



Número: **0032938-16.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção A da 17ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **23/07/2020**

Valor da causa: **R\$ 11.137,50**

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado
<b>RODRIGO MARTINS CARNEIRO DA SILVA (AUTOR)</b>		<b>ADSON JOSE ALVES DE FARIAS (ADVOGADO)</b>
<b>COMPANHIA EXCELSIOR DE SEGUROS (REU)</b>		<b>RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO)</b>
<b>CLAUDIO DA CUNHA CAVALCANTI NETO (PERITO)</b>		
Documentos		
Id.	Data da Assinatura	Documento
70472 493	04/11/2020 09:37	<a href="#"><u>2748111_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01</u></a>
		<b>Petição em PDF</b>



**EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 17ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE RECIFE/PE**

**Processo: 00329381620208172001**

**CIA EXCELSIOR DE SEGUROS**, empresas seguradoras previamente qualificadas nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada, por seus advogados que esta subscreve, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **RODRIGO MARTINS CARNEIRO DA SILVA**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem mui respeitosamente, à presença de V. Ex.ª, em cumprimento ao referido despacho de fls., expor para ao final requerer o que se segue:

**DESCABIMENTO DE RENOVAÇÃO DE PLEITO INDENIZATÓRIO**

**LESÃO PREEXISTENTE NO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO**

Inicialmente, deve-se sopesar o fato da parte autora ter pleiteado administrativamente verba indenizatória DPVAT em virtude de acidente automobilístico ocorrido em 12/09/2016, ocasião em que adquiriu lesão no membro superior esquerdo.

Frisa-se que a parte autora requereu o recebimento do Seguro Obrigatório DPVAT em decorrência de LESÃO NO MEMBRO INFERIOR DIREITO, vindo a receber o valor de R\$945,00, ou seja, o requerente sustenta seu pleito indenizatório em lesão idêntica a que fora recebida anteriormente.

Constata-se que os documentos acostados aos autos comprovam que o acidente que ocasionou a debilidade permanente foi anterior ao narrado na inicial, não havendo, portanto, nexo de causalidade entre o novo acidente e a lesão apresentada pela parte autora.

Desta forma, em relação a lesão alegada no presente sinistro localizada no ombro esquerdo, não há valor a ser complementado, haja vista que a lesão fora adquirida em 12/09/2016.

Deste modo, é irrefragável que a presente lide tem o mesmo pedido de outra ação que teve o mérito julgado, uma vez que a parte autora sequer comprova que houve agravamento da lesão em virtude de um suposto novo acidente automobilístico.

Diante do exposto, a improcedência do pedido é a medida que se impõe.

Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020  
www.joaobarbosaadvass.com.br



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 04/11/2020 09:37:18  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20110409371852100000069100274>  
Número do documento: 20110409371852100000069100274

Num. 70472493 - Pág. 1

## DO LAUDO PERICIAL

### DA AUSÊNCIA DE COMPROVAÇÃO DE AGRAVAMENTO DA LESÃO NO PÉ ESQUERDO

Trata-se de caso em que o Autor alega ser vítima de acidente automobilístico, resultando em invalidez permanente.

A parte autora requereu administrativamente indenização à ré, sendo realizada perícia a qual apurou lesão craniana, no pé esquerdo e no ombro esquerdo, ambas com repercussão residual (10%), efetuando o pagamento no valor de R\$2.362,50:

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA				
Seguradora LÍDER Administradora do Seguro DPVAT				
<b>DADOS DO SINISTRO</b>				
Número: 3200232810 Vítima: RODRIGO MARTINS CARNEIRO DA SILVA	Cidade: Paulista Data do acidente: 25/12/2019	Natureza: Invalidez Permanente Seguradora: Investprev Seguradora S/A		
<b>PARECER</b>				
<b>Diagnóstico:</b> TRAUMA DE FACE COM FRATURA DE CZO A ESQUERDA, FRATURA DO CORPO DA ESCAPULA ESQUERDA E FRATURA SEM DESVIO EXPOSTA DO CALCANEU ESQUERDO.				
<b>Descrição do exame físico:</b> DISCRETA ASSIMETRIA DA FACE A ESQUERDA, LIMITAÇÃO RESIDUAL DA ROTAÇÃO INTERNA DO OMBRO ESQUERDO (APROX 10 GRAUS DE REDUÇÃO) E LIMITAÇÃO RESIDUAL DO ARCO DE MOVIMENTO DO PÉ ESQUERDO.				
<b>Resultados terapêuticos:</b> VITIMA EVOLUI COM CONSOLIDAÇÃO TOTAL DAS FRATURAS E CICATRIZAÇÃO TOTAL DOS FERIMENTOS COM ALINHAMENTO ANATOMICO SATISFATORIO				
<b>Sequelas permanentes:</b> LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU RESIDUAL DO(A) LESÕES DE ÓRGÃOS E ESTRUTURAS CRÂNIO-FACIAIS E LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU RESIDUAL DO(A) OMBRO ESQUERDO E LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU RESIDUAL DO(A) PÉ ESQUERDO				
<b>Sequelas:</b> Com sequela				
<b>Data do exame físico:</b> 09/07/2020				
<b>Conduta mantida:</b>				
<b>Observações:</b>				
Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.				
<b>DANOS</b>				
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
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
Perda funcional completa de um dos pés	50 %	Em grau residual - 10 %	5%	R\$ 675,00
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau residual - 10 %	2,5%	R\$ 337,50
	Total		17,5 %	R\$ 2.362,50

Após o deferimento da produção de perícia judicial médica, foi elaborado laudo pericial apurando as mesmas lesões antes detectadas pela ré em sede administrativa, todavia, apurou a lesão no pé esquerdo com repercussão leve (25%).

Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020  
[www.joaoarbosaadvass.com.br](http://www.joaoarbosaadvass.com.br)



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 04/11/2020 09:37:18  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20110409371852100000069100274>  
Número do documento: 20110409371852100000069100274

Num. 70472493 - Pág. 2

Desta forma não é crível que com os avanços da medicina, os tratamentos realizados na parte autora serviram para agravar a doença e não oportunizaram uma melhora ou, no mínimo, a manutenção da lesão apurada na esfera administrativa.

É certo que o julgador não está adstrito à conclusão contida no laudo pericial, mas a simples leitura do mesmo demonstra que a r. Perito não buscou comprovar o suposto agravamento da lesão, somente limitando-se a responder os quesitos apresentados de maneira simplista e sem qualquer fundamentação.

Pelo exposto, a parte ré impugna o laudo pericial produzido, requerendo que seja afastada a conclusão pericial, devendo ser levado em consideração o conjunto fático-probatório dos autos, sobretudo os documentos médicos acostados na exordial, que demonstram a ausência de agravamento da lesão capaz de gerar complementação indenizatória, sendo os pedidos autorais julgados improcedentes.

Outrossim, na hipótese de condenação, salienta a ré que o valor indenizatório deverá respeitar a tabela inserida na Lei 11.945/09, devendo ainda ser observado o pagamento administrativo realizado na monta de R\$ 2.362,50.

Nestes Termos,  
Pede Deferimento,

RECIFE, 3 de novembro de 2020.

**JOÃO BARBOSA**  
**OAB/PE 4246**

**ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELO JUNIOR**  
**30225 - OAB/PE**

Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020  
[www.joaobarbosaadvass.com.br](http://www.joaobarbosaadvass.com.br)



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 04/11/2020 09:37:18  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20110409371852100000069100274>  
Número do documento: 20110409371852100000069100274

Num. 70472493 - Pág. 3



Número: **0032938-16.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção A da 17ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **23/07/2020**

Valor da causa: **R\$ 11.137,50**

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado
<b>RODRIGO MARTINS CARNEIRO DA SILVA (AUTOR)</b>		<b>ADSON JOSE ALVES DE FARIAS (ADVOGADO)</b>
<b>COMPANHIA EXCELSIOR DE SEGUROS (REU)</b>		<b>RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO)</b>
<b>CLAUDIO DA CUNHA CAVALCANTI NETO (PERITO)</b>		
Documentos		
Id.	Data da Assinatura	Documento
70472 495	04/11/2020 09:37	<a href="#"><u>ANEXO 1</u></a>
		<b>Outros (Documento)</b>



#### Complementary reading

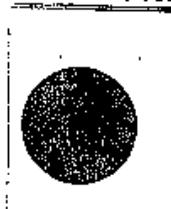


# HOSPITAL METROP. NORTE MIGUEL ARRAES

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTÓCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 13/09/2016 16:33



Nome Paciente: RODRIGO MARTINS CARNEIRO DA SILVA  
Cód. Paciente: 10899  
Data de Nascimento: 09/12/1990  
Sexo: Masculino  
Idade: 25  
Senha: C025  
Convênio: 2 - SUS - EXTERNO / URGENCIA  
Atendimento: 344780  
SAME: 5413



*Alc*  
*as* *sf* *30*

Período: 13/09/2016 16:39 - 13/09/2016 16:40

AMANDA ROBERTA DE MELO COSTA - COREN: 342188 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

Prioridade:

URGÊNCIA AMARELO

Cor:

  AMARELO

Queixa Principal:

PACIENTE ENCAMINHADAO POR DR MARCIO, VITIMA DE QUEDA DA MOTO, EVOLUIU COM FRATURA /LUXAÇÃO DE COTOVELO E.

Observação:

NEGA ALERGIAS, DM E HAS.

Fluxograma sintoma:

TRAUMA

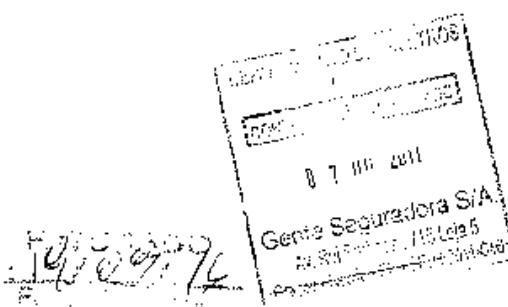
Primumador(es):

- SUSPEITA DE FRATURA OU LUXAÇÃO SEM DEFORMIDADE
- FERIMENTO SEM SANGRAMENTO ATIVO
- DOR MODERADA (4-7/10)

Especialidade:

ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

*REVISÃO*  
*13/09/2016*  
*AMANDA*



Acolhido(a) por: AMANDA ROBERTA DE MELO COSTA - COREN: 342188 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data impressão: 13/09/2016 16:40

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 04/11/2020 09:37:18  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20110409371862200000069100276>

Número do documento: 20110409371862200000069100276

Num. 70472495 - Pág. 2

Atendimento: 344780

Data e Hora: 13/09/2016 16:36

Senha da Classificação:

**0025**

Paciente: 10899 RODRIGO MARTINS CARNEIRO DA SILVA Sexo: MASCULINO  
 Data do Nascimento: 09/12/1990 Idade: 25 anos Convenio: 2 SUS - EXTERNO / URGENCIA  
 Nome da Mãe: NADIA MARIA MARTINS DA SILVA Nome do Pai: ELPIDIO CARNEIRO DA SILVA NETO  
 Estado Civil: SOLTEIRO Nome do Médico: PLANTONISTA ORTOPEDIA CRM: 12346  
 Endereço: RUA QIETENTA E NOVE 66 Bairro: CAETES I  
 Cidade/UF: ABREU E LIMA PE Usuário Atendimento: JOSEANABRO

**Informações Associadas a Pacientes Estrangeiros / Visitantes**

Data Entrada Brasil:

Nacionalidade: BRASILEIRA

Nr Documento Estrangeiro:

Observação:

**RESUMO DE TRATAMENTO**

so: \_\_\_\_\_ Altura: \_\_\_\_\_ Temperatura: \_\_\_\_\_

Hora: \_\_\_\_\_

Queixa Principal

Paciente fôr com suspeita de  
 Fractura de tibia e fíbre +  
 hérnia/ruptura de cóndilo exp.  
 (lateral de joelho direito)

Exame Físico

Hérnia/ruptura de cóndilo exp.  
 (lateral de joelho direito)

Hipótese Diagnóstica

Disrupção cravo de Kirschner  
 fôrto lateral em fôrto obliqua

Prescrição Médica

Fôrto lateral em fôrto obliqua  
 fôrto do cóndilo lateral

Obs: Paciente negar ter fôrto de cóndilo.  
 Fôrto cravo cravo em fôrto lateral.

Assinatura e Carimbo/Médico

DR. VILMAR GOMES

- Destino:  Encaminhado ao Ambulatório  Residência  
 Transferido: Para \_\_\_\_\_  
 Encaminhado ao setor de internação

Senha: \_\_\_\_\_



**DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO**

Atendimento.....: 344780      Prontuário: 10899      SAME: 5413      Hora Atend: 16:36      Data Atend: 13/09/2016  
Paciente.....: RODRIGO MARTINS CARNEIRO DA SILVA      Idade: 25 a  
Endereço.....: RUA OITENTA E NOVE  
Bairro.....: CAETES I  
Cidade.....: ABREU E LIMA  
Convênio.....: SUS - EXTERNO / URGENCIA      UF.: PE      CEP: 53530640  
CID Principal: -      Plano.: PLANO UNICO  
CID's Secundários: -  
Resultado.....: ALTA APOS MEDICACAO  
Data Saída.....: 13/09/2016      Hora Saída : 18:30

Prestador da Evolução Médica: **PLANTONISTA ORTOPEDIA**



PLANTONISTA ORTOPEDIA / 12346  
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA



# UNA 24 HORAS - IGARASSU

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo  
Data e hora retirada da senha: 12/09/2016 06:37

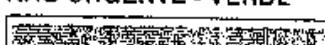
## PROTOCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMIP

Nome Paciente:	RODRIGO MARTINS CARNEIRO DA SILVA
Cód. Paciente:	
Data de Nascimento:	08/12/1990
Sexo:	Feminino
Idade:	25
Senha:	0016
Convênio:	-
Atendimento:	SAME

Período: 12/09/2016 06:39 - 12/09/2016 06:40

JOSE ROBSON PEREIRA CORDEIRO - COREN: 7955 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

Priorizado: NÃO URGENTE - VERDE

Cor:  VERDE

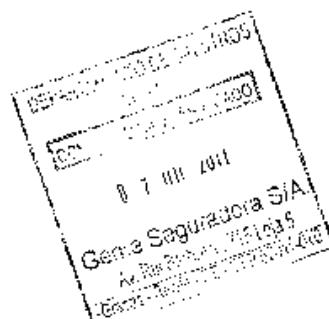
Queixa Principal: SUSPEITA DE LUXAÇÃO EM MSE APÓS ACIDENTE DE MOTO

Observação: ACIDENTE DE MOTO.

Fluxograma sintoma: TRAUMA

Discriminador(es): - DOR LEVE (1-3/10)

Especialidade: ORTOPÉDIA/TRAUMATOLOGIA



Assinado(a) por: JOSE ROBSON PEREIRA CORDEIRO - COREN: 7955 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)  
Data Impressão: 12/09/2016 06:40





UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

UPA IGARASSU - IGARASSU

GESTÃO  
IMIP  
HOSPITALAR

Atendimento: 805867

Data e Hora: 12/09/2016 06:41

Senha da Classificação:

0016

Paciente: 211276 RODRIGO MARTINS CARNEIRO DA SILVA Sexo: MASCULINO  
 Data do Nascimento: 09/12/1990 Idade: 25 anos Convenio: 2 SUS - PRONTO ATENDIMENTO  
 Nome da Mãe: NADIA MARIA MARTINS DA SILVA Nome do Pai: ELPIDIO CARNEIRO DA SILVA NETO  
 Estado Civil: SOLTEIRO Nome do Médico: ORTOPEDISTA - PLANTONISTA CRM: 1234567  
 Endereço: OITENTA E NOVE -- 66 Bairro: CAETES I  
 Cidade/UF: ABREU E LIMA PE Cep: 53630640 Usuário Atendimento: KLEBERLS  
 RG (Identidade): 7409803 SDS Data de Emissão:  
 CPF (Cadastro de Pessoa Física): Fone:  
 CRN(Certidão de Registro de Nasc): Data de Emissão CRN:

PESO: \_\_\_\_\_ ALTURA: \_\_\_\_\_ TEMPERATURA: \_\_\_\_\_ °C FC: \_\_\_\_\_ bpm FR: \_\_\_\_\_ rpm PA: \_\_\_\_\_ mmhg  
 DATA: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ HORA: \_\_\_\_\_

## QUEIXA PRINCIPAL / DURAÇÃO / HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL:

*Quedas de mundo há 3a, brotoeste casa 3a, nas costelas (E)*

## EXAME FÍSICO:

*Exa regular, tontura, vertigem, náuseas*

*Paroxismos frequentes e súbitos (E)*

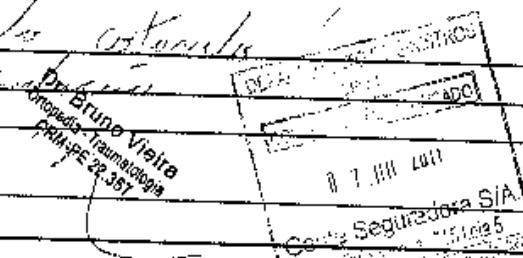
*No entanto existem lesões de coluna da metade*

## HIPÓTESE (S) DIAGNÓSTICA (S):

*+ luxação das costelas /*

*(E) Fractura vertebral de origem*

## SOLICITAÇÃO DE EXAMES:



## PRESCRIÇÃO MÉDICA:

## HORÁRIO

*07.35 Rxmox 01 FA + 100 ml i.v. - paciente recusa.  
 Unidade de Pronto atendimento 07:46 medicação -  
 Tela hospitalar*

*Dr. Bruno Vieira  
 Ortopedista-Traumatologista  
 CRM PE 22.387*

Médico / Cromepe:

ENCAMINHADO:  Ambulatório  Sala Verde  Sala Amarela  Sala Vermelha

Médico / Cromepe:



Evolução Clínica (pareceres, resultado de exames, etc.)

27.89

b. Enchimento hídrico da bexiga de  
cistostomia (C)

c. Alta longa duração com frada urinária permanente.  
e. Envolvimento de anastomose  
com leudotomia.

Dr. Bruno Vieira  
Ortopedico Traumatologista  
CRM-PE 22.387

Evolução de Enfermagem (ASS/COREN)

Evolução do Serviço Social (ASS/CRESS)

DESTINO:

ALTA:  Melhorada  Com Atestado  Com Prescrição

TRANSFERÊNCIA LOCAL: \_\_\_\_\_ SENHA: \_\_\_\_\_

ÓBITO Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ ÀS \_\_\_\_  ATESTADO DE ÓBITO  SVO  IML

Médico / Cremep:

TERMO DE RESPONSABILIDADE DE ALTA A PEDIDO PARA MAIORES DE 18 ANOS

Responsabilizo-me pela recusa do tratamento médico proposto e saída deste serviço de saúde, assim como tenho  
absoluto conhecimento sobre todas as consequências que deste ato possam advir.

DATA: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

HORA: \_\_\_\_\_

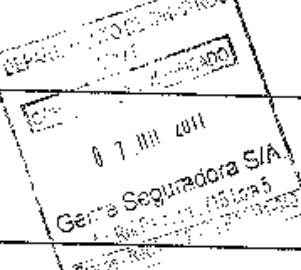
NOME LEGÍVEL: \_\_\_\_\_

RG: \_\_\_\_\_

GRAU DE PARENTESCO: \_\_\_\_\_

ASSINATURA: \_\_\_\_\_

RECEPÇÃO / CARIMBOS:





## DECLARAÇÃO

### Circular Susep nº 445/12 – Prevenção à Lavagem de Dinheiro

A Circular SUSEP nº 445/12, 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 de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações e documentos requisitados neste formulário não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT. Contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF.

Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro. Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS, portador(a) do RG Nº 7.742.986

Expedido por SDS/PE, em 26/01/2005, CPF/CNPJ nº 884.647.684-00, na qualidade de

Procurador (a) /intermediário (a) do beneficiário (a)  
Rodrigo Martins e Arneiro da Silva do  
sinistro de DPVAT da natureza INVALIDEZ da vítima  
Rodrigo Martins e Arneiro da Silva conforme

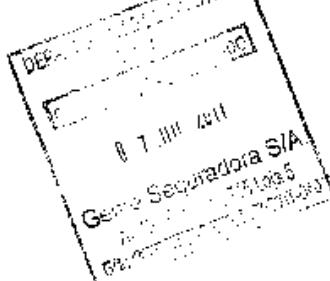
Determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

Profissão: recuso-me

Renda Mensal: recuso-me

Documentos comprobatórios: HABILITAÇÃO E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA

Assinatura - Procurador / Intermediário



## Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, RAFAEL MARTINS CARNEIRO DA SILVA,  
RG nº 7104850, Data de Expedição: / / , Órgão: SDS - PE,  
Portador do CPF nº 075.140.681-81, com domicílio na cidade de  
ABREU E LIMA, no Estado de PE,  
onde resido na (Rua/Av./Est.) RUA : OITENTA E NOVE, A-106,  
nº 66, complemento: CAETES I, declaro, sob as penas da Lei,  
que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente  
ocorrido com a vítima RODRIGO MARTINS CARNEIRO DA SILVA,  
cujo o condutor era RODRIGO MARTINS CARNEIRO DA SILVA,

Veículo: MOTOCICLETA

Modelo: YAMAHA / FACTOR YBR 125 ED

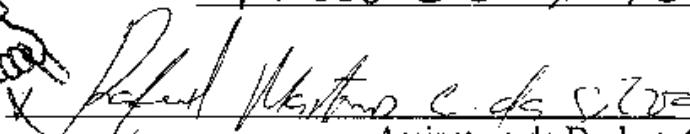
Ano: 2010 / 2011

Placa: PFA - 4529

Chassi: 9C6 KE1500B 0000723

Data do Acidente: 12/09/2016

Local e Data: ABREU E LIMA - PE 19/06/17

  
Assinatura do Declarante

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)





Comprovante de inscrição

REPUETE FEDERATIVO DO BRASIL  
ESTADO DE SÃO PAULO  
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO  
LIAÇÃO FEDERATIVA DE TRÂNSITO

Nº 1  
RODRIGO MARTINS CARNEIRO DA SILVA

DATA EMISSÃO: 04/11/2020  
Nº INSCRIÇÃO: 13000805184

TIPO: PLACA  
DATA Nascimento: 09/07/1999  
CPF: 097.455.524-55

Nome: RODRIGO CARNEIRO DA  
SILVA MOTO  
MÁRIA MARIA MARTINS  
DA SILVA

PERÍODO: 06/2019 - 10/2019

PLACA: 06327312340 | DATA: 12/03/2019 | VENCIMENTO: 10/03/2019

OBSERVAÇÃO:  
Motorista Ativo Remunerado

Assinatura: Rodrigo Martins Carneiro

ANO AUTUAÇÃO PUNITIVA: 18/07/2016  
PAULISTA - SP

DATA EMISSÃO: 18/07/2016  
Nº INSCRIÇÃO: 13000805184

PRODUTO PLASTIFICAR



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 04/11/2020 09:37:18  
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20110409371862200000069100276>  
Número do documento: 20110409371862200000069100276

Num. 70472495 - Pág. 10



## DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, RODRIGO MARTINS CARNEIRO DA SILVA,

RG nº 7.409.803, data de expedição 06/10/14, Órgão SÓS-PE,

CPF nº 093.425.624-55, 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 OITENTA E NOVE</u>
Número	<u>66</u>
Apto / Complemento	<u>QUADRILHÃO 106</u>
Bairro	<u>CAETÉS I</u>
Cidade	<u>ABREU E LIMA</u>
Estado	<u>PERNAMBUCO</u>
CEP	<u>53.540-460</u>
Telefone de Contato	<u>81-3538-0069-9871-5834</u>
E-mail	<u>rodrigomartinspe@hotmail.com</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Abreu e Lima/PE 07/07/2012

Assinatura do Declarante: Rodrigo Martins e. da Silva



NOTA FISCAL | FATURA | CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA 2a VIA

**COMPANHIA ENERGÉTICA  
DE PERNAMBUCO**  
AV. JOSÉ DE BARROS, 111, BOA VISTA,  
RECIFE, PERNAMBUCO  
CEP 50050-902  
CNPJ 10.835.932/0001-08  
INSCRIÇÃO ESTADUAL 0005943-93



**Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02**  
**COMERCIAL 116 | PRONTIDÃO 116**  
**Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142**  
**Ouvidoria 0800 282 5599**

<b>DADOS DO CLIENTE</b>	<b>DATA DE VENCIMENTO</b>	<b>DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL</b>	<b>CONTA CONTRATO</b>
NADIA MARIA MARTINS DA SILVA - CPF: 052.394.314-85	<b>22/06/2017</b>	14/06/2017 DATA DA APRESENTAÇÃO 14/06/2017	000508968035 NP DO CLIENTE 2002154849
<b>ENDERECO DA UNIDADE CONSUMIDORA</b>	<b>TOTAL A PAGAR (R\$)</b>	<b>NÚMERO DA NOTA FISCAL</b>	<b>NP DA INSTALAÇÃO</b>
RUA OITENTA E NOVE 66 Q 106  CAETES ABREU E LIMA 53530-640 ABREU E LIMA PE	<b>154,99</b>	001708845	0000042194
<b>CLASSIFICAÇÃO</b>	<b>B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL</b> Monofásico		
<b>RESERVADO AO FISCO</b>	D882.A566.988F.900E.064B.53DA.0C38.3B4C		

As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL 414/2010), tarifas, produtos, serviços prestados e tributos se encontram à disposição, para consulta em nossas unidades de atendimento e no site www.eletrobras.com.br

**DESCRICAO DA NOTA FISCAL**

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)					
Consumo Ativado(kWh)	176,00	0,71248087	125,39					
Acréscimo Bandeira VERMELHA			4,16					
Contribuição Iluminação Pública			18,56					
ICMS Subvenção-CDE-NF 001705871-13/04/17			0,09					
Multa por atraso-NF 001785871 - 13/04/17			1,87					
Multa por atraso-NF 001856612 - 15/05/17			2,51					
Juros por atraso-NF 001785871 - 13/04/17			0,75					
Juros por atraso-NF 001856612 - 15/05/17			0,68					
<b>TOTAL DA FATURA</b>			<b>154,99</b>					
<b>INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS</b>								
<b>ICMS</b>		<b>PIS</b>						
<b>COFINS</b>								
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPÔSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPÓSTO
129,55	25,00	32,38	123,55	1,36	1,78	129,55	6,22	8,05

DESTAQUE AQUI				
CONTA CONTRATO	MES/ANO	TOTAL A PAGAR(R\$)	VENCIMENTO	TALÃO DE PAGAMENTO
000508688025	08/2017	154,99	22/08/2017	<a href="#">Exibe dobrar, perfumar ou rasurar</a>

**Evite dobrar, perfurar ou rasurar.  
Este canhoto está usando engomadora ótica.**





**SECRETARIA DE SAÚDE  
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA**

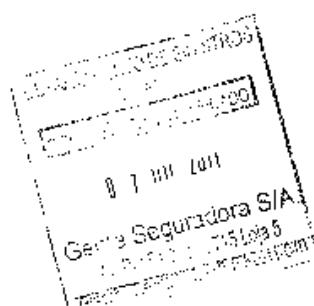
**DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO**

Declaração de número 0030/2016

Atendendo ao requerimento do Sr. Rodrigo Martins Carneiro da Silva RG 7.409.803 SDS PE, CPF 093.425.524-55 que baseada na ficha de ocorrência Nº225747 do dia 12 se Setembro de 2016, foi atendida pelo nosso Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU Abreu Lima, por volta das 05:50min vítima de queda de moto na rua 189, n 66 nas proximidades do lava jato Caetés I sendo em seguida removido para UPA de Igarassu.

Alice M. Jorge Amaro  
Coordenadora do SAMU Abreu e Lima  
Coren-383594

Rua: Caruaru s/n Caetés velho | CEP 53550590 – Abreu e Lima/PE,



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML



Eu, Rodrigo Martins Carneiro da Silva, portador da carteira de identidade nº 7.409.803 e inscrito no CPF/MF sob o nº 093.425.524-55, residente e domiciliado na RUA DILENTA E NOVE, nº 66, ANDRA-106, Cidade ABREU E LIMA, Estado PERNAMBUCO, 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
- 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 Lider 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.

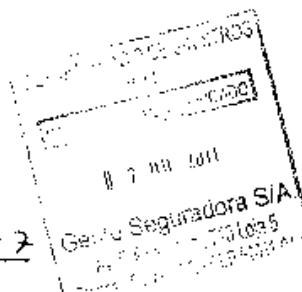
Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

Rodrigo Martins e da Silva

Assinatura do declarante  
conforme documento de identificação

Abreu e Lima/PE 07/07/2012

Local e data



2013-8-19

Bulletin de l'Observation

372752



A standard linear barcode is located at the bottom right of the page, consisting of vertical black lines of varying widths on a white background.

卷之三

SERVIÇO DE VACINA DE ARREU E LIMA  
POLÍCIA CIVIL - PERNAMBUCO

27<sup>ª</sup> CIRCUNSCRIÇÃO GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLICIA DA 027<sup>ª</sup> CIRCUNSCRIÇÃO - ABREU E LIMA - DP27<sup>ª</sup>CIRC DIM/S/DESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N°: 17E0117001633

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 19/06/2017 às 15:10

**OUTRAS OCORRÊNCIAS DE TRÂNSITO - Culnago (Consumado) que aconteceu no dia 12/9/2018 às 04:30**

Fato ocorrido no endereço: BAIRRO DE CAETES I (BAIRRO), 1, AVENIDA B - Bairro: CAETES I - ABREU E LIMA/PERNAMBUCO/BRASIL  
Local do Fato: RUA PÚBLICA

प्रत्येक (१) विद्युतीय विभाग (२) का अधिकारी बना।

DESCONHECIDO (AUTOR / AGENTE)  
RODRIGO MARTINS CARNEIRO DA SILVA (VITIMA)

**Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:**

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): RODRIGO MARTINS CARNEIRO DA SILVA

#### **Qualificação da(s) pessoa(s) envolvida(s)**

**RODRIGO MARTINS CARNEIRO DA SILVA** (presidente do plantão) - Sexo: Masculino / Mkt: NADIA MARIA MARTINS DA SILVA Data de Nascimento: 09/12/1960 Naturalidade: RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL

**DESCONHECIDO (não presente no plantão) - Sexo: DESCONHECIDO; Natureza da RX: NAO INFORMADO ; PERNAMBUCO / BRASIL**

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

**VEÍCULO (VEÍCULO)**, que estava em posse do(a) Sr(a): RODRIGO MARTINS CARNEIRO DA SILVA  
Categoria/Marca/Modelo: MOTOCICLETA/YAMAHA/YBR 125E FACTOR Objeto apreendido: N/A  
Quantidade: (UNIDADE NÃO INFORMADA)

**Placa: PFA4520 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)**  
**Ano Fabricação/Modelo: 2010/2011**  
**Descrição: EM NOME DE RAPHAEL MARTINS CARNEIRO DA SILVA**

### Complemento / Observação

**DECLARA A VITIMA QUE PILOTAVA A MOTOCICLETA PLACA PFA-4523 QUANDO PERDEU O CONTROLE VINDO A CAIR SOFRENDO FERIMENTOS SENDO SOCORRIDO PELO SAMU E ENCAMINHADO PARA O HOSPITAL MIGUEL ARRAS DE ACORDO COM O PRONTUARIO N°244780**

**Assinatura da(s) pessoa(s) presente(n) à unidade policial**

**Rodrigo Martins c. da Silva**  
**RODRIGO MARTINS CARNEIRO DA SILVA**  
**(VITIMA)**

B.O. registrado no: **ALL-TRAIL GONES DA SILVEIRA** - Matrícula: 2212629

Documentos	00000000000000000000000000000000
Nome	BRUNO GONÇALVES
CPF	000.000.000-00
Data de Nascimento	01/01/2010
Sexo	M
Estado Civil	SOLTEIRO
Endereço	Rua das Flores, 123
Número	123
Bairro	Jardim das Flores
Cidade	São Paulo
UF	SP
CEP	00000-000
Telefone	(11) 9999-9999
E-mail	bruno.goncalves@email.com.br
Senha	123456
Última alteração	01/01/2010





## 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, Rodrigo Martins Carneiro da Silva, PORTADOR(A) DO RG Nº 7.409.803 EXPEDIDO POR SIDS - PE EM 06/10/14 E CPF 093.405.524-55 CNP<sup>J</sup> 001.100.000-0000-X, PROFISSÃO VENDEDOR E RENDA MENSAL DE R\$ 800,00 (\*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Rodrigo Martins Carneiro da Silva. AUTORIZO A SEGURADORA LIDER 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 caixastrô de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este códastro 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 aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL, ou Salário ou Funcional;
- Conta Empresarial – nos documentos apareçam termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPIANÇA operação 013 da CFF aberta em Unidade Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta com o documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL, [www.receita.fazenda.gov.br](http://www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito);
- **Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.**

**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.

**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 POUPIANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL):**  
Nº do BANCO 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 3122 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 33.290-2

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 SOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

*Abreu e Lima 07 de Julho de 2017* *Rodrigo Martins da Silva*  
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 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.dpvatsegurodetransito.com.br](http://www.dpvatsegurodetransito.com.br) ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.



CAIXA ECONÔMICA FEDERAL | A4/VC #20 | AUTO ATENDIMENTO | 29/06/2017

>>P/ EXTRATO ALÉM DO PERÍODO INFORMADO, INFORME AS DATA | EXTRATO DE POUPANÇA  
PAG: 001

ACT: 3722 ABREU E LIMA OFER: 013 CONTA: 35.290-2  
PERÍODO: 01062017 ATÉ: 29062017 CPF: 093.425.524-55  
NOME: RODRIGO MARTINS C DA STIV VLR.BIQ.CED.

DATA MOV	NR. DOC HISTÓRICO	TAXA	VÁLOR	SALDO
29/06/2017	000000 DP DINH AG	0,00000000	0,00000000	0,00000000

F1 ACUDA F4 SALDO POR DATA C/VTTF F7 VOLCAR PAG. C  
F3 RETORNAR F6 EXTRATO ANTERIOR F8 AVANCAR PAG. F12 FINALIZAR

IGOR BURÉGIO MARANHÃO  
Gerente de Atendimento Operacional E  
Matr. 127 269-7  
Ag. Abreu e Lima/FE  
CAIXA ECONÔMICA FEDERAL



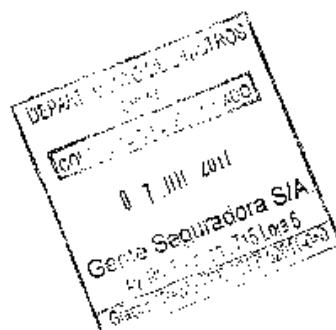
Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 04/11/2020 09:37:18  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20110409371862200000069100276>  
Número do documento: 20110409371862200000069100276

Num. 70472495 - Pág. 17

## DECLARAÇÃO

Eu, RODRIGO MARTINS CARNEIRO DA SILVA,  
Portador (a) do RG nº 7.409.803, e do CPF nº 093.425.524-55,  
**DECLARO**, Para os devidos fins, junto a SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO  
SEGURO DPVAT S/A, que estive presente na Agência do BANCO: CAIXA ECONÔMICA,  
e a conta de minha titularidade nº 33.280-2, agência nº 3122,  
encontra-se ativa desbloqueada e sem limites para movimentação financeira, sendo possível o  
depósito referente à minha indenização do seguro DPVAT. Pelo que firmo a presente.

Rodrigo Martins e da Silva  
ASSINATURA DO BENEFICIARIO



## 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

Sinistro: 3170377778 - 1

Nome do(a) Examinado(a): RODRIGO MARTINS CARNEIRO DA SILVA

Endereço do(a) Examinado(a): R OITENTA E NOVE nº 66 - CAETES I - ABREU E LIMA/PE

Identificação - Órgão Emissor/UF/Número: RG 7409803 - SSP

Data local do exame: 02/08/2017 RECIFE/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)

#### LUXAÇÃO DE COTOVELO COM FRATURA DA CABEÇA DE RÁDIO ESQUERDO

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?

SIM  NÃO

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?

SIM  NÃO

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

**REDUÇÃO DE FRATURA E LUXAÇÃO COM IMOBILIZAÇÃO COM TALA AXILO PALMAR. REALIZOU FISIOTERAPIA E TEVE ALTA MÉDICA. APRESENTA LIMITAÇÃO DISCRETA DE SUPINAÇÃO DE ANTEBRAÇO ESQUERDO PASSIVA E ATIVA.**

III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais suscetível à qualquer medida terapêutica)?

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.

#### DÉFICIT FUNCIONAL RESIDUAL DE MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO

IV. Segundo o previsto no inciso II, nº1º 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

Sem sequela permanente

Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica

Exame não permite conclusão

Vide motivo do impedimento no campo das observações

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

Região Corporal(Sequela)

Região Corporal(Sequela)

#### MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO

10%  25%  50%  75%  100%

10%  25%  50%  75%  100%

Região Corporal(Sequela)

Região Corporal(Sequela)

10%  25%  50%  75%  100%

10%  25%  50%  75%  100%

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 valorização do dano corporal.

#### MANTIDO ENQUADRAMENTO DO MÉDICO EXAMINADOR -

Local e data de realização do exame médico legal:

PE - RECIFE, 02/08/2017

Médico Perito: FABIO SELERI FERNANDES CRM:52.63021-7/RJ

Fábio S. Fernandes  
Medicina Interna  
CRM 52.63021-7

Assinatura do perito Examinador - CRM



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 04/11/2020 09:37:18  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20110409371862200000069100276>

Num. 70472495 - Pág. 19

Número do documento: 20110409371862200000069100276

Rio de Janeiro, 10 de Agosto de 2017

Carta nº: 11459696

A/C: RODRIGO MARTINS CARNEIRO DA SILVA

Sinistro: 3170377778 ASL-0261861/17  
Vitima: RODRIGO MARTINS CARNEIRO DA SILVA  
Data Acidente: 12/09/2016  
Natureza: INVALIDEZ  
Procurador: ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS

**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: RODRIGO MARTINS CARNEIRO DA SILVA

Valor: R\$ 945,00

Banco: 104

Agência: 000003122

Conta: 0000033290-2

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	945,00

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros superiores 70%

Graduação: Em grau residual 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 70%) 7,00%

Valor a indenizar: 7,00% x 13.500,00 = R\$ 945,00

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.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**





Rio de Janeiro, 19 de Julho de 2017

Carta nº: 11332830

A/C: RODRIGO MARTINS CARNEIRO DA SILVA

Sinistro: 3170377778 ASL-0261861/17  
Vítima: RODRIGO MARTINS CARNEIRO DA SILVA  
Data Acidente: 12/09/2016  
Natureza: INVALIDEZ  
Procurador: ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS

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.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br).

**ATENÇÃO:**

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do inicio ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





Rio de Janeiro, 14 de Julho de 2017

Carta nº: 11309472

A/C: RODRIGO MARTINS CARNEIRO DA SILVA

**Sinistro/Aviso Sinistro Líder:** 3170377778 ASL-0261861/17

**Vitima:** RODRIGO MARTINS CARNEIRO DA SILVA  
**Data Acidente:** 12/09/2016  
**Natureza:** INVALIDEZ  
**Procurador:** ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS

**Ref.: AVISO DE SINISTRO**

**Prezado(a) Senhor(a),**

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br), ou ligue para a SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br), não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez, é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

**ATENÇÃO:**

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do inicio ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

**Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à GENTE SEGURADORA S/A onde o sinistro foi cadastrado.**

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



# 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: 04/08/2017

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 945,00

### \*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: RODRIGO MARTINS CARNEIRO DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03122

CONTA: 000000033290-2

---

Nr. da Autenticação 699EB9CE55503C66



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 04/11/2020 09:37:18  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20110409371862200000069100276>  
Número do documento: 20110409371862200000069100276

Num. 70472495 - Pág. 23



## PROCURAÇÃO PARTICULAR

**BENEFICIARIO/VITIMA:**

Nome: RODRIGO MARTINS CARNEIRO DA SILVA

Nacionalidade: BRASILEIRO Est. Civil: SOLTEIRO

Profissão: VENDEDOR

Identidade: 7409 803/SDFS-PE CPF: 093 425 524-55

Endereço: RUA: OITENTA E NOVE, N° 66, Q-106  
CAETES I, ABREU E LIMA - PE, CEP-53 540-460

**PROCURADOR:**

Nome: BOSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS

Nacionalidade: brasileira Est. Civil: solteira

Identidade: 7.742.986 SDS/PE CPE: 884.647.684-00

Endereço: Av. Joaquim Nabuco nº 200, Timbó, Abreu e Lima -PE

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a qualquer Seguradora pertencente ao Consorcio DPVAT, também perante aos pontos de atendimento da Seguradora Lider (Correios, Sincor (s) e Corretores), dar entrada em sinistro, enviar documentos relativo a pendências, receber correspondências, solicitar informações por escrito, e-mails ou por telefone, ter acesso ao número do sinistro, enfim, acompanhar todo e qualquer andamento relativo ao sinistro do beneficiário/vítima, até o término de sua liquidação, e finalmente praticar todos os atos necessários ao bom e fiel desempenho deste mandato. Obs.: É de responsabilidade do outorgante a veracidade das informações e documentos apresentados e disponibilizados ao outorgado.

ABREU ELIANA - PE 19/06/17

### Local data

Rodrigo Martínez Correia da Silva

Assinatura do Beneficiário/Vitima

(Reconhecer firma por autenticidade).

**Cartório Alfredo Mariano** TABLILIONATO DE NOTAS E PROTESTO  
BEL ALFREDO MARIANO DE BRITO - TUBARÃO / POSITIVO E MORTAIS - PRAIA GRANDE / SANTA CATARINA - 2º Ofício Notarial

Reconheço por AUTENTICIDADE a firma de RODRIGO MARTINS CARNEIRO DA SILVA, Abreu e Lima/PE, 19/06/2017 10:54:50, em testemunho da verdade. Encaminhamento(s) 3.88 Total: R\$ 0,79. Total: R\$ 66, RC 000413

Luciana Oliveira de Lima Marques - Substituta  
e-mail: llima@uol.com.br



## PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3170377778      **Cidade:** Abreu e Lima      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** RODRIGO MARTINS CARNEIRO DA SILVA      **Data do acidente:** 12/09/2016      **Seguradora:** Sabemi Seguradora S/A

### PARECER

**Diagnóstico:** LUXAÇÃO DE COTOVELO COM FRATURA DA CABEÇA DE RÁDIO ESQUERDO

**Descrição do exame** DÉFICIT FUNCIONAL RESIDUAL DE MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO  
médico pericial:

**Resultados terapêuticos:** REDUÇÃO DE FRATURA E LUXAÇÃO COM IMOBILIZAÇÃO COM TALA AXILO PALMAR. REALIZOU FISIOTERAPIA E TEVE ALTA MÉDICA. APRESENTA LIMITAÇÃO DISCRETA DE SUPINAÇÃO DE ANTEBRAÇO ESQUERDO PASSIVA E ATIVA.

**Sequelas permanentes:** APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 02/08/2017

**Conduta mantida:**

**Observações:** OBS - MANTIDO ENQUADRAMENTO DO MÉDICO EXAMINADOR

**Médico examinador:** FABIO SELERI FERNANDES

**CRM do médico:** 52.63021-7

**UF do CRM do médico:** RJ

### 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 funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau residual - 10 %	7%	R\$ 945,00
		<b>Total</b>	<b>7 %</b>	<b>R\$ 945,00</b>

### PRESTADOR

CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

**Médico revisor:** JANICE DE ALMEIDA PINTO MIGUEZ

**CRM do médico:** 52.63583-9

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**



## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3170377778      **Cidade:** Abreu e Lima      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** RODRIGO MARTINS CARNEIRO DA SILVA      **Data do acidente:** 12/09/2016      **Seguradora:** Sabemi Seguradora S/A

### PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 19/07/2017

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** FRATURA-LUXAÇÃO DE COTOVELO ESQUERDO

**Resultados terapêuticos:** A ESCLARECER

**Sequelas permanentes:**

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

**Observações:** A DOCUMENTAÇÃO APRESENTADA NÃO PERMITE AVALIAR SEQUELAS

### 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 %

### PRESTADOR

VISÃO MÉDICA LTDA

**Nome do médico:** JORGE ALBERTO C DE SOUZA

**CRM do médico:** 52.37730-0

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**





**REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL**  
**MINISTÉRIO DAS CIDADES**





REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DA JUSTIÇA  
DEPARTAMENTO NACIONAL DE REGISTROS E TITULOS  
ESTADO DE SÃO PAULO

DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO  
Nº 1222242405

DATA: 07/04/1983  
NOME: MARCOS RODRIGO MACHADO  
MÍDIA: MARCOS RODRIGO MACHADO  
ENDERECO: RUA DOURADA, 123  
BAIRRO: VILA MARIA  
CIDADE: SÃO PAULO  
UF: SP  
CEP: 01301-000  
FONE: (11) 3000-1234  
E-MAIL: marcros.machado@sp.gov.br

1222242405

REGISTRO DE IDENTIFICAÇÃO  
Nº 1222242405

DATA: 07/04/1983  
NOME: MARCOS RODRIGO MACHADO  
MÍDIA: MARCOS RODRIGO MACHADO  
ENDERECO: RUA DOURADA, 123  
BAIRRO: VILA MARIA  
CIDADE: SÃO PAULO  
UF: SP  
CEP: 01301-000  
FONE: (11) 3000-1234  
E-MAIL: marcros.machado@sp.gov.br



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 04/11/2020 09:37:18  
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20110409371862200000069100276>  
Número do documento: 20110409371862200000069100276

Num. 70472495 - Pág. 28



Número: **0032938-16.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção A da 17ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **23/07/2020**

Valor da causa: **R\$ 11.137,50**

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado
<b>RODRIGO MARTINS CARNEIRO DA SILVA (AUTOR)</b>		<b>ADSON JOSE ALVES DE FARIAS (ADVOGADO)</b>
<b>COMPANHIA EXCELSIOR DE SEGUROS (REU)</b>		<b>RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO)</b>
<b>CLAUDIO DA CUNHA CAVALCANTI NETO (PERITO)</b>		
Documentos		
Id.	Data da Assinatura	Documento
70472 496	04/11/2020 09:37	<a href="#"><u>ANEXO 2</u></a>
Outros (Documento)		



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 01 de Julho de 2020

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200232810**

**Vítima: RODRIGO MARTINS CARNEIRO DA SILVA**

**Data do Acidente: 25/12/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS**

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), RODRIGO MARTINS CARNEIRO 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 15904326

Pag. 00757/00758 - carta\_01 - INVALIDEZ



00020379





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 06 de Julho de 2020

Nº do Pedido do  
Seguro DPVAT: 3200232810      Vítima: RODRIGO MARTINS CARNEIRO DA SILVA

Data do Acidente: 25/12/2019      Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), RODRIGO MARTINS CARNEIRO DA SILVA

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974. O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica. O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT. 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

Pag. 01131/01132 - carta\_02 - INVALIDEZ



00060566

Carta nº 15916053



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 04/11/2020 09:37:18  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20110409371880100000069100277>  
Número do documento: 20110409371880100000069100277

Num. 70472496 - Pág. 2



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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 Julho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200232810

Vítima: RODRIGO MARTINS CARNEIRO DA SILVA

Data do Acidente: 25/12/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), RODRIGO MARTINS CARNEIRO DA SILVA

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital 100%

Graduação: Em grau residual 10%  
% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 100%) 10,00%  
Valor a indenizar: 10,00% x 13.500,00 = R\$ 1.350,00

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos pés 50%  
Graduação: Em grau residual 10%  
% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 50%) 5,00%  
Valor a indenizar: 5,00% x 13.500,00 = R\$ 675,00

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros 25%  
Graduação: Em grau residual 10%  
% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 25%) 2,50%  
Valor a indenizar: 2,50% x 13.500,00 = R\$ 337,50

Recebedor: RODRIGO MARTINS CARNEIRO DA SILVA

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 341

Agência: 000007474

Conta: 0000028372-3

Tipo: CONTA CORRENTE

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

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,



# **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**

Número do Sinistro: 3200232810

Nome do(a) Examinado(a): RODRIGO MARTINS CARNEIRO DA SILVA

Endereço do(a) Examinado(a): R OITENTA E NOVE, 66, Q 106, CAETES I

ABREU E LIMA Pernambuco - CEP: 53530-640

Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [ sds / Pernambuco ] 7409803

Data local do acidente: [ 25/12/2019 ]

Data local do exame: [ 09/07/2020 ] RECIFE - Pernambuco

## **Resultado da Avaliação Médica**

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:

**TRAUMA DE FACE COM FRATURA DE CZO A ESQUERDA, FRATURA DO CORPO DA ESCAPULA ESQUERDA E FRATURA SEM DESVIO EXPOSTA DO CALCANEURO ESQUERDO.**

- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

**Tratamento: REDUÇÃO FECHADA PERCUTANEA COM GANCHOS DA FRATURA DA FACE, TRATAMENTO CONSERVADOR DA FRATURA DA ESCÁPULA ESQUERDA E TRATAMENTO CIRÚRGICO COM LIMPEZA, DEBRIDAMENTO E SUTURA DO PÉ ESQUERDO.**

**Complicações: SEM COMPLICAÇÕES.**

**Data da Alta: 01/01/2020**

- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:

**DISCRETA ASSIMETRIA DA FACE A ESQUERDA, LIMITAÇÃO RESIDUAL DA ROTAÇÃO INTERNA DO OMBRO ESQUERDO (APROX 10 GRAUS DE REDUÇÃO) E LIMITAÇÃO RESIDUAL DO ARCO DE MOVIMENTO DO PE ESQUERDO.**

- IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

( ) Sim ( ) Não

- V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)

( ) Sim ( ) Não

- VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

**DEFÍCIT ANATOMICO RESIDUAL DA FACE, DEFÍCIT FUNCIONAL RESIDUAL DO OMBRO ESQUERDO E DEFÍCIT FUNCIONAL RESIDUAL DO PE ESQUERDO.**

Caso a resposta do item V seja ““Não””, concluir utilizando apenas as opções no item VII “a”. Caso a resposta seja “Sim”, valorar o dano permanente no item VII “b”

- VII. 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"

( ) "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):

Região Corporal (Sequela):

**Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais**

**Ombro - Esquerdo**

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

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

( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

Região Corporal (Sequela):

Região Corporal (Sequela):

**Pé - Esquerdo**

**Pé - Esquerdo**

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

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

( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

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

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)  
Carimbo com Nome e CRM



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 04/11/2020 09:37:18  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20110409371880100000069100277>  
Número do documento: 20110409371880100000069100277

Num. 70472496 - Pág. 4

*Luiz de Lima Casanova Neto*  
CPF: 04996839430  
CRM - Pernambuco - 17761



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 04/11/2020 09:37:18  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20110409371880100000069100277>  
Número do documento: 20110409371880100000069100277

Num. 70472496 - Pág. 5



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:  DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)  INVALIDEZ PERMANENTE  MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: **093.425.524-55** 4 - Nome completo da vítima: **RODRIGO MARTINS CARNEIRO DA SILVA**

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VITIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo:	<b>RODRIGO MARTINS CARNEIRO DA SILVA</b>	6 - CPF:	<b>093.425.524-55</b>
7 - Profissão:	<b>MOTORISTA</b>	8 - Endereço:	<b>2VA OITENTA E NOVE</b>
9 - Número:	<b>66</b>	10 - Complemento:	<b>QUINTA-106</b>
11 - Bairro:	<b>CAETES I</b>	12 - Cidade:	<b>ARACAJU E LIMA</b>
13 - Estado:	<b>PE</b>	14 - CEP:	<b>53.530-640</b>
15 - E-mail:	<b>balbinospe@hotmail.com (81)999441109 (81)3538-0069</b>		
16 - Tel.(DDD):			

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VITIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 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 comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:	<input type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR <input checked="" type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00 <input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
	<input type="checkbox"/> SEM RENDA <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00
21 - DADOS BANCÁRIOS:	<input checked="" type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO <input type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)
<input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção):	<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
<input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341)	Nome do BANCO: <b>ITAÚ</b>
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	
AGÊNCIA: <b>7474</b>	AGÊNCIA: <b>7474</b>
CONTA: <b>28372 3</b>	CONTA: <b>28372 3</b>
(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)
	(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a 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 da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- 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 do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:	<input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo	24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima:	26 - Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:	30 - Vítima deixou nascituro (velas resas)? <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: Falecidos:
		33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devidamente, a indenização do Seguro DPVAT por morte aqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário (não utilizam netbank)

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (\*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

40 - Local e Data,

*Abreu e Lima/PE 30/06/2020  
x Rodrigo Martins carneiro da Silva*

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

TESTEMUNHAS

38 - 1º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
CENTRAL DE PLANTÕES DA CAPITAL

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **20E1174006328**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **29/06/2020** às **09:53**

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Doloso (Consumado)**, que aconteceu no dia **25/12/2019** às **10:00**

Fato ocorrido no endereço: **AVENIDA DUQUE DE CAXIAS, 1** - Bairro: **CENTRO** -  
**PAULISTA/PERNAMBUCO/BRASIL** - CEP: **53510-000** - Ponto de Referência: **PREFEITURA DE**  
**ABREU E LIMA**  
Local do Fato: **RODOVIA FEDERAL**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO ( AUTOR \ AGENTE )  
RAFAEL MARTINS CARNEIRO DA SILVA ( OUTRO )  
RODRIGO MARTINS CARNEIRO DA SILVA ( VITIMA )

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): RODRIGO MARTINS CARNEIRO DA SILVA

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

**RODRIGO MARTINS CARNEIRO DA SILVA (presente ao plantão)** - Sexo: **Masculino** Mãe: **NADIA MARIA MARTINS DA SILVA** Data de Nascimento: **9/12/1990** Naturalidade: **RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **7409803/SDS/PE (RG)** Estado Civil: **AMASIADO(A)** Escolaridade: **2º. GRAU COMPLETO** Profissão: **OUTRAS PROFISSÕES** Telefones Celulares: **- 986192092**

Residencial: **RUA OITENTA E NOVE - ABREU E LIMA/PERNAMBUCO/BRASIL** Próximo a: **BAIRRO DE CAETES I (BAIRRO), 66 - CEP: 55000-000 - Bairro: CAETES I - ABREU E LIMA/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

**RAFAEL MARTINS CARNEIRO DA SILVA (não presente ao plantão)** - Sexo: **Masculino** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL** Estado Civil: **CASADO(A)** Escolaridade: **DESCONHECIDO**

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

**V1 (VEICULO)** de propriedade do(a) Sr(a): **RAFAEL MARTINS CARNEIRO DA SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **RODRIGO MARTINS CARNEIRO DA SILVA**  
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/YAMAHA/FACTOR 125 I ED** Objeto apreendido: **Não**  
Cor: **PRETA** - Quantidade: **1,000 (UNIDADE)**

Placa: **PFA4529** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)  
Ano Fabricação/Modelo: **2010/2011**

29/06/2020 10:18



## Complemento / Observação

**A VÍTIMA INFORMA QUE ESTAVA CONDUZINDO A MOTOCICLETA DE PLACA PFA4529 DE PROPRIEDADE DE RAFAEL MARTINS CARNEIRO DA SILVA, QUANDO PERDEU O CONTROLE DA MESMA E COLIDIU NA TRAZEIRA DE UM ÔNIBUS DE PLACA NÃO ANOTADA, FOI SOCORRIDO PARA O HOSPITAL MIGUEL ARRAES PELO SAMU, ONDE TEVE FRATURA DA ESCAPULA E TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA EXPOSTA DO CALCÂNEO DIREITO E DEPOIS FOI TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO ONDE FOI TRATADO DE FRATURA DO SEIO MAXILAR E ARCO ZIGOMÁTICO ESQUERDO. A VÍTIMA COMPARCEU NADADA DE HOJE A ESTA DP PARA PRESTAR QUEIXA DO FATO PARA AS DEVIDAS PROVIDÊNCIA POLICIAS. CASO AFETO DP DE ABREU E LIMA.**

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

*Rodrigo Martins e. da Silva*

**RODRIGO MARTINS CARNEIRO DA SILVA  
(VITIMA)**

B.O. registrado por: **RAIMUNDO LINO PEREIRA** - Matrícula: **3849031**  
(Liberado em **29/06/2020 às 10:17**)

*Raimundo Lino Pereira*

29/06/2020 10:18



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 04/11/2020 09:37:18  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20110409371880100000069100277>  
Número do documento: 20110409371880100000069100277

Num. 70472496 - Pág. 8



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:  DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)  INVALIDEZ PERMANENTE  MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: **093.425.524-55** 4 - Nome completo da vítima: **RODRIGO MARTINS CARNEIRO DA SILVA**

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VITIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo:	<b>RODRIGO MARTINS CARNEIRO DA SILVA</b>	6 - CPF:	<b>093.425.524-55</b>
7 - Profissão:	<b>MOTORISTA</b>	8 - Endereço:	<b>2VA OITENTA E NOVE</b>
9 - Número:	<b>66</b>	10 - Complemento:	<b>QUINTA-106</b>
11 - Bairro:	<b>CAETES I</b>	12 - Cidade:	<b>ARACAJU E LIMA</b>
13 - Estado:	<b>PE</b>	14 - CEP:	<b>53.530-640</b>
15 - E-mail:	<b>balbinospe@hotmail.com (81)999441109 (81)3538-0069</b>		
16 - Tel.(DDD):			

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VITIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 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 comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:	<input type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR <input checked="" type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00 <input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
	<input type="checkbox"/> SEM RENDA <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00
21 - DADOS BANCÁRIOS:	<input checked="" type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO <input type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)
<input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção):	<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
<input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341)	Nome do BANCO: <b>ITAÚ</b>
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	
AGÊNCIA: <b>7474</b>	AGÊNCIA: <b>7474</b>
CONTA: <b>28372 3</b>	CONTA: <b>28372 3</b>
(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)
	(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a 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 da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- 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 do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:	<input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo	24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima:	26 - Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:	30 - Vítima deixou nascituro (velho/ovo)? <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: Falecidos:
		33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devidamente, a indenização do Seguro DPVAT por morte aqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário (não utilizam netbank)

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (\*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

40 - Local e Data,

*Abreu e Lima/PE 30/06/2020  
x Rodrigo Martins carneiro da Silva*

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

TESTEMUNHAS

38 - 1º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha



# ITAU - UNIBANCO

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 341 AGÊNCIA: 0477 CONTA: 000000078857-4

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 16/07/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: RODRIGO MARTINS CARNEIRO DA SILVA

BANCO: 341

AGÊNCIA: 07474

CONTA: 000000028372-3

---

Autenticação:

7F897030DD40D67AD958669257AB5290DAEFB93F088A1C47AFD9AD5C8C85D78F



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 04/11/2020 09:37:18  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20110409371880100000069100277>

Número do documento: 20110409371880100000069100277

Num. 70472496 - Pág. 10

NOTA FISCAL | FATURA | CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA 2a VIA

**COMPANHIA ENERGÉTICA  
DE PERNAMBUCO**  
AV. JÃO DE BARROS, 111, BOA VISTA,  
RECIFE, PERNAMBUCO  
CEP 50050-902  
CNPJ 10.835.932/0001-08  
INSCRIÇÃO ESTADUAL 0005943-93



CELPE  
[www.celpe.com.br](http://www.celpe.com.br)

Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de  
COMERCIAL 116 | PRONTO  
atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 :  
Ouvintec 0800 :

**Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados de Pernambuco-ARPE: 0800-727-0167-Ligação Gratuita de Telefone**  
**Agência Nacional de Energia Elétrica 167-Ligação Gratuita de telefones fixos**

<b>DADOS DO CLIENTE</b>	<b>DATA DE VENCIMENTO</b> <b>22/06/2020</b>	<b>DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL</b> <b>15/06/2020</b>	<b>CONTA CONTRATO</b> <b>000508968035</b>
NADIA MARIA MARTINS DA SILVA CPF: 052.394.314-85	<b>TOTAL A PAGAR (R\$)</b> <b>167,76</b>	<b>DATA DA APRESENTAÇÃO</b> <b>15/06/2020</b>	<b>Nº DO CLIENTE</b> <b>2002154849</b>
<b>ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA</b>	<b>NÚMERO DA NOTA FISCAL</b> <b>112307728</b>	<b>Nº DA INSTALAÇÃO</b> <b>0000042094</b>	
RUA OITENTA E NOVE 66 Q 106	<b>CLASSIFICAÇÃO</b> <b>B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL</b> <b>Monofásico</b>		
CAETES ABREU E LIMA 53530-640 ABREU E LIMA PE	<b>RESERVADO AO FISCO</b> <b>85D8.D81C.A444.2146.0DF9.72CA.9A64.4BED</b>		
As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL 414/2010), tarifas, produtos, serviços prestados e tributos se encontram à disposição, para consulta em nossas unidades de atendimento e no site <a href="http://www.celpe.com.br">www.celpe.com.br</a>			

**DESCRICAÇÃO DA NOTA FISCAL**

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)-TUSD	179,00	0,42901509	76,79
Consumo Ativo(kWh)-TE	179,00	0,36081955	64,58
Contrib. ilum. Público Municipal			21,33
ICMS Subvenção-CDE-NF 1043B7103-15/04/20			1,41
Multa por atraso-NF 108290328 - 15/05/20			2,87
Juros por atraso-NF 108290328 - 15/05/20			0,61
Atualização IGPM -NF 108290328 - 15/05/20			0,17
<b>TOTAL DA FATURA</b>			<b>167,76</b>

Tarifas Aplicadas		HISTÓRICO DO CONSUMO	
Consumo Ativo(kWh)-TUSO	0,29538600	JUN	20
Consumo Ativo(kWh)-TE	0,25096500	MAI	20
		ABR	20
		MAR	20
		FEV	20
		JAN	20
		DEZ	19
		NOV	19
		OUT	19
		SET	19
		AGO	19
		JUL	19
		JUN	19

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL									
NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		NP DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO KWH
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
000000000090758969	CAT	15/05/2020	24.726,00	15/06/2020	24.905,00	31	1,00000	0,00	179,00

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES				
DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	META MENSAL	META ANUAL
abr/2020				
DIC-No.de horas sem Energia	PARATIBÉ II	1,14	4,95	9,91
FIC-No.de vezes sem Energia		1,00	3,17	6,38
DMIC-Duração máxima de interrupção contínua		1,14	2,77	8,00
DCR-Duração de interrupção em dia cíclico			Limite DCR: 12,22	
EUSD-Valor do Encargo de Uso = R\$ 53,41				
<i>Todo Consumidor pode solicitar a apuração das Indicadores DIC, FIC, DMIC e DCR a qualquer momento.</i>				

**INFORMAÇÕES IMPORTANTES**

Pague no ponto mais perto de você! m confecções: rua cento e cinqüenta caetes i/o baratao: av d n 105  
105 centroLista completa em [www.celpe.com.br](http://www.celpe.com.br)."  
Na data da leitura a bandeira em vigor é a Verde. Mais informações em [www.aneel.gov.br](http://www.aneel.gov.br).  
Cobrança ICMS sobre subvenção CD, conforme Decreto Estadual 39.459/13.  
O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento.  
Pagto. em atraso gera multa 2% (Res414/ANEEL), Juros 1% a.m (Lei 10.438/02) e atualização monetária no próx. mês.  
O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial.

NÍVEIS DE TENSÃO		
TENSÃO NOMINAL(V)	LIMITE DE VARIAÇÃO (%)	
	MÍNIMO	MÁXIMO
220	202	238
AUTENTICAÇÃO MECÂNICA		





CNPJ 00.769.035/0001-64  
INSC. EST. N° 18.1.001.0014338-2  
ATENDIMENTO: AVENIDA BRASIL - NUM. 00931 - LOJA-5 - CENTRO  
ABREU E LIMA PE 53525-790

DADOS DO CLIENTE  
ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS MATRIZ/RA  
R. JOAQUIM NABUCO, N. 06200 - TIMBO ABREU E LIMA PE 53520-170  
INSCRIÇÃO: 165.135.120.0443.000 GRUPO:7 DEB.AUTOMATICO: 103668667

SITUAÇÃO ÁGUA LIGADO	SITUAÇÃO ESGOTO POTENCIAL	RESIDENCIAL 1	COMERCIAL 1	INDUSTRIAL	PÚBLICA
HORÓSCOPO A175224252	DATA LEIT. ANTERIOR 31/03/2020	DATA LEIT. ATUAL 29/04/2020	TIPO DE CONSUMO(MD)	MÉDIA HD	

ÁGUA:  
LEIT ANT: 5 CONSUMO:1  
LEIT ATU: 5  
LEIT FAT: 5 HD PARADO

HISTÓRICO DE CONSUMO  
REFERÊNCIA CONSUMO

03/2020	01	TURBIDEZ	NÚMERO DE AMOSTRAS			
			EXIG.	PORT.	ANALISES	ATENDEM.
02/2020	01	COR APARENTE	48	48	48	41
01/2020	01	CLORO RESIDUAL	48	48	48	48
12/2019	01	COLIF. TOTAIS	48	48	48	47
11/2019	01	E. COLI	48	48	48	48
10/2019	01					
MÉDIA:	01					

Quantidade de Amostras: www.compesa.com.br  
OBJS.: (1)COLIFORMES TOTAIS AUSÊNCIA 95% DAS AMOSTRAS EXAMINADAS  
(2)OS PARAMETROS COFIFORMES TOTAIS, ESCHERICHIA COLI E CLORO  
RESIDUAL SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES SANITÁRIAS DA ÁGUA  
(3)OS PARAMETROS COR E TURBIDEZ SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES  
ASSOCIADAS AO ASPECTO VISUAL DA ÁGUA

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS	CONSUMO	TOTAL(R\$)
ÁGUA RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)	1 M3	44,68
CONSUMO DE ÁGUA COMERCIAL 1 UNIDADE(S)	0 M3	64,84
CONSUMO DE ÁGUA		
MULTA P/IMPONTUALIDADE 03/2020		2,21
JUROS DE MORA 12/2019		2,16

TRIBUTOS	BASE DE CÁLCULO	PERCENTUAL (%)	VALOR DO IMPÔSTO
IRMS	108,92	1,65	1,80
ISS	108,92	7,60	8,28

VENCIMENTO: 15/05/2020 TOTAL A PAGAR: 113,29

MENSAGEM:  
IDENTIFICAMOS A EXISTÊNCIA DE 2 FAIXA(S) PENDENTES, NO  
TOTAL DE R\$ 222,58. REGULARIZE SEU NÉBITO E EVITE A NEGA-  
TIVACAO E SUSPENSAO DO FORNECIMENTO DE ÁGUA.





## DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DINHEIRO CIRCULAR SUSEP 445/12

Para maiores esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoradora.com.br> ou ligue para SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

### INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP<sup>1</sup> nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

<sup>2</sup> Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu **ROSSANA LÍGIA FERNANDES DANTAS** inscrito (a) no CPF/CNPJ **884.647.684-00**,  
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário **Rodrigo Martins Carneiro da Silva**  
inscrito (a) no CPF sob o Nº **093.425.524-55**, do sinistro de DPVAT cobertura **INVALIDEZ** da Vítima  
**Rodrigo Martins Carneiro da Silva** inscrito (a) no CPF sob o Nº **093.425.524-55**  
conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: \_\_\_\_\_ Renda: \_\_\_\_\_ e apresento os documentos comprobatórios:

Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço	AVENIDA JOAQUIM NABUCO	Número	200	Complemento	CASA
Bairro	TIMBÓ	Cidade	ABREU E LIMA	Estado	CEP
Email: <b>balbinospe@hotmail.com</b>			Telefone Comercial (DDD) (81) 3538.0069	Telefone celular (DDD) (81) 98721.5834	

*Abreu e Lima/PE 30 de Junho de 2020*  
*Rossana Ligia Fernandes Dantes*  
Assinatura do Declarante



# HOSPITAL METROP. NORTE MIGUEL ARRAES

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTÓCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 25/12/2019 08:37

	Nome Paciente:	RODRIGO MARTINS CARNEIRO DA SILVA
	Cód. Paciente:	
	Data de Nascimento:	09/12/1990
	Sexo:	Masculino
	Idade:	29 anos
	Senha:	0010
	Convênio:	-
	Atendimento:	SAME:

Período: 25/12/2019 09:06 - 25/12/2019 09:14

KENIA MAYLLA DOMINGOS ALVES - COREN: 7760 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - CLASSIFICAÇÃO

Prioridade:

Cor:

Queixa Principal: PACIENTE TRAZIDO PELO SAMU PAULISTA VITIMA DE COLISÃO CARRO/MOTO. CHEGA COM SUDORESE, DISPNEICO, TRAUMA EM HTE + EDEMA PERIORBITAL E + HEMATOMA EM BRACO ESQ+ LESAO EM CALCANEUS E

Observação: NEGA ALERGIA  
NEGA HAS E DM

Fluxograma sintoma: TRAUMA

Discriminador(es): - FERIMENTO COM SANGRAMENTO ATIVO NÃO COMPRESSÍVEL

Especialidade: CIRURGIA GERAL

Sinais Vitais Lidos: - FREQUENCIA CARDIACA: 112.00 BPM  
- P.A. SISTOLICA: 110.00 MMHG  
- P.A.DISTOLICA: 80.00 MMHG  
- SATURAÇÃO DE OXIGÉNIO: 98.00 %

Acolhido(a) por: KENIA MAYLLA DOMINGOS ALVES - COREN: 7760 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data impressão: 25/12/2019 09:14

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

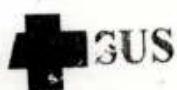
Página 1 de 1



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 04/11/2020 09:37:18  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20110409371880100000069100277>  
Número do documento: 20110409371880100000069100277

Num. 70472496 - Pág. 14





## Laudo para solicitação de autorização de internação

### IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

1 - ESTABELECIMENTO SOLICITANTE HOSPITAL MIGUEL ARRAES	2 - CNES 6431569
3 - ESTABELECIMENTO EXECUTANTE HOSPITAL MIGUEL ARRAES	4 - CNES 6431569

### IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - Nome do Paciente <b>RODRIGO MARTINS CARNEIRO DA SILVA</b>	6 - Nº Prontuário <b>10899</b>												
7 - Cartão Nacional do SUS <b>700001093191303</b>	8 - Data de Nascimento <b>09/12/1990</b>	9 - Sexo <input checked="" type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino	10 - RaçaCor <b>03 - Parda</b>	11 - Nome da Mãe <b>NADIA MARIA MARTINS DA SILVA</b>	12 - Telefone de Contato <b>8135421924</b>	13 - Nome Responsável <b>IGNORADO</b>	14 - Telefone de Contato <b>35421924</b>	15 - Endereço (Rua, Nº, Bairro) <b>RUA OITENTA E NOVE, 66 - CAETES I</b>		16 - Município <b>ABREU E LIMA</b>	17 - IBGE <b>260005</b>	18 - UF <b>PE</b>	19 - CEP <b>53530640</b>
9 - Sexo <input checked="" type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino	10 - RaçaCor <b>03 - Parda</b>												
11 - Nome da Mãe <b>NADIA MARIA MARTINS DA SILVA</b>	12 - Telefone de Contato <b>8135421924</b>												
13 - Nome Responsável <b>IGNORADO</b>	14 - Telefone de Contato <b>35421924</b>												
15 - Endereço (Rua, Nº, Bairro) <b>RUA OITENTA E NOVE, 66 - CAETES I</b>													
16 - Município <b>ABREU E LIMA</b>	17 - IBGE <b>260005</b>	18 - UF <b>PE</b>	19 - CEP <b>53530640</b>										

### LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais Sinais e Sintomas Clínicos  
ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO CURSANDO COM FRATURA EXPOSTA DO CALCANEÓ ESQ + ESCAPULA DIR

21 - Condições que justificam a Internação

22 - Principais Resultados de Provas Diagnósticas

23 - Diagnóstico Inicial / Código

**FRATURA DO CALCANEÓ ESQ EXPOSTA + ESCAPULA ESQ**

24 - CID 10 Principal

**S920**

25 - CID 10 Secundário

**W199**

26 - CID 10 Causas Associadas

27 - Descrição do Procedimento Solicitado

**TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO CALCANEÓ**

28 - Código do Procedimento

**0408050535**

29 - Especialidade

**CIRÚRGICA**

30 - Caráter de Atendimento

**2**

31 - Documento

CNS  CPF

32 - Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Solicitante/Assistente

**980016278437539**

33 - N° do Profissional Solicitante/Assistente

**SORMANE DE CARVALHO BRITTO**

34 - Data da Solicitação

**25/12/2019**

35 - Assinatura e Carimbo (Nº de Registro no Conselho)

**Dr Bernardo San paio**

**16339**

**PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)** *Ortopedia e Traumatologia*

36 - ( ) Acidente de Trânsito

39 - CNPJ Seguradora

40 - Nº Bilhete

**CRM-PE 20.950**

37 - ( ) Acid. Trabalho Típico

(X) CNS

**911 Serie**

38 - ( ) Acid. Trabalho Trajeto

42 - CNPJ / Empresa

43 - CNAE / Empresa

**44 - CBOR**

45 - Vínculo com a Previdência

( ) Empregado

( ) Empresador

( ) Autônomo

( ) Desempregado

( ) Aposentado

( ) Não Segurado

### AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizado

47 - Cod. Órgão Emissor

**E260000001**

52 - Nº da Autorização da Internação Hospitalar (AIH)

48 - Documento

49 - Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Autorizado

( ) CNS  CPF

50 - Data da Autorização

51 - Assinatura e Carimbo (Nº Registro do Conselho)

**Dra Lucinna Moser**  
Traum  
CRM-PE

Código do Laudo: **509806**





Aviso de Cirurgia : 61824      Sala : 0003      SALA 03  
Paciente : 10899      RODRIGO MARTINS CARNEIRO DA SILVA      Atendimento : 509812  
Convênio Atend.: 1      SUS - INTERNACAO      Carteira :  
Leito : 254      VERMELHO - EXTRA 005      Idade : 29 Anos  
Dt. Início : 25/12/2019 15:00      Dt. Fim : 25/12/2019 15:35  
Cid Pré-Operatório : S920      FRATURA DO CALCANEO  
Cid Pós-Operatório :

Procedimento: 0408050535      TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO CALCÂNEO (PRINCIPAL)  
Convênio: 001      SUS - INTERNACAO  
Anestesia:

RGIAO      14368      FABIO NEUMANN KAUFFMAN

**Descrição Cirúrgica :**

DIAGNÓSTICO: FRATURA EXPOSTA DE CALCANEU ESQ E MULTIPLOS FERIMENTOS EM PÉ ESQ  
CIRURGIA: LIMPEZA CIRÚRGICA COM DESBRIDAMENTO DE FERIMENTO

CIRURGIÃO: DRA. MARILIA GOMES

1º AUXILIO:

2º AUXILIO:

ANESTESIA: RAQUIANESTESIA

ANESTESISTA: DR. GENÉSIO

ACIDENTES DURANTE A CIRURGIA:

**DESCRÍÇÃO CIRÚRGICA**

1) PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL SOB RAQUIANESTESIA

2) ASSEPSIA E ANTISSEPSIA

3) APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS

4) OBSERVADO FERIMENTO EXTENSO EM TOPOGRAFIA DE CALCANEU ESQ. REALIZADO LIMPEZA EXAUSTIVA COM SF0,9% 5.000ML COM DESBRIDAMENTO. REALIZADO SUTURA DA FERIDA COM NYLON 3.0.

5) OBSERVADOS MÚLTIPLOS FERIMENTOS EM DORSO DO PÉ ESQUERDO. REALIZADA LIMPEZA E SUTURA COM NYLON 3.0.  
CURATIVO OCLUSIVO

Achados Cirúrgicos:

Descrição Completa

*Montar  
MARIA LIMA GOMES  
INTERNAÇÃO  
CRM/PE: 24048*

DR(A) : FABIO NEUMANN KAUFFMAN  
CRM : 14368

HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAES DE ALENCAR





Instituto de Medicina Integral  
Prof. Fernando Figueira

## **RESUMO DE ALTA HOSPITALAR/ESCLARECIMENTO**

NOME: RODRIGO MARTINS CARNEIRO DA SILVA

DATA NASC.: 09/12/90

NOME SOCIAL:[Data de Publicação]

REG:10899

IDADE:29 SEXO:M

DATA DA ADMISSÃO:25/12/19

DATA DA ALTA: 1/1/20

### **DIAGNÓSTICO:**

- FRATURA DE ESCAPULA

### **TRATAMENTO REALIZADO:**

- TTO CONSERVADOR - TIPOIA

### **ORIENTAÇÕES:**

- ➔ AGENDAR RETORNO AO AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA (SETOR DE AMBULATÓRIOS, NO TÉRREO DAS SEGUNDAS ÀS SEXTAS-FEIRAS) EM 02 SEMANAS, PARA DR ANTONIO QUEIROZ;
- ➔ COMPRAR TIPOIA AMERICANA OU MANTER TIPOIA ATÉ RETORNO AMBULATORIAL;
- ➔ MOBILIZAR DEDOS / MÃO E PUNHO / COTOVELO / OMBRO
- ➔ NÃO LEVANTAR PESO COM O MEMBRO SUPERIOR ATÉ LIBERAÇÃO MÉDICA;
- ➔ RETORNO PRECOCE PELA EMERGÊNCIA SE: FEBRE, INCHAÇO IMPORTANTE E VERMELHIDÃO NA FERIDA, SAÍDA DE SECREÇÃO EM GRANDE QUANTIDADE OU PURULENTA, DOR IMPORTANTE OU FALTA DE AR.

### **EXAME FÍSICO:**

ESTADO GERAL :

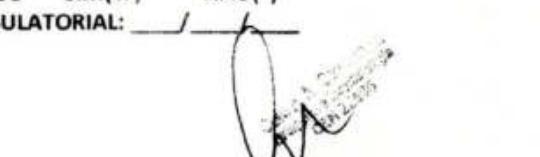
FERIDA OPERATÓRIA:

MEMBRO ACOMETIDO COM BOA PERFUSÃO PERIFÉRICA, SEM SINAIS DE SÍNDROME COMPARTIMENTAL OU TVP, SEM DEFICIT NEUROLÓGICO.

PROGRAMA APÓS ALTA:

AMBULATÓRIO DE EGRESO SIM(x) NÃO( )

DATA DA CONSULTA AMBULATORIAL: \_\_\_\_\_

  
ASSINATURA DO MÉDICO, CARIMBO E CRM

Estrada da Fazendinha, S/N, Jaguaribe, CEP: 53400-000, Paulista - PE





## FICHA DE INTERNAÇÃO

Cód. Atendimento: **509812**

Usuário: **MONICABSL**

Rua Estrada da Fazendinha, S/N  
Jaguaribe - Paulista - PE  
CEP.: 53.400 - 000

### DADOS DO PACIENTE

Paciente: **RODRIGO MARTINS CARNEIRO DA SILVA** Prontuário: 10899  
Idade: 29a 0m 16d Sexo: M Estado Civil: SOLTEIRO Data de Nascimento: 09/12/1990  
Profissão: **Estudante** Escolaridade: **Ensino Fundamental**  
R.G.: 7409803 C.P.F.: 09342552455 Telefone: 35421924 CEP 53530640  
Endereço: RUA OITENTA E NOVE , 66 - CAETES I - ABREU E LIMA - PE  
**Dados da Internação**  
Origem: URGENCIA/EMERGENCIA Data e Hora da Internação: 25/12/2019 10:36  
Convênio: SUS - INTERNACAO Plano: GERAL  
Unidade Internação: VERMELHA - EMERGEI Acomodação: ENFERMARIA DE OBSERVACA Leito: VERMELHO - EXTRA 005  
Médico Internação: SORMANE DE CARVALHO BRITTO

### DADOS DO RESPONSÁVEL

Nome:	R.G.:	C.P.F.:
Endereço:	- Número:	
Telefone:	Cidade:	Estado civil :

### DADOS DA LIBERAÇÃO DO PACIENTE

Data da Alta: 01/01/20 Hora da Alta: \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_

Motivo:  Melhorado  A Pedido  Transferência  Óbito  Evasão

Condições de Alta: Melhorado

Diagnóstico Principal.....: Ex de Escravo *REVISADO* *CH-HMA*

Diagnóstico Secundário01.: \_\_\_\_\_

Diagnóstico Secundário02.: \_\_\_\_\_

Sedimento.....: T&O conservador

Médico e CRM:

Antônio Barbosa Marinho

Responsável pela retirada do paciente Assinatura:

5

### TERMO DE RESPONSABILIDADE

Autorizo a internação do paciente acima mencionado no HOSPITAL MIGUEL ARRAES bem como os tratamentos clínicos e cirúrgicos (Intervenção cirúrgica, anestesias, transfusões, exames de sangue, ou qualquer outro tipo de exame médico e laboratorial) que se fizerem necessários para o diagnóstico, tratamento, cura e o bem-estar do paciente.

Em 25 de 12 de 2019

Assinatura e RG do paciente ou pessoa responsável



Atendimento: 509812

Dt Atendimento: 25/12/2019 - 10:36

Dt Alta: 01/01/2020 - 16:01

Paciente: 10899 RODRIGO MARTINS CARNEIRO DA SILVA

Serviço: 37 ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA Convênio: 1 SUS - INTERNACAO

Leito: 200 ORTO-502-LEITO 004 Plano: 1 GERAL

Motivo Alta: 1 ALTA MELHORADA Usuário: JENNIFERMLS

CID:

Procedimento de Alta: 0301060070 - DIAGNOSTICO E/OU ATENDIMENTO DE URGENCIA EM CLINICA CIRURGICA

Observação de Alta

JENNIFER MARTINS LIMA DA SILVA

Esta conta foi paga com recursos públicos provenientes de seus impostos e contribuições sociais

HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAES DE ALENCAR



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 04/11/2020 09:37:18  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20110409371880100000069100277>  
Número do documento: 20110409371880100000069100277

Num. 70472496 - Pág. 20



## EVOLUÇÃO CLÍNICA

NOME: RODRIGO MARTINS CARNEIRO DA SILVA REG:10899  
CLÍNICA: \_\_\_\_\_ ENFERMAGEM: \_\_\_\_\_ LEITO: \_\_\_\_\_

DATA/HORA	
25/12/2019	# SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
	# ADMISSÃO
	+ Blco Cervical.
26/12/19	+ Let-
12h	(do d. falso) dor calcaneo (t) fissuras (t) / escoria (t)
	fase de dor e dor no Blco
	do esterno (esterno direito)
	MS(t) = dor no Blco (P/OMO) / NVD. MS(t) = dor no Blco
	Q11 MS(t)
27/12/19	+ Let-
12h	do = fissuras e hiperplasia (t) fissuras esclera (t) fissuras da maxila (t)
	fase de dor e dor no Blco (t)
	MS(t) = NVD.

C/SVTO Par BAFF-HR = 584 (300)  
Acum capilares

Medico Assinante  
Medico  
Data: 17.7.20



**EVOLUÇÃO CLÍNICA**

NOME: Rodrigo Vassouras Ferreira da Silva DATA DE NASC.: 29/02/00  
 NOME SOCIAL: Silva REGISTRO: 10899

SETOR: \_\_\_\_\_ ENFERMARIA: \_\_\_\_\_ LEITO: \_\_\_\_\_

DATA/HORA	NOTAS
25/12/19 16:30	Vítima de acidente de trânsito. Paciente com lesões na face e no tórax. Inhalou fumaça de pneus E, saiu sem consciente.
26/12/19 13:30	#SOT #CC3 HO: FZ EXPDIA E CACNEO (E) FZ EGARNA (E) PO: 25/12: LCT DCT SURVIA. PACIENTE FORA DO RUMO NO REGIÃO ESTACIONAMENTO. LGB, CORÉ, EVAZAT, AFBAL #CD: AGAVANDA MULADA DO BMF NO RR.  Guilherme Andrade CRM-PE 27.749
29/12 - 15h	- Lesão - Lesão na face (F) > 0 mês Paciente: Sint. Clássico EON: ouvidos conjeturas chontrao TII (E) = cisto no urinário  1. Urticaria Fd Definitivo Tratamento Fármaco (Sofair)
30/12 - 12h	- Lesão - Lesão na face (F) > 0 mês (E) Eosinofilia e eosinofilia generalizada MUS (E) / MIO (E): atrofia liso Avaliação retiniana de 1 foto - não se pode fazer exame.





SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

### FICHA DE ESCLARECIMENTO

ATENDIMENTO: 1529962/2019

NOME: RODRIGO MARTINS CARNEIRO DA SILVA.

Foi atendido às 20h47 do dia 28/12/2019

Diagnóstico provável: FRATURA DA PRISMA DE MAXILA LA FERAL  
DO SEIO MAXILAR E ANCO ZIGOMÁTICO ESQUERDO  
(ACIDENTE DE MOTOCICLETA)

Tratamento realizado: TAC DE CATRIO E TAC DE FACE  
REDUÇÃO INCUTA  
NO HOSPITAL MIGUEL PINHEIROS

Obs. ENCAIXAMENTO PG NO HOSPITAL MIGUEL  
PINHEIROS PARA O BURGO MAXILAR FRACAL

As informações contidas neste documento foram transcritas, na íntegra, do Prontuário Médico, não do Médico Assistente e sim do serviço Arquivo Médico e Estatístico.

Cópia de Prontuário Médico em 31-01-2020

4533

S - Hospital da Restauração  
Dr Gilberto Munderley  
Médico de SAMU

Atenção: Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar ou ambulatorial para: INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DO TRATAMENTO AMBULATORIAL.  
Av. Agamenon Magalhães, S/N – Derby – Recife – PE CEP 52.010-040  
Fones: 31815451/31815572



**FICHA DE ESCLARECIMENTO**

Nº Atendimento : 1706720

Nome : RODRIGO MARTINS C DA SILVA

Foi atendido às 21:30 hs. do dia 28 / 12 / 2019

Diagnóstico Próvel : PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE MOTO-CICLÍSTICO, CURSANDO COM FRATURA DE C20 (E).

Tratamento Realizado : Foi REALIZADA A REDUÇÃO FECHADA PERCUTÂNEA COM GANCHO DE BARROS. PACIENTE SEM PÉRDA DE PROTEGÃO AP E DO ARCO ZIGOMÁTICO E COM BOA ABERTURA BUCAL NO PÓS-EP. IMEDIATO.

Observação :

Cópia de :

Allan Martins

Ortopedia e Traumatologia

Alexandre Martins Facial

Além de outros profissionais

Médico - CRM Nº

**ATENÇÃO** : Este documento destina-se a comprovação de atendimento hospitalar ou ambulatório para INSS, Empresas, Escolas, Ministério do Trabalho, Continuidade do tratamento ambulatorial, segundo a recomendação Nº 04/2002 do Ministério Público do Estado de Pernambuco.

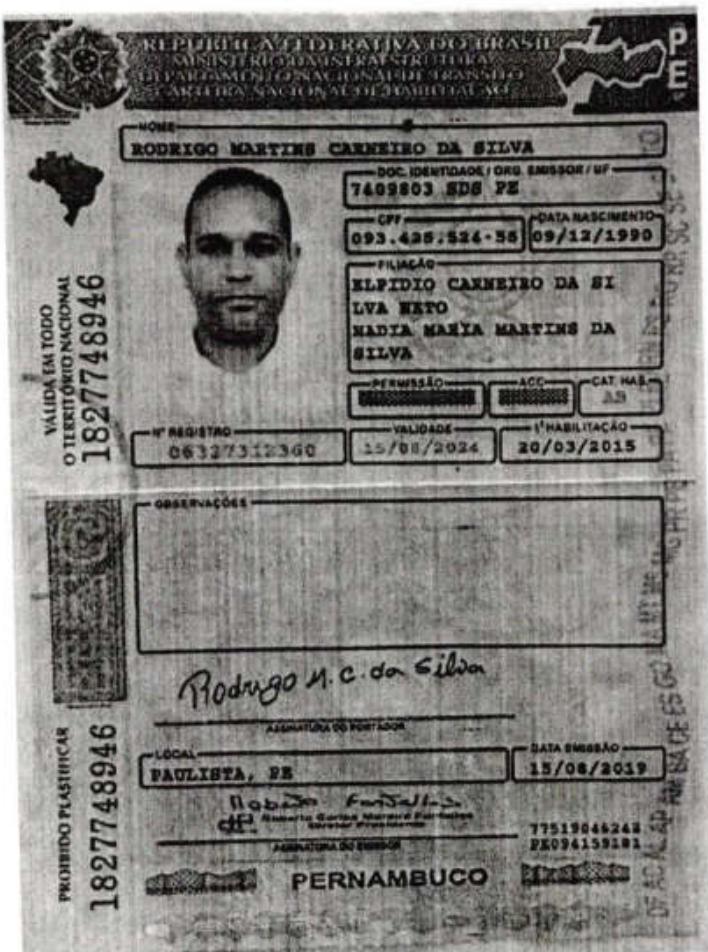
Cód. 0157





Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 04/11/2020 09:37:18  
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20110409371880100000069100277>  
Número do documento: 20110409371880100000069100277

Num. 70472496 - Pág. 25





REGISTRO GERAL 7.409.803 VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL DATA DE EXPEDIÇÃO 06/10/2014

NOME << RODRIGO MARTINS CARNEIRO DA SILVA >>

POLÔNIA << ELPIDIO CARNEIRO DA SILVA NETO >>  
<< NADIA MARIA MARTINS DA SILVA >>

NATIVIDADE RECIFE - PE DATA DE NASCIMENTO 09/12/1990

DOC. ORIGINAIS << CN.91655 L.A77 F.299 CART.BOA  
VISTA,RECIFE-PE 18.12.1998 >>

CPF 093.425.524-55

ASSINATURA DO DIRETOR  
LEI N° 7.119 DE 29/06/83  
F-63 34.727 - 4123



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 04/11/2020 09:37:18  
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20110409371880100000069100277>  
Número do documento: 20110409371880100000069100277

Num. 70472496 - Pág. 27



Ministério da Fazenda  
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **093.425.524-55**

Nome: **RODRIGO MARTINS CARNEIRO DA SILVA**

Data de Nascimento: **09/12/1990**

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data da Inscrição: **08/02/2008**

Dígito Verificador: **00**

Comprovante emitido às: **12:58:42** do dia **07/01/2020** (hora e data de Brasília).  
Código de controle do comprovante: **6C15.9EE5.A43F.8121**



Este documento não substitui o "Comprovante de Inscrição no CPF".

(Modelo aprovado pela IN/RFB nº 1.548, de 13/02/2015.)



**MINISTÉRIO DAS CIDADES**

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO									
VIA	CNPJ / CONJ.	ENTRADA	EXPIRAÇÃO						
1	256592322	NAME	2019						
<b>RAFAEL MARTINS CARNEIRO DA SILVA</b>									
RUA OTENTIA E NOVIS 66 CAECA, CAETÉS I, AREU E LIMA - PE									
CEP 53530-040									
<b>ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT</b> <b>PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO</b> <b>AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA</b> <a href="http://www.seguradoralider.com.br">www.seguradoralider.com.br</a> <b>SAC DPVAT 0800 022 1204</b>									
<b>PE Nº 014B06014318 BILHETE DE SEGURO DPVAT</b> <b>RAFAEL MARTINS CARNEIRO DA SILVA</b> <b>RUA OTENTIA E NOVIS 66</b> <b>CAECA, CAETÉS I, AREU E LIMA - PE</b> <b>CEP 53530-040</b> <b>ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT</b> <b>PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO</b> <b>AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA</b> <a href="http://www.seguradoralider.com.br">www.seguradoralider.com.br</a> <b>SAC DPVAT 0800 022 1204</b>									
<b>ARREU E LIMA - PE</b> <b>CPF / CNPJ</b> <b>075.140.684-81</b> <b>PLACA</b> <b>PEBA529</b> <b>EXERCÍCIO</b> <b>2019</b> <b>DATA EMISSÃO</b> <b>18/04/19</b> <b>VIA</b> <b>1</b> <b>CPF / CNPJ</b> <b>075.140.684-81</b> <b>PLACA</b> <b>PEBA529</b> <b>MARCA / MODELO</b> <b>YAMAHA / FACTOR</b> <b>VER. 25 RD</b> <b>HEMIVAN</b> <b>256392322</b> <b>Nº CHASSI</b> <b>9C6HE1500BUD000723</b> <b>PRÉMIO TARIFÁRIO</b> <b>DEMBALHADA</b> <b>40,05</b> <b>VALOR DO SEGURO (R\$)</b> <b>40,05</b> <b>ESTRADA</b> <b>2810</b> <b>CATEGORIA</b> <b>PARTIC</b> <b>ANO FAB.</b> <b>2010</b> <b>CAT. CONF.</b> <b>03</b> <b>IPVA 2019 QUITADO</b> <b>VÉH. COTA UNICA</b> <b>1*</b> <b>VENC. COTAS</b> <b>2*</b> <b>3*</b> <b>P</b> <b>V 1</b> <b>A</b> <b>PREMIO TANISARIO (R\$)</b> <b>10F (R\$)</b> <b>PREMIO TOTAL (R\$)</b> <b>16/04/19</b> <b>DATA DE PAGAMENTO</b> <b>80.11 SEGURO 03218458 TOR 16/04/19</b> <b>OBSEVAÇÕES</b> <b>AL. FID. BANCO ITAUCARD SABRIGATORIO</b> <b>NÃO VÁLIDO PARA TRANSFERÊNCIA</b> <b>ARREU E LIMA - PE</b> <b>Roberto Lopes Moreira Moreira</b> <b>DIRETOR FINANCIÁRIO DISTRCH/25</b> <b>DATA</b> <b>10/04/19</b> <b>DATA DE PAGAMENTO</b> <b>032 04/19</b> <b>VALOR DO SEGURO (R\$)</b> <b>0,32</b> <b>DATA DE OUTAÇAO</b> <b>16/04/19</b> <b>COTA UNICA</b> <b>PARCADO</b> <b>16/04/19</b> <b>SEGURADORA LÍDER - DPVAT</b> <b>CNPJ 09.246.608/0001-04</b> <b>Destaque à guarda o bilhete DPVAT</b> <b>nas reuniões de festejo comunitário.</b>									

STÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS  
DE VIAGEM TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS  
TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT



## RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0182146/20

**Vítima:** RODRIGO MARTINS CARNEIRO DA SILVA

**CPF:** 093.425.524-55

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 25/12/2019

**Titular do CPF:** RODRIGO MARTINS  
CARNEIRO DA SILVA

**Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

### DOCUMENTOS APRESENTADOS

#### Sinistro

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

#### ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS : 884.647.684-00

- Comprovante de residência
- Declaração Circular SUSEP 445/12
- Documentos de identificação
- Procuração

#### RODRIGO MARTINS CARNEIRO DA SILVA : 093.425.524-55

- 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](http://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: 30/06/2020  
Nome: ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS  
CPF: 884.647.684-00

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 30/06/2020  
Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA  
CPF: 114.202.964-69

ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS

JULIANA BEZERRA DE LUNA



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 04/11/2020 09:37:18  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20110409371880100000069100277>  
Número do documento: 20110409371880100000069100277

Num. 70472496 - Pág. 30

## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200232810      **Cidade:** Paulista      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** RODRIGO MARTINS CARNEIRO DA SILVA      **Data do acidente:** 25/12/2019      **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

### PARECER

**Diagnóstico:** TRAUMA DE FACE COM FRATURA DE CZO A ESQUERDA, FRATURA DO CORPO DA ESCAPULA ESQUERDA E FRATURA SEM DESVIO EXPOSTA DO CALCANEU ESQUERDO.

**Descrição do exame físico:** DISCRETA ASSIMETRIA DA FACE A ESQUERDA, LIMITAÇÃO RESIDUAL DA ROTAÇÃO INTERNA DO OMBRO ESQUERDO (APROX 10 GRAUS DE REDUÇÃO) E LIMITAÇÃO RESIDUAL DO ARCO DE MOVIMENTO DO PÉ ESQUERDO.

**Resultados terapêuticos:** VITIMA EVOLUI COM CONSOLIDAÇÃO TOTAL DAS FRATURAS E CICATRIZAÇÃO TOTAL DOS FERIMENTOS COM ALINHAMENTO ANATOMICO SATISFATORIO

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU RESIDUAL DO(A) LESÕES DE ÓRGÃOS E ESTRUTURAS CRÂNIO-FACIAIS E LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU RESIDUAL DO(A) OMBRO ESQUERDO E LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU RESIDUAL DO(A) PÉ ESQUERDO

**Sequelas:** Com sequela

**Data do exame físico:** 09/07/2020

**Conduta mantida:**

**Observações:**

**Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.**

### 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
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
Perda funcional completa de um dos pés	50 %	Em grau residual - 10 %	5%	R\$ 675,00
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau residual - 10 %	2,5%	R\$ 337,50
<b>Total</b>		<b>17,5 %</b>	<b>R\$ 2.362,50</b>	



## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

Número: 3200232810 Cidade: Paulista Natureza: Invalidez Permanente  
Vítima: RODRIGO MARTINS CARNEIRO DA SILVA Data do acidente: 25/12/2019 Seguradora: Investprev Seguradora S/A

### PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 06/07/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DE ARCO DO ZIGOMÁTICO E MANDÍBULA ESQUERDA  
FRATURA DA ESCÁPULA ESQUERDA.  
FRATURA EXPOSTA DE CALCÂNEO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: FACE: REDUÇÃO INCRUENTA.  
TRATAMENTO CONSERVADOR-OMBRO DIREITO.  
TRATAMENTO CIRÚRGICO-TORNOZELO ESQUERDO.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: BOLETIM OPERATÓRIO NA PÁGINA 4  
EVOLUÇÃO MÉDICA NA PÁGINA 5/6/10

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

### 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
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
Perda funcional completa de um dos pés	50 %	Em grau residual - 10 %	5%	R\$ 675,00
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
<b>Total</b>		<b>21,25 %</b>	<b>R\$ 2.868,75</b>	



## PROCURAÇÃO PARTICULAR

### BENEFICIÁRIO/VÍTIMA:

Nome: RODRIGO MARTINS CARNEIRO DA SILVA  
Nacionalidade: Brasileiro Estado Civil: Solteiro Profissão: motorista  
Identidade: 7H09803 SDS PE CPF: 093 425 524-55  
Endereço: RUA 89, CAJES I, ABREU E LIMA - PE.  
CEP = 53530-640

### PROCURADOR(A):

Nome: ROSSANA LÍGIA FERNANDES DANTAS  
Nacionalidade: Brasileira Estado Civil: Divorciada Profissão: Empresária  
Identidade: 7.742.986 SDS/PE CPF: 884.647.684-00  
Endereço: Avenida Joaquim Nabuco nº 200, Timbó, Abreu e Lima/PE. Cep. 53.520-170

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante quaisquer Seguradora pertencente ao Consórcio DPVAT, também perante aos pontos de atendimento da Seguradora Lider (Correios, Sincor (s) e Corretores), dar entrada em sinistro, enviar documentos relativo a pendências, receber correspondências, solicitar informações por escrito, e-mails ou por telefone, ter acesso ao número de sinistro ocorrido com a vítima no dia 25/12/2019, cobertura **INVALIDEZ**, em fim, acompanhar todo e qualquer andamento relativo ao sinistro em epígrafe do beneficiário (a)/vítima, até o término de sua liquidação, e finalmente praticar todos os atos necessários ao bom e fiel desempenho deste mandato. Obs.: É de responsabilidade do outorgante a veracidade das informações e documentos apresentados e disponibilizados ao outorgado.

09-01-2020 ABREU E LIMA - PE  
Local e data



x Rodrigo Martins Carneiro da Silva  
Assinatura do Beneficiário/Vítima  
(Reconhecer firma por autenticidade)



## RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0182146/20

**Vítima:** RODRIGO MARTINS CARNEIRO DA SILVA

**CPF:** 093.425.524-55

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 25/12/2019

**Titular do CPF:** RODRIGO MARTINS  
CARNEIRO DA SILVA

**Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

### DOCUMENTOS APRESENTADOS

#### Sinistro

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

#### ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS : 884.647.684-00

Comprovante de residência  
Declaração Circular SUSEP 445/12  
Documentos de identificação  
Procuração

#### RODRIGO MARTINS CARNEIRO DA SILVA : 093.425.524-55

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](http://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: 30/06/2020  
Nome: ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS  
CPF: 884.647.684-00

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 30/06/2020  
Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA  
CPF: 114.202.964-69

ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS

JULIANA BEZERRA DE LUNA



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 04/11/2020 09:37:18  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20110409371880100000069100277>  
Número do documento: 20110409371880100000069100277

Num. 70472496 - Pág. 34