

Rio de Janeiro, 10 de Maio de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190277941

Vítima: FABIO SOARES CARDOSO

Data do Acidente: 23/11/2018

Cobertura: INVALIDEZ

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), FABIO SOARES CARDOSO**

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

|                                                             |              |
|-------------------------------------------------------------|--------------|
| Multa:                                                      | R\$ 0,00     |
| Juros:                                                      | R\$ 0,00     |
| Total creditado:                                            | R\$ 1.687,50 |
| Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um joelho 25% |              |
| Graduação: Em grau médio 50%                                |              |
| % Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%           |              |
| Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 =                     | R\$ 1.687,50 |

Recebedor: **FABIO SOARES CARDOSO**

Valor: **R\$ 1.687,50**

Banco: **104**

Agência: **000001020**

Conta: **0000013301-2**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

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, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: [www.seguradoralider.com.br/recomeco](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 31 de Maio de 2019

Aos Cuidados de: **FABIO SOARES CARDOSO**

Nº Sinistro: **3190277941**  
**FABIO SOARES CARDOSO**

Data do Acidente: **23/11/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

**Assunto: REANÁLISE DE PROCESSO - CONDUTA MANTIDA**

Senhor(a),

Em atendimento à sua solicitação, foi feita a reanálise médica do seu pedido de indenização por invalidez permanente, cadastrado sob o **número de sinistro 3190277941**.

Como a documentação apresentada não indica a existência de novas lesões permanentes ou de agravamento daquelas já indenizadas em decorrência do acidente sofrido, o seu pedido de reanálise foi encerrado e o valor indenizado mantido, conforme legislação vigente.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **[www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br)** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Carta nº 14390355



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: \_\_\_\_\_ CPF da vítima: 029.986.694-76 Nome completo da vítima: FABIO SOARES CARDOSO

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

Nome completo: FABIO SOARES CARDOSO CPF: 029.986.694-76

Profissão: RECUSOU-SE Endereço: CD RESIDENCIAL JARDIM DAS ORQUÍDEAS, QDA Número: 460 Complemento: CS 33

Bairro: CJ JARDIM DAS GRENHAS Cidade: MACEIO Estado: AL CEP: 57072-000

E-mail: \_\_\_\_\_ Tel. (DDD): (96) 98889-9857

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

**REDA MENSAL:**

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

## DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

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

AGÊNCIA: 1020 CONTA: 13301 2

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_

(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.

## 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

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: \_\_\_\_\_

Grau de Parentesco com a vítima: \_\_\_\_\_ Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: \_\_\_\_\_

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: \_\_\_\_\_ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 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.

Local e Data, \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_

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

Fabio Soares Cardoso

(\*) Assinatura de quem assina A ROGO

### TESTEMUNHAS

1º | Nome: \_\_\_\_\_

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

Assinatura \_\_\_\_\_

2º | Nome: \_\_\_\_\_

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

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

COMPREV  
COMPREV VIDA E RBR  
15 ABR. 2019  
PROT. 0001

(\*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário. A SEU ROGO na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes de preencher e assinar a presente NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

|                                                                                                                                       |                                          |                          |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------|--------------------------|
| Nº do sinistro ou ASL:                                                                                                                | CPF da vítima:                           | Nome completo da vítima: |
|                                                                                                                                       | 029.986.694-76                           | FABIO SOARES CARDOSO     |
| <b>REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012</b> |                                          |                          |
| Nome completo:                                                                                                                        |                                          | CPF:                     |
| FABIO SOARES CARDOSO                                                                                                                  |                                          | 029.986.694-76           |
| Profissão:                                                                                                                            | Endereço:                                | Número:                  |
| RECUSOU-SE                                                                                                                            | CD RESIDENCIAL JARDIM DAS ORQUÍDEAS, QDA | 460                      |
| Bairro:                                                                                                                               | Cidade:                                  | Estado:                  |
| CJ JARDIM DAS ORQUÍDEAS                                                                                                               | MACEIO                                   | AL                       |
| E-mail:                                                                                                                               | CEP:                                     | Tel. (DDD):              |
|                                                                                                                                       | 57072-000                                | (94) 98889-9857          |

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

## REDA MENSAL:

- ☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00  
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

## DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☒ 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: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: 1020 CONTA: 13301 2  
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: CONTA:   
(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.

## 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

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: \_\_\_\_\_

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: \_\_\_\_\_

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 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.

Local e Data, \_\_\_\_\_  
Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_  
FABIO SOARES CARDOSO  
(\*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

## TESTEMUNHAS

1º Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_  
Assinatura: \_\_\_\_\_  
2º Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_

COMPREV  
COMPREV VIDA E RESERVA S/A  
15 ABR. 2019

(\*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário. A SEU ROGO na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes de preencher e assinar a presente NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



GOVERNO DO ESTADO DE ALAGOAS  
POLÍCIA CIVIL  
DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRÂNSITO DA CAPITAL - MACEIÓ - AL



BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 028866/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 01/04/2019 15:12 Data/Hora Fim: 01/04/2019 15:24  
Delegado de Polícia: Sheila Carvalho Dantas

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia de Acidentes e Delitos de Trânsito da Capital

Data/Hora do Fato: 23/11/2018 18:30

Local do Fato

Município: Maceió (AL)

Bairro: Tabuleiro do Martins

Logradouro: AV. DURVAL DE GOES MONTEIRO

Ponto de Referência: PROXIMO AOS CORREIOS

Tipo do Local: Via Pública

| Natureza                                | Meio(s) Empregado(s) |
|-----------------------------------------|----------------------|
| 1095: Auto lesão - Acidente de trânsito | Veículo              |

ENVOLVIDO(S)

| Nome Civil: FABIO SOARES CARDOSO (VÍTIMA, COMUNICANTE) |                                      |                 |                  |
|--------------------------------------------------------|--------------------------------------|-----------------|------------------|
| Nacionalidade: Brasileira                              | Naturalidade: AL - Maceió            | Sexo: Masculino | Nasc: 24/11/1979 |
| Profissão: Cobrador de Ônibus                          |                                      |                 |                  |
| Estado Civil: Solteiro(a)                              |                                      |                 |                  |
| Nome da Mãe: Maria de Lourdes Soares                   | Nome do Pai: Antonio Olimpio Cardoso |                 |                  |

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 029.986.694-76

RG - Carteira de Identidade: 1573530

Endereço

Município: Maceió - AL

Logradouro: R Projetada R

Nº: 33

Complemento: QD A, COND. JARDIM DAS ORQUIDEAS, 960

Bairro: Cidade Universitária

CEP: 57.072-136

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

|                                         |                                   |
|-----------------------------------------|-----------------------------------|
| Grupo Veículo                           | Subgrupo Motocicleta/Motoneta     |
| CPF/CNPJ do Proprietário 042.920.614-32 | Placa NMO9067                     |
| Renavam 00345228146                     | Número do Motor KC16E7B611502     |
| Número do Chassi 9C2KC1670BR611502      | Ano/Modelo Fabricação 2011/2011   |
| Cor PRETA                               | UF Veículo Alagoas                |
| Município Veículo Maceió                | Marca/Modelo HONDA/CG 150 FAN ESI |
| Modelo HONDA/CG 150 FAN ESI             | Veículo Adulterado? Não           |
| Quantidade 1 Unidade                    | Situação Envolvido                |
| Última Atualização Denatran 22/03/2016  | Situação do Veículo NADA CONSTA   |

| Nome Envolvido | Envolvimentos |
|----------------|---------------|
|----------------|---------------|

Delegado de Polícia Civil: Sheila Carvalho Dantas  
Impresso por: Silvio Eduardo Michel Maia Gomes  
Data de Impressão: 01/04/2019 15:24  
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 2

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos







GOVERNO DO ESTADO DE ALAGOAS  
POLÍCIA CIVIL  
DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRÂNSITO DA CAPITAL - MACEIÓ -  
AL

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 028866/2019

| Nome Envolvido       | Envolvimentos |
|----------------------|---------------|
| Fabio Soares Cardoso | Possuidor     |

RELATO/HISTÓRICO

SEGUNDO O DECLARANTE, guiava uma moto de placa NMO9067 licenciado em nome de JOSE EDVAN DA ROCHA CPF 04292061432, este já acima cadastrado, onde trafegava pela Av. Durval de Goes Monteiro, quando um carro a sua frente, freia evitando um atropelamento e a vítima tomada de surpresa choca-se na traseira desse veículo e é arremessado ao solo, sofrendo lesões. Foi socorrido pelo SAMU e levado ao Hospital Maceió.

ASSINATURAS

Bel Silvio Eduardo M. Maia Gomes  
AG.: Polícia Civil  
Mat.: 66216 - 0

Silvio Eduardo Michel Maia Gomes  
Responsável pelo Atendimento

Fabio Soares Cardoso  
(Vítima / Comunicante)

"Declaro para os devidos fins de direito que sou (a) único(a) responsável pelas informações acima assentadas e ciente que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei origem, conforme previsto nos Artigos 339-Denúnciação Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."

CONFREVIDA E FHEV:

15 ABR. 2019

PROTOCOLO  
AG. MACEIÓ



GOVERNO DO ESTADO DE ALAGOAS  
POLÍCIA CIVIL  
DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRÂNSITO DA CAPITAL - MACEIÓ - AL



BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 028866/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 01/04/2019 15:12 Data/Hora Fim: 01/04/2019 15:24  
Delegado de Polícia: Sheila Carvalho Dantas

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia de Acidentes e Delitos de Trânsito da Capital

Data/Hora do Fato: 23/11/2018 18:30

Local do Fato

Município: Maceió (AL)

Bairro: Tabuleiro do Martins

Logradouro: AV. DURVAL DE GOES MONTEIRO

Ponto de Referência: PROXIMO AOS CORREIOS

Tipo do Local: Via Pública

| Natureza                                | Meio(s) Empregado(s) |
|-----------------------------------------|----------------------|
| 1095: Auto lesão - Acidente de trânsito | Veículo              |

ENVOLVIDO(S)

| Nome Civil: FABIO SOARES CARDOSO (VÍTIMA, COMUNICANTE) |                                      |                 |                  |
|--------------------------------------------------------|--------------------------------------|-----------------|------------------|
| Nacionalidade: Brasileira                              | Naturalidade: AL - Maceió            | Sexo: Masculino | Nasc: 24/11/1979 |
| Profissão: Cobrador de Ônibus                          |                                      |                 |                  |
| Estado Civil: Solteiro(a)                              |                                      |                 |                  |
| Nome da Mãe: Maria de Lourdes Soares                   | Nome do Pai: Antonio Olimpio Cardoso |                 |                  |

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 029.986.694-76

RG - Carteira de Identidade: 1573530

Endereço

Município: Maceió - AL

Logradouro: R Projetada R

Nº: 33

Complemento: QD A, COND. JARDIM DAS ORQUIDEAS, 960

Bairro: Cidade Universitária

CEP: 57.072-136

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

|                                         |                                   |
|-----------------------------------------|-----------------------------------|
| Grupo Veículo                           | Subgrupo Motocicleta/Motoneta     |
| CPF/CNPJ do Proprietário 042.920.614-32 | Placa NMO9067                     |
| Renavam 00345228146                     | Número do Motor KC16E7B611502     |
| Número do Chassi 9C2KC1670BR611502      | Ano/Modelo Fabricação 2011/2011   |
| Cor PRETA                               | UF Veículo Alagoas                |
| Município Veículo Maceió                | Marca/Modelo HONDA/CG 150 FAN ESI |
| Modelo HONDA/CG 150 FAN ESI             | Veículo Adulterado? Não           |
| Quantidade 1 Unidade                    | Situação Envolvido                |
| Última Atualização Denatran 22/03/2016  | Situação do Veículo NADA CONSTA   |

| Nome Envolvido | Envolvimentos |
|----------------|---------------|
|----------------|---------------|

Delegado de Polícia Civil: Sheila Carvalho Dantas  
Impresso por: Silvio Eduardo Michel Maia Gomes  
Data de Impressão: 01/04/2019 15:24  
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 2

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos





GOVERNO DO ESTADO DE ALAGOAS  
POLÍCIA CIVIL  
DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRÂNSITO DA CAPITAL - MACEIÓ -  
AL

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 028866/2019

| Nome Envolvido       | Envolvimentos |
|----------------------|---------------|
| Fabio Soares Cardoso | Possuidor     |

RELATO/HISTÓRICO

SEGUNDO O DECLARANTE, guiava uma moto de placa NMO9067 licenciado em nome de JOSE EDVAN DA ROCHA CPF 04292061432, este já acima cadastrado, onde trafegava pela Av. Durval de Goes Monteiro, quando um carro a sua frente, freia evitando um atropelamento e a vítima tomada de surpresa choca-se na traseira desse veículo e é arremessado ao solo, sofrendo lesões. Foi socorrido pelo SAMU e levado ao Hospital Maceió.

ASSINATURAS

Bel Silvio Eduardo M. Maia Gomes  
AG.: Polícia Civil  
Mat.: 66216 - 0

Silvio Eduardo Michel Maia Gomes  
Responsável pelo Atendimento

Fabio Soares Cardoso  
(Vítima / Comunicante)

"Declaro para os devidos fins de direito que sou (a) único(a) responsável pelas informações acima assentadas e ciente que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei origem, conforme previsto nos Artigos 339-Denunciação Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."

CONFREVIDA E FHEV:

15 ABR. 2019

PROTOCOLO  
AG. MACEIÓ



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: \_\_\_\_\_ CPF da vítima: 029.986.694-76 Nome completo da vítima: FABIO SOARES CARDOSO

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

Nome completo: FABIO SOARES CARDOSO CPF: 029.986.694-76

Profissão: RECUSOU-SE Endereço: CD RESIDENCIAL JARDIM DAS ORQUÍDEAS, QDA Número: 460 Complemento: CS 33

Bairro: CJ JARDIM DAS GRENHAS Cidade: MACEIO Estado: AL CEP: 57072-000

E-mail: \_\_\_\_\_ Tel. (DDD): (96) 98889-9857

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

**REDA MENSAL:**

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

## DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

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

AGÊNCIA: 1020 CONTA: 13301 2

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_

(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.

## 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

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: \_\_\_\_\_

Grau de Parentesco com a vítima: \_\_\_\_\_ Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: \_\_\_\_\_

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: \_\_\_\_\_ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Vivos: \_\_\_\_\_ Falecidos: \_\_\_\_\_

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.

**TESTEMUNHAS**

1ª | Nome: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura \_\_\_\_\_

2ª | Nome: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) \_\_\_\_\_

Assinatura do Representante Legal (se houver) \_\_\_\_\_ Assinatura do Procurador (se houver) \_\_\_\_\_

(\*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário. A SEU ROGO na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes de preencher e assinar a presente.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

|                                                                                                                                       |                                          |                          |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------|--------------------------|
| Nº do sinistro ou ASL:                                                                                                                | CPF da vítima:                           | Nome completo da vítima: |
|                                                                                                                                       | 029.986.694-76                           | FABIO SOARES CARDOSO     |
| <b>REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012</b> |                                          |                          |
| Nome completo:                                                                                                                        |                                          | CPF:                     |
| FABIO SOARES CARDOSO                                                                                                                  |                                          | 029.986.694-76           |
| Profissão:                                                                                                                            | Endereço:                                | Número:                  |
| RECUSOU-SE                                                                                                                            | CD RESIDENCIAL JARDIM DAS ORQUÍDEAS, QDA | 460                      |
| Complemento:                                                                                                                          | Cidade:                                  | CEP:                     |
| CS 33                                                                                                                                 | MACAÍD                                   | 57072-000                |
| Bairro:                                                                                                                               | Estado:                                  | Tel. (DDD):              |
| CJ JARDIM DAS GRENHAS                                                                                                                 | AL                                       | 98889-9857               |
| E-mail:                                                                                                                               |                                          |                          |

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

**REDA MENSAL:**

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

## DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

|                                                                                                        |                                                                   |                                                           |                                |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|--------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) |                                                                   | <input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos) |                                |
| <input type="checkbox"/> Bradesco (237)                                                                | <input type="checkbox"/> Itaú (341)                               | Nome do BANCO: _____                                      |                                |
| <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)                                                         | <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104) |                                                           |                                |
| AGÊNCIA: 1020                                                                                          | CONTA: 13301                                                      | 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.

## 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

|                                                                               |                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                 |
|-------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Estado civil da vítima:                                                       | <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo | Data do óbito da vítima:                                                                        |
| Grau de Parentesco com a vítima:                                              | Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não                                                                                                         | Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:                                    |
| Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | Se tinha filhos, informar quantos:                                                                                                                                                              | Vítima deixou nascituro (vai nascer)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não |
| Vivos:                                                                        | Falecidos:                                                                                                                                                                                      | Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> 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.

|                                      |                  |
|--------------------------------------|------------------|
| Local e Data, _____                  | TESTEMUNHAS      |
| Nome: _____                          | 1º   Nome: _____ |
| CPF: _____                           | CPF: _____       |
| <i>Fabio Soares Cardoso</i>          | Assinatura       |
| (*) Assinatura de quem assina A ROGO | 2º   Nome: _____ |
|                                      | CPF: _____       |

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

COMPREV  
COMPREV ADMINISTRADORA DE SEGUROS S/A  
15 ABR. 2019

(\*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário. A SEU ROGO na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes de preencher e assinar a presente. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.





ESTADO DE ALAGOAS  
SECRETARIA DA SAÚDE  
SUPERINTENDÊNCIA DE ATENÇÃO À SAÚDE - SUAS  
GERÊNCIA DE ASSISTÊNCIA PRÉ-HOSPITALAR – GAPH  
SUPERVISÃO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA – SAMU 192

Cert. de Socorro nº. 90

Maceió, 27 de Fevereiro de 2019.

Ao Senhor  
**Fabio Soares Cardoso**  
Vítima

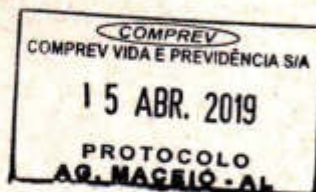
Atendendo a solicitação, declaramos a V. Senhoria haveremos efetivado o atendimento da ocorrência abaixo:

- 1 – DATA DA OCORRÊNCIA: 23 de Novembro de 2018
- 2 – VÍTIMA: **Fabio Soares Cardoso**
- 3 – OCORRÊNCIA: Acidente de Trânsito
- 4 – LOCAL: Avenida Durval de Góes Monteiro
- 5 – BAIRRO: Santa Lucia
- 6 – REFERÊNCIA: Defronte a Escola Santa Barbara
- 7 – SITUAÇÃO: Vítima atendida e transportada, após regulação Médica, a unidade de destino
- 8 – DESTINO: Hospital Hapvida
- 9 – UNIDADE SOCORRISTA: USB 01

Atenciosamente



*[Assinatura]*  
Marcos André Ramalho Martins  
Coordenador Médico  
CRM 7093



**CÓPIA**

Rua Oldemburgo da Silva Paranhos, nº 800, Farol – CEP: 57055-320  
Maceió/AL - fone (82) 3315-1174 / fax: (82) 3315-1176  
E-mail: [samu192@saude.al.gov.br](mailto:samu192@saude.al.gov.br)





ESTADO DE ALAGOAS  
SECRETARIA DA SAÚDE  
SUPERINTENDÊNCIA DE ATENÇÃO A SAÚDE - SUAS  
GERENCIA DE ASSISTÊNCIA PRÉ-HOSPITALAR – GAPH  
SUPERVISÃO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA – SAMU 192

Cert. de Socorro nº. 90

Maceió, 27 de Fevereiro de 2019.

Ao Senhor  
**Fabio Soares Cardoso**  
Vítima

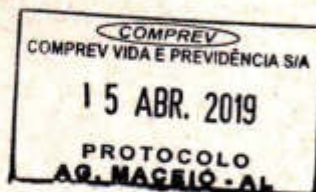
Atendendo a solicitação, declaramos a V. Senhoria haveremos efetivado o atendimento da ocorrência abaixo:

- 1 – DATA DA OCORRÊNCIA: 23 de Novembro de 2018
- 2 – VÍTIMA: **Fabio Soares Cardoso**
- 3 – OCORRÊNCIA: Acidente de Trânsito
- 4 – LOCAL: Avenida Durval de Góes Monteiro
- 5 – BAIRRO: Santa Lucia
- 6 – REFERÊNCIA: Defronte a Escola Santa Barbara
- 7 – SITUAÇÃO: Vítima atendida e transportada, após regulação Médica, a unidade de destino
- 8 – DESTINO: Hospital Hapvida
- 9 – UNIDADE SOCORRISTA: USB 01

Atenciosamente



*[Assinatura]*  
Marcos André Ramalho Martins  
Coordenador Médico  
CRM 7093



**CÓPIA**

Rua Oldemburgo da Silva Paranhos, nº 800, Farol – CEP: 57055-320  
Maceió/AL - fone (82) 3315-1174 / fax: (82) 3315-1176  
E-mail: [samu192@saude.al.gov.br](mailto:samu192@saude.al.gov.br)

# 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: 02/05/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

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

CLIENTE: FABIO SOARES CARDOSO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01020

CONTA: 000000013301-2

---

Nr. da Autenticação 2D65F35041C78705



Av. Remondes Lima, nº 3349 - Grutas de Lourdes - CEP: 57052-902  
MACEIÓ - AL - CNPJ: 12.372.084/0001-00 - IE: 24007177-6  
REGIME ESPECIAL DE IMPRESSÃO AUTORIZADO PELA SEC. DA FAZENDA  
Nº / FATURA DE ENERGIA ELÉTRICA / SERVIÇO SÉRIE U Nº

Nº da Nota Fiscal 017868788

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada  
pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002.

| CONTA MÊS  | VENCIMENTO | CONSUMO (kWh) | TOTAL A PAGAR (R\$) |
|------------|------------|---------------|---------------------|
| MARCO/2019 | 22/03/2019 | 130           | 114,97              |

FABIO SOARES CARDOSO  
CD RESID JARDIM DAS ORQUIDEAS 960 QD A CS 33  
CJ JARDIM DAS ORQUIDEAS  
57.072-000 - MACEIO

ROT: 001.58.012.000321

| DADOS DA LEITURA            |                    | kWh   | kVarh | DATAS DA LEITURA |            |
|-----------------------------|--------------------|-------|-------|------------------|------------|
| Atual:                      |                    | 130   |       | Atual:           | 16/03/2019 |
| Anterior:                   |                    | 0     |       | Anterior:        | 15/02/2019 |
| Constante de Multiplicação: |                    | 1,000 |       | Próxima Leitura: | 15/04/2019 |
| Consumo Medido:             |                    | 130   |       | Emissão:         | 15/03/2019 |
| Consumo Faturador:          |                    | 130   | FCAH  | Apresentação:    | 16/03/2019 |
| Forma de Faturamento:       | NORMAL             |       |       | Dias de Consumo: | 29         |
|                             | Fator de Potência: |       |       |                  |            |

| DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA |         |                |       |             |                |
|------------------------------|---------|----------------|-------|-------------|----------------|
| Classe/Subclasse             | Ligação | Número Medidor | Posto | Código Pat. | Média 12 meses |
| RESIDENCIAL                  | MONO    | E2632343       |       | 1.1.1.1     | 0              |

| HISTÓRICO kWh   | DESCRIÇÃO DA CONTA                    |       |
|-----------------|---------------------------------------|-------|
| Mês/ano consumo | CONSUMO 130 kWh a R\$ 0,739562 =      | 96,14 |
| FEV/19          | CONTRIB. DE ILUMINACAO PUBLICA(COSIP) | 18,83 |
| JAN/19          |                                       |       |
| DEZ/18          |                                       |       |
| NOV/18          |                                       |       |
| OUT/18          |                                       |       |
| SET/18          |                                       |       |
| AGO/18          |                                       |       |
| JUL/18          |                                       |       |
| JUN/18          |                                       |       |
| MAI/18          |                                       |       |
| ABR/18          |                                       |       |
| MAR/18          |                                       |       |

MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO  
LIGUE 0800 082 0196 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 3 8 13 18 23 28

RESERVADO AO FISCO 7482.A260.7ACF.7AF3.5D8B.96D3.7000.2A06

| COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$ |       | IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$ |        |
|---------------------------|-------|-------------------------|--------|
| Distribuição:             | 35,33 | Base de Cálculo:        | 96,14  |
| Energia:                  | 25,06 | Alíquota ICMS:          | 17,00% |
| Transmissão:              | 3,43  | Valor do ICMS:          | 16,34  |
| Encargos:                 | 7,80  | Valor do PIS:           | 1,52%  |
| Tributos:                 | 24,52 | Valor do COFINS:        | 6,99%  |
|                           |       |                         | 6,72   |

| INDICADORES DE CONTINUIDADE |        |            |       |        |            |       |                    |            |
|-----------------------------|--------|------------|-------|--------|------------|-------|--------------------|------------|
|                             | DIC    |            |       | FIC    |            |       | DMIC               | DICRI      |
|                             | Mensal | Trimestral | Anual | Mensal | Trimestral | Anual | Mensal             | Mensal     |
| Límite                      | 0,00   | 0,00       | 0,00  | 0,00   | 0,00       | 0,00  | 0,00               |            |
| Realizado                   | 0,00   |            |       | 0,00   |            |       | 0,00               |            |
| Conjunto                    |        |            |       |        |            |       | Período de 01/2019 | EUSD: 0,00 |

ROT: 001.58.012.000321

|                              |                               |
|------------------------------|-------------------------------|
| SEU CÓDIGO<br>1600479-5      | TOTAL A PAGAR - R\$<br>114,97 |
| MÊS FATURADO<br>MAR/2019     | VENCIMENTO<br>22/03/2019      |
| Nº da Nota Fiscal: 017868788 | FCAH                          |

83630000001 2 14970003000 5 00000001600 6 47950319008 0



COMPREV  
COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A  
15 ABR. 2019  
PROTOCOLO  
02. MACEIO - AL  
**CÓPIA**

Av. Remondes Lima, nº 3349 - Grutas de Lourdes - CEP: 57052-902  
MACEIÓ - AL - CNPJ: 12.372.084/0001-00 - IE: 24007177-8  
REGIME ESPECIAL DE IMPRESSÃO AUTORIZADO PELA SEC. DA FAZENDA  
Nº / FATURA DE ENERGIA ELÉTRICA / SERVIÇO SÉRIE U Nº

Nº da Nota Fiscal 017868788

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada  
pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002.

| CONTA MÊS  | VENCIMENTO | CONSUMO (kWh) | TOTAL A PAGAR (R\$) |
|------------|------------|---------------|---------------------|
| MARCO/2019 | 22/03/2019 | 130           | 114,97              |

FABIO SOARES CARDOSO  
CD RESID JARDIM DAS ORQUIDEAS 960 QD A CS 33  
CJ JARDIM DAS ORQUIDEAS  
57.072-000 - MACEIÓ

ROT: 001.58.012.000321

| DADOS DA LEITURA            | kWh    | kVarh              | DATAS DA LEITURA            |
|-----------------------------|--------|--------------------|-----------------------------|
| Atual:                      | 130    |                    | Atual: 16/03/2019           |
| Anterior:                   | 0      |                    | Anterior: 15/02/2019        |
| Constante de Multiplicação: | 1,000  |                    | Próxima Leitura: 15/04/2019 |
| Consumo Medido:             | 130    |                    | Emissão: 15/03/2019         |
| Consumo Faturador:          | 130    | FCAH               | Apresentação: 16/03/2019    |
| Forma de Faturamento:       | NORMAL | Fator de Potência: | Dias de Consumo: 29         |

| Classe/Subclasse | Ligação | Número Medidor | Posto | Código Pat. | Média 12 meses |
|------------------|---------|----------------|-------|-------------|----------------|
| RESIDENCIAL      | MONO    | E2632343       |       | 1.1.1.1     | 0              |

| HISTÓRICO kWh   | DESCRIÇÃO DA CONTA                          |
|-----------------|---------------------------------------------|
| Mês/ano consumo | CONSUMO 130 kWh a R\$ 0,739562 = 96,14      |
| FEV/19          | CONTRIB. DE ILUMINAÇÃO PÚBLICA(COSIP) 18,83 |
| JAN/19          |                                             |
| DEZ/18          |                                             |
| NOV/18          |                                             |
| OUT/18          |                                             |
| SET/18          |                                             |
| AGO/18          |                                             |
| JUL/18          |                                             |
| JUN/18          |                                             |
| MAI/18          |                                             |
| ABR/18          |                                             |
| MAR/18          |                                             |

MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO  
LIGUE 0800 082 0196 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 3 8 13 18 23 28

RESERVADO AO FISCO 7482.A260.7ACF.7AF3.5D8B.96D3.7000.2A06

| COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$ | IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$ |
|---------------------------|-------------------------|
| Distribuição: 35,33       | Base de Cálculo: 96,14  |
| Energia: 25,06            | Alíquota ICMS: 17,00%   |
| Transmissão: 3,43         | Valor do ICMS: 16,34    |
| Encargos: 7,80            | Valor do PIS: 1,52%     |
| Tributos: 24,52           | Valor do COFINS: 6,99%  |
|                           | Valor do ICMS: 1,46     |
|                           | Valor do PIS: 6,72      |
|                           | Valor do COFINS: 6,72   |

| INDICADORES DE CONTINUIDADE |        |            |       |        |            |       |                    |            |
|-----------------------------|--------|------------|-------|--------|------------|-------|--------------------|------------|
|                             | DIC    |            |       | FIC    |            |       | DMIC               | DICRI      |
|                             | Mensal | Trimestral | Anual | Mensal | Trimestral | Anual | Mensal             | Mensal     |
| Límite                      | 0,00   | 0,00       | 0,00  | 0,00   | 0,00       | 0,00  | 0,00               | 0,00       |
| Realizado                   | 0,00   |            |       | 0,00   |            |       | 0,00               |            |
| Conjunto                    |        |            |       |        |            |       | Período de 01/2019 | EUSD: 0,00 |

ROT: 001.58.012.000321

|                              |                               |
|------------------------------|-------------------------------|
| SEU CÓDIGO<br>1600479-5      | TOTAL A PAGAR - R\$<br>114,97 |
| MÊS FATURADO<br>MAR/2019     | VENCIMENTO<br>22/03/2019      |
| Nº da Nota Fiscal: 017868788 | FCAH                          |

83630000001 2 14970003000 5 00000001600 6 47950319008 0



COMPREV  
COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A  
15 ABR. 2019  
PROTOCOLO  
02. MACEIÓ - AL  
**CÓPIA**



## Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, JOSE EDVAN DA ROCHA,

RG nº 1888552, data de expedição 31/01/2019

Órgão SSP/AL, portador do CPF nº 042.920.614-32, com

domicílio na cidade de MACEIO, no Estado de

ALAGOAS, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

RUA PROF ORLANDO LINS, CHÁ DA JARDIM nº 123,

complemento \_\_\_\_\_, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

mentionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a

vítima FABIO SOARES CARDOSO, cujo o condutor era

FABIO SOARES CARDOSO.

Veículo: MOTOCICLO

Modelo: HONDA CG 150 FAN EST

Ano: 2011

Placa: NM09067

Chassi: 9C2KC1670BR611502

Data do Acidente: 23/11/2017

Local e Data: RIO LARGO 21/02/2019



Jose Edvan da Rocha

Assinatura do Declarante

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



CARTÓRIO DO REGISTRO CIVIL  
Distrito de Utinga / Comarca de Rio Largo - AL  
Reconhecido como verdadeiro para autenticidade a firma de Jose Edvan da Rocha

Utinga - AL, 21 de 02 de 2019  
Em test.

Leônia Marques Pereira dos Santos - Oficial Designada  
Eduardo Marques dos Santos - Oficial Substituto  
Juliana Camila M. dos Santos - Oficiala Substituta



Nome: FABIO SOARES CARDOSO

OS: 1112256

Atendimento: 28/11/2018

Nascimento: 24/11/79

Registro: 510411

Convênio: HAPVIDA ANGIO

Solicitante: Dr. ROGERIO NASCIMENTO COSTA

Setor: RESSONANCIA (ANGIONEURO)

## RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DO JOELHO ESQUERDO

### Técnica:

Exame realizado pela técnica Fast-Spin-Eco, com imagens ponderadas em T1 e T2, sem a administração do meio de contraste paramagnético.

### Análise:

Fratura cominutiva acometendo o platô tibial lateral com extensão para a superfície articular, determinando infra-desnívelamento da porção posterolateral do platô tibial, em cerca de 1,0 cm. Um dos fragmento envolve as espinhas tibais, sem diástase óssea significativa.

Fratura cominutiva metaepifisária proximal da fíbula, com extensão para a superfície articular, sem desalinhamentos ósseos significativos.

Patela centrada com altura normal.

Superfícies condrais regulares.

Tendões do quadríceps e patelar preservados.

Meniscos sem sinais de lesão.

Ligamentos cruzados e colaterais íntegros.

Demais estruturas ósseas com morfologia e sinal da medular conservados.

Planos musculares anatômicos, sem evidências de lesão.

Moderado derrame articular com conteúdo hemático de permeio formando nível líquido-adiposo (hemolipoartrose).

Fossa poplíteia livre.

### Conclusão:

Fratura cominutiva acometendo o platô tibial lateral com extensão para a superfície articular, determinando infra-desnívelamento da porção posterolateral do platô tibial. Um dos fragmento envolve as espinhas tibais, sem diástase óssea significativa.

Fratura cominutiva metaepifisária proximal da fíbula, com extensão para a superfície articular, sem desalinhamentos ósseos significativos.

Moderado derrame articular com conteúdo hemático de permeio formando nível líquido-adiposo (hemolipoartrose).

Revisado



Av. Fernandes Lima, km 05 Hospital do Açúcar - Farol - Maceió/AL - CEP: 57.050-000  
Tel.: 82 3218.0398 / 3218.0197 / 3218.0198 / 3218.0458  
WhatsApp: 99406.3308 Claro | 99613.4529 Tim  
www.angioneuro.com.br | angioneuro  
Agende seu exame através dos números: 82 3218.0399 / 3218.0241

  
Dr. Leandro Soares Lamenha  
CRM/AL 5814



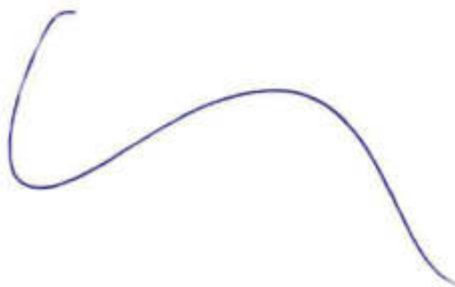
**RELATORIO MEDICO**

**PACIENTE: FABIO SOARES CARDOSO**

DECLARO PARA DEVIDOS FINS, QUE O PACIENTE FABIO SOARES CARDOSO, ESTA EM ACOMPANHAMENTO DE FRATURA-LUXAÇÃO DO JOELHO ESQUERDO. FOI SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRURGICO NO DIA 07/12/2018. HOJE SEGUE EM REABILITAÇÃO COM FISIOTERAPIA. LOGO NECESSITA PERMANECER AFASTADO DAS ATIVIDADES.

CID:

S82.1



Dr. Rogério N. Costa  
Ortopedia - Traumatologia  
Cirurgia do Joelho  
RQE/3595 TEOT 14813  
CRM/AL 8132

MACEIÓ, 15 / 01 / 2019

|                                                                                                                                                           |                                                           |                                           |                                |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|-------------------------------------------|--------------------------------|
| <br><b>SANTA CASA</b><br><small>de São Paulo e do Rio de Janeiro</small> | Nome do Paciente: FABIO SOARES CARDOSO                    |                                           |                                |
|                                                                                                                                                           | Data de Nascimento: 24/11/1979                            | Internação: 07/12/2018 13:54 2 Dia(s) Int |                                |
|                                                                                                                                                           | Atendimento: 05726918                                     | Convênio: SUS - INTERNACAO                | Data/Hora: 26/02/2019 16:16:33 |
|                                                                                                                                                           | Setor / Leito: UNID DR OSVALDO BRANDAO VILELA, ENF 30 L03 |                                           |                                |

### BOLETIM OPERATÓRIO

|                                 |               |             |          |
|---------------------------------|---------------|-------------|----------|
| Data da Intervenção: 07/12/2018 | Hora Inicial: | Hora Final: | Duração: |
|---------------------------------|---------------|-------------|----------|

|                                                              |
|--------------------------------------------------------------|
| CID Principal: S821 FRATURA DA EXTREMIDADE PROXIMAL DA TIBIA |
| CID Secundário:                                              |
| CID Secundário:                                              |
| CID Secundário:                                              |
| CID Secundário:                                              |

### PROCEDIMENTO

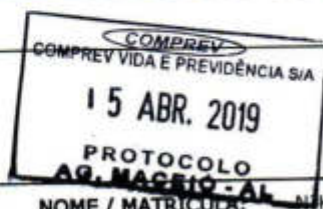
|                                                                      |
|----------------------------------------------------------------------|
| Principal: TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DO PLANA SUS : 0408050551 |
| Segundo: MICRONEUROLISE DE NERVO PERIFERICO SUS : 0403020050         |
| Terceiro: OSTECTOMIA,OSTEOTOMIA, CURETAGEM SUS : 0408060174          |
| Quarto:                                                              |
| Quinto:                                                              |
| Sexto:                                                               |
| Sétimo:                                                              |
| Oitavo:                                                              |
| Nono:                                                                |
| Décimo:                                                              |
| D. Primeiro:                                                         |
| D. Segundo:                                                          |
| D. Terceiro:                                                         |
| D. Quarto:                                                           |

**Dr. Rogério N. Costa**  
 Ortopedia - Traumatologia  
 Cirurgião do Joelho  
 RQE/305 FORT 14513  
 CRM/AL 6132

|                                 |                                     |                                       |                                        |                                            |                                  |
|---------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------------|----------------------------------------|--------------------------------------------|----------------------------------|
| <b>Intervenções Realizadas:</b> | <input type="checkbox"/> Unilateral | <input type="checkbox"/> Bilateral    | <input type="checkbox"/> Simultânea    | <input type="checkbox"/> Múltipla          | <input type="checkbox"/> Único   |
|                                 | <input type="checkbox"/> Cesariana  | <input type="checkbox"/> Parto Normal | <input type="checkbox"/> Trat. Clínico | <input type="checkbox"/> Trat. Conservador | <input type="checkbox"/> Ex. Esp |

### EQUIPE E SERVIÇOS PROFISSIONAIS

|                                                        |
|--------------------------------------------------------|
| Cirurgião/Obstetra: ROGERIO NASCIMENTO COSTA CRM: 6132 |
| 1º - Auxílio:                                          |



**CÓPIA**

NOME / MATRÍCULA: NIKOLAS NASCIMENTO DE ALMEIDA / CRM - 6758



Nome do Paciente: FABIO SOARES CARDOSO

Data de Nascimento: 24/11/1979

Internação: 07/12/2018 13:54 2 Dia(s) Int

Atendimento: 05726918

Convênio: SUS - INTERNACAO

Data/Hora: 26/02/2019 16:16:33

Setor / Leito: UNID DR OSVALDO BRANDAO VILELA, ENF 30 L03

2º - Auxílio:

3º - Auxílio:

Instrumentador(a):

1º - Anestesista: LARISSA CERQUEIRA CAVALCANTE CRM: 5841

2º - Anestesista:

Perfusionista:

Clínico Especialista:

Neonatalogista:

Neonatalogista:

Neonatalogista:

Psicólogo Hospitalar:

Clínico Assistente:

Anátomo - Patologista:

☐ Terapia Intensiva

☐ Nutrição Parenteral

☐ Nutrição Enteral

Houver mudança no procedimento inicialmente solicitado, no caso afirmativo  
Justifique no laudo para solicitações e autorização do auditor ?

☐ SIM

☐ NÃO

| Visitas/Tratamento   | 2ª F                     | 3ª F                     | 4ª F                     | 5ª F                     | 6ª F                     | Sábado                   | Domingo                  | Hora Normal              | Hora Especial            | Total |
|----------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-------|
| Clínico Especialista | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |       |
| Clínico Especialista | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |       |
| Psicólogo Hospitalar | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |       |
| Cirurgião/Obstetra   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |       |

Achados Operatórios e/ou Clínicos - Descrição:

**Dr. Rogério N. Costa**  
Ortopedia - Traumatologia  
Cirurgia do Joelho  
RQE/3585 TROT 14513  
CRMAL 6132

#### Equipamentos Especiais Utilizados

- |                                                |                                                |                                                       |                                                 |                                         |
|------------------------------------------------|------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|-----------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Microscópio Cirúrgico | <input checked="" type="checkbox"/> Monitor    | <input checked="" type="checkbox"/> Aspirador a Vácuo | <input type="checkbox"/> Citoscopia/ Endoscopia | <input type="checkbox"/> Bomba Infusão  |
| <input type="checkbox"/> Perfurados Pneumático | <input type="checkbox"/> Fonte de Luz Fria     | <input checked="" type="checkbox"/> Bisturi Elétrico  | <input type="checkbox"/> Equipamento p/ Video   | <input type="checkbox"/> Serra Elétrica |
| <input type="checkbox"/> Fibra Optica          | <input type="checkbox"/> Bomba Cir. ext. Corp. | <input type="checkbox"/> Mat. p/v. Laparoscopia       | <input type="checkbox"/> Dióxido de Carbono     | <input type="checkbox"/> Outros         |

Porte Cirúrgico:



Nome do Paciente: FABIO SOARES CARDOSO

Data de Nascimento: 24/11/1979

Internação: 07/12/2018 13:54 2 Dia(s) Int

Atendimento: 05726918

Convênio: SUS - INTERNACAO

Data/Hora: 26/02/2019 16:16:33

Sector / Leito: UNID DR OSVALDO BRANDAO VILELA, ENF 30 L03

## RELATÓRIO DA INTERVENÇÃO

### Via de Acesso - Aspecto dos Órgãos e Lesões:

1. INCISAO POSTEROLATERAL EM JOELHO ESQUERDO (LOBENHOFFER)
2. INCISAO LATERAL EM JOELHO ESQUERDO

### Tática e Técnica Cirúrgica:

#### 1º TEMPO CIRURGICO:

1. PACIENTE EM DECUBITO VENTRAL SOB ANESTESIA
2. ASSEPSIA E ANTISSEPISIA
3. APOSICAO DE CAMPOS CIRURGICOS
4. PASSAGEM DE GARROTE PNEUMATICO
5. INCISAO COMO DESCRITA ACIMA POSTEROLATERAL
6. DIVULSAO POR PLANOS
7. DISSECAÇÃO DO NERVO FIBULAR COMUM E PROTEÇÃO DO MESMO
8. ENTRADA NO PLANO ENTRE O GASTROCNEMIO LATERAL E SOLEO
9. VISUALIZADO FOCO DE FRATURA
10. REDUÇÃO DA FRATURA E FIXAÇÃO COM PLACA EM "T" 3X3 COM 05 PARAFUSOS CORTICAIS
11. VISUALIZADO BOA REDUÇÃO E BOM POSICIONAMENTO DOS IMPLANTES SOB SCOPIA
12. LIMPEZA COM SF0,9%
13. REVISAO DE HEMOSTASIA
14. SUTURA POR PLANOS
15. SOLTURA DO GARROTE
16. CURATIVO

#### 2º TEMPO CIRURGICO:

1. MUDANÇA DE DECÚBITO PARA DORSAL
2. PACIENTE EM DECUBITO DORSAL SOB ANESTESIA
3. INSUFLADO GARROTE PNEUMATICO
4. INCISAO COMO DESCRITA ACIMA (LATERAL)
5. DIVULSAO POR PLANOS
6. VISUALIZADO FOCO DE FRATURA
7. REDUZIDA FRATURA E FIXADA COM 01 FIO DE K E 01 PLACA DCP 06 FUIROS COM 02 PARAFUSOS CORTICAIS E 01 PARAFUSO ESPONJOSO, REALIZADA COMPRESSAO NO FOCO DE FRATURA COM 01 PARAFUSO ESPONJOSO COM ARRUELA
8. VISUALIZADO BOA REDUÇÃO E BOM POSICIONAMENTO DOS IMPLANTES SOB SCOPIA
9. LIMPEZA COM SF
10. REVISAO DE HEMOSTASIA
11. SUTURA POR PLANOS
12. CURATIVO
13. AOS CUIDADOS DA ANESTESIA EMBOAS CONDIÇÕES

### Drenagem - Síntese - Material Cirúrgica:

Dr. Rogério N. Costa  
Ortopedia - Traumatologia  
Cirurgia do Joelho  
RQE/3555 TEOT 14843  
CRM/AL 6132

### Ortese e Prótese:

#### IMPLAMEDICAL:

- 01 PLACA EM "T" 3X3
- 01 PLACA DCP 06 FUIROS
- 07 PARAFUSOS CORTICAIS
- 02 PARAFUSOS ESPONJOSOS
- 01 ARRUELA

Foi necessário exame anátomo-patológico per-operatório por congelação:

☐ SIM ☐ NÃO

Foi solicitado exame anátomo-patológico da(s) peça(s) operatória(s) ?:

☐ SIM ☐ NÃO

Peça(s) operatória(s) enviadas para exames:





**SANTA CASA**  
DE MISERICÓRDIA DE MARICÁ

Nome do Paciente: FABIO SOARES CARDOSO

Data de Nascimento: 24/11/1979

Internação: 07/12/2018 13:54 2 Dia(s) Int

Atendimento: 05726918

Convênio: SUS - INTERNACAO

Data/Hora: 26/02/2019 16:16:33

Setor / Leito: UNID DR OSVALDO BRANDAO VILELA, ENF 30 L03

|          |  |                           |                  |            |
|----------|--|---------------------------|------------------|------------|
| R3100MIS |  | RAFAELE DE MENDONCA ROCHA | 21/03/2019 17:07 | 10:12Z 151 |
|----------|--|---------------------------|------------------|------------|



ULTRA SOM SERV MED LTDA - HOSP MACEIO

21/03/2019 17:08

|                                                                                       |                                                                                                                         |                       |                     |
|---------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|---------------------|
| Paciente: FABIO SOARES CARDOSO                                                        | Dt. Nasc.: 24/11/1979                                                                                                   | Atendimento: 55124239 | Prontuário: 9225441 |
| Convênio: HAPVIDA MACEIO                                                              | Posto: POSTO EMERGENCIA                                                                                                 | Leito: 550209/1       |                     |
| Profissional(is): TONY JAN RODRIGUES NASCIMENTO COREN 812408 [1]                      |                                                                                                                         | Nº: 30617936          | 24/11/2018 às 01:24 |
| <b>SINAIS E SINTOMAS</b>                                                              |                                                                                                                         |                       |                     |
| Administrado medicamento conforme prescrição médica. Segue sob cuidados de enfermagem | Sim                                                                                                                     | [1]                   |                     |
| <b>CUIDADOS DE ENFERMAGEM</b>                                                         |                                                                                                                         |                       |                     |
| ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS E MEDIDAS DE SUPORTE                                    | CALHA OU TALA MEMBRO INFERIOR 1 REALIZADO AS 01:24, EM 24/11/2018 RESP. TONY JAN RODRIGUES NASCIMENTO, COREN/AL 812408. |                       | [1]                 |

10 1 22 151



ULTRA SOM SERV MED LTDA - HOSP MACEIO

21/03/2019 17:08

|                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                              |                            |
|------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|----------------------------|
| <b>Paciente:</b> FABIO SOARES CARDOSO                            | <b>Dt. Nasc.:</b> 24/11/1979                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | <b>Atendimento:</b> 55124239 | <b>Prontuário:</b> 9225441 |
| <b>Convênio:</b> HAPVIDA MACEIO                                  | <b>Posto:</b> POSTO EMERGENCIA                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | <b>Leito:</b> 550209/8       |                            |
| <b>Profissional(is):</b> DARLAN DE ARAUJO BENEVIDES CRM 6505 [1] |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | <b>Nº:</b> 30611921          | <b>23/11/2018 às 20:33</b> |
| <b>ANAMNESE</b>                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                              |                            |
| <b>Queixa Principal</b>                                          | paciente veio trazido pelo samu devido a queda de moto, sem capacete, chega a unidade com escoriações no antebraço e dor no joelho esquerdo.<br><br>a - vias aéreas pervias, sem cervicalgia<br>b - mv+ em aht sem ra<br>c - pulsos periféricos e simétricos<br>d - glasgow 15<br>e - escoriações no corpo e edema no joelho esquerdo |                              | [1]                        |
| <b>EXAME FÍSICO</b>                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                              |                            |
| <b>Aspecto Geral</b>                                             | paciente veio trazido pelo samu devido a queda de moto, sem capacete, chega a unidade com escoriações no antebraço e dor no joelho esquerdo.<br><br>a - vias aéreas pervias, sem cervicalgia<br>b - mv+ em aht sem ra<br>c - pulsos periféricos e simétricos<br>d - glasgow 15<br>e - escoriações no corpo e edema no joelho esquerdo |                              | [1]                        |
| <b>PLANEJAMENTO TERAPÊUTICO</b>                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                              |                            |
| <b>Alta Após Medicação E Cuidados</b>                            | Alta após cuidados e/ou medicação                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                              | [1]                        |

ULTRA SOM SERV MED LTDA - HOSP MACEIO

21/03/2019 17:09

|                                                           |                         |                       |                     |
|-----------------------------------------------------------|-------------------------|-----------------------|---------------------|
| Paciente: FABIO SOARES CARDOSO                            | Dt. Nasc.: 24/11/1979   | Atendimento: 55124239 | Prontuário: 9225441 |
| Convênio: HAPVIDA MACEIO                                  | Posto: POSTO EMERGENCIA | Leito: 550209/8       |                     |
| Profissional(is): DARLAN DE ARAUJO BENEVIDES CRM 6505 [1] |                         | Nº: 30611563          | 23/11/2018 às 20:19 |

**ANAMNESE**
**Queixa Principal**

paciente veio trazido pelo samu devido a queda de moto, sem capacete, chega a unidade com escoriações no antebraço e dor no joelho esquerdo.

[1]

- a - vias aéreas pervias, sem cervicalgia
- b - mv+ em aht sem ra
- c - pulsos periféricos e simétricos
- d - glasgow 15
- e - escoriações no corpo e edema no joelho esquerdo

**Queixa Principal**
**Diagnóstico Inicial**

99 &lt;CID10 NÃO AGRUPADOS&gt;

[1]

**CID10**

S837 TRAUM DE ESTRUTURAS MULT DO JOELHO

[1]

**Alergias**

Não

[1]

**Medicação Em Uso**

Não

[1]

**Antecedentes Patológicos Familiar**

Não

[1]

99

[1]

**EXAME FÍSICO**
**Dispensar preenchimento de Sinais Vitais?**

Sim

[1]

**DIAGNÓSTICO**
**CID10**

S837 TRAUM DE ESTRUTURAS MULT DO JOELHO

[1]

**CID10**

S837 TRAUM DE ESTRUTURAS MULT DO JOELHO

[1]

**CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE**



ULTRA SOM SERV MED LTDA - HOSP MACEIO

21/03/2019 17:09

|                                                                                       |                                                                                                                             |                       |                     |
|---------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|---------------------|
| Paciente: FABIO SOARES CARDOSO                                                        | Dt Nasc.: 24/11/1979                                                                                                        | Atendimento: 55124239 | Prontuário: 9225441 |
| Convênio: HAPVIDA MACEIO                                                              | Posto: POSTO EMERGENCIA                                                                                                     | Leito: 550209/8       |                     |
| Profissional(is): ANDREA NUNES DA SILVA DE MOURA COREN 597065 [1]                     |                                                                                                                             | Nº: 30613670          | 23/11/2018 às 21:33 |
| <b>SINAIS E SINTOMAS</b>                                                              |                                                                                                                             |                       |                     |
| Administrado medicamento conforme prescrição médica. Segue sob cuidados de enfermagem | Sim                                                                                                                         |                       | [1]                 |
| <b>CUIDADOS DE ENFERMAGEM</b>                                                         |                                                                                                                             |                       |                     |
| ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS E MEDIDAS DE SUPORTE                                    | VOLTAREN INJETAVEL AMPL 75MG IM ADMINISTRADO AS 21:33, EM 23/11/2018 RESP. ANDREA NUNES DA SILVA DE MOURA, COREN/AL 597065. |                       | [1]                 |





Paciente: FABIO SOARES CARDOSO  
Convenio: HAPVIDA MACÊIO  
Posto: POSTO EMERGENCIA

Dt. Nasc.: 24/11/1979  
Nº Prescrição: 0019289748  
Leito: 550209/8

Atendimento: 55124239  
23/11/2018 às 20:33  
Peso: kg

## PRESCRIÇÃO MÉDICA

## HORÁRIOS

|                                     |       |                     |       |       |       |   |
|-------------------------------------|-------|---------------------|-------|-------|-------|---|
| 1. VOL TAREN INJETAVEL (25.00mg/ml) | 75 mg | 3 ML (AMPL C/ 75MG) | Agora | IM    | 20:49 | : |
| 2. CALHA OU TALA MEMBRO INFERIOR    | 1     | 24/24h              | 24/11 | 01:02 | :     |   |

Reservado para o SHD

ENTEROFIX Ass.

Legenda horário : ☐ Indica item não administrado.

☐ Indica item checado.



## Solicitação de reanálise

eu, Fábio Soares Cardoso, alagoano, solteiro  
CPF: 029.986.694-76, Residente na Rua profetada  
(Res. Jardim royal) Cond. Resid. Jardim das  
Orquideas, nº 960 @d. A.33 Cidade Universitária,  
Maceió-AL, CPF. 57072136, fui vítima de um  
acidente de trânsito, na data 23 de novembro  
de 2018, no qual obtive uma seqüela permanente,  
no entanto, venho através desta solicitar por  
parte desta Seguradora, uma perícia médica  
para que possa ser avaliada as minhas  
debilidades físicas que obtive através do  
acidente, no membro inferior Conforme  
relatório em anexo, acreditando na seriedade  
desta Seguradora, solicito uma perícia médica  
para que seja avaliada grau de debilidade  
física e receber o valor ao qual tenho direito.

Maceió 08 de Maio de 2019

Atenciosamente:

Fábio Soares Cardoso







P/ FABIO SOARES CARDOSO

ATESTADO MÉDICO

**CÓPIA**

DECLARO PARA DEVIDOS FINS QUE O PACIENTE,  
FABIO SOARES CARDOSO, ESTA EM  
ACOMPANHAMENTO DE FRATURA DA TIBIA  
PROXIMAL ESQUERDA. FOI SUBMETIDO A  
TRATAMENTO CIRURGICO DE DEBRIDAMENTO E  
RETIRADA DE PLACA NO DIA 07/12 /2018. HOJE SEGUE  
EM REABILITAÇÃO COM FORTALECIMENTO  
MUSCULAR. HOJE ESTA DE ALTA AMBULATORIAL.

CID: S82.1

MACEIÓ 10/05/2019

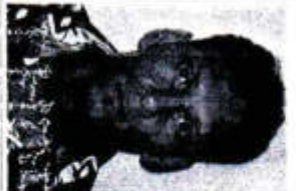


Núcleo de Ortopedia e Traumatologia  
R. Publicitário Ranildo Cavalcante, 267-CEP 57052-782-Gruta de Lourdes-Maceió-Alagoas.  
Fones: 32.3023-8400 / 3023-8371 / 3023-8374 / 3023-8375 / 3023-8376  
e-mail: notempresa.al@ig.com.br - faturamentonot@hotmail.com  
Rua: Publicitário Ranildo Cavalcante, 267 – Gruta de Lourdes  
CEP: 57052-782 – Maceió/AL – FONES: 3338-1829/3338-2878/3241-8984  
Email: notempresa.al@ig.com.br

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE ALAGOAS  
SECRETARIA COORDENADORA DE JUSTIÇA E DEFESA SOCIAL  
CENTRO DE PERÍCIAS FORENSES - CPF  
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO CEL. MÁRIO PEDRO DOS SANTOS

 Polegar Direito



*Fabio Soares Cardoso*  
Assinatura do Titular

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 1573530 DATA DE EXPEDIÇÃO 09/08/2005

NOME FABIO SOARES CARDOSO

FILIAÇÃO  
ANTONIO OLÍMPIO CARDOSO  
MARIA DE LOURDES SOARES

NATURALIDADE MACEIÓ - AL DATA DE NASCIMENTO 24/11/1979

DOC ORIGEM  
CERTO NASC 20513 FLS 233 LIV A-19  
6º OF MACEIÓ - AL  
029.986.694-76  
2 VIA

*Nilton Santos Silva*  
NILTON SANTOS SILVA  
DIRETOR DE IDENTIFICAÇÃO CIVIL

P 300

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

MINISTÉRIO DA FAZENDA  
Secretaria da Receita Federal

**CPF**

Cadastro de Pessoas Físicas  
Número de inscrição

**029.986.694-76**

Nome  
**FABIO SOARES CARDOSO**

Nascimento  
**24/11/1979**



COMPREV  
COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

**15 ABR. 2019**

PROTOCOLO  
**AR. MACEIÓ - AL**

**CÓPIA**



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - AL N° 014051451794  
14564344552

CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO

02 00345228146  
NOME/ENDEREÇO  
JOSE EDVAN DA ROCHA  
RUA PROF ORLANDO LINS 123  
TV C1 CHA DA JAQUEIRA  
57018585 MACEIO  
04292061432 NMO9067 AL  
NOME ANTERIOR  
JULIA TATIANA RIEGO COSTA

PLACA ANT/UF CHASSI  
NMO9067 AL 9C2KC1670BR611502  
ESPECIE TIPO COMBUSTIVEL  
PAS/MOTOCICLO/NENHUMA ALCO/GASOL  
MARCA/MODELO ANO FAB ANO MOD  
HONDA/CG 150 FAN ESI 2011 2011  
CAP/POT/CIL CATEGORIA COR PREDOMINANTE  
2P/149CC PARTIC PRETA

OBSERVAÇÕES  
SEM RESERVA DE DOMINIO

MACIELO 29/11/2018  
8635340 8633622  
ANTONIO CARLOS GOUVEIA  
DIRETOR PRESIDENTE

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - AL 86850278058 N° 01405145  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE V

02 00345228146

NOME  
JOSE EDVAN DA ROCHA  
\*\*\*\*\*  
\*\*\*\*\*  
\*\*\*\*\*

04292061432 NMO9067  
PLACA ANT/UF CHASSI  
NMO9067 AL 9C2KC1670BR611502

ESPECIE TIPO COMBUSTIVEL  
PAS/MOTOCICLO/NENHUMA ALCO/G  
MARCA/MODELO ANO FAB ANO MOD  
HONDA/CG 150 FAN ESI 2011 2011  
CAP/POT/CIL CATEGORIA COR PREDOMINANTE  
2P/149CC PARTIC PRETA

COTA UNICA VENC. COTA UNICA  
IPVA PAGO  
FAIXA IPVA PARCELAMENTO/COTAS  
02 \*\*\*\*\*  
PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) IOF (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DO PAG  
2304

OBSERVAÇÕES  
SEM RESERVA DE DOMINIO

MACIELO 29/11/2018  
8635340 8633622  
ANTONIO CARLOS GOUVEIA  
DIRETOR PRESIDENTE

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS  
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA A PESSOAS  
TRANSPORTADAS OU MAO DE OBRA DPVAT

AL N° 014051451794 BILHETE DE SEGURO DPVAT

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  
2018 29/11/2018

VM GRF / CNPJ PLACA  
02 04292061432 NMO9067

RENAVAM MARCA / MODELO  
00345228146 HONDA/CG 150 FAN ESI

ANO FAB CAT TAR Nº CHASSI  
2011 09 9C2KC1670BR611502

PRÊMIO TARIFÁRIO

R\$ (R\$) DENATRA (R\$) CUSTO DO SEGURO (R\$)  
CUSTO DO BILHETE (R\$) IOF (R\$) TOTAL A SER PAGO SEGURO (R\$)  
PAGAMENTO DATA DE QUITAÇÃO  
COTA UNICA PARCELADO 23042018

COMPREV  
COMPREV VIDA E PREVIDENCIA SA  
15 ABR. 2019  
PROTOCOLO  
AG. MACEIO - AL  
CÓPIA



**PÉRC**



# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190277941 **Cidade:** Maceió **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** FABIO SOARES CARDOSO **Data do acidente:** 23/11/2018 **Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

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

**Data da análise:** 26/04/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA COMINUTIVA DO PLATÔ TIBIAL LATERAL ESQUERDO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO JOELHO ESQUERDO.

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO JOELHO ESQUERDO.

**Documentos complementares:**

**Observações:** PAG 5.

**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 |
|-------------------------------------------|----------------------------------------------|------------------------------------------------------|-----------|-----------------------|
| Perda completa da mobilidade de um joelho | 25 %                                         | Em grau médio - 50 %                                 | 12,5%     | R\$ 1.687,50          |
| Total                                     |                                              |                                                      | 12,5 %    | R\$ 1.687,50          |

## PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos  
Consórcios do Seguro DPVAT

### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0128985/19

Vítima: FABIO SOARES CARDOSO

CPF: 029.986.694-76

Seguradora: CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

Data do acidente: 23/11/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: FABIO SOARES CARDOSO

### DOCUMENTOS ENTREGUES

#### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Comprovação de ato declaratório  
Declaração de Inexistência de IML  
Declaração do Proprietário do Veículo  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação  
DUT  
Outros

**FABIO SOARES CARDOSO : 029.986.694-76**

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

### ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue 0800-0221204.

- 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.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

#### Portador da documentação entregue

Data da entrega: 15/04/2019  
Nome: FABIO SOARES CARDOSO  
CPF: 029.986.694-76

FABIO SOARES CARDOSO

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 15/04/2019  
Nome: CLAUDIO MAURICIO DE SA JUNIOR  
CPF: 110.116.364-09

CLAUDIO MAURICIO DE SA JUNIOR



# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0128985/19

**Número do Sinistro:** 3190277941

**Vítima:** FABIO SOARES CARDOSO

**CPF:** 029.986.694-76

**Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

**Data do acidente:** 23/11/2018

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** FABIO SOARES CARDOSO

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

Documentação médico-hospitalar

Outros

## ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue 0800-0221204.

- 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.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

### Portador da documentação entregue

Data da entrega: 23/05/2019  
Nome: FABIO SOARES CARDOSO  
CPF: 029.986.694-76

\_\_\_\_\_  
FABIO SOARES CARDOSO

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 23/05/2019  
Nome: PATRICIA DA SILVA MEDEIROS  
CPF: 094.056.024-03

\_\_\_\_\_  
PATRICIA DA SILVA MEDEIROS

---

**Rio de Janeiro, 18 de Abril de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190277941**

**Vítima: FABIO SOARES CARDOSO**

**Data do Acidente: 23/11/2018**

**Cobertura: INVALIDEZ**

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

**Senhor(a), FABIO SOARES CARDOSO**

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