



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)			
CLAUDIO DA CUNHA CAVALCANTI NETO (PERITO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
67924 270	14/09/2020 18:03	ANEXO 1	Outros (Documento)



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

Rio de Janeiro, 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





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

Rio de Janeiro, 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. 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):
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais
% do dano: (X) 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo | Região Corporal (Sequela):
Ombro - Esquerdo
% do dano: (X) 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo |
| Região Corporal (Sequela):
Pé - Esquerdo
% do dano: (X) 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo | Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo |
- 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: ABRÃO 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)

AGÊNCIA: CONTA:
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: ITAU

AGÊNCIA: 7474 CONTA: 283723
(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

Imprescindível
digitalizar
assinatura do
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: **2º. 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: 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

Imprescindível
assinatura do
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			
COMPANHIA ENERGÉTICA DE PERNAMBUCO AV. JOÃO DE BARROS, 111, BOA VISTA, RECIFE, PERNAMBUCO CEP 50060-902 CNPJ 10.835.932/0001-08 INSCRIÇÃO ESTADUAL 0005943-93		 CELPE www.celpe.com.br	
DADOS DO CLIENTE NADIA MARIA MARTINS DA SILVA CPF: 052.394.314-85 ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA RUA OITENTA E NOVE 66 Q 106 CAETES IABREU E LIMA 53530-640 ABREU E LIMA PE		Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 2002 COMERCIAL 116 PRONTI 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 Telefone Agência Nacional de Energia Elétrica 167-Ligação Gratuita de telefones fixos	
DATA DE VENCIMENTO 22/06/2020 TOTAL A PAGAR (R\$) 167,76		DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL 15/06/2020 DATA DA APRESENTAÇÃO 15/06/2020 NÚMERO DA NOTA FISCAL 112307728	
CONTA CONTRATO 000508968035 Nº DO CLIENTE 2002154849 Nº DA INSTALAÇÃO 0000042094		CLASSIFICAÇÃO B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL Monofásico	
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		RESERVADO AO FISCO 85D8.D81C.A444.2146.0DF9.72CA.9A64.4BED	
DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL			
DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)-TUSD	179,00	0,42901509	76,79
Consumo Ativo(kWh)-TE	179,00	0,36081955	64,58
Contrib. Ilum. 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
TOTAL DA FATURA			167,76
INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS			
ICMS		PIS	
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	%
141,37	25,00	36,34	0,97
COFINS		PIS	
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	%
141,37	4,48	6,33	0,97
COMPOSIÇÃO DO CONSUMO			
RS		%	
Geração de Energia	44,48	31,46	
Transmissão	5,17	3,66	
Distribuição (Celpe)	31,41	22,22	
Encargos Setoriais	7,38	5,22	
Tributos	43,04	30,44	
Perdas de Energia	9,88	7,00	
TOTAL	141,37	100	
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	
DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES			
DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	META MENSAL
abr/2020			
DIC-No.de horas sem Energia	PARATIBI	1,14	4,35
FIC-No.de vezes sem Energia		1,00	3,17
DMIC-Duração máxima de interrupção contínua		1,14	3,77
		Limite DICR: 12,22	
BUSD-Valor do Encargo de Uso = R\$ 53,41			
Todo Consumidor pode solicitar a apuração dos indicadores DIC, FIC, DMIC e DICR a qual			
DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL			
NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR	ATUAL
000000000090758969	CAT	15/05/2020 24.726,00	15/06/2020 24.905,00
		DATA	LEITURA
		31	1,00000
		AJUSTE	CONSUMO kWh
		0,00	179,00
DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 14/07/2020			
INFORMAÇÕES IMPORTANTES			
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.			
NÍVEL DE TENSÃO			
TENSÃO NOMINAL(V)	LIMITE DE VARIAÇÃO		
	MÍNIMO	MÁXIMO	
220	202		
AUTENTICAÇÃO MECÂNICA			

29/06/2020 15:55





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	QUANTIDADE DE ESCRANIAS	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.	ATENDEN 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/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ 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 COAF²**.

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

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

Pelo exposto, eu **ROSSANA LÍGIA FERNANDES DANTAS** inscrito (a) no **CPF/CNPJ 884.647.684-00**,

na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário **RODRIGO MARTINS CARNEIRO DA SILVA**

inscrito (a) no CPF sob o Nº **093.425.524-55**, do sinistro de DPVAT cobertura **INVALIDEZ** da Vítima

RODRIGO MARTINS CARNEIRO DA SILVA inscrito (a) no CPF sob o Nº **093.425.524-55**

_____, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora 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 AVENIDA JOAQUIM NABUCO		Número 200	Complemento CASA
Bairro TIMBÓ	Cidade ABREU E LIMA	Estado PE	CEP 53520170
Email: balbinospe@hotmail.com		Telefone Comercial (DDD) (81) 3538.0069	Telefone celular (DDD) (81) 98721.5834

Abreu e Lima/PE 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 estopelamento; admitido com dor
insuportável no abdome; repouso físico e dor em

Exame Físico

(A): VA desobstruído (B): respiração espontaneamente (C): Ht
moderadamente elevada (D): Gs, icterícia, hematócrito
elevado (E): aumento de diâmetro, brônquios ne
parte abdominal

Hipótese Diagnóstico

Transtorno tipo multissintomático

Prescrição Médica

COM: Soluto tipo Ht; 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 Ambulatório () 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
3 - ESTABELECIMENTO EXECUTANTE	HOSPITAL MIGUEL ARRAES		4 - CNES
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE			
5 - Nome do Paciente	RODRIGO MARTINS CARNEIRO DA SILVA		6 - Nº Prontuário
7 - Cartão Nacional do SUS	8 - Data de Nascimento	9 - Sexo	10 - Raça/Cor
700001093191303	09/12/1990	☒ Masculino ☐ Feminino	03 - Parda
11 - Nome da Mãe	NADIA MARIA MARTINS DA SILVA		10.1 - Etnia
13 - Nome Responsável	IGNORADO		12 - Telefone de Contato
15 - Endereço (Rua, Nº, Bairro)	RUA OITENTA E NOVE, 66 - CAETES I		14 - Telefone de Contato
16 - Município	17 - IBGE	18 - UF	19 - CEP
ABREU E LIMA	250005	PE	53530640
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			
FRATURA DO CALCANEIO ESQ EXPOSTA + ESCAPULA ESQ			
24 - CID 10 Principal		25 - CID 10 Secundário	26 - CID 10 Causas Associadas
S920		W199	
27 - Descrição do Procedimento Solicitado			
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	16339 Dr. Bernardo San paio 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 ANTISSEPSIA

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

HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAES DE ALENCAR



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
				Dados da Internação			
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:	☒ Melhorado	☐ A Pedido	☐ Transferência	☐ Óbito	☐ Evasão
Condições de Alta:	Melhorado				
Diagnóstico Principal.....	Ex de Escapuloplastia				
Diagnóstico Secundário01.:					
Diagnóstico Secundário02.:					
Medicamento.....	TTO Conservador				
				Médico e CRM:	
				Assinatura e 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: _____

DATA/HORA	# SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
25/12/2019	# ADMISSÃO
# Blow Cianfibrã	
26/12/19 12L	+ Let+ Hb = Fraturas Exibis Colunares (E) Fraturas Ulnas / Escapula (E) Parece um cinto de dor na Base do ombro (E) MBB conhecido Cerebral Anterior MS(E) = Dor na Base p/Ombro/NVQ. NE(E) = Ulnas e Lado Dx MS(E) 52-17-1725 Dr. Manoel Rêgo Medico 17-725
27/12/19 12L	+ Let+ Hb = Fraturas Exibis Colunares (E) Fratura Escapula (E) Fratura de Maxila (E) Parece um cinto de dor no Ombro (E) MBB conhecido Cerebral Anterior MS(E) = NVQ. C/Susito por BAF-HR = 584(3)kg Necrose cerebral Dr. Manoel Rêgo Medico 17-725





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	<i>Nota para família</i> Paciente admitido no Hospital Miguel Arraes E, com internações
28/12/19 13:30	#507# CC3 HO: R2 EXPLORA R2 GARGALHO (E) R2 GARGALHO (E) R2: 25/12: LCA DCA SURTA. Paciente refere dor em região epigástrica. R2, LCA, GARGALHO, AFEAL #CC3: ADVANÇADA MANEJO DO BNF NO HN. MARIZALMA GOMES COORDENADORA DE ENFERMAGEM CRM-PE 23648 Guilherme Roberto Xavier Médico CRM-PE 27.749
29/12/19 15h	- L2 = Há a noção de 0 m m m Paciente sem dor EOL GARGALHO CONDIÇÃO CLÍNICA R2 (E) = GARGALHO UNICO J. UGOLFO FO DEFINIR Tratamento FARMACOLÓGICO
30/12/19 12h	- L2 = Há a noção Paciente sem dor no abdome (E) EOL GARGALHO CONDIÇÃO CLÍNICA R2 (E) = UNICO / R2 (E) = GARGALHO UNICO J. ADVANÇADA DEFINIÇÃO DE TRATAMENTO DE FARMACOLÓGICO. João Marcelo Xavier Médico CRM-PE 17.725



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 CÂVICO E TAL DE FACE
REDUÇÃO INCOERTE.

NO HOSPITAL MIGUEL ALMAES

Obs. ENCAMINHADO PARA O HOSPITAL MIGUEL
ALMAES PARA O BUCAL 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 à comprovação de atendimento hospitalar ou ambulatorial para: INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DO TRATAMENTO AMBULATORIAL.
Av. Agamenon Magalhães, S/N - Derby - Recife - PE CEP 52.010-040
Fones: 31815451/31815572



FICHA DE ESCLARECIMENTO

Nº Atendimento : 1706720

Nome : RODRIGO MARTINS C. DA SILVA

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

Diagnóstico Provável : PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE
MOTOCICLISTICO, CUSTANDO 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 : _____

Alvan Martins
Ortopedia e Traumatologia
Alvan Martins
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 SINAIS 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
[]

ACC
[]

CAT. HAB.
A3

Nº REGISTRO
06327312360

VALIDADE
15/08/2024

1ª HABILITAÇÃO
20/03/2015

OBSERVAÇÕES

Rodrigo M.C. da Silva

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
PAULISTA, PE

DATA EMISSÃO
15/08/2019

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

ASSINATURA DO EMISSOR

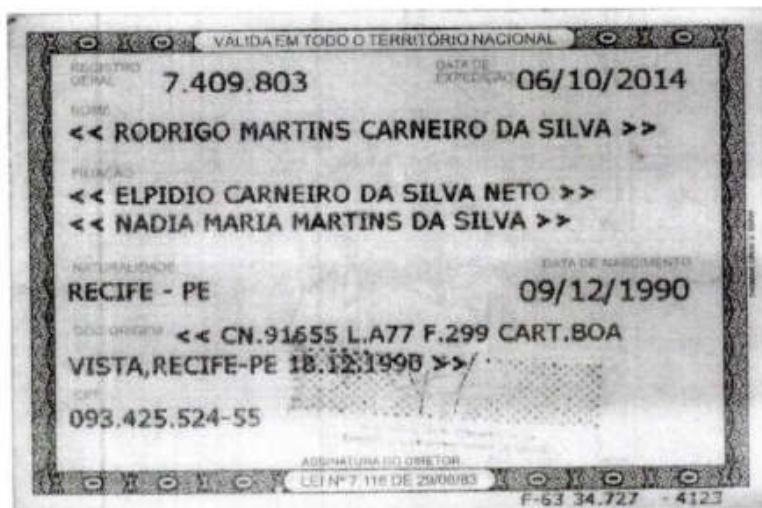
77519046243
PE094159181

PERNAMBUCO

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1827748946

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.)



TÓRICO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS
DEVOLTA TERRESTRE OU POR SUA CARGA - A PESSOAS
ANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

PE Nº 014806014318 BILHETE DE SEGURO DPVAT
RAFAEL MARTINS CARNEIRO DA SILVA 53530-640
RUA OTTENTIA E NOVE 66
CASA CARTEIS I AUREU E LINA-PE
ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO	DATA EMISSÃO
2019	18/04/19
VA	075.140.684-81
RENAVAM	256392324
AND. FAB.	2010
PLACA	FFA4529
MARCA / MODELO	YAMAHA / FACTOR VER 25 ED
CHASSI	9C6B81500B0000723
PREMIO TARIFARIO	
PREMIO (R\$)	36.05
DEMATRAN (R\$)	4.01
CUSTO DO BILHETE (R\$)	4.15
CUSTO DO SEGURO (R\$)	40.06
DATA DE QUITACAO	16/04/19
DATA DE EMISSAO DO BILHETE (R\$)	84.58
DATA DE QUITACAO	16/04/19
DATA DE EMISSAO DO BILHETE (R\$)	84.58

DESTAQUE E CARGUE O BILHETE DPVAT
BILHETE DE SEGURO DPVAT

MINISTERIO DAS CIDADES

DETRAN - PE
Nº 014806014318
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEICULO
VIA - Cód. RENAVAM
1 256592322
ENTR. EX-200
18/04/19

RAFAEL MARTINS CARNEIRO DA SILVA
ABREU E LINA-PE
CPF / CNPJ
075.140.684-81
PLACA ANT. / UF
FFA4529

CHASSI
9C6B81500B0000723
COMBUSTIVEL
GASOLINA

YAMAHA / FACTOR VER 25 ED
CATEGORIA
PARTIC
VEIC. COTA UNICA
1º
IPVA 2019 QUITADO
2º
PARCELAMENTO / COTAS
3º

PREMIO TOTAL (R\$)
80.11
DATA DE PAGAMENTO
16/04/19

AL. FID. BANCO ITAUCARD SA
DOCUMENTO DE PAGAMENTO OBRIGATORIO
NAO VALIDO PARA TRANSFERENCIA

ABREU E LINA-PE
Roberto Carlos Moreira Fontelles
DIRETOR RESPONSÁVEL DESTAÇÃO



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 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
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50



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: 093425524-55
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 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





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**

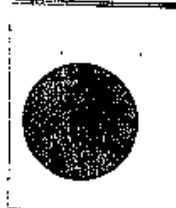
Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
RODRIGO MARTINS CARNEIRO DA SILVA (AUTOR)		ADSON JOSE ALVES DE FARIAS (ADVOGADO)	
COMPANHIA EXCELSIOR DE SEGUROS (REU)			
CLAUDIO DA CUNHA CAVALCANTI NETO (PERITO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
67924 271	14/09/2020 18:03	ANEXO 2	Outros (Documento)

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.

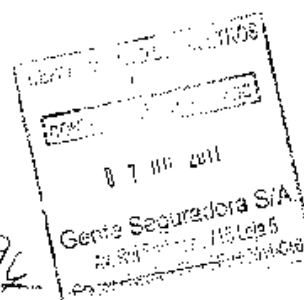
Observação: NEGA ALERGIAS, DM E HAS.

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



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: 08/12/1990

Data do Nascimento: 09/12/1990 Idade: 25 anos Sexo: MASCULINO
Nome da Mãe: NADIA MARIA MARTINS DA SILVA Convenio: 2 SUS - EXTERNO / URGÊNCIA

Nome da Mãe: NADIA MARIA MARTINS DA SILVA Nome do Pai: ELPIDIO CARNEIRO DA SILVA NETO
Estado Civil: SOLTEIRO Nome do Filho: ELIAS CARNEIRO DA SILVA NETO

Estado Civil: SOLTEIRO

Nome do Médico: PLANTONISTA ORTOPEDIA

CRM: 12345

Endereço: RUA OITENTA E NOVE

Cidade/UF: ABREU E LIMA

PE

66

Bairro: CAETES I

Usuário Atendimento: JOSEANABRO

Informações Associadas a Pacientes Estrangeiros / Visitantes

Data Entrada Brasil:

Nacionalidade: BRASILEIRA

Nr Documento Estrangeiro:

Observation:

RESUMO DE TRATAMENTO

SO:

Altura:

Temperatura:

Hora:

Queixa Principal

Exame Físico

hipotesis Diagnostico

Prescrição Médica

Assinatura e Carimbo/Médico

Destino: () Encaminhado ao Ambulatorio

() Transferido: Para

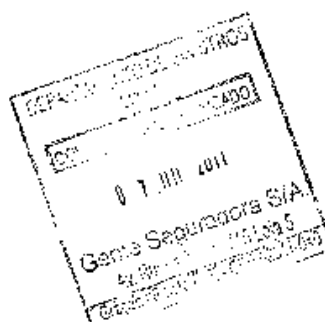
Encaminhado ao setor de internacionalização

¹ 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

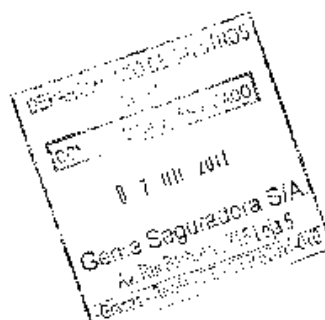
Queixa Principal: SUSPEITA DE LUXAÇÃO EM MSE APÓS ACIDENTE DE MOTO

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, vômitos com sangue
nas côlonas (E)*

EXAME FÍSICO:

Ed. regular, limpa, não há sinais de desidratação, supinação

com sangramento fecal em náusea (E)

na náusea há presença de náusea de náusea

HIPÓTESE (S) DIAGNÓSTICA (S):

+ Lesão da náusea

(E) Fator de risco de náusea

SOLICITAÇÃO DE EXAMES:

PRESCRIÇÃO MÉDICA:

HORÁRIO

07:35	<i>Prescrição de AFA + ALO 6h na náusea</i>	<i>Paciente recusa</i>
	<i>com náusea e sua náusea 07:46 náusea</i>	
	<i>Falso náusea</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.)

27.09

Exatidão e precisão da avaliação do
sistema (L)

cr: 4 Hs. de trabalho com fadiga física
e emocionalmente (p/ adaptação
ao trabalho)

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: ____

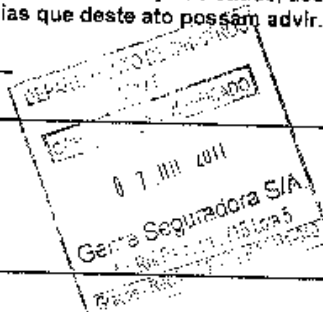
NOME LEGÍVEL: _____

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 7104850, 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
RUA DO PRATO Nº 100 - JARDIM DE BOM FIM - RECIFE - PE 51060-000
RUA DO PRATO Nº 100 - JARDIM DE BOM FIM - RECIFE - PE 51060-000

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





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>raltrinospe@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 5699
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

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 001705871 - 13/04/17			1,87
Multa por atraso-NF 001858612 - 15/05/17			2,51
Juros por atraso-NF 001705871 - 13/04/17			0,75
Juros por atraso-NF 001858612 - 15/05/17			0,68
TOTAL DA FATURA			154,99

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		HISTÓRICO DO CONSUMO	
Consumo Ativa(kWh)	0,46038000		
		JUN 17	176
		MAI 17	193
		ABR 17	157
		MAR 17	200
		FEV 17	200
		JAN 17	231
		DEZ 16	196
		NOV 16	177
		OCT 16	202
		SET 16	195
		AGO 16	194
		JUL 16	182
		JUN 16	188

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO			
Descrição de Energia	R\$	%	
Transmissão	34,04	24,28	
Distribuição Celular	3,69	2,77	
Encargos Sociais	28,85	22,88	
Tributos	11,14	8,99	
TOTAL	42,19	32,67	
TOTAL	129,55	100	

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR	ATUAL	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh
0000000019075998	CAT	15/05/17 17.305,00	14/06/17 17.762,76	1.000,00	0,00	176,00

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

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	MÉDIA MENSAL	MÉDIA TRIM.	MÉDIA 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	0,39	12,70
DMS-Duração máxima de interrupção contínua		0,00	2,77	0,00	0,00
DICI-Duração de interrupção em dia crítico					Limite DICI: 12,22
ELSD-Valor de Encargo de Uso					R\$ 43,59

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Na data da leitura a Bandeira Vermelha é aplicada. Mais informações em www.aneel.gov.br.
O cliente é compensado quando há redução na continuidade 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

TALÃO DE PAGAMENTO

Evite dobrar, perfurar ou rasurar.





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 | 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.

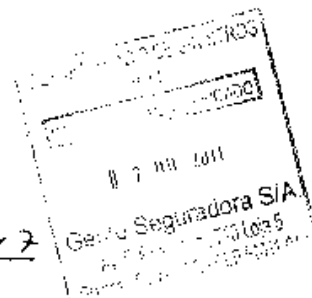
Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

Rodrigo Martins e da Silva

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

Abreu e Lima/PE 07/07/2017

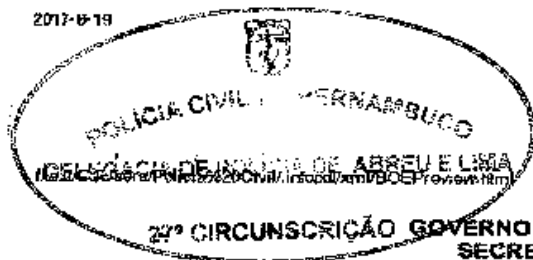
Local e data



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 08:30

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**

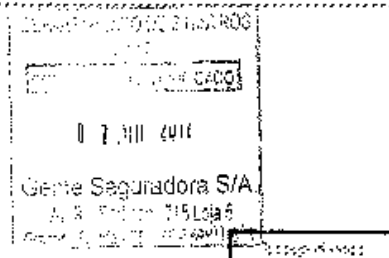
Complemento / Observação

DECLARA A VITIMA QUE PROTAGIA 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 00000000-0000-00, 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 como 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), 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.

Antônio e Luísa D. 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 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

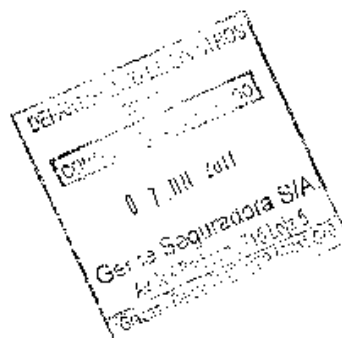
AG: 3122 ABRFO E LIMA OPER: 013 CONTA: 35.290-2
PERÍODO: 01062017 ATQ: 29062017 CPF: 093.425.524-35
NOME: RODRIGO MARTINS C DA SILVA VTR.BIQ.COD. :

DATA MOV	NR.DOC HISTÓRICO	TAXA	VALOR	SALDO
20/06/2017	000000 DE DINH AG	0,00000000		

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



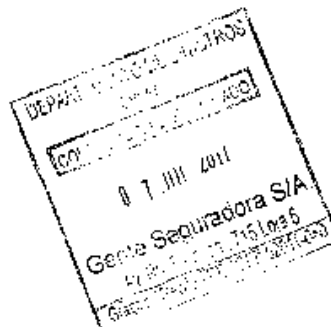
IGOR BURÉGIO MARANHÃO
Gerente de Atendimento Gov Social E E
Matri. 127 259-7
Ag. Abreu e Lima/FE
CAIXA ECONÔMICA FEDERAL



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.

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.

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, 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, 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





PROCURAÇÃO PARTICULAR

BENEFICIÁRIO/VITIMA:

Nome: RODRIGO MARTINS CARNEIRO DA SILVA

Nacionalidade: BRASILEIRO Est. Civil: SOLTEIRO

Profissão: VENDEDOR

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

Endereço: RUA: OITENTA E NOVE, Nº 66, A-106
CAETES I, ABREU E LIMA-PE, CEP-53 540-460

PROCURADOR:

Nome: ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS

Nacionalidade: brasileira Est. Civil: solteira Profissão: Empresária

Identidade: 7.742.986 SDS/PE CPF: 884.647.684-00

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

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



ABREU E LIMA-PE 19/06/17

Local e data

Rodrigo Martins Carneiro da Silva

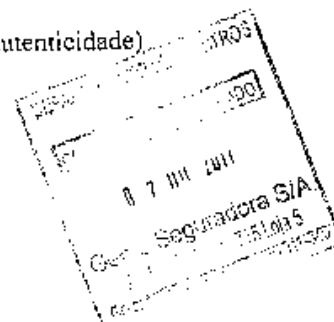
Assinatura do Beneficiário/Vítima

(Reconhecer firma por autenticidade)

Cartório Alfredo Mariano - AVALIAMENTO DE NOTAS E PROTESTO

Reconheço por AUTENTICIDADE a firma de RODRIGO MARTINS CARNEIRO DA SILVA, Abreu e Lima/PE, 19/06/2017 10:54:50, em testemunho da verdade. Emolumentos: R\$ 3,88 Taxa R\$ 0,79 Total: R\$ 4,67.

Luciana Oliveira de Lima Marques - Substituta
Self digitat: 0180607.HFP06201701.00293



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:



OUT
10007

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL			
MINISTÉRIO DAS CIDADES			
DETRAN - PE		Nº 011580914072	
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO			
VIA	COD. RENAVAM	ENTR.C	EXERCÍCIO
1	256592387	*****	2014
NOME			
RAFAEL MARTINS CARNEIRO DA SILVA			
ABREU E LIMA - PE			
CPE/CNPJ		PLACA	
075.140.684-81		EEA4529	
PLACA ANT. UF		CHASSI	
***** / PE		9CAFE1508200012B	
ESPÉCIE TIPO		COMBUSTÍVEL	
FA3 / MOTOCICLETA		GASOLINA	
MARCA / MODELO		ANO FAB. - ANO MOD.	
YAMAHA / FACTOR YB9125 ED		2010 - 2011	
CAP. / POT. / CIL.		CATEGORIA	
250 / 12.5 CV		PARTIC.	
COR PREDOMINANTE		COR PREDOMINANTE	
PRETA		PRETA	
COTA ÚNICA		VENG. COTA ÚNICA	
IPVA 2014 QUITADO		1ª *****	
FADIA IPVA		2ª *****	
PANCELAMENTO / COTAS		3ª *****	
PREMIO TARIFARIO (R\$)		IOF (R\$)	
300,00		0,00	
PREMIO TOTAL (R\$)		DATA DE PAGAMENTO	
300,00		07/09/2014	
OBSERVAÇÕES			
AL FID. BANCO ITAUCARD SA			
Assinado eletronicamente por: Carlos Eduardo Póças Amorim Cass Nova			

DETRAN - PE
07/09/2014
Gama Seguradora S/A
R. ...
...



