

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN

DETRAN - PE Nº 014357755324
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA COD. RENAVAM RNTTC EXERCÍCIO
252860799 ***** 2019

NOME
CARLOS ALBERTO SOARES DA SILVA

PAUDALHO-PE

CPF/CNPJ PLACA
068.024.254-67 NMI2747

PLACA ANT./UF CHASSI
NMI2747/AL 9C2ND0910AR025953

ESPÉCIE TIPO COMBUSTÍVEL
PAS MOTOCICLETA GASOLINA

MARCA/MODELO ANO FAB. ANO MOD.
HONDA/XRE 300 2010 2010

CAP/POT/CIL. CATEGORIA COR PREDOMINANTE
2P/291CL PARTIC PRETA

COTA ÚNICA		VENC. COTA ÚNICA	VENC./COTAS
I	IPVA 2019 QUITADO		1*****
P			
V	FAIXA IPVA PARCELAMENTO/COTAS		2*****
A	1 *****		3*****

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$)	IOF (R\$)	PRÊMIO TOTAL (R\$)	DATA DE PAGAMENTO
80.11	0.32	84.58	16/01/19

OBSERVAÇÕES

SEM RESERVA

Roberto Carlos Moreira Fontelles

LOCAL DATA
PAUDALHO-PE 28/02/19

Roberto Carlos Moreira Fontelles
DIRETOR PRESIDENTE DETRAN/PE

KOTE SEGUROS.
Erica Araujo

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

PE Nº 014357755324 BILHETE DE SEGURO DPVAT
CARLOS ALBERTO SOARES DA SILVA

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

WWW.SEGURADORAIDER.COM.BR
SAC DPVAT 0800 022 1204

PAUDALHO-PE

EXERCÍCIO
2019

DATA EMISSÃO
28/02/19

VIA

CNPJ / CNPJ
068.024.254-67

PLACA
NM12747

352860799

HONDA/XRE 300

ANO FAB
2010

DATA
09

9C2ND0910AR025953

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$)
36.05

DENATRAM (R\$)
4.01

CUSTO DO SEGURO (R\$)
40.06

CUSTO DO BILHETE (R\$)
4.15

ICP (R\$)
0.32

QUOTA DE RISCO ABRIGADO (R\$)
84.58

☒ COTA ÚNICA

PAGAMENTO

☐ PARCELADO

DATA DE QUITAÇÃO
16/01/19

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 08.248.808/0001-04

DESTAQUE E GUARDE O BILHETE DPVAT.
ELE NÃO É DE PORTE OBRIGATORIO

JUL-2018

KOTE SEGUROS
Erica Araujo
05/11/19

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190622786 **Cidade:** Carpina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: CARLOS ALBERTO SOARES DA SILVA **Data do acidente:** 03/09/2019 **Seguradora:** ITAÚ SEGUROS DE AUTO E RESIDÊNCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 12/11/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DO TORNOZELO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO E ALTA MÉDICA.
P-1

Sequelas permanentes:

Sequelas: Em tratamento

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: X

DEVIDO AO CURTO ESPAÇO DE TEMPO DECORRIDO DO ACIDENTE RECLAMADO E A LESÃO AINDA ESTAR EM PROCESSO DE CONSOLIDAÇÃO, NÃO É POSSÍVEL NO MOMENTO, EVIDENCIAR A INVALIDEZ PERMANENTE. FAZ-SE NECESSÁRIO APRESENTAR, TÃO LOGO O TRATAMENTO HOSPITALAR E AMBULATORIAL SEJA FINALIZADO, AS SEGUINTE ALTERNATIVAS DE DOCUMENTAÇÃO MÉDICA:

- RELATÓRIO DO TRATAMENTO REALIZADO INTERNADO OU EM CURSO E/OU A NÍVEL AMBULATORIAL;
 - LAUDOS DE EXAMES DE IMAGEM, CASO REALIZADOS DURANTE A INTERNAÇÃO, TAIS COMO: RAIOS X, TOMOGRAFIA OU RESSONÂNCIA MAGNÉTICA E DE CONTROLE PÓS PROCEDIMENTO CIRÚRGICO OU TRATAMENTO CONSERVADOR A NÍVEL AMBULATORIAL, COM RESPECTIVA IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE SEGURADO E DATA DE REALIZAÇÃO;
 - EM CASO DE CIRURGIA ANEXAR: FOLHAS DO CENTRO CIRÚRGICO, DESCREVENDO PROCEDIMENTO ADOTADO E MATERIAIS USADOS, FOLHA DE ANESTESIA, FOLHAS DE EVOLUÇÃO MÉDICA E SUMÁRIO DE ALTA. TAIS DOCUMENTOS SÃO EMITIDOS, MEDIANTE SOLICITAÇÃO, SEM CUSTO E SÃO DE DIREITO DOS PACIENTES SUBMETIDOS AOS TRATAMENTOS NAS INSTITUIÇÕES HOSPITALARES PÚBLICAS OU PARTICULARES, SEJA EM CARÁTER DE INTERNAÇÃO OU AMBULATORIAL.
- NÃO SÃO SUFICIENTES PARA ANÁLISE MÉDICA DOCUMENTAL, DOCUMENTOS, SOMENTE, EMITIDOS POR ENFERMAGEM OU OUTROS PROFISSIONAIS DA ÁREA DE SAÚDE QUE NÃO SEJAM EMITIDOS POR MÉDICOS.

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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190622786 **Cidade:** Carpina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: CARLOS ALBERTO SOARES DA SILVA **Data do acidente:** 03/09/2019 **Seguradora:** ITAÚ SEGUROS DE AUTO E RESIDÊNCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 12/11/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DO TORNOZELO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO E ALTA MÉDICA.
P-1

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO TORNOZELO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE DOCUMENTAL DEFICIT MODERADO DO TORNOZELO ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações: X

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 tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0387598/19

Vítima: CARLOS ALBERTO SOARES DA SILVA

CPF: 068.024.254-67

CPF de: Próprio

Data do acidente: 03/09/2019

Titular do CPF: CARLOS ALBERTO SOARES DA SILVA

Seguradora: ITAÚ SEGUROS DE AUTO E RESIDÊNCIA S.A.

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

CARLOS ALBERTO SOARES DA SILVA : 068.024.254-67

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: 05/11/2019
Nome: CARLOS ALBERTO SOARES DA SILVA
CPF: 068.024.254-67

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 05/11/2019
Nome: MARIA ERICA ARAUJO COELHO
CPF: 010.626.514-80

CARLOS ALBERTO SOARES DA SILVA

MARIA ERICA ARAUJO COELHO

Rio de Janeiro, 06 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190622786

Vítima: CARLOS ALBERTO SOARES DA SILVA

Data do Acidente: 03/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), CARLOS ALBERTO SOARES 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



Rio de Janeiro, 07 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190622786 Vítima: CARLOS ALBERTO SOARES DA SILVA

Data do Acidente: 03/09/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), CARLOS ALBERTO SOARES DA SILVA

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Documentação médico-hospitalar	Apresentar a cópia simples dos documentos médicos de todo tratamento realizado entre a data da alta médica e a data da identificação da sequela permanente, com a identificação da vítima e do médico responsável, com data, assinatura e CRM legíveis, pois não foram entregues.
--------------------------------	---

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,
Seguradora Líder-DPVAT
Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 13 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190622786

Vítima: CARLOS ALBERTO SOARES DA SILVA

Data do Acidente: 03/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: VÍTIMA EM TRATAMENTO

Senhor(a), CARLOS ALBERTO SOARES DA SILVA

Devido a lesão não estar consolidada, não é possível, no momento, caracterizar a invalidez permanente pleiteada.

Assim, após finalizado o tratamento médico/hospitalar e se verificada a existência de invalidez permanente, a vítima deverá apresentar os respectivos documentos médicos, tais como os listados a seguir:

- Boletim médico/hospitalar, com a ficha da evolução médica e a alta médica hospitalar;
- Relatório do tratamento médico realizado na internação e/ou no atendimento ambulatorial;
- Laudos de exames, caso realizados no tratamento, tais como: Raio X, tomografia, ressonância magnética e de controle pós procedimento cirúrgico ou tratamento conservador ambulatorial, com a identificação do paciente e data de realização.

Em caso de cirurgia anexar: os relatórios médicos hospitalares com os procedimentos adotados e materiais usados, folha de anestesia, folhas de evolução médica e sumário de alta.

Informamos que é direito do paciente solicitar e receber, sem custos, os documentos do tratamento médico realizado nos hospitais públicos ou particulares, em internação ou tratamento ambulatorial.

Esclarecemos, por fim, que os documentos emitidos por enfermagem ou outros profissionais da área de saúde devem estar, necessariamente, acompanhados pela respectiva evolução/solicitação médica.

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.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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: 068.024.254-67 4 - Nome completo da vítima: Carlos Alberto Soares 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: Carlos Alberto Soares da Silva 6 - CPF: 068.024.254-67
7 - Profissão: preso inv. 8 - Endereço: Av. Joaquim Pinto Lapa 9 - Número: 277 A 10 - Complemento:
11 - Bairro: St. Antonio 12 - Cidade: Carpiúva 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55814-600
15 - E-mail: marceloassuncao@hotmail.com 16 - Tel. (DDD): (81) 91915-3756

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: 1242 CONTA: 79-117 3

(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 Lider a creditar na conta bancária informado, 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.

KOTE SEGURO
Erica Araujo
08/11/19

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 Lider 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 (vários)? ☐ 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 Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado
35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido
36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido
37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome: CPF: Assinatura da testemunha
39 - 2ª | Nome: CPF: Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Carpiúva, 28/10/2019
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

CAIXA ECONOMICA FEDERAL | A470 #20 | AUTO ATENDIMENTO | 31/10/2019

>>P/ EXTRATO ALEM DO PERIODO INFORMADO,INFORME AS DATA | EXTRATO DE POUPANCA
PAG: 000

AG: 1242 CARPINA OPER: 013 CONTA: 79.117-3
PERIODO: 11102019 ATE: 31102019 CPF: 068.024.254-67
NOME: CARLOS ALBERTO S DA SILVA VLR.BLQ.JUD. : 0,00

DATA MOV	NR.DOC	HISTORICO	T A X A	V A L O R	S A L D O
28/10/2019	281119	DP DIN LOT	0,00000000	20,00 C	20,00 C

		SALDO EM 30/10/2019 R\$		20,00 C
F1 AJUDA	F4 SALDO POR DATA LIMITE	F7 VOLTAR	PAG.	TEF264C
F3 RETORNAR	F6 EXTRATO ANTERIOR	F8 AVANCAR	PAG.	F12 FINALIZAR

KOTE SEGURO:
Erica Araujo
05/11/19



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLICIA DA 045ª CIRCUNSCRIÇÃO - CARPINA
DP45ªCIRC DINTER1/11ªDESEC

BOLETIM DE OCORRENCIA Nº **19E0135004095**



Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **24/10/2019** às **10:01**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VITIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)
que aconteceu no dia **3/9/2019** às **07:00**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE CARPINA, 1, BR 408 - Bairro: BAIRRO NOVO - CARPINA/PERNAMBUCO/BRASIL - Pontos de Referência: EM FRENTE RODE MAIS PNEUS LOCAL DO FATO RODOVIA FEDERAL**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR AGENTE)
CARLOS ALBERTO SOARES DA SILVA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO, (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **CARLOS ALBERTO SOARES DA SILVA**

KOTE SEGUROS
Erica Araujo
05/11/19

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

CARLOS ALBERTO SOARES DA SILVA (presente no plantão) - Sexo: Masculino Mãe: SILVANIA MARIA DA SILVA Data de Nascimento: 18/12/1988 Naturalidade: CARPINA / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 7214922/SDS/PE (RG), 06802416467 (CPF) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 1º. GRAU INCOMPLETO Profissão: BORRACHEIRO. Telefones Celulares: 982311217

Endereço (residencial): **MUNICIPIO DE CARPINA, 277, AV. JOAQUIM PINTO LAPA - CEP: 0 - Bairro: SANTO ANTONIO - CARPINA/PERNAMBUCO/BRASIL, PRÓXIMO A PADARIA PALMEIRA**

DESCONHECIDO (não presente no plantão) - Sexo: Masculino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

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

VEICULO AUTOMOTOR (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): CARLOS ALBERTO SOARES DA SILVA, que estava em posse do(a) Sr(a): CARLOS ALBERTO SOARES DA

SILVA

Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/XRE300** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRETA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **NM12747 (PERNAMBUCO/PAUDALHO)** Renavam: **252888798** Chassi: **9C2ND8819AR625553**

Ano de fabricação/Modelo: **2010/2010**

Descrição: **CONDUTOR NÃO POSSUI HABILITAÇÃO.**

Complemento / Observação

CARLOS ALBERTO SOARES DA SILVA ESTEVE PRESENTE NESTA DELEGACIA DE POLICIA PARA INFORMAR QUE FOI VITIMA DE UM ACIDENTE DE TRANSITO, VINDO A SE LESIONAR. A VITIMA INFORMA QUE NA MANHÃ DO DIA 03/05/2019 ESTAVA TRAFEGANDO COM SUA MOTOCICLETA AS MARGENS DA BR498, ZONA URBANA DE CARPINA E QUE NO MOMENTO QUE ESTAVA FAZENDO O RETORNO NO TREVO PARA PEGAR O SENTIDO RECIFE, UM AUTOMOTIVEL FEZ UMA MANOBRA BRUSCA DE CONVERSÃO A ESQUERDA, VINDO A COLIDIR COM A SUA MOTOCICLETA. A VITIMA VEIO AO CHÃO E LOGO EM SEGUIDA SOCORRIDO POR POPULARES, SENDO LEVADO PARA UNIDADE MISTA DESSA CIDADE PARA SEREM REALIZADOS OS PRIMEIROS ATENDIMENTOS. NESTA UNIDADE DE SAÚDE FORA FEITO O RAIO X E CONSTATADO FRATURA NO PÉ ESQUERDO. NO MESMO DIA FOI CONDUZIDO ATÉ O HOSPITAL GETULIO VARGAS PARA SER FEITO UM EXAME MAIS DETALHADO, LA FOI COLOCADO FIXADORES NA SUA PERNA, PARA APÓS 30 (TRINTA) DIAS RETIRÁ-LOS E REALIZAR UMA CIRURGIA.

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

x *Carlos Alberto Soares da Silva*
CARLOS ALBERTO SOARES DA SILVA
(VITIMA)

B.O. registrado por: *THIAGO DOS SANTOS PONTES* - Matrícula: **387383-0**



KOTE SEGUROS
Erica Araujo
05/11/19

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: 068.024.254-67 4 - Nome completo da vítima: Carlos Alberto Soares 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: Carlos Alberto Soares da Silva 6 - CPF: 068.024.254-67
7 - Profissão: preso inv. 8 - Endereço: Av. Joaquim Pinto Lapa 9 - Número: 277 A 10 - Complemento:
11 - Bairro: St. Antonio 12 - Cidade: Carpiú 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55814-600
15 - E-mail: marceloassuncao@hotmail.com 16 - Tel. (DDD): (81) 91915-3756

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: 1242 CONTA: 79-117 3

(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 Lider a creditar na conta bancária informado, 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 Lider 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 (vários)? ☐ 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 Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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

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

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

NOTA FISCAL + FATURA + CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

Companhia Energética de Pernambuco - C.E.P.
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife - PE, CEP 50050-602
CNPJ: 10.616.632/0001-08 | Insc. Est. 0005943-83 | www.celpa.com.br

DADOS DO CLIENTE

LEIANA SCARFES DA SILVA

ENDERECO DA UNIDADE CONSUMIDORA

AV JCAOLIM PHOTO LAPA 2T7 -A

CPF: 057.102.254-52 INS: 22000775564

ST. ANTONIO CARRINA
CARRINA PE
55814-800

CLASSIFICAÇÃO

BT RESIDENCIAL
BARRA-RENOVA.COM.BR

Nº DA HQ38 FISCAL	MOME	EMISSÃO
079452937	UNICA	09/09/2019
APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA INSTALAÇÃO
09/09/2019	3011892949	5517394

CONTAY ENTRATO	MESIANO
7009700026	09/2019
DATA DI VENCIMENTO	DATA PREVIDIDA PROXIMA LETURA
11/10/2019	10/10/2019
TOTAL A PAGAR (R\$)	64,12

DEPARTMENT OF THE ARMY, WASHINGTON, D.C.

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo até 30 kWh	30,0000000	0,18189135	5,37
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	70,0000000	0,32911671	23,03
Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh	36,0000000	0,49386607	18,76
Acréscimo Bandeira VERMELHA			3,82
Contrib. Ium. Pública Municipal			9,67
ICMS Subvenção CDE-NF 06850089-08/0719			0,08
Multa por atraso-NF 065008548 - 07/0819			1,52
Juros por atraso-NF 065006549 - 07/0819			0,79
Atualização EMAN-NF 065008548 - 07/0819			0,21

TOTAL DA FATURA

54.12

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (KWH)
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
7133300317	CA7	09/05/2019	13.709,00	09/05/2019	13.848,00	32	1.350,00		138,00

HISTÓRICO DE CONSUMO		FARMACOLOGIA DE INTRINSECA			COMPOSICIÓN Y UTILIZACIÓN		
Mediana (mg)		ANÁLISE CALCULADA	%	VALORES DO IMPRINTOS	Segregação de Energia	PS 74,97 49,62%	
SET 18 138					Transmissão	PS 12,03 6,99%	
AGO 18 147		SCMS			Distribuição (Empre)	PS 15,83 39,72%	
Jul 18 180		PIS	90,18 0,81		Pontos de Energia	PS 4,70 9,90%	
JUN 18 158		COFINS	97,18 3,73	1,86	União para Soterrado	PS 1,99 3,99%	
Mai 18 181					Tratamento	PS 3,88 6,52%	
ABR 18 145					Total	PS 85,18 100%	
MAR 18 275		TABELAS APLICADAS			2,182940		
FEV 18 205					3,294320		
JAN 18 242					0,471830		
DEZ 18 233		RESUMO ANEXO					
NOV 18 234		2338.800.8830.807C.2011.1508-8048.0F83					
OUT 18 241							
SEP 18 268							

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

[illegible]

ATENÇÃO: A CEL REINFORMA QUE VOCÊ POSSUI CONTAS EM ABERTO

THE ATÉ PRÉCISÉ, DENTIN CONTINUED, CAUSE AND CURE

Venda	Despesa	Valor	Venda	Despesa	Valor
126078	308078	111,83			

Este o curioasă din felul în care a fost redactat articolul 105(1) Constituției, astfel încât să nu se poată pune problema de forțarea unei instanțe de judecată să se pronunțe în favoarea unei părți. Dacă o instanță de judecată este obligată să se pronunțe în favoarea unei părți, aceasta înseamnă că instanța este obligată să se pronunțe în favoarea unei părți, ceea ce este în mod clar în contradicție cu principiul de egalitate în fața legii.

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPTORES					NÍVEL DE TENSÃO		
CARACTERÍSTICA	VALOR MÍNIMO	LIMITE INFERIOR	LIMITE SUPERIOR	LIMITE SUPERIOR	TENSÃO NOMINAL (V)	LIMITE DE VARIAÇÃO (V)	
	0,00	0,31	10,00	0,31	220	MINIMO 212	MAXIMO 228
DIC	0,00	0,30	9,90	0,30			
FIC	0,00	0,30	9,90	0,30			
DMC	0,00	0,30	9,90	0,30			

Endereço: Rua do Príncipe, nº 100 - Centro - São Paulo - SP - 05012-000

KOTE SEGUROS
Erica Araujo
05/11/19

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Carlos Alberto Soares da Silva,

RG nº 7.234.922 data de expedição 05/12/02, Órgão SSSIPc,

CPF nº 068.024.254-67 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>Av. Joaquim Pinto Lapa</u>
Número	<u>277 A</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>Sto Antonio</u>
Cidade	<u>Carpina</u>
Estado	<u>PE</u>
CEP	<u>55814-600</u>
Telefone de Contato	<u>(81) 97915-3756</u>
E-mail	<u>marceloassessoria@hotmail.com</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Carpina 08/10/2019

Assinatura do Declarante: Carlos Alberto Soares da Silva

KOTE SEGUROS
Erica Araujo
05/11/19



CARLOS ALBERTO SOARES DA SILVA		01129942	898003986377
765722	MASCULINO	32a 9m 20d	CLINICA ORTOPEDIA, CLORT 105-02



Relatório de Alta Hospitalar

ORTOPEDIA/TRAUMATO

Diagnóstico:

HDA PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE AUTOMOBILISTICO COM TRAUMA EM TORNOZELO ESQUERDO
HD FRATURA EXPOSTA DE TORNOZELO ESQUERDO

Tratamento:

CIRURGIA
03/09/2019.: APOSIÇÃO DE FIXADOR EXTERNO TRANSARTICULAR DE TORNOZELO ESQUERDO
04/10/2019.: OSTEOSITESE DE PILÃO TIBIAL

OBS:

APOS VISITA DO GRUPO DO PÉ E TORNOZELO ORIENTA-SE ALTA HOSPITALAR
RETORNO AO AMBULATORIO DO GRUPO DO PÉ COM 15 DIAS
CEFALEXINA POR 10 DIAS
DIPIRONA SE DOR OU FEBRE.
NÃO PISAR

Condições Clínicas (no momento da Alta)

PACIENTE SEGUE NO LEITO, CONSCIENTE ORIENTADA EUPNEICA, HIDRATADA, NORMOCORADA.
NEUROVASCULAR PERIFERICO PRESERVADO

DATA DA INTERNAÇÃO	DATA DA ALTA
03/09/2019	08/10/2019

Recife, 08 DE OUTUBRO DE 2019

Dr. Abílio Cruz
Ortopedia e Traumatologia
CREMEPE 27950

ABÍLIO AUGUSTO PIMENTEL CRUZ - CRM: Nº.27950

KOTE SEGUROS
Erica Araujo
05/11/19



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco

HOSPITAL
Getúlio Vargas



Paciente: CARLOS ALBERTO SOARES DA SILVA

Prontuário: 01129942

Data de Nascimento: 18/12/1986

Idade: 32a 10m 4d

Sexo: MASCULINO

RELATÓRIO MÉDICO

O Paciente Supra-citado, foi atendido nesta data, com diagnostico de:

PACIENTE NO POS OPERATORIO DE FRATURA DE PILAO TIBIAL ESQUERDO.

EM PROCESSO DE CONSOLIDAÇÃO OSSEA E REABILITAÇÃO.

DEVE SE AFASTAR DE SUAS ATIVIDADES LABORAIS POR 90 (NOVENTA) DIAS. APARTIR DA PRESENTE DATA.

Feito o Exame de

Observação:

CID S82.3

Ata da Câmara de Regulação de Saúde
Quilombo - Pernambuco
CRM-PE-22186

Recife, 22 DE OUTUBRO DE 2019

MANUEL RODRIGUES NETO - CRM: Nº.12926

HOSPITAL GETULIO VARGAS - HGV
Av Gal. San Martin, S/N - Cordelro - Recife - PE - 50630-060
CNPJ - 10.572.048/0005-51
Fone - (81) 3184-5600

KOTE SEGUROS
Erica Araujo
05/11/19

UNIDADE MISTA FRANCISCO DE ASSIS CHATEAUBRIAND

No. Ocorrência: 0053054

BOLETIM DE EMERGÊNCIA

Prontuário: 00032729-8

Nome: CARLOS ALBERTO SOARES DA SILVA

Endereço: AV JOAQUIM PINTO LAPA, Nº 277

Cidade: CARPINA/PE

Documento:

Mãe: SILVANIA MARIA DA SILVA

Profissão: BORRACHEIRO

Idade: 32 ANOS, 8 MESES E 16 DIAS

Dt. Nasc.: 18/12/1986 Sexo: M Est. Civil: SOLTEIRO

CEP:

Nac:

Tel.: (81) 3621-1011

Sis prenatal:

Pai:

Responsável:

Últimas Ocorrências

Data	Nº Ocorrência	Motivo do atendimento
03/09/2019 07:17	0053054	ACIDENTE DE MOTO

PRE-CONSULTA

Urgência () Não Urgência () Emergência () Acidente Trabalho () Acidente Trânsito ()

Horário	P.A.	Pulso	Peso	Assinatura

Queixas / Diagnóstico

Transtorno de ansiedade
w/ HIC em deitado
e Trunk, fúria de
luc

Tratamento

Capacitador em
sul de PE e 2/2/2019

Exames complementares

Impressão diagnóstica

CID

Motivo da saída:

Residência ☐ Internado ☐

Justificativa:

Encaminhado: HOU Transf. 5702 868

Removido:

Óbito:

às ____ h ____ m do dia ____

Data saída:

Hora saída:

☐ CURATIVO

☐ NEBULIZAÇÃO

ADM MEDICAMENTO:

☐ BÁSICO ☐ ESP

☐ RETIRADA DE PONTO

TÉCNICO / COREN

Consultas / Atendimento Médico:

☐ urgência básica

☐ urgência especializada

☐ observação básica

☐ observação especializada

MÉDICO / CRM
Dr. Sina Dantas
Médico
CRM 17.848

HORÁRIO:

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

TÉCNICO / CONSELHO

HORÁRIO

KOTE SEGUROS
Erica Araújo
05/11/19

Data da impressão: Terça-feira, 03 de Setembro de 2019 às 07:17

Recepcionista: TATIANA KARLA

31/16 ^{exemplos 4} Acidente de moto no emp. sh. Chega
o serviço com dor, edema e limitação funcional
tomazelo e. Mantém quadro atáxico.

Estável

Dr / Adv / Pbd - sem act.

Col - ① AVD

② translação - 1 amp > ev / lenta
50,46 - 100ml

③ AD-HOV - traumata. 5462860

④ Inutilizar

⑤ Elevar MIE.

⑥ dt Dedizo 1º dose VAT.

Araújo
COREN - PE
458881.

Eligat
Módulo
CRUPE 2003

KOTE SEGUROS
Erica Araújo
5/11/19

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO 08R-17
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO TAVARES BUIRIL




Carlos Alberto Soares da Silva
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

7214922

CARLOS ALBERTO SOARES DA SILVA

Gilson Soares da Silva
Silvania Maria da Silva

Carpina-PE 18.12.1986

C.N. 21701 1-A.19, F-202v, Cart.
Nazaré da Mata-PE.

ASSINATURA DO DIRETOR GERAL DO I.D.E.

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

KOTE SEGUROS
Erica Araujo
5/11/19

MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal

CPF

Cadastro de Pessoas Físicas
Número de inscrição

068.024.254-67

Nome
CARLOS ALBERTO SOARES DA SILVA

Nascimento
18/12/1986

Cartão de uso pessoal e intransferível.
Deve ser apresentado junto com um documento de identidade.

Emissão
11/0008

CORREIOS
www.correios.gov.br