

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETAN - PE **Nº 014357755324**
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA	COO. RENAVAM	PERÍODO	EXERCÍCIO
L	252860799	*****	2019
NOME			
CARLOS ALBERTO SOARES DA SILVA			
PAUDALHO - PE			
CPF/CNPJ		PLACA	
060.024.254-67		NMI2747	
PLACA ANT/UF		CHASSI	
NMI2747 / AL		9C2ND0910AR025953	
ESPECIE/TIPO		COMBUSTÍVEL	
PAS MOTOCICLETA		GASOLINA	
MARCA/MODELO		ANO FAB.	ANO MOD.
HONDA / XRE 300		2010	2010
CAP/POT/CIL		CATEGÓRIA	COR PREDOMINANTE
2 P / 291 CL		PARTIC	PRETA
COTA ÚNICA		VENC. COTA ÚNICA	VENC/COTAS
I	IPVA 2019 QUITADO	*****	*****
P		*****	*****
V	PAÍSA IPVA	PARCELAMENTO/COTAS	*****
A		*****	*****
PRÉMIO TARIFÁRIO (R\$)		IOF (R\$)	PRÉMIO TOTAL (R\$)
80.11		0.32	84.58
DATA DE PAGAMENTO			
16/01/19			
OBSERVAÇÕES			
SEM RESERVA			
LOCAL		DATA	
PAUDALHO - PE		28/02/19	
Roberto Carlos Moreira Fontelles			
DIRETOR PERTINENTE - DETRAN/PE			

KOTE SEGUROS.
Erica Araujo



XOTE SEGUROS
Erica Araujo

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: RAIO 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

Valorização 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 DEFÍCIT 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

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

Rio de Janeiro, 06 de 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

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

Rio de Janeiro, 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 médica-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

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

Rio de Janeiro, 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, retorno 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

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

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:

7 - Profissão:

8 - Endereço:

11 - Bairro:

12 - Cidade:

13 - Estado:

14 - CEP:

15 - E-mail:

16 - Tel. (DDD):

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

6 - CPE:

068.024.254-67

9 - Número:

277 14

10 - Complemento:

11 - Logradouro:

AV. joaquim Pedro Lapa

12 - Cidade:

Coripina

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

55814-600

15 - Tel. (DDD):

(81) 9915-3756

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

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
 SEM RENDA

R\$1.00 A R\$1.000,00
 R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 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

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

013

CONTA:

3

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, da 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 da 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 Sim
teve filhos?
 Não

29 - Se tinha filhos, informar
Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou
nascituro (nêncor)?
 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 aqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

Impressão
digital da
vítima ou
beneficiário
não 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

40 - Local e Data,

Coripina, 28/10/2019
Carlos Alberto Soares da Silva

38 - 1º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

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: 00

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	TEF264C
F3 RETORNAR	F6 EXTRATO ANTERIOR	F8 AVANCAR	F12 FINALIZAI

KOTE SEGURO:
Erica Araujo
05/11/19

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLICIA DA 045^ª CIRCUNSCRICAO - CARPINHA
045^ª CIRC DINTER/11^ª DESEC

BOLETIM DE OCORRENCIA N° 19E0135004095

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

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VITIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado)
que aconteceu no dia 3/5/2019 às 07:00

feito ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE CARPINA, 1, BR 405 - Bairro: BAIRRO NOVO - CARPINA/PERNAMBUCO/BRASIL** - Ponto de Referência: EM FRENTE RODE MAIS PNEUS

que se pode obter na literatura.

1.2. *Biologia e evolução da fecundação*

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

CARLOS ALBERTO SOARES DA SILVA (presente no plantão) - Sexo:
Masculino - SILVANIA MARIA DA SILVA Data de Nascimento: 18/12/1988 Naturalidade:
CARPINHA / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 7214922/SDS/PE (RG), 04802416487
(CPF) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 1º. GRAU INCOMPLETO Profissão:
BORRACHEIRO Telefones Celulares:
982311817

ENDEREÇO: RUA MARQUES DE SANTOS, 277, CARPINA, PERNAMBUCO/BRASIL, CEP: 54000-000
BAIRRO: SANTO ANTONIO - CARPINA/PERNAMBUCO/BRASIL, PRÓXIMO A PADARIA
PALMEIRA

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

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

VEÍCULO AUTOMOTOR (VEÍCULO) de propriedade da(s) Sra(s): **CARLOS ALBERTO SOARES DA SILVA** que estava em posse da(s) Sra(s): **CARLOS ALBERTO SOARES DA SILVA**

2021/10/20 17:00:45

SILVA

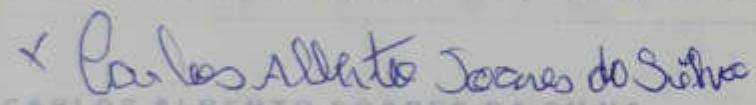
Características: Marca/Modelo: MOTOCICLETA/HONDA/XRE300 Objeto apreendido: NÃO
Cor: PRETA - Guincho: (UNIDADE NÃO INFORMADA)

Placa: NM12747 (PERNAMBUCO/PAU D'ALHO) Renavam: 252886798 Chassi:
SC2NDDB19AR626993
Ano/F fabricação: 2018/2018
Observação: CONDUTOR NÃO POSSUI HABILITAÇÃO.

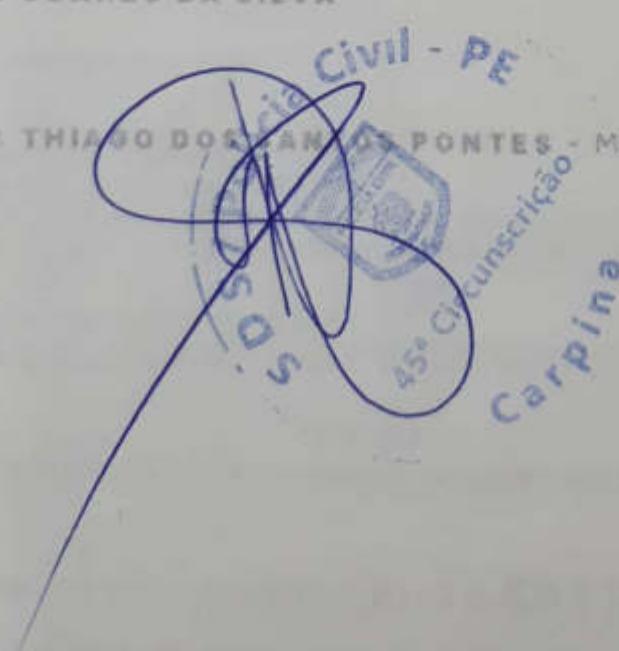
Complemento / Observação

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 03/09/2019 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 AUTOMÓVEL FEZ UMA MANOBRAS 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, LÁ FOI COLOCADO FIXADORES NA SUA PERNAS, PARA APÓS 38 (TRINTA) DIAS RETIRAR-LOS E REALIZAR UMA CIRURGIA.

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


CARLOS ALBERTO SOARES DA SILVA
(VITIMA)

B.O. registrado por: THIAGO DOS SANTOS PONTES - Matrícula: 387383-8



KOTE SEGUROS
Erica Araujo
01/11/19

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

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:

7 - Profissão:

8 - Endereço:

11 - Bairro:

12 - Cidade:

15 - E-mail:

16 - Tel. (DDD):

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
 SEM RENDA

R\$1.00 A R\$1.000,00
 R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 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:

013

(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 Lider a creditar na conta bancária informada, da 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 da 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 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):

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

28 - Vítima Sim
teve filhos?
 Não29 - Se tinha filhos, informar
Vivos: Falecidos:30 - Vítima deixou
nascituro (nêncor)?
 Sim
 Não31 - Vítima
teve irmãos?
 Sim
 Não32 - 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 aqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

Impressão
digital da
vítima ou
beneficiário
não 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

40 - Local e Data,

Cooper, 28/10/2019
Carlos Alberto Soares da Silva

38 - 1º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



NOTA FISCAL → FATURA → CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

DADOS DO CLIENTE

JUANA SOARES DA SILVA

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

AV. JOAQUIM PINTO, 1.000 - A

EDUCATIONAL ASPECTS

811 RESIDENCIAL
BAYA THE SEA.COM.NG

EMPRESA FISCAL	UNICA	PERÍODO
078452837	UNICA	08/09/2018
EMPRESA FISCAL	NP DO BRASIL	NP DA REGIÃO NORTE
08/09/2018	2018-08-08	5611384

CONTA E CONTRATO	MES/ANO
7009700026	09/2019
DATA DE VENCIMENTO	DATA PAGAMENTO/LEITURA
11/10/2019	10/10/2019
TOTAL A PAGAR (R\$)	64,12

白俄罗斯的生态农业：可持续发展的实践与经验

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Abuso ate 30 kWh.	30.000000	0,18198125	5,75
Consumo Abuso superior a 30 ate 100 kWh	70.000000	0,32911011	23,03
Consumo Abuso superior a 100 ate 200 kWh	38.000000	0,48368807	18,76
Achôscimo Bandeira VERMELHA			3,82
Contrib. Ibm - Pública Municipal			9,67
ICMS Subvenção-CDF-NF 085008548 - 07/08/18			0,83
Multa por atraso-NF 085008548 - 07/08/18			1,52
Juros por atraso-NF 085008548 - 07/08/18			0,73
Abatização ICPI-NF 085008548 - 07/08/18			0,27

ITALIA 1996

PER OBBETTATIVO DI CONSUMO DI STA NOTA VIGE

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (W)
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
112000117	CAT	18/03/2019	13.700,00	18/03/2019	13.700,00	00	1.000,00		1.000,00

INFORMACIÓN IMPORTANTE

ATENÇÃO! A CEL-DE-INFO MARCA QUE VOCÊ POSSUI CONTAS EM ABERTO.

DETALHES DA VENDA						DETALHES DA COMPRA	
Venda	Cliente	Venda	Vendas	Desconto	Venda	Detalhe	Valor
125078	0000018	111,00					

SUNAÇA E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES					NÍVEIS DE TRABALHO		
CANTO/BRANTO	VALOR MÉDICO	LIMITE MÉDICO	LIMITE PROVISÓRIO	LIMITE MÍNIMO	TENSÃO NOMINAL (V)	LIMITE DE VARIAÇÃO (V)	
DIC	0,00	0,21	0,02	21,28	220	212,7	227,3
FIC	0,00	0,20	0,01	21,20			
DMC	0,00	0,27	0,02	0,00			

KOTE SEGURO:
Erica Araujo
SILVA

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Carlos Alberto Soares da silva,

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

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 Puerto Lapa</u>
Número	<u>277 A</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>Stº Antônio</u>
Cidade	<u>Carapina</u>
Estado	<u>PE</u>
CEP	<u>55814-600</u>
Telefone de Contato	<u>(81) 97915-3756</u>
E-mail	<u>carlos.assessore@hotmail.com</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data:

Carapina, 08/10/2009

Assinatura do Declarante:

Carlos Alberto Soares da Silva

KOTE SEGURU
Erica Araujo
5/11/19



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.: OSTEOSÍSE 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 PERIFÉRICO PRESERVADO

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

Recife, 08 DE OUTUBRO DE 2019.

Dr. Abilio Cruz
Ortopedia e Traumatologia
CRM/PE 27950

ABILIO AUGUSTO PIMENTEL CRUZ - CRM: Nº.27950

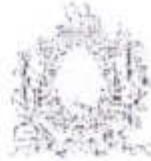
XOTE SEGUROS
Erica Araujo
05/11/19



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 diagnóstico 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 582.3

Até 06/2020
Osteopatia - Acupuntura
CID-PE-2016

Recife, 22 DE OUTUBRO DE 2019

MANUEL RODRIGUES NETO - CRM: Nº.12926

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

KOTE SEGUROS
Erica Araujo
05/11/19

BOLETIM DE EMERGÊNCIA

Prontuário: 00032729-8
Nome: CARLOS ALBERTO SOARES DA SILVA
Endereço: AV. JOAQUIM PINTO LAPA, N°
Cidade: CARPINHA/PE Bairro:
Documento: CNS:
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:

Sisprenatal:
Pai:
Responsável:

Nac:
Tel.: (81) 3621-1011

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

PRE-CONSULTA

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

PRE-CONSULTA		P.A.		Pulso	Peso	Assinatura
Horário						
						03/01/2011

Queixas / Diagnóstico

Tratamento

Trans. p. 2 + oscord
w/ 1/4 on decimate
of Trinit, fuses of
note

Received my ~~10~~ of
July 25 & 2012

Exames complementares

Impressão diagnóstica

GID

Motivo da saída:

Residência Internado

Justificativa:

Encaminhado: ~~HON + Raulo~~
~~5702 866~~

Removido.

Óbito:
às _____ h _____ m do dia _____

Data saída:

Hora saída:

<input type="checkbox"/> CURATIVO	<input type="checkbox"/> ADM MEDICAMENTO: BÁSICO <input type="checkbox"/> ESP	TÉCNICO / COREN
<input type="checkbox"/> NEBULIZAÇÃO	<input type="checkbox"/> RETIRADA DE PONTO	
Consultas / Atendimento Médico: <input type="checkbox"/> urgência básica <input type="checkbox"/> urgência especializada <input type="checkbox"/> observação básica <input type="checkbox"/> observação especializada		MÉDICO / CRM Dr. Jair Banzatto CRM 17.654 HORÁRIO: <i>CRM 17.654</i>
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	TÉCNICO / CONSELHO	HORÁRIO

31/10 Accidente de moto ^{herreros 4} no emp. sru. Chega
o geengo com dor, edema e frintegos feridos
tornozelo e. Mantém quadris atípica.

Estado

Dr / Aeroplano - seu act.

Col- ① AND

② trans. sang - lento > ev 9:00
S10,96 - lento > lento X

③ AD-KOV. - traumato. 5462868

④ Sustituir

⑤ Elevar RIE.

⑥ AT Dedizo 1º dose VAT.

Ana Paula
COREN - PG
458881.


Eugenio
Machado
COREN - PG
CRUZE 2003

KOTE SEGUROS
Erica Araujo
8/11/19

