



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	
RODRIGO MARTINS CARNEIRO DA SILVA (AUTOR)		ADSON JOSE ALVES DE FARIAS (ADVOGADO)	
COMPANHIA EXCELSIOR DE SEGUROS (REU)		RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO)	
CLAUDIO DA CUNHA CAVALCANTI NETO (PERITO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
70472493	04/11/2020 09:37	<a href="#">2748111_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01</a>	Petição em PDF



**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.<sup>a</sup>, 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, nexos 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




## 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				
				
<b>DADOS DO SINISTRO</b>				
Número: 3200232810	Cidade: Paulista	Natureza: Invalidez Permanente		
Vítima: RODRIGO MARTINS CARNEIRO DA SILVA	Data do acidente: 25/12/2019	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 CALCANEIO 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>Sequelae 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>Sequelae:</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>				
<b>DANOS CORPORAIS COMPROVADOS</b>	<b>Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)</b>	<b>Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)</b>	<b>% Apurado</b>	<b>Indenização pelo dano</b>
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>

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%).



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**





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	
RODRIGO MARTINS CARNEIRO DA SILVA (AUTOR)		ADSON JOSE ALVES DE FARIAS (ADVOGADO)	
COMPANHIA EXCELSIOR DE SEGUROS (REU)		RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO)	
CLAUDIO DA CUNHA CAVALCANTI NETO (PERITO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
70472495	04/11/2020 09:37	<a href="#">ANEXO 1</a>	Outros (Documento)

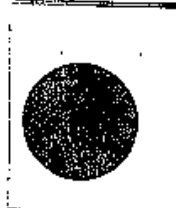


# HOSPITAL METROP. NORTE MIGUEL ARRAES

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMP

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: 0025  
Convênio: 2 - SUS - EXTERNO / URGENCIA  
Atendimento: 344780  
SAME: 5413



*Handwritten signature and date: 18/09/16*

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

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

Prioridade: URGENCIA AMARELO

Cor: AMARELO

Queixa Principal: PACIENTE ENCAMINHADO POR DR MARCIO, VITIMA DE QUEDA DA MOTO, EVOLUIU COM FRATURA /LUXAÇÃO DE COTOVELO E.

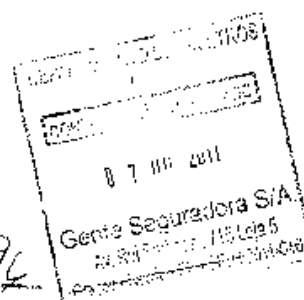
Observação: NEGA ALERGIAS, DM E HAS.

Fluxograma sintoma: TRAUMA

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

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

*Handwritten stamp: REVISADO MED - HMA*



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

Data Impressão: 13/09/2016 16:40

Sistema de Atendimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1





MIGUEL ARRAES

HOSPITAL MIGUEL ARRAES



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 OITENTA 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 com história de  
queda de peso há 1 mês +

Exame Físico

Retraído/taquicárdico de coloração esp.  
(tendência para cianose)

Hipótese Diagnóstica

Disfunção cardíaca

Descrição Médica

paciente com história de queda de peso  
há 1 mês +

07/11/2016  
Gente Seguradora S/A  
Av. ...  
...  
...  
...

Assinatura e Carimbo/Médico

Assinatura do médico

Destino: ( ) Encaminhado ao Ambulatório ( ) Residência  
( ) Transferido: Para  
( ) Encaminhado ao setor de internação

Senha:

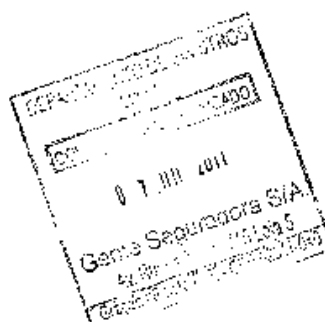




**DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO**

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 / 12348  
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA



# UMA 24 HORAS - IGARASSU

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 12/09/2016 06:37

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~~ VERDE

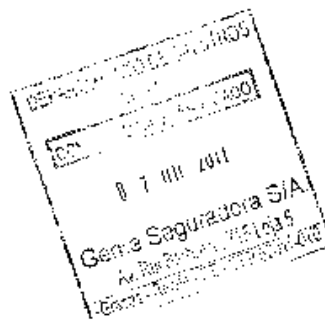
Queixa Principal: SUSPEITA DE LUXAÇÃO EM MSE APÓS ACIDENTE DE MOTO

Observação: ACIDENTE DE MOTO.

Fluxograma sintoma: TRAUMA

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

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA



Acolhido(a) por: JOSE ROBSON PEREIRA CORDEIRO - COREN: 7955 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 12/09/2016 06:40

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1





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: 53530640 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:

*União de náusea há 3h, evoluindo para vômito  
sua colorado (E)*

EXAME FÍSICO:

*Ex. físico normal, com sinais de desidratação, supratentorial  
com ingurgitamento presuntivo no cateter (E)  
Vítima de trauma por queda de altura da rede*

HIPÓTESE (S) DIAGNÓSTICA (S):

*+ Lesão da colorado  
(E) Trauma por queda de altura*

SOLICITAÇÃO DE EXAMES:

PRESCRIÇÃO MÉDICA:

HORÁRIO

07:35	<i>Prescrição de AFA + ALO 6h para controle de náusea e vômito Falso hemiparesia</i>	<i>Paciente recusa medicação</i>

Dr. Bruno Vieira  
Ortopedia - Traumatologia  
CRM PE 22.357

Médico / Cremepe:

ENCAMINHADO: ( ) Ambulatório ( ) Sala Verde ( ) Sala Amarela ( ) Sala Vermelha

Médico / Cremepe:



EVOLUÇÃO CLÍNICA (pareceres, resultado de exames, etc.)

27.03

Exatidão e precisão da avaliação do  
sintomas (2)

cri: 4 Hrs. de tratamento com fentanila por via  
intravenosa e administração de analgésicos  
com bom resultado

Dr. Bruno Vieira  
Ortopedia - Traumatologia  
CRM-PE 22.367

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 / Crenepe:

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: \_\_\_\_:\_\_\_\_

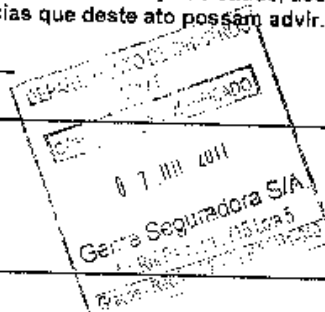
NOME LEGÍVEL: \_\_\_\_\_

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

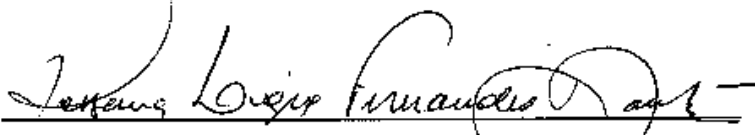
Procurador (a) /intermediário (a) do beneficiário (a)  
RODRIGO MARTINS CARNEIRO DA SILVA do  
sinistro de DPVAT da natureza **INVALIDEZ** da vítima  
RODRIGO MARTINS CARNEIRO DA SILVA e conforme

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



0051

Comunidade de Residência

Eu, RAFAEL MARTINS CARNEIRO DA SILVA,  
 RG nº 7104BS0, Data de Expedição:     /     /    , Órgão: SDS-PE,  
 Portador do CPF nº 075.140.684-81, com domicílio na cidade de  
ABREU E LIMA, no Estado de PE,  
 onde resido na (Rua/Av./Est.) BUA: 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: 9CG KE1500 B3 0000723  
 Data do Acidente: 12/09/2016



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

Rafael Martins C. da Silva  
 Assinatura do Declarante

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

**Cartório Alfredo Mariano** TABELIONATO DE NOTAS E PROTESTO  
NOT. ALFREDO MARIANO DE SOUZA - TABELIONATO DE NOTAS E PROTESTO - 1ª Substituição: LUCIANA OLIVEIRA DE LIMA MARQUES - 2ª Substituição: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 3ª Substituição: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 4ª Substituição: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 5ª Substituição: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 6ª Substituição: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 7ª Substituição: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 8ª Substituição: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 9ª Substituição: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 10ª Substituição: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR

Reconheço por AUTENTICIDADE a firma de RAFAEL MARTINS CARNEIRO DA SILVA, Abreu e Lima/PE, 19/06/2017 10:34:50, em testemunho da verdade. Emolumentos: R\$ 3,88 TSE: R\$ 0,78 Total: 4,66. AC-8-42613

Luciana Oliveira de Lima Marques Substituta  
 Selo digital: 0150607.HFR06201701.03407





0012

Comprovante de residência  
Número do Documento: 20110409371862200000069100276

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
SISTEMA DE REGISTRO DE IMÓVEIS  
DEPARTAMENTO NACIONAL DE IMÓVEIS  
CARTÃO NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME: RODRIGO MARTINE CARNEIRO DA SILVA

DOC. IDENTIFIC. DO PASSADINTE: 14096035-828-PR

CPF: 097.425-524-55 DATA NASCIMENTO: 05/12/1990

FUNÇÃO: ELIOTTO CARNEIRO DA SILVA NETO

NACIONALIDADE: BRASILEIRO

PERMISSÃO: 12/07/2019 VALIDADE: 20/03/2018

VALIA EM TODAS AS REPRODUÇÕES: 1300805184

PROBES PLASIFICAR: 1300805184

OBSERVAÇÕES: RESERVA ALV. RESERVADA

ASSINATURA: Rodrigo M. C. da Silva

ASSINATURA DO PORTADOR: PAULISTA DE 18/07/2016

ASSINATURA DO EMISOR: 010899343855 12073930784

DATA DE EMISSÃO: 07/11/2016

DEPARTAMENTO NACIONAL DE IMÓVEIS  
07/11/2016  
Gente Seguradora S/A  
Anexo 1 - 1300805184





## DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, RODRIGO MARTINS CARNEIRO DA SILVA,

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

CPF nº 093.425.524-95, 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>QUADRA = 106</u>
Bairro	<u>CAETES I</u>
Cidade	<u>ABRÃO E LIMA</u>
Estado	<u>PERNAMBUCO</u>
CEP	<u>53.540-460</u>
Telefone de Contato	<u>81-3538-0068-987215834</u>
E-mail	<u>raltrinsr@hotmail.com</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Abreu e Lima/PE 07/07/2017

Assinatura do Declarante: Rodrigo Martins e. da Silva





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

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



www.celpe.com.br

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  
Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados do Estado  
de Pernambuco-ARPE: 0800-727-0167-Ligação Gratuita de Telefones Fixos  
Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL  
167-Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis

DADOS DO CLIENTE

NADIA MARIA MARTINS DA SILVA  
CPF: 052.394.314-05

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA OITENTA E NOVE 56  
Q 106  
CAETES VABREU E LIMA  
53530-640 ABREU E LIMA PE

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

DATA DE VENCIMENTO

22/06/2017

TOTAL A PAGAR (R\$)

154,99

DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL

14/06/2017

DATA DA APRESENTAÇÃO

14/06/2017

NÚMERO DA NOTA FISCAL

001708845

CONTA CONTRATO

000508968035

Nº DO CLIENTE

2002154849

Nº DA INSTALAÇÃO

000042034

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL  
Monofásico

RESERVADO AO FISCO

D882.A566.988F.900E.064B.53DA.0C38.3B4C

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativa(kWh)	176,00	0,71248087	125,39
Acréscimo Bandeira VERMELHA			4,16
Contribuição Iluminação Pública			18,66
ICMS Subvenção-CDE-NF 001705371-13/04/17			0,99
Multa por atraso-NF 001785871 - 13/04/17			1,87
Multa por atraso-NF 001858812 - 15/05/17			2,51
Juros por atraso-NF 001785871 - 13/04/17			0,75
Juros por atraso-NF 001858812 - 15/05/17			0,68
<b>TOTAL DA FATURA</b>			<b>154,99</b>

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

ICMS		PIS		COFINS	
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
129,55	25,00	32,38	129,55	1,36	1,76
			129,55	6,22	8,05

Tarifas Aplicadas

Consumo Ativa(kWh) 0,44028000

HISTÓRICO DO CONSUMO

Mês	Ano	kWh
JUN	17	176
MAI	17	193
ABR	17	157
MAR	17	200
FEV	17	200
JAN	17	231
DEZ	16	196
NOV	16	177
OUT	16	202
SET	16	195
AGO	16	194
JUL	16	182
JUN	16	188

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

Descrição	R\$	%
Geração de Energia	34,04	24,28
Transmissão	3,69	2,77
Distribuição Celpe	28,45	22,89
Encargos Sociais	11,14	8,94
Tributos	42,19	32,67
<b>TOTAL</b>	<b>129,55</b>	<b>100</b>

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR	ATUAL	CONSUMO
00000000000000000000	CAT	15000000	14000000	1000000

DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LE: 06/07/2017

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	METAS MENSAL	METAS TRIM.	METAS ANUAL
DIC-Nº de horas sem Energia	PARATIBE II	0,00	4,95	8,91	19,82
FIC-Nº de vezes sem Energia		0,00	3,17	6,35	12,70
DMS-Duração máxima de interrupção contínua		0,00	2,77	0,00	0,00

Limite DMS: 12,22

ELSD-Valor de Encargos de Uso = R\$ 43,59

Toda Consumidor pode solicitar a aplicação das Indicações DIC, FIC, DMS e DMSI a qualquer tempo.

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Na data da leitura a Bandeira de Valor de Venda. Mais informações em [www.aneel.gov.br](http://www.aneel.gov.br).  
O cliente é compensado quando há interrupção na continuidade de um ou mais níveis de tensão de fornecimento.  
Pagamento em atraso gera: Multa 2% (Res. 414/ANEEL-09/05/10) e Juros 1% a.m. (Lei 10.438-26/04/02) no próximo 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(V)	
	MÍNIMO	MÁXIMO
220	202	231

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

DESTAQUE AQUI

CONTA CONTRATO	MES/ANO	TOTAL A PAGAR(R\$)	VENCIMENTO
000508968035	06/2017	154,99	22/06/2017

TAJÃO DE PAGAMENTO

Evite dobrar, perfurar ou rasurar.  
Este cartão será usado para leitura ótica.  
AUTENTICAÇÃO MECÂNICA





100054




**SAMU  
192**

**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 de 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 I 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 OITENTA E NOVE, Nº 66, QUADRA-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
- (X) O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

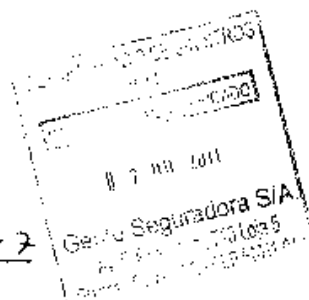
Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

Rodrigo Martins e da Silva

Assinatura do declarante  
conforme documento de identificação

Abreu e Lima/PE 07/07/2017

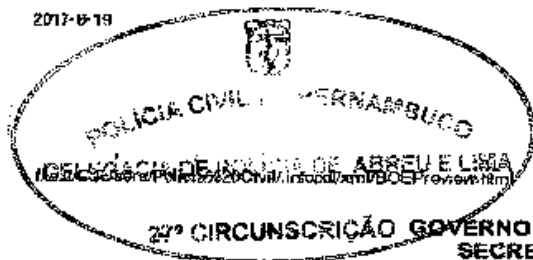
Local e data



2017-0-19

Boletim de Ocorrência

372752



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 027ª CIRCUNSCRIÇÃO - ABREU E LIMA - DP27ªCIRC DIM/SªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 17E0117001633

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

**OUTRAS OCORRÊNCIAS DE TRÂNSITO - Culposa (Consumado)** que aconteceu no dia 12/9/2016 às 06:30

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

Pessoa(s) envolvido(s) na ocorrência:

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

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (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** - Nome: **NADIA MARIA MARTINS DA SILVA** Data de Nascimento: **04/12/1980** Nacionalidade: **RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL**

**DESCONHECIDO** (não presente ao plantão) - Sexo: **DESCONHECIDO** Nacionalidade: **NÃO 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: **Não**  
Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PFA4523** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)

Ano Fabricação/Modelo: **2010/2011**

Descrição: **EM NOME DE RAFAEL MARTINS CARNEIRO DA SILVA**

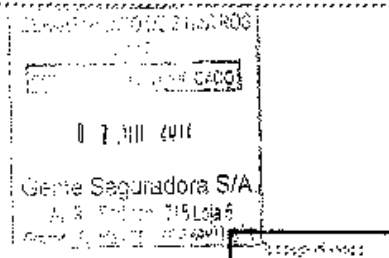
Complemento / Observação

**DECLARA A VITIMA QUE PROTAGA 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 Nº344780**

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

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

B.O. registrado por: **AILTON GOMES DA SILVA** - Matrícula: **2212625**





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 7.408.803 EXPEDIDO POR SDS-PE EM 06/10/14 E  
CPF 093405524-55 / CNPJ 00.000.000-0000-00, 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 LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO  
DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

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

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

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL, ou Salário ou Funcional;
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem 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 POUPANÇA operação 013 da CEF 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 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 SISPDPVAT 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 POUPANÇA (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 DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

Abner e Luísa de O. de Jesus de 2014  
LOCAL E DATA

Rodrigo Martins e da Silva  
ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

**ATENÇÃO**

- O Seguro DPVAT garante indenização de **R\$13.500,00** em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente); indenização de até **R\$13.500,00** em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até **R\$ 2.700,00** em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatsegurodustransito.com.br](http://www.dpvatsegurodustransito.com.br) ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.



CAIXA ECONOMICA FEDERAL | AAVC #20 | AUTO ATENDIMENTO | 29/06/2017

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

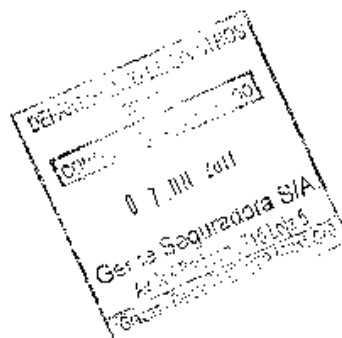
AG: 3122 ABRFO E LIMA OPER: 013 CONTA: 35.290-2  
PERÍODO: 01062017 ATQ: 29062017 CPF: 093.425.524-35  
NOME: RODRIGO MARTINS C DA SILVA VTR.BIQ.COD. :

DATA MOV	NR.DOC HISTÓRICO	TAXA	VALOR	SALDO
20/06/2017	000000 DE DINH AG	0,09000000		

F1 AJUDA F4 SALDO EM DATA DITITE F7 VOLTAR PAG. F12 FINALIZAR  
F3 RETORNAR F6 EXTRATO ANTERIOR F8 AVANÇAR PAG.



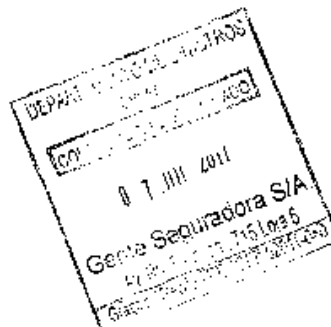
IGOR BUREGIO MARANHÃO  
Gerente de Atendimento Gov Social E E  
Matri. 127 259-7  
Ag. Abreu e Lima/FE  
CAIXA ECONÔMICA FEDERAL



## 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 33.290-2, 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 C. da Silva  
ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO



# Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e Quantificação de Lesões Permanentes em Vitimas 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 complicação.

**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 susceptível 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 anatómicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

#### DEFICIT FUNCIONAL RESIDUAL DE MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO

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

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

☐ Vitima 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

Fabio S. Fernandes  
Medicina Interna  
CRM 52.63021-7

Assinatura do perito Examinador - CRM





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**

Pag. 01469/01470 - carta\_15R



00020735



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 início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Pag. 00757/00758 - carta\_02

00070379



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 início 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**

Pag. 01205/01206 - carta\_01



# 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





## 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 médico pericial:** DÉFICIT FUNCIONAL RESIDUAL DE MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO

**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
Total			7 %	R\$ 945,00

### 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 %	R\$ 0,00

### PRESTADOR

VISÃO MÉDICA LTDA

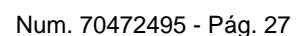
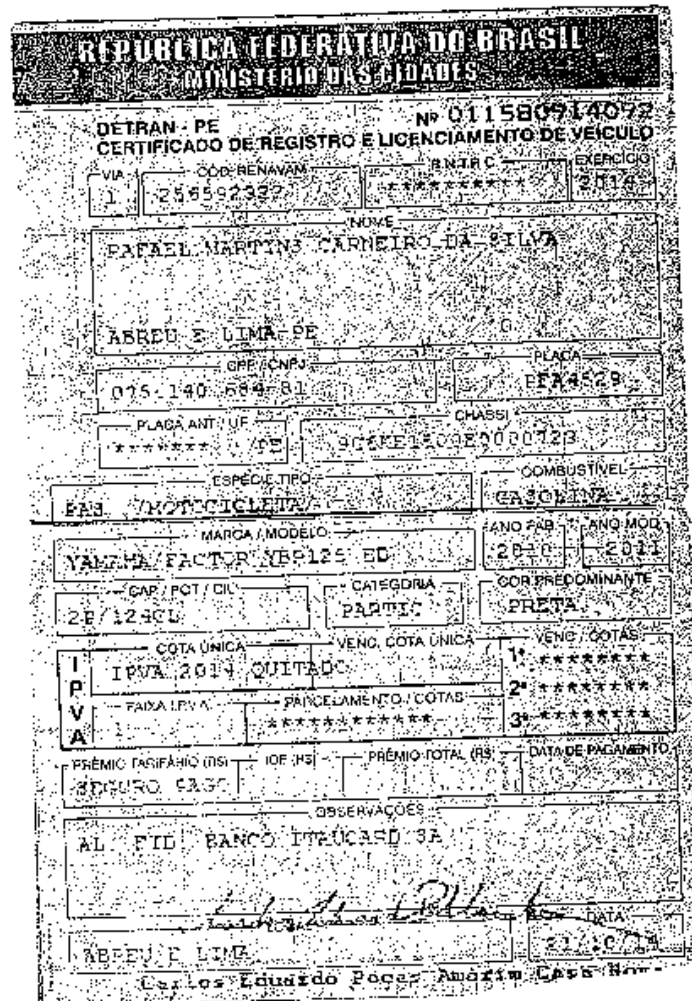
**Nome do médico:** JORGE ALBERTO C DE SOUZA

**CRM do médico:** 52.37730-0

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**











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	
RODRIGO MARTINS CARNEIRO DA SILVA (AUTOR)		ADSON JOSE ALVES DE FARIAS (ADVOGADO)	
COMPANHIA EXCELSIOR DE SEGUROS (REU)		RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO)	
CLAUDIO DA CUNHA CAVALCANTI NETO (PERITO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
70472496	04/11/2020 09:37	<a href="#">ANEXO 2</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, contatos 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,

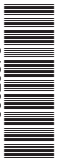
**Seguradora Líder-DPVAT**

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

00050566



Carta nº 15916053





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 Vitimas 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 CALCANEIO 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 CIRURGICO 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. Nexa de casualidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?  
( X ) Sim ( ) Não
- V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)  
( X ) Sim ( ) Não
- VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:  
**DEFICIT ANATOMICO RESIDUAL DA FACE, DEFICIT FUNCIONAL RESIDUAL DO OMBRO ESQUERDO E DEFICIT 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" |
| <i>(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)</i> |                              |
- Esta avaliação médica deve ser repetida em \_\_\_\_\_ dias
- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas. (\*)
- |  |  |
|--|--|
| Região Corporal (Sequela):<br><b>Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais</b><br>% do dano: ( X ) 10% residual ( ) 25% leve<br>( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo | Região Corporal (Sequela):<br><b>Ombro - Esquerdo</b><br>% do dano: ( X ) 10% residual ( ) 25% leve<br>( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo |
| Região Corporal (Sequela):<br><b>Pé - Esquerdo</b><br>% do dano: ( X ) 10% residual ( ) 25% leve<br>( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo                                | Região Corporal (Sequela):<br><br>% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve<br>( ) 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



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







## 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: 3 - CPF da vítima: 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 (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo: RODRIGO MARTINS CARNEIRO DA SILVA 6 - CPF: 093.425.524-55

7 - Profissão: MANOBRISTA 8 - Endereço: RUA OITENTA E NOVE 9 - Número: 66 10 - Complemento: ANEXO 106

11 - Bairro: CAETES I 12 - Cidade: ABEU E LIMA 13 - Estado: PE 14 - CEP: 53.530-640

15 - E-mail: balbino@pe@hotmail.com (81)99944109 (81)3538-0065 16 - Tel.(DDD):

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/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:

☐ RECUSO INFORMAR ☒ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

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

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: ITAU

AGÊNCIA:

CONTA:

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(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: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (a nascitor)? ☐ Sim ☐ Não

31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles 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 do segurado ou beneficiário não alfabetizado

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

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019







GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
CENTRAL DE PLANTOES 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: **2ª. GRAU COMPLETO** Profissão: **OUTRAS**  
**PROFISSOES** 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 COMPARECEU NADADA DE HOJE A ESTA DP PARA PRESTAR QUEIXA DO FATO PARA AS DEVIDAS PROVIDÊNCIA POLÍCIAS. 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**  
(VÍTIMA)

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







## 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: 3 - CPF da vítima: 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 (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo: RODRIGO MARTINS CARNEIRO DA SILVA 6 - CPF: 093.425.524-55

7 - Profissão: MANOBRISTA 8 - Endereço: RUA OITENTA E NOVE 9 - Número: 66 10 - Complemento: QUARTA-106

11 - Bairro: CAETES I 12 - Cidade: ABEU E LIMA 13 - Estado: PE 14 - CEP: 53.530-640

15 - E-mail: balbino@pe@hotmail.com (81)99944109 (81)3538-0065 16 - Tel.(DDD):

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/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:

☐ RECUSO INFORMAR ☒ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

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

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: ITAU

AGÊNCIA:

CONTA:

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(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: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (a nascitor)? ☐ Sim ☐ Não

31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles 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 do segurado ou beneficiário não alfabetizado

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

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019



# ITAÚ – 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



NOTA FISCAL   FATURA   CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA 2a VIA																																																																																															
<b>COMPANHIA ENERGÉTICA DE PERNAMBUCO</b> AV. JOÃO DE BARROS, 111, BOA VISTA, RECIFE, PERNAMBUCO CEP 50050-902 CNPJ 10.835.932/0001-08 INSCRIÇÃO ESTADUAL 0005943-93	 <b>CELPE</b> www.celpe.com.br	Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de <b>COMERCIAL 116   PRONTI</b> Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 : Ouvidoria 0800 : Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados de Pernambuco-ARPE: 0800-727-0167-Ligação Gratuita de Telefun Agência Nacional de Energia Elétrica 167-Ligação Gratuita de telefones fixos (																																																																																													
<b>DADOS DO CLIENTE</b> NADIA MARIA MARTINS DA SILVA CPF: 052.394.314-85	<b>DATA DE VENCIMENTO</b> <b>22/06/2020</b> <b>TOTAL A PAGAR (R\$)</b> <b>167,76</b>	<b>DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL</b> 15/06/2020 <b>DATA DA APRESENTAÇÃO</b> 15/06/2020 <b>NÚMERO DA NOTA FISCAL</b> 112307728	<b>CONTA CONTRATO</b> 000508968035 <b>Nº DO CLIENTE</b> 2002154849 <b>Nº DA INSTALAÇÃO</b> 0000042094																																																																																												
<b>ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA</b> RUA OITENTA E NOVE 66 Q 106 CAETES IABREU E LIMA 53530-640 ABREU E LIMA PE		<b>CLASSIFICAÇÃO</b> <b>B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL</b> <b>Monofásico</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 www.celpe.com.br		<b>RESERVADO AO FISCO</b> 85D8.D81C.A444.2146.0DF9.72CA.9A64.4BED																																																																																													
DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL																																																																																															
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>DESCRIÇÃO</th> <th>QUANTIDADE</th> <th>PREÇO</th> <th>VALOR (R\$)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Consumo Ativo(kWh)-TUSD</td> <td>179,00</td> <td>0,42901509</td> <td>76,79</td> </tr> <tr> <td>Consumo Ativo(kWh)-TE</td> <td>179,00</td> <td>0,36081955</td> <td>64,58</td> </tr> <tr> <td>Contrib. Ilum. Pública Municipal</td> <td></td> <td></td> <td>21,33</td> </tr> <tr> <td>ICMS Subvenção-CDE-NF 104387103-15/04/20</td> <td></td> <td></td> <td>1,41</td> </tr> <tr> <td>Multa por atraso-NF 108290328 - 15/05/20</td> <td></td> <td></td> <td>2,87</td> </tr> <tr> <td>Juros por atraso-NF 108290328 - 15/05/20</td> <td></td> <td></td> <td>0,61</td> </tr> <tr> <td>Atualização IGPM-NF 108290328 - 15/05/20</td> <td></td> <td></td> <td>0,17</td> </tr> <tr> <td><b>TOTAL DA FATURA</b></td> <td></td> <td></td> <td><b>167,76</b></td> </tr> </tbody> </table>	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. Pública Municipal			21,33	ICMS Subvenção-CDE-NF 104387103-15/04/20			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>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th colspan="2">Tarifas Aplicadas</th> <th colspan="2">HISTÓRICO DO CONSUMO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Consumo Ativo(kWh)-TUSD</td> <td>0,29638000</td> <td>JUN 20</td> <td>     </td> </tr> <tr> <td>Consumo Ativo(kWh)-TE</td> <td>0,25095000</td> <td>MAI 20</td> <td>     </td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>ABR 20</td> <td>     </td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>MAR 20</td> <td>     </td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>FEV 20</td> <td>     </td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>JAN 20</td> <td>     </td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>DEZ 19</td> <td>     </td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>NOV 19</td> <td>     </td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>OUT 19</td> <td>     </td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>SET 19</td> <td>     </td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>AGO 19</td> <td>     </td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>JUL 19</td> <td>     </td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>JUN 19</td> <td>     </td> </tr> </tbody> </table>			Tarifas Aplicadas		HISTÓRICO DO CONSUMO		Consumo Ativo(kWh)-TUSD	0,29638000	JUN 20		Consumo Ativo(kWh)-TE	0,25095000	MAI 20				ABR 20				MAR 20				FEV 20				JAN 20				DEZ 19				NOV 19				OUT 19				SET 19				AGO 19				JUL 19				JUN 19	
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. Pública Municipal			21,33																																																																																												
ICMS Subvenção-CDE-NF 104387103-15/04/20			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)-TUSD	0,29638000	JUN 20																																																																																													
Consumo Ativo(kWh)-TE	0,25095000	MAI 20																																																																																													
		ABR 20																																																																																													
		MAR 20																																																																																													
		FEV 20																																																																																													
		JAN 20																																																																																													
		DEZ 19																																																																																													
		NOV 19																																																																																													
		OUT 19																																																																																													
		SET 19																																																																																													
		AGO 19																																																																																													
		JUL 19																																																																																													
		JUN 19																																																																																													
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th colspan="8">INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS</th> </tr> <tr> <th colspan="3">ICMS</th> <th colspan="2">PIS</th> <th colspan="3">COFINS</th> </tr> <tr> <th>BASE DE CÁLCULO</th> <th>%</th> <th>VALOR DO IMPOSTO</th> <th>BASE DE CÁLCULO</th> <th>%</th> <th>VALOR DO IMPOSTO</th> <th>BASE DE CÁLCULO</th> <th>%</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>141,37</td> <td>25,00</td> <td>35,34</td> <td>141,37</td> <td>0,97</td> <td>1,37</td> <td>141,37</td> <td>4,48</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>6,33</td> </tr> </tbody> </table>				INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS								ICMS			PIS		COFINS			BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	141,37	25,00	35,34	141,37	0,97	1,37	141,37	4,48								6,33																																																				
INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS																																																																																															
ICMS			PIS		COFINS																																																																																										
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%																																																																																								
141,37	25,00	35,34	141,37	0,97	1,37	141,37	4,48																																																																																								
							6,33																																																																																								
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th colspan="8">DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL</th> </tr> <tr> <th>NÚMERO DO MEDIDOR</th> <th>TIPO DA FUNÇÃO</th> <th>ANTERIOR DATA</th> <th>ANTERIOR LEITURA</th> <th>ATUAL DATA</th> <th>ATUAL LEITURA</th> <th>Nº DIAS</th> <th>CONSUMO kWh</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>000000000090758969</td> <td>CAT</td> <td>15/05/2020</td> <td>24.726,00</td> <td>15/06/2020</td> <td>24.905,00</td> <td>31</td> <td>179,00</td> </tr> </tbody> </table>				DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL								NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR DATA	ANTERIOR LEITURA	ATUAL DATA	ATUAL LEITURA	Nº DIAS	CONSUMO kWh	000000000090758969	CAT	15/05/2020	24.726,00	15/06/2020	24.905,00	31	179,00																																																																				
DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL																																																																																															
NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR DATA	ANTERIOR LEITURA	ATUAL DATA	ATUAL LEITURA	Nº DIAS	CONSUMO kWh																																																																																								
000000000090758969	CAT	15/05/2020	24.726,00	15/06/2020	24.905,00	31	179,00																																																																																								
DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 14/07/2020																																																																																															
<b>INFORMAÇÕES IMPORTANTES</b> Pague no ponto mais perto de você! m m confecções: rua cento e cinquenta caetes i / o baratao: av d n 105 105 centroLista completa em www.celpe.com.br. Na data da leitura a bandeira em vigor é a Verde. Mais informações em www.aneel.gov.br. Cobrança ICMS sobre subvenção CDE, 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%.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.																																																																																															
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th colspan="4">NÍVEL DE TENSÃO</th> </tr> <tr> <th>TENSÃO NOMINAL(V)</th> <th>LIMITE DE VARIAÇÃO</th> <th>MÍNIMO</th> <th>MÁXIMO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>220</td> <td></td> <td>202</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>				NÍVEL DE TENSÃO				TENSÃO NOMINAL(V)	LIMITE DE VARIAÇÃO	MÍNIMO	MÁXIMO	220		202																																																																																	
NÍVEL DE TENSÃO																																																																																															
TENSÃO NOMINAL(V)	LIMITE DE VARIAÇÃO	MÍNIMO	MÁXIMO																																																																																												
220		202																																																																																													
AUTENTICAÇÃO MECÂNICA																																																																																															

29/06/2020 15:5







ATENDIMENTO: AVENIDA BRASIL - NUM. 00031 - LOJA-5 - CENTRO  
ABREU E LIMA PE 53525-790

CNPJ 09.769.035/0001-64  
INSC. EST. Nº 18.1.001.0014398-2

DADOS DO CLIENTE  
ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS NATHALIA  
R JOAQUIM NABUCO, N. 00200 - TIMBO ABREU E LIMA PE 53520-170  
INSCRICAO: 165.135.120.0443.000 GRUPO: 7 DEB. AUTOMATICO: 103668667

SITUAÇÃO AGUA	POTENCIAL	RESIDENCIAL	COMERCIAL	INDUSTRIAL	PUBLICA
LIGADO		1	1		
INFORMETRO	DATA LEIT. ANTERIOR	DATA LEIT. ATUAL	TIPO DE CONSUMO (A/R)		
A175224252	31/03/2020	29/04/2020	MEDIA HD		

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

#### HISTORICO DE CONSUMO REFERENCIA CONSUMO

03/2020 01  
02/2020 01  
01/2020 01  
12/2019 01  
11/2019 01  
10/2019 01  
MEDIA: 01

PARAMETROS	NUMERO DE AMOSTRAS		
	EXIG. PORT. MS 2.914/13	ANALISES REALIZ.	ATENDEM A LEGIS
TURBIDEZ	48	48	46
COR APARENTE	48	48	41
CORO RESIDUAL	48	48	48
COLIF. TOTAIS	48	48	47
E. COLI	48	48	48

Qualidade de Agua: www.compesa.com.br  
OBS.: (1) COLIFORMES TOTAIS AUSENCIA 95% DAS AMOSTRAS EXAMINADAS  
(2) OS PARAMETROS COLIFORMES TOTAIS, ESCHERICHIA COLI E CLORO RESIDUAL SAO INDICADORES DAS CONDIÇÕES SANITARIAS DA AGUA  
(3) OS PARAMETROS COR E TURBIDEZ SAO INDICADORES DAS CONDIÇÕES ASSOCIADAS AO ASPECTO VISUAL DA AGUA

DESCRICAO DOS SERVICOS	CONSUMO	TOTAL(R\$)
AGUA		
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)	1 M3	44,08
CONSUMO DE AGUA		
COMERCIAL 1 UNIDADE(S)	0 M3	64,84
CONSUMO DE AGUA		
MULTA P/IMPONTUALIDADE 03/2020		2,21
JUROS DE MORA 12/2019		2,16

TRIBUTOS	BASE DE CALCULO	PERCENTUAL (%)	VALOR DO IMPOSTO
ISS	108,92	1,65	1,80
ICMS	108,92	7,60	8,28

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

#### MENSAGEM:

IDENTIFICAMOS A EXISTENCIA DE 2 FATURAS PENDENTES, NO TOTAL DE R\$ 222,58. REGULARIZE SEU DEBITO E EVITE A NEGATIVACAO E SUSPENSAO DO FORNECIMENTO DE AGUA.



**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/BIBLIOTECASWEB/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 nº9.613/98.

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 Líder-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 <b>AVENIDA JOAQUIM NABUCO</b>		Número <b>200</b>	Complemento <b>CASA</b>
Bairro <b>TIMBÓ</b>	Cidade <b>ABREU E LIMA</b>	Estado <b>PE</b>	CEP <b>53520170</b>
Email: <b>balbinospe@hotmail.com</b>		Telefone Comercial (DDD) <b>(81) 3538.0069</b>	Telefone celular (DDD) <b>(81) 98721.5834</b>

*Abreu e Lima* de *30* de *Junho* de *2020*  
*Rossana Lígia Fernandes Dantas*  
Assinatura do Declarante



# HOSPITAL METROP. NORTE MIGUEL ARRAES

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICACAO 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:

VERMELHO

Queixa Principal:

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

Observação:

NEGA ALERGIA  
NEGA HAS E DM

Fluxograma sintoma:

TRAUMA

Discriminador(es):

- FERIMENTO COM SANGRAMENTO ATIVO NÃO COMPRESSIVEL

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 OXIGÊNIO: 98.00 %

Informação  
Local (Não)  
Lesão de Pele  
Hospital Miguel Arraes  
Kenia Maylla  
COREN 7760

RECEBIDO  
MAYLLA

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







HOSPITAL  
MIGUEL ARRAES

HOSPITAL MIGUEL ARRAES



Atendimento: 509806

Senha da Classificação: [REDACTED]

Data e Hora: 25/12/2019 09:15

Paciente: 10899 RODRIGO MARTINS CARNEIRO DA SILVA Sexo: MASCULINO  
Nome Social:  
Data do Nascimento: 09/12/1990 Idade: 29 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 CIRURCIA GERAL CRM: 12347  
Endereço: RUA OITENTA E NOVE 66 Bairro: CAETES I  
Cidade/UF: ABREU E LIMA PE Usuário Atendimento: ALESSANDRAPSF

Informações Associadas a Pacientes Estrangeiros / Visitantes

Data Entrada Brasil:

Nacionalidade: BRASILEIRA

Nr Documento Estrangeiro:

Observação:

RESUMO DE TRATAMENTO

Peso: \_\_\_\_\_

Altura: \_\_\_\_\_

Temperatura: \_\_\_\_\_

Hora: 8:50

Queixa Principal

Soluto tipo de otorelato; admitido com de  
excepcionalidade para o exame físico; referiu dor e dor em

Exame Físico

(A) VA desobstruído (B) resíduo espontaneamente (C) H  
moderadamente extenso (D) G, incómodo, ruído m  
phorabone (E) aumento de volume, brônquios ne  
parte abdominal

Hipótese Diagnóstico

Transtorno tipo multintelectivo

Prescrição Médica

CON: Soluto tipo H+ 2 Soluto TC de náuseo,  
cervical, torax e abdome.

Dr. Jefferson C. Holanda  
C.R. Geral / Vascular  
CRM: 10507

Assinatura e Carimbo/Médico

Destino: ( ) Encaminhado ao Ambulatorio ( ) Residência

( ) Transferido: Para \_\_\_\_\_

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

( ) Encaminhado ao setor de internação





# 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	RODRIGO MARTINS CARNEIRO DA SILVA		6 - Nº Prontuário	10899	
7 - Cartão Nacional do SUS	8 - Data de Nascimento	9 - Sexo	10 - Raça/Cor	10.1 - Etnia	
700001093191303	09/12/1990	<input checked="" type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino	03 - Parda	0000 - Não Se Aplica	
11 - Nome da Mãe	NADIA MARIA MARTINS DA SILVA		12 - Telefone de Contato	8135421924	
13 - Nome Responsável	IGNORADO		14 - Telefone de Contato	35421924	
15 - Endereço (Rua, Nº, Bairro)	RUA OITENTA E NOVE, 66 - CAETES I				
16 - Município	17 - IBGE	18 - UF	19 - CEP		
ABREU E LIMA	250005	PE	53530640		
LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO					
20 - Principais Sinais e Sintomas Clínicos ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO CURSANDO COM FRATURA EXPOSTA DO CALCANEIO ESQ + ESCAPULA DIR					
21 - Condições que justificam a internação					
22 - Principais Resultados de Provas Diagnósticas					
23 - Diagnóstico Inicial / Código	24 - CID 10 Principal	25 - CID 10 Secundário	26 - CID 10 Causas Associadas		
FRATURA DO CALCANEIO ESQ EXPOSTA + ESCAPULA ESQ	S920	W199			
PROCEDIMENTO SOLICITADO					
27 - Descrição do Procedimento Solicitado	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO CALCÂNEO			28 - Código do Procedimento	0408050535
29 - Especialidade	30 - Caracter de Atendimento	31 - Documento	32 - Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Solicitante/Assistente		
CIRURGICA	2	(X) CNS ( ) CPF	980016278437539		
33 - Nome do Profissional Solicitante/Assistente	34 - Data da Solicitação	35 - Assinatura e Carimbo (Nº de Registro no Conselho)			
SORMANE DE CARVALHO BRITTO	25/12/2019	Dr. Bernardo San paio 16339 CRM-PE 20.950 41 - Bone			
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)					
36 - ( ) Acidente de Trânsito	39 - CNPJ Seguradora	40 - Nº Bilhete	41 - Bone		
37 - ( ) Acid. Trabalho Típico	42 - CNPJ / Empresa	43 - CNAE / Empresa	44 - CBOR		
38 - ( ) Acid. Trabalho Trajeto					
45 - Vínculo com a Previdência	( ) Empregado ( ) Empregador ( ) Autônomo ( ) Desempregado ( ) Aposentado ( ) Não Segurado				
AUTORIZAÇÃO					
46 - Nome do Profissional Autorizador	47 - Cod. Orgão Emissor	52 - Nº da Autorização da Internação Hospitalar (AIH)			
	E260000001				
48 - Documento	49 - Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Autorizador				
( ) CNS ( ) CPF					
50 - Data da Autorização	51 - Assinatura e Carimbo (Nº Registro do Conselho)				
	Dr. Luciano Moser Trauma CRM-PE 20.950				

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. Inicio : 25/12/2019 15:00      Dt. Fim : 25/12/2019 15:35  
Cid Pré-Operatório : S920      FRATURA DO CALCANEIO  
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 CALCANEIO ESQ E MULTIPLOS FERIMENTOS EM PÉ ESQ  
CIRURGIA : LIMPEZA CIRÚRGICA COM DESBRIDAMENTO DE FERIMENTO

CIRURGIÃO: DRA. MARILIA GOMES

1º AUXÍLIO:

2º AUXÍLIO:

ANESTESIA: RAQUIANESTESIA

ANESTESISTA: DR. GENÉSIO

ACIDENTES DURANTE A CIRURGIA:

**DESCRIÇÃO CIRÚRGICA**

1) PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL SOB RAQUIANESTESIA

2) ASSEPSIA E ANTISSEPSE

3) APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS

4) OBSERVADO FERIMENTO EXTENSO EM TOPOGRAFIA DE CALCANEIO 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 Complementar**

*Montar*  
DRA. MARILIA GOMES  
Cirurgiã  
CRM: 23648

DR(A) : FABIO NEUMANN KAUFFMAN  
CRM : 14368



PERNAMBUCO  
GOVERNO DO ESTADO



HOSPITAL  
MIGUEL ARRAES



Instituto de Medicina Integral  
Prof. Fernando Figueira

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

NOME: RODRIGO MARTINS CARNEIRO DA SILVA

NOME SOCIAL: [Data de Publicação]

IDADE: 29 SEXO: M

DATA DA ADMISSÃO: 25/12/19

DATA NASC.: 09/12/90

REG: 10899

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 TIPÓIA 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 PURULENTO, 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 EGRESSO 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

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

Cód. Atendimento: 509812

Usuário: MONICABSL

### 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:				Escolaridade:			
R.G.:	7409803	C.P.F.:	09342552455	Telefone:	35421924	CEP	53530640
Endereço:	RUA OITENTA E NOVE			66	CAETES I	- ABREU E LIMA	- PE
				<b>Dados da Internação</b>			
Origem:	URGENCIA/EMERGENCIA			Data e Hora da Internação:	25/12/2019 10:36		
Convênio:	SUS - INTERNACAO			Piano:	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:	Numero:	
Telefone:	Cidade:	Estado civil:

### DADOS DA LIBERAÇÃO DO PACIENTE

Data da Alta:	01/01/20	Hora da Alta:			
Motivo:	<input checked="" type="checkbox"/> Melhorado	<input type="checkbox"/> A Pedido	<input type="checkbox"/> Transferência	<input type="checkbox"/> Óbito	<input type="checkbox"/> Evasão
Condições de Alta:	Melhorado				
Diagnóstico Principal.....:	Ex de Escapuloplastia				
Diagnóstico Secundário01.:					
Diagnóstico Secundário02.:					
Medicamento.....:	TTO Consenso				
				Médico e CRM:	
				Assinatura RG	

### TERMO DE RESPONSABILIDADE

Autorizo a internação do paciente acima mencionado no HOSPITAL MIGUEL ARRAES bem como os tratamentos clínicos e cirúrgicos (Intervenção cirúrgica, anestésias, 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 ORTOP23EDIA 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



## EVOLUÇÃO CLÍNICA

NOME: RODRIGO MARTINS CARNEIRO DA SILVA REG:10899

CLÍNICA: \_\_\_\_\_ ENFERMAGEM: \_\_\_\_\_

**LEITO:**

[illegible]



## EVOLUÇÃO CLÍNICA

NOME: Rodrigo Valentim Cordeiro da Silva DATA DE NASC.: 09/12/90  
NOME SOCIAL: \_\_\_\_\_ REGISTRO: 10899  
SETOR: \_\_\_\_\_ ENFERMARIA: \_\_\_\_\_ LEITO: \_\_\_\_\_

DATA/HORA	EVOLUÇÃO CLÍNICA
25/12/19 16:30	<p><i>Nota para família</i></p> <p>Paciente admitido no Hospital em 25/12/19, com sintomas de dor abdominal e náuseas.</p>
28/12/19 13:30	<p>#507# CC3</p> <p>HO: R2 EXPLORA R2 GARGALHO (E)</p> <p>R2 GARGALHO (E)</p> <p>R2: 25/12: LCA DCA RUJMA.</p> <p>PARIENTE APRESENTA RUA EM REGIÃO ETGALIAN.</p> <p>ABD. LORE, EXPLORAÇÃO, AFEAL.</p> <p>#10: ADVANÇADA MANEJO DO BNF NO HN.</p> <p><i>MAURÍCIA LIMA GOMES</i> ENFERMEIRA CRM-PE 23648</p> <p><i>Guilherme Roberto Araújo</i> Médico CRM-PE 27.749</p>
29/12/19 15h	<p>- Lot =</p> <p>Has A noção de = 0 m/m</p> <p>Paciente sem dor abdominal</p> <p>EM GARGALHO CONDIÇÃO CLÍNICA</p> <p>MI (E) = ULTERNO UNIFORME</p> <p>Ultrassom FO</p> <p>DEFINIR Tratamento Frotas Escólio</p>
30/12/19 12h	<p>- Lot =</p> <p>Has A noção</p> <p>Paciente sem dor abdominal</p> <p>EM GARGALHO CONDIÇÃO CLÍNICA</p> <p>MI (E) = ULTERNO UNIFORME</p> <p>Ultrassom FO</p> <p>DEFINIR Tratamento Frotas Escólio</p> <p><i>João Marcelo Xavier</i> Médico CRM-PE 17.725</p>







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 RANGUE ANTEROLATERAL  
DO SEIO MAXILAR E ANCO ZIGOMÁTICO ESQUERDO.

(ACIDENTE DE MOTO)

Tratamento realizado: TAC DE CÂNDIO E TAL DE FALIE  
REDUÇÃO INCOVENTA.

NO HOSPITAL MIGUEL ALMAES

Obs. ENCAMINHADO PARA O HOSPITAL MIGUEL  
ALMAES PARA O BUCO MAXILO FACIAL

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 Wanderley Lima  
Médico de S.A.M.

Atenção: Este documento destina-se a 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 Provável : PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE  
MOTOCICLISTICO, CUSCANDO COM FRATURA  
DE C20 (E).

Tratamento Realizado : FOI REALIZADA A REDUÇÃO  
FECHADA PERCUTÂNEA COM GARGO DE BARROS.  
PACIENTE SEM PERDA DE PROTEÇÃO A-P E  
DO ARCO ZIGOMÁTICO E COM BOA ADENTURA  
BUCAL NO PÓS-OP. IMEDIATO.

Observação : \_\_\_\_\_

Cópia de : \_\_\_\_\_  
Allan Martins  
Especialista em Traumatologia  
Ortopedia e Traumatologia  
Além da Silva  
Médico - CRM Nº \_\_\_\_\_

**ATENÇÃO** : Este documento destina-se a comprovação de atendimento hospitalar ou ambulatorial 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





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DA ADMINISTRAÇÃO  
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSPORTES  
ARTES E OFÍCIOS NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO

PE

NOME  
**RODRIGO MARTINS CARNEIRO DA SILVA**

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF  
**7409803 RDS PE**

CPF  
**093.435.524-55**

DATA NASCIMENTO  
**09/12/1990**

FILIAÇÃO  
**ELPIDIO CARNEIRO DA SI  
LVA NETO  
NADIA MARIA MARTINS DA  
SILVA**

PERMISSÃO  
**00000000**

ACC  
**00000000**

CAT. HAB.  
**25**

Nº REGISTRO  
**06327312360**

VALIDADE  
**15/08/2024**

1ª HABILITAÇÃO  
**20/03/2015**

VALIDA EM TODO  
O TERRITÓRIO NACIONAL  
**1827748946**

OBSERVAÇÕES

*Rodrigo M.C. da Silva*

ASSINATURA DO PORTADOR

LÓCAL  
**PAULISTA, PE**

DATA EMISSÃO  
**15/08/2019**

*Roberto F. da Silva*  
Roberto F. da Silva  
Diretor Presidente

ASSINATURA DO EMISSOR

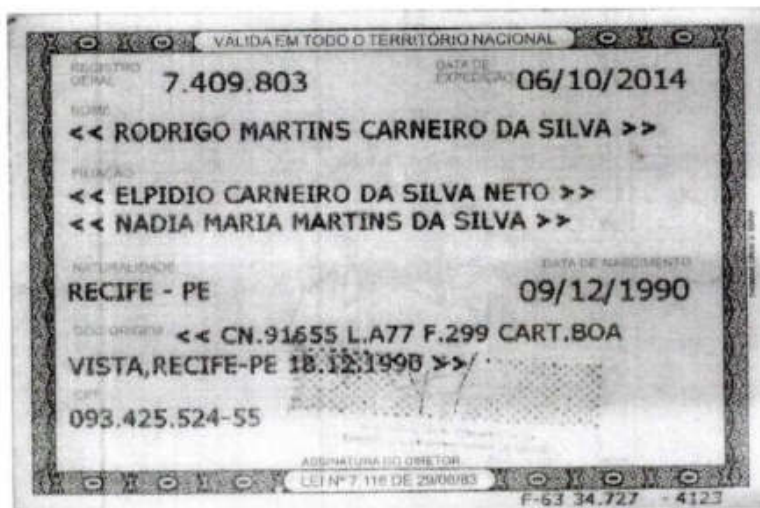
77519046243  
PE094159181

PERNAMBUCO

PROIBIDO PLASTIFICAR  
**1827748946**









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**

Digito 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.)



MINISTERIO DAS CIDADES

DETRAN - PE Nº 014806014318

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEICULO

VIA - Cód. RENAVAM 1 256592322 ENTRC - EX-200 18/04/19

RAFAEL MARTINS CARNEIRO DA SILVA

ABREU E LIMA-FE

CPF / CNPJ 075.140.684-81

PLACA ANT. / UF FFA4529

CHASSI 9C6B81500B0000723

COMBUSTIVEL GASOLINA

ESPECIE TIPO PAS / MOTOCICLISTA

YAMAHA / FACTOR YER 125 ED

CAP / POT / CL 2P / 124CL

CATEGORIA PARTIC

COR PREDOMINANTE PRETA

COTA UNICA 1

IPVA 2019 QUITADO

FAIXA IPVA 1

PARCELAMENTO / COTAS 1

PREMIO TOTAL (R\$) 80.11

DATA DE PAGAMENTO 16/04/19

AL. FID. BANCO ITAUCARD SA

DOCUMENTO DE PAGAR OBRIGATORIO

NAO VALIDO PARA TRANSFERENCIA

ABREU E LIMA-FE

DATA 18/04/19

Roberto Carlos Moreira Fontelles

DIRETOR DESSUBDIRTOR DESTRN/PE

TORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS  
DEVOLTA TERRESTRE OU POR SUA CARGA - A PESSOAS  
ANSORPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT

PE Nº 014806014318 BILHETE DE SEGURO DPVAT

RAFAEL MARTINS CARNEIRO DA SILVA

RUA OLIMPICA E NOVE 66

CASA CAZES I AUREU E LIMA-FE

53530-640

ESTE E O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT

PARA MAIS INFORMACOES, LEIA NO VERSO

AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCICIO 2019 DATA EMISSAO 18/04/19

VA 1 075.140.684-81

RENAVAM 256592322

PLACA FFA4529

CHASSI 9C6B81500B0000723

YAMAHA / FACTOR YER 125 ED

PREMIO TARIFARIO

PREMIO (R\$) 36.05

DETRAN (R\$) 4.01

CUSTO DO SEGURO (R\$) 40.06

CUSTO DO BILHETE (R\$) 4.15

DATA DE QUITACAO 16/04/19

PARCELADO

COTA UNICA

SEGURADORA LIDER - DPVAT

CNPJ 05.246.6080061-04

DESTAQUE E CARGUE O BILHETE DPVAT

EM TODOS OS PONTOS DE COBRANÇA



## RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0182146/20

**Vítima:** RODRIGO MARTINS CARNEIRO DA SILVA

**CPF:** 093.425.524-55

**Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

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

**CPF de:** Próprio

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

### 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





# 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 CALCANEIO 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
Total			21,25 %	R\$ 2.868,75



## PROCURAÇÃO PARTICULAR

### **BENEFICIÁRIO/VÍTIMA:**

Nome: RODRIGO MARTINS CARNEIRO DA SILVA  
Nacionalidade: BRASILEIRO Estado Civil: SOLTEIRO Profissão: MANOBRISTA  
Identidade: 7409803 SDS/PE CPF: 093.425.524-55  
Endereço: RUA 89, CAETES 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 Líder (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 epigrafe 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

**Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

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

**CPF de:** Próprio

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

### 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

