checked="" type="checkbox"/>
Removido para Hospital: HOSPITAL ENILZA CORDEIRO		
Óbito às	hs do dia	

Médico - Carimbo e CRM: <i>Elson W. M.</i>	Cláudia de Souza Leão Bilu Médica CRM/PE 7308
---	---





CONSTRUINDO NO PRESENTE, PENSANDO NO FUTURO

Unidade Mista Maria Silva

Código: 2703505 CNPJ: 11.358.157/0001-00

Rua Paulino Soares, s/n- Itapetim - Pernambuco.

CEP: 56720-000

Telefone: (87) 3853.1006

Umms_ita@hotmail.com

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins, que o senhor Inaldo Braga da Silva, 44 anos, reside no Conjunto Habitacional Miguel Arras de Alencar zona urbana de Itapetim-Pe, foi vítima de um acidente automobilístico (colisão) com um pilar no dia 11 de Abril de 2020, deu entrada nesta Unidade de saúde às 17:30 horas, o mesmo estava acordado, orientado, apresentando corte, fratura e sangramento em MID, feito raio-x e constatado fratura de membro, o mesmo foi atendido pela equipe de plantão e liberado para aguardar atendimento especializado na cidade de Afogados da Ingazeira.

Itapetim-PE, 28 de Abril de 2020.

Alysson Magno da Silva Salvador

Diretor UMMMS

Alysson Magno da Silva Salvador

Diretor Administrativo

Unidade Mista Maria Silva

11.358.157/0001-00

Unidad e Mista Maria Silv

Rua paulmo Soares S N

CEP. 56.720-000

ITAPETIM - PE

Rua Paulino Soares, S/N- Centro-CEP 56.720-000-Itapetim-PE-Fone-(0xx87)3853-1006

CNPJ: 11.358.157/0001-00-E_mail: umms_ita@hotmail.com

Digitalizado com CamScanner



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 23/11/2020 14:16:28
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20112314162865200000070044040>
Número do documento: 20112314162865200000070044040

Num. 71442021 - Pág. 9



Digitalizado com CamScanner



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 23/11/2020 14:16:28
<https://pjje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20112314162865200000070044040>
Número do documento: 20112314162865200000070044040

Num. 71442021 - Pág. 10

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0231041/20

Vítima: INALDO BRAGA DA SILVA

CPF: 025.490.494-70

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 11/04/2020

CPF de: Próprio

Titular do CPF: INALDO BRAGA DA SILVA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação

INALDO BRAGA DA SILVA : 025.490.494-70

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 18/08/2020
Nome: INALDO BRAGA DA SILVA
CPF: 025.490.494-70

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 18/08/2020
Nome: JOSEANA MIRANDA LEITE RODRIGUES
CPF: 008.614.524-02

INALDO BRAGA DA SILVA

JOSEANA MIRANDA LEITE RODRIGUES



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 23/11/2020 14:16:28
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20112314162865200000070044040>
Número do documento: 20112314162865200000070044040

Num. 71442021 - Pág. 11