



Comprovante de emissão
e validade do documento

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
SISTEMA NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CAMPEINHA NACIONAL DE VEÍCULOS

Nome: RODRIGO MARTINE CARNEIRO DA SILVA

Doc. Identidade: 74096035008 PE

CPF: 097.425.524-55

Data Nascimento: 05/12/1990

Função: ELIOTIO CARNEIRO DA SILVA NETO

Nome da Mãe: MARIA MARIA MARTINS DA SILVA

Formação: ☒ **Autos:** ☒ **Outros:** ☐

Nº Registro: 05327312360

Validade: 12/07/2019

1ª Habilitação: 20/03/2015

OBSERVAÇÕES:
Exatidão Atty. Registro

Rodrigo M.C. da Silva

Local: PAULISTA - PE

Data Emissão: 18/07/2016

[Assinatura]

Arquitetura do Documento: 81099943866
82073930784

Local de Emissão: CAMPEINHA NACIONAL DE VEÍCULOS

VÁLIDA EM TODAS
AS REGIÕES NACIONAIS
1300805184

PROIBIDO PLASTIFICAR
1300805184

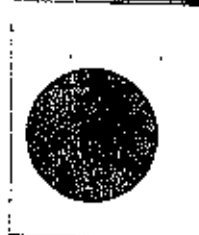
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
07/08/2016
Gente Seguradora S/A
Av. ... 1515
Recife - PE

HOSPITAL METROP. NORTE MIGUEL ARRAES

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICACAO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 13/09/2016 16:33



Nome Paciente: RODRIGO MARTINS CARNEIRO DA SILVA
Cód. Paciente: 10899
Data de Nascimento: 09/12/1990
Sexo: Masculino
Idade: 25
Senha: 0025
Convênio: 2 - SUS - EXTERNO / URGENCIA
Atendimento: 344780
SAME: 5413



Handwritten signature and date: 13/09/16

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

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

Prioridade: URGENCIA AMARELO

Cor: AMARELO

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

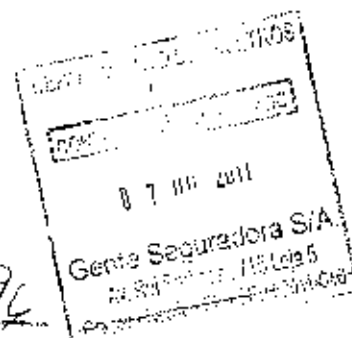
Observação: NEGA ALERGIAS, DM E HAS.

Fluxograma sintoma: TRAUMA

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

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Handwritten stamp: REVISADO MED - HMA



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

Data Impressão: 13/09/2016 16:40



MIGUEL ARRAES

HOSPITAL MIGUEL ARRAES



Atendimento: 344780

Data e Hora: 13/09/2016 16:36

Senha da Classificação:

0025

Paciente: 10899 RODRIGO MARTINS CARNEIRO DA SILVA Sexo: MASCULINO
 Data do Nascimento: 09/12/1990 Idade: 25 anos Convenio: 2 SUS - EXTERNO / URGENCIA
 Nome da Mãe: NADIA MARIA MARTINS DA SILVA Nome do Pai: ELPIDIO CARNEIRO DA SILVA NETO
 Estado Civil: SOLTEIRO Nome do Médico: PLANTONISTA ORTOPEDIA CRM: 12346
 Endereço: RUA OITENTA E NOVE 66 Bairro: CAETES I
 Cidade/UF: ABREU E LIMA PE Usuário Atendimento: JOSEANABRO

Informações Associadas a Pacientes Estrangeiros / Visitantes

Data Entrada Brasil:

Nacionalidade: BRASILEIRA

Nr Documento Estrangeiro:

Observação:

RESUMO DE TRATAMENTO

so: _____ Altura: _____ Temperatura: _____ Hora: _____

Queixa Principal

Paciente em Hospital de
Ortopedia de 13/09/2016

Exame Físico

Retração de ombro esp.
(lesão de plexo braquial)

Hipótese Diagnóstico

Distúrbio caso de

Descrição Médica

Lesão traumática de ombro
com lesão de plexo braquial

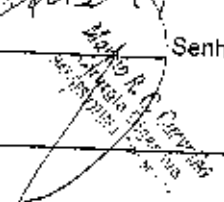
Obs: Paciente apresenta lesão de ombro.
Distúrbio caso de lesão de plexo braquial.

Assinatura e Carimbo/Médico

Assinatura de [Assinatura] e [Assinatura]

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

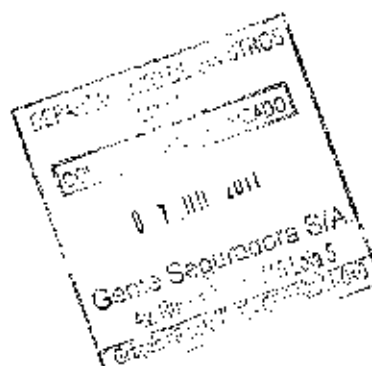
Senha: _____



DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 344780 Prontuário: 10899 SAME: 5413
Paciente..... : RODRIGO MARTINS CARNEIRO DA SILVA Hora Atend: 16:36 Data Atend: 13/09/2016
Endereço..... : RUA OITENTA E NOVE Idade: 25 a
Bairro..... : CAETES I
Cidade..... : ABREU E LIMA
Convênio..... : SUS - EXTERNO / URGENCIA UF.: PE CEP: 53530640
CID Principal..... :
CID's Secundários.: Plano...: PLANO UNICO
Resultado..... : ALTA APOS MEDICACAO
Data Saída..... : 13/09/2016 Hora Saída : 18:30

Prestador da Evolução Médica: PLANTONISTA ORTOPEDIA



PLANTONISTA ORTOPEDIA / 12348
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

UNA 24 HORAS - IGARASSU

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMIP

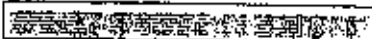
Data e hora retirada da senha: 12/09/2016 06:37

Nome Paciente: RODRIGO MARTINS CARNEIRO DA SILVA
Cód. Paciente:
Data de Nascimento: 08/12/1990
Sexo: Feminino
Idade: 25
Senha: 0016
Convênio:
Atendimento:
SAME:

Período: 12/09/2016 06:39 - 12/09/2016 06:40

JOSE ROBSON PEREIRA CORDEIRO - COREN: 7955 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

Priorizado: NÃO URGENTE - VERDE

Cor:  VERDE

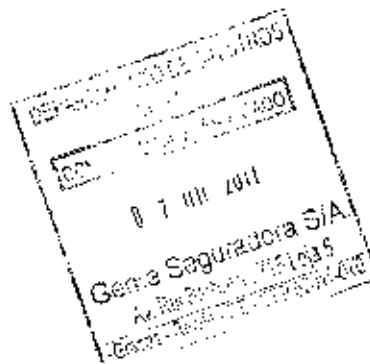
Queixa Principal: SUSPEITA DE LUXAÇÃO EM MSE APÓS ACIDENTE DE MOTO

Observação: ACIDENTE DE MOTO.

Fluxograma sintoma: TRAUMA

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

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA



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

Data Impressão: 12/09/2016 06:40



Atendimento: 805867

Data e Hora: 12/09/2016 06:41

Senha da Classificação:

0016

Paciente: 211276 RODRIGO MARTINS CARNEIRO DA SILVA Sexo: MASCULINO
Data do Nascimento: 09/12/1990 Idade: 25 anos Convenio: 2 SUS - PRONTO ATENDIMENTO
Nome da Mãe: NADIA MARIA MARTINS DA SILVA Nome do Pai: ELPIDIO CARNEIRO DA SILVA NETO
Estado Civil: SOLTEIRO Nome do Médico: ORTOPEDISTA - PLANTONISTA CRM: 1234567
Endereço: OITENTA E NOVE -- 66 Bairro: CAETES I
Cidade/UF: ABREU E LIMA PE Cep: 53530640 Usuário Atendimento: KLEBERLS
RG (Identidade): 7409803 SDS Data de Emissão:
CPF (Cadastro de Pessoa Física): Fone:
CRN(Certidão de Registro de Nasc): Data de Emissão CRN:

PESO: ALTURA: TEMPERATURA: °C FC: bpm FR: rpm PA: mmHg
DATA: HORA:

QUEIXA PRINCIPAL / DURAÇÃO / HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL:

Lesão de nível L3, lesão de nível L4 e L5

EXAME FÍSICO:

Exame físico normal, sem sinais de lesão.

Com sintoma de lesão de nível L3, L4 e L5.

Na avaliação física de nível L3, L4 e L5.

HIPÓTESE (S) DIAGNÓSTICA (S):

+ Lesão de nível L3, L4 e L5

CO: Fratura de nível L3, L4 e L5

SOLICITAÇÃO DE EXAMES:

PRESCRIÇÃO MÉDICA:

07:35 Repouso DA FA + ARI ELI 12:30 - 13:30
Medicação: 1ml de parolite 07:46 medicação
1ml de parolite

Dr. Bruno Vieira
Ortopedia - Traumatologia
CRM-PE 22.357

Médico / Cremeps:

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

Médico / Cremeps:

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

27.03

Exatidão na realização da prescrição de
corticoide (C)

CRP: Alta longitudinal com todos os exames
e exames laboratoriais e radiológicos
satisfatórios

Dr. Bruno Vieira

Ortopedia - Traumatologia

CRM-PE 22.367

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM (ASS/COREN)

EVOLUÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL (ASS/CRESS)

DESTINO:

ALTA: () Melhorada () Com Atestado () Com Prescrição

() TRANSFERÊNCIA LOCAL: _____ SENHA: _____

() ÓBITO Data: ____/____/____ ÀS ____ () ATESTADO DE ÓBITO () SVO () IML

Médico / Cremepe:

TERMO DE RESPONSABILIDADE DE ALTA A PEDIDO PARA MAIORES DE 18 ANOS

Responsabilizo-me pela recusa do tratamento médico proposto e saída deste serviço de saúde, assim como tenho
absoluto conhecimento sobre todas as consequências que deste ato possam advir.

DATA: ____/____/____

HORA: _____

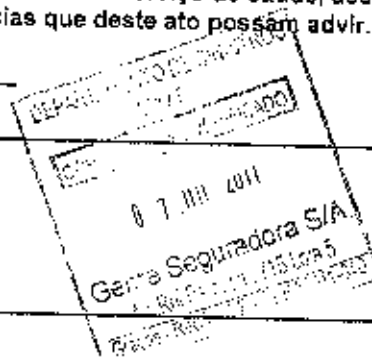
NOME LEGÍVEL: _____

RG: _____

GRAU DE PARENTESCO: _____

ASSINATURA: _____

RECEPÇÃO / CARIMBOS:



DECLARAÇÃO

Circular Susep nº 445/12 – Prevenção à Lavagem de Dinheiro

- A Circular SUSEP nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações e documentos requisitados neste formulário não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT. Contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF.

Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro. Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu **ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS**, portador(a) do RG Nº **7.742.986**

Expedido por **SDS/PE**, em **26/01/2005**, CPF/CNPJ nº **884.647.684-00**, na qualidade de

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

Determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

Profissão: **recuso-me**

Renda Mensal: **recuso-me**

Documentos comprobatórios: **HABILITAÇÃO E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA**

Rossana Ligia Fernandes Dantas

ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO



Declaração do Proprietário do Veículo



70037

Comunidade de Referência

Eu, RAFAEL MARTINS CARNEIRO DA SILVA,
 RG nº 7104850, Data de Expedição: 1/1, Órgão: SDS-PE,
 Portador do CPF nº 075.140.684-81, com domicílio na cidade de
ABREU E LIMA, no Estado de PE,
 onde resido na (Rua/Av./Est.) BUA: OITENTA E NOVE, A-106,
 nº 66, complemento: CAETES I, declaro, sob as penas da Lei,
 que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente
 ocorrido com a vítima RODRIGO MARTINS CARNEIRO DA SILVA,
 cujo o condutor era RODRIGO MARTINS CARNEIRO DA SILVA,

Veículo: MOTOCICLETA

Modelo: YAMAHA / FACTOR YBR 125 ED

Ano: 2010 / 2011

Placa: PFA-4529

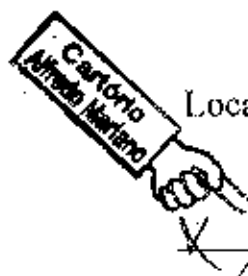
Chassi: 9CG KE1500 B 0000723

Data do Acidente: 12/09/2016

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

Rafael Martins C. da Silva
 Assinatura do Declarante

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



Cartório Alfredo Mariano - TABELIONATO DE NOTAS E PROTESTO
 RUA DO PRÉFETO MARQUES DE BRASÍLIA - 100 - APT. 100 - 1º ANDAR - JARDIM DE SÃO CARLOS - 51.000-000 - RECIFE - PE
 RUA DO PRÉFETO MARQUES DE BRASÍLIA - 100 - APT. 100 - 1º ANDAR - JARDIM DE SÃO CARLOS - 51.000-000 - RECIFE - PE

Reconheço por AUTENTICIDADE a firma de RAFAEL MARTINS CARNEIRO DA SILVA, Abreu e Lima/PE, 19/06/2017 10:54:50, em testemunho da verdade. Emolumentos: R\$ 3,88 TS: R\$ 0,78 Total: 4,66. RC-8-42613

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





Compuware Corporation
10000 E. 15th Avenue
Denver, CO 80231

[illegible]

DEPARTAMENTO DE ASESORIA
FOLIO 001
FECHA 1980
07 JUN 80
Gente Seguradora S/A.
Avenida Pinar 7-5625
Calle de la Libertad



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, RODRIGO MARTINS CARNEIRO DA SILVA,

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

CPF nº 093.425.524-55, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>RUA OITENTA E NOVE</u>
Número	<u>66</u>
Apto / Complemento	<u>QUADRA = 106</u>
Bairro	<u>CAETÉS I</u>
Cidade	<u>ABREU E LIMA</u>
Estado	<u>PERNAMBUCO</u>
CEP	<u>53.540-460</u>
Telefone de Contato	<u>81-3538-0068-987215834</u>
E-mail	<u>galbrinospi@hotmail.com</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Abreu e Lima/PE 07/07/2012

Assinatura do Declarante: Rodrigo Martins e da Silva



COMPANHIA ENERGÉTICA
DE PERNAMBUCO
AV. JOÃO DE BARROS, 111, BOA VISTA,
RECIFE, PERNAMBUCO
CEP 50050-902
CNPJ 10.935.932/0001-08
INSCRIÇÃO ESTADUAL 0005943-93



www.celpe.com.br

Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02
COMERCIAL 116 | PRONTIDÃO 116
Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142
Ouvidoria 0800 282 5599
Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados do Estado
de Pernambuco-ARPE: 0800-727-0167-Ligação Gratuita de Telefones Fixos
Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL
167-Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis

DADOS DO CLIENTE

NADIA MARIA MARTINS DA SILVA
CPF: 052.394.314-85

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

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

As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL 414/2010), tarifas, produtos, serviços prestados e tributos se encontram à disposição, para consulta em nossas unidades de atendimento e no site www.celpe.com.br

DATA DE VENCIMENTO

22/06/2017

TOTAL A PAGAR (R\$)
154,99

DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL

14/06/2017

DATA DA APRESENTAÇÃO
14/06/2017

NÚMERO DA NOTA FISCAL
001708845

CONTA CONTRATO
000508968035

Nº DO CLIENTE
2002154849

Nº DA INSTALAÇÃO
000042034

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL
Monofásico

RESERVADO AO FISCO

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

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)	176,00	0,71248087	125,39
Acréscimo Bandeira VERMELHA			4,10
Contribuição Iluminação Pública			18,56
ICMS Subvenção-CDE-NF 001705671-13/04/17			0,99
Multa por atraso-NF 001785871 - 13/04/17			1,87
Multa por atraso-NF 001856612 - 15/05/17			2,51
Juros por atraso-NF 001785871 - 13/04/17			0,75
Juros por atraso-NF 001856612 - 15/05/17			0,68
TOTAL DA FATURA			154,99

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

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

Tarifas Aplicadas		HISTÓRICO DO CONSUMO	
Consumo Ativo(kWh)	0,60038000		kWh
COMPOSIÇÃO DO CONSUMO		JUN 17	176
		MAI 17	193
		ABR 17	157
		MAR 17	200
		FEV 17	200
		JAN 17	231
		DEZ 16	196
		NOV 16	177
		OUT 16	202
		SET 16	195
		AGO 16	194
		JUL 16	182
		JUN 16	168

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR	ATUAL	Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh
00000000000759988	CAT	15057017	17380640	14/06/2017	177,00	0,00	176,00

DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 17/07/2017

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	MÉDIA MENSAL	MÉDIA TRIM.	MÉDIA ANUAL
abr/2017					
DIC-Nº de horas sem Energia	PARATIBE II	0,00	4,95	8,92	19,82
FIC-Nº de vezes sem Energia		0,00	3,17	6,35	12,70
DIC-Duração máxima de interrupção contínua		0,00	2,77	0,00	0,00
DIC-Duração de interrupção em dia crítico					Limite DICB: 12,22
EUSD-Valor de Encargos de Uso					R\$ 43,59

Toda Consumidor pode solicitar a supressão dos indicadores DIC, FIC, DICB e DICI e qualquer tempo.

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Na data da leitura a batedeira é o valor da Venda. Mais informações em www.aneel.gov.br.
O cliente é compensado quando há redução na continuidade da entrega ou do nível de tensão de fornecimento.
Pagamento em atraso gera: Multa 2% (Lei 414/ANEEL-09/05/10) e Juros 1% a.m. (Lei 10.438-26/04/02) no próximo mês.
O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial.

NÍVEIS DE TENSÃO

TENSÃO NOMINAL(V)	LIMITE DE VARIAÇÃO(V)	
	MÍNIMO	MÁXIMO
220	202	231

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

DESTAQUE AQUI

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

TALÃO DE PAGAMENTO

Evite dobrar, perfurar ou rasurar.

Este cartão será usado para leitura ótica.

638100000119 543900110001 508968035105 086277619938





**SAMU
192**

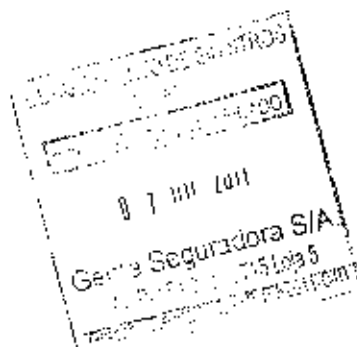
SECRETARIA DE SAÚDE
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA

DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO

Declaração de número 0030/2016

Atendendo ao requerimento do Sr. Rodrigo Martins Carneiro da Silva RG 7.409.803 SDS PE, CPF 093.425.524-55 que baseada na ficha de ocorrência Nº225747 do dia 12 de Setembro de 2016, foi atendida pelo nosso Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU Abreu Lima, por volta das 05:50min vítima de queda de moto na rua :89, n 66 nas proximidades do lava jato Caetés I sendo em seguida removido para UPA de Igarassu.

Alice M. Jorge Amaro
Coordenadora do SAMU Abreu e Lima
Coren-383594



Rua: Caruaru s/n Caetés velho | CEP 53550590 – Abreu e Lima/PE.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML



Continuação do Formulário

Eu, RODRIGO MARTINS CARNEIRO DA SILVA, portador da carteira de identidade nº 7.409.803 e inscrito no CPF/MF sob o nº 093.425.524-55, residente e domiciliado na RUA OITENTA E NOVE Nº 66, QUADRA-106, Cidade ABREU E LIMA, Estado PERNAMBUCO, declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- () Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
- () O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- (X) O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

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

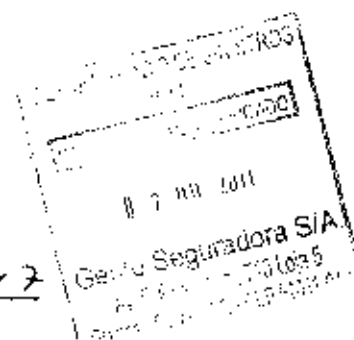
Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

Rodrigo Martins e da Silva

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

Abreu e Lima/PE 02/07/2017

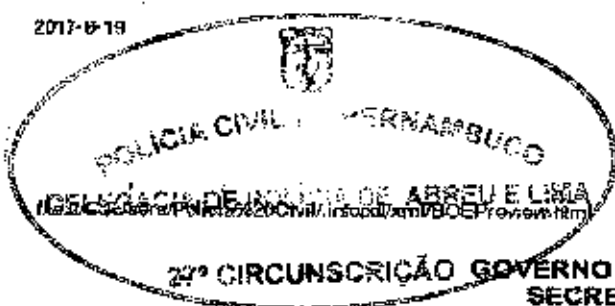
Local e data



372752



202



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 027ª CIRCUNSCRIÇÃO - ABREU E LIMA - DP27ªCIRC DIM/8ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 17E0117001633

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

OUTRAS OCORRÊNCIAS DE TRÂNSITO - Culpa (Consumado) que aconteceu no dia 12/9/2016 às 08:30

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

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

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

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **RODRIGO MARTINS CARNEIRO DA SILVA**

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

RODRIGO MARTINS CARNEIRO DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: **MASCULINO** Nome: **NADIA MARIA MARTINS DA SILVA** Data de Nascimento: **04/12/1990** Nacionalidade: **RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL**

DESCONHECIDO (não presente ao plantão) - Sexo: **DESCONHECIDO** Nacionalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

VEÍCULO (VEÍCULO), que estava em posse do(a) Sr(a): **RODRIGO MARTINS CARNEIRO DA SILVA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/YAMAHA/YBR 115E FACTOR** Objeto apreendido: **NÃO**
Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

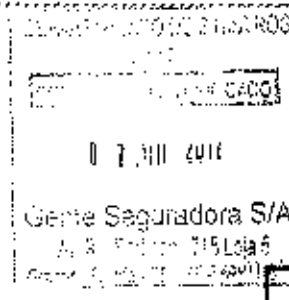
Placa: **PFA4523** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)Ano Fabricação/Modelo: **2010/2011**Descrição: **EM NOME DE RAFAEL MARTINS CARNEIRO DA SILVA**

Complemento / Observação

DECLARA A VITIMA QUE PILOTAVA A MOTOCICLETA PLACA PFA-4523 QUANDO PERDEU O CONTROLE VINDO A CAIR SOFRENDO FERIMENTOS SENDO SOCORRIDO PELO SAMU E ENCAMINHADO PARA O HOSPITAL MIGUEL ARRAS DE ACORDO COM O PRONTUARIO Nº344780

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

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

B.O. registrado por: **AILTON GOMES DA SILVA** - Matrícula: **2212628**

Nº DO SINISTRO _____

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do beneficiário da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, RODRIGO MARTINS CARNEIRO DA SILVA
PORTADOR(A) DO RG Nº 7.408.803 EXPEDIDO POR SDS-PE EM 06/10/14 E
CPF 093425524-55 / CNPJ 00000000-00000000, PROFISSÃO VENDEDORE
E RENDA MENSAL DE R\$ 800,00 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO
SEGURO DPVAT DA VÍTIMA RODRIGO MARTINS CARNEIRO DA SILVA AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO
DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

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

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

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL, ou Salário ou Funcional;
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta com documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL, www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISPDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

IMPORTANTE: Também **não devem** ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS):

Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL):

Nº do BANCO 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 3122 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 33.290-2

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE, UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

Abreu e Luelke O de Julho de 2014
LOCAL E DATA

Rodrigo Martins e da Silva
ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

ATENÇÃO

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

>>> EXTRATO ALÉM DO PERÍODO INFORMADO, INFORME AS DATA | EXTRATO DE POUQUANCA
PAG: 001

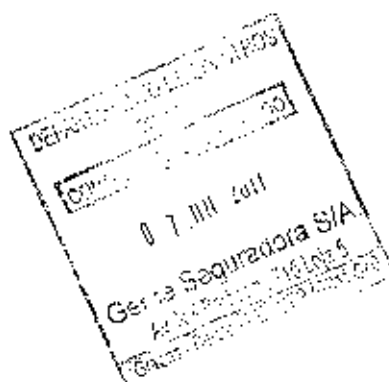
AG: 3122 ABRTO E LIMA OFER: 013 CONTA: 35.290-2
PERÍODO: 01062017 ATQ: 29062017 CPF: 093.425.524-55
NOME: RODRIGO MARTINS C DA SILVA VIR.BIQ.CCO, :

DATA MOV	NR.DOC HISTÓRICO	TAXA	VALOR	SALDO
20/06/2017	000000 DE DINH AG	0,00000000	00,0000	00,0000

F1 ACUDA F4 SALDO EM 28/06/2017 RS F5 C
F3 RETORNAR F6 SALDO POR DATA DITITE F7 VOLTAR PAG.
F8 EXTRATO ANTERIOR F8 AVANÇAR PAG. F12 FINALIZAR



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



DECLARAÇÃO

Eu, RODRIGO MARTINS CARNEIRO DA SILVA,
Portador (a) do RG nº 7.409.803, e do CPF nº 093.425.524-55,
DECLARO, Para os devidos fins, junto a SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO
SEGURO DPVAT S/A, que estive presente na Agência do BANCO: CAIXA ECONÔMICA,
e a conta de minha titularidade nº 33.290-2, agência nº 3122,
encontra-se ativa desbloqueada e sem limites para movimentação financeira, sendo possível o
depósito referente à minha indenização do seguro DPVAT. Pelo que firmo a presente.

Rodrigo Martins e da Silva
ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO



Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e Quantificação de Lesões Permanentes em Vitimas do Seguro DPVAT

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Sinistro: **3170377778 - 1**
Nome do(a) Examinado(a): **RODRIGO MARTINS CARNEIRO DA SILVA**
Endereço do(a) Examinado(a): **R OITENTA E NOVE nº 66 - CAETES I - ABREU E LIMA/PE**
Identificação - Órgão Emissor/UF/Número: **RG 7409803 - SSP**
Data local do exame: **02/08/2017 RECIFE/PE**

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)

LUXAÇÃO DE COTOVELO COM FRATURA DA CABEÇA DE RÁDIO ESQUERDO

a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação?

☒ SIM ☐ NÃO

b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico?

☒ SIM ☐ NÃO

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicação.

REDUÇÃO DE FRATURA E LUXAÇÃO COM IMOBILIZAÇÃO COM TALA AXILO PALMAR. REALIZOU FISIOTERAPIA E TEVE ALTA MÉDICA. APRESENTA LIMITAÇÃO DISCRETA DE SUPINAÇÃO DE ANTEBRAÇO ESQUERDO PASSIVA E ATIVA.

III. Existe seqüela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)?

☒ SIM ☐ NÃO

Existindo seqüela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

DÉFICIT FUNCIONAL RESIDUAL DE MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO

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

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

☐ Vítima em tratamento

☐ Sem seqüela permanente

Esta avaliação médica deve ser repetida em _____ dias

Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica

☐ Exame não permite conclusão

Vide motivo do impedimento no campo das observações

b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal(Sequela)

MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO

☒ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela)

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela)

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela)

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações(*)

☐ Total = "100% da IS"

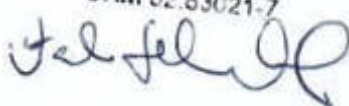
V. Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valorização do dano corporal.

MANTIDO ENQUADRAMENTO DO MÉDICO EXAMINADOR -

Local e data de realização do exame médico legal:

PE - RECIFE, 02/08/2017

Médico Perito: FABIO SELERI FERNANDES CRM:52.63021-7/RJ

Fabio S. Fernandes
Medicina Interna
CRM 52.63021-7


Assinatura do perito Examinador - CRM

Rio de Janeiro, 10 de Agosto de 2017

Carta nº: 11459696

A/C: RODRIGO MARTINS CARNEIRO DA SILVA

Sinistro: 3170377778 ASL-0261861/17
Vítima: RODRIGO MARTINS CARNEIRO DA SILVA
Data Acidente: 12/09/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: **RODRIGO MARTINS CARNEIRO DA SILVA**

Valor: **R\$ 945,00**

Banco: **104**

Agência: **000003122**

Conta: **0000033290-2**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	945,00

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros superiores 70%

Graduação: Em grau residual 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 70%) 7,00%

Valor a indenizar: 7,00% x 13.500,00 =	R\$	945,00
--	-----	--------

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 19 de Julho de 2017

Carta nº: 11332830

A/C: RODRIGO MARTINS CARNEIRO DA SILVA

Sinistro: 3170377778 ASL-0261861/17
Vítima: RODRIGO MARTINS CARNEIRO DA SILVA
Data Acidente: 12/09/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

Em relação sinistro acima referenciado, comunicamos que após análise da documentação apresentada, foi detectada a necessidade de informações complementares, razão pela qual está sendo interrompido o prazo regulamentar para o pagamento da indenização.

Pedimos aguardar novo pronunciamento o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as averiguações cabíveis.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 14 de Julho de 2017

Carta nº: 11309472

A/C: RODRIGO MARTINS CARNEIRO DA SILVA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170377778 ASL-0261861/17
Vítima: RODRIGO MARTINS CARNEIRO DA SILVA
Data Acidente: 12/09/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site www.seguradoralider.com.br, ou ligue para a SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site www.seguradoralider.com.br, não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez, é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à GENTE SEGURADORA S/A onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 04/08/2017

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 945,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: RODRIGO MARTINS CARNEIRO DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03122

CONTA: 000000033290-2

Nr. da Autenticação 699EB9CE55503C66



PROCURAÇÃO PARTICULAR

BENEFICIÁRIO/VITIMA:

Nome: RODRIGO MARTINS CARNEIRO DA SILVA

Nacionalidade: BRASILEIRO Est. Civil: SOLTEIRO

Profissão: VENDEDOR

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

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

PROCURADOR:

Nome: ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS

Nacionalidade: brasileira Est. Civil: solteira Profissão: Empresária

Identidade: 7.742.986 SDS/PE CPF: 884.647.684-00

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

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

ABREU E LIMA-PE 19/06/17

Local e data

Rodrigo Martins Carneiro da Silva

Assinatura do Beneficiário/Vítima

(Reconhecer firma por autenticidade)

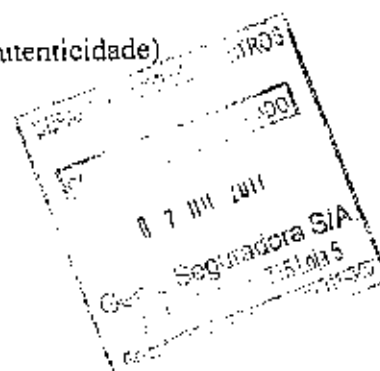
Cartório Alfredo Mariano - JABUILLONATO DE NOTAS E PROTESTO
SEL. ALFREDO MARIANO DE ABREU E LIMA/PE, 19/06/2017 10:54:50, em testemunho da
verdade. Emolumentos R\$ 3,88 TSTs R\$ 0,79 Total: R\$ 4,67. RG: 0.0013

Reconheço por AUTENTICIDADE a firma de RODRIGO MARTINS CARNEIRO DA
SILVA, Abreu e Lima/PE, 19/06/2017 10:54:50, em testemunho da
verdade. Emolumentos R\$ 3,88 TSTs R\$ 0,79 Total: R\$ 4,67. RG: 0.0013

Luciana Oliveira de Lima Marques - Substituta

Self digital: 0150607.HFP05201701.00293

certificado autenticidade



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170377778 **Cidade:** Abreu e Lima **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: RODRIGO MARTINS CARNEIRO DA SILVA **Data do acidente:** 12/09/2016 **Seguradora:** Sabemi Seguradora S/A

PARECER

Diagnóstico: LUXAÇÃO DE COTOVELO COM FRATURA DA CABEÇA DE RÁDIO ESQUERDO

Descrição do exame médico pericial: DÉFICIT FUNCIONAL RESIDUAL DE MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO

Resultados terapêuticos: REDUÇÃO DE FRATURA E LUXAÇÃO COM IMOBILIZAÇÃO COM TALA AXILO PALMAR. REALIZOU FISIOTERAPIA E TEVE ALTA MÉDICA. APRESENTA LIMITAÇÃO DISCRETA DE SUPINAÇÃO DE ANTEBRAÇO ESQUERDO PASSIVA E ATIVA.

Sequelas permanentes: APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 02/08/2017

Conduta mantida:

Observações: OBS - MANTIDO ENQUADRAMENTO DO MÉDICO EXAMINADOR

Médico examinador: FABIO SELERI FERNANDES

CRM do médico: 52.63021-7

UF do CRM do médico: RJ

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau residual - 10 %	7%	R\$ 945,00
Total			7 %	R\$ 945,00

PRESTADOR

CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

Médico revisor: JANICE DE ALMEIDA PINTO MIGUEZ

CRM do médico: 52.63583-9

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3170377778 **Cidade:** Abreu e Lima **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: RODRIGO MARTINS CARNEIRO DA SILVA **Data do acidente:** 12/09/2016 **Seguradora:** Sabemi Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 19/07/2017

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA-LUXAÇÃO DE COTOVELO ESQUERDO

Resultados terapêuticos: A ESCLARECER

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: A DOCUMENTAÇÃO APRESENTADA NÃO PERMITE AVALIAR SEQUELAS

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00

PRESTADOR

VISÃO MÉDICA LTDA

Nome do médico: JORGE ALBERTO C DE SOUZA

CRM do médico: 52.37730-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL			
MINISTÉRIO DAS CIDADES			
DETRAN - PE		Nº 011580914072	
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO			
VIA	COD. RENAVAM	ENTR C	EXERCÍCIO
1	256592332	*****	2014
NOME			
PAFAEL MARTINS CARNEIRO DA SILVA			
ABREU E LIMA - PE			
CPE / CNPJ		PLACA	
075-140-584-81		PEA4-29	
PLACA ANT. UF		CHASSI	
***** / PE		9CAME12000000123	
ESPÉCIE TIPO		COMBUSTÍVEL	
EAB / MOTOCICLETA		GASOLINA	
MARCA / MODELO		ANO FAB.	ANO MOD.
YAMAHA FACTOR XBS125 ED		2010	2011
CAP. POT. CIL	CATEGORIA	COR PREDOMINANTE	
20 / 124 CL	PARTIC	PRETA	
COTA ÚNICA	VENO. COTA ÚNICA	VENO. COTAS	
IPVA 2014 QUITADO		1° *****	
FAIXA IPVA	PANCLAMENTO / COTAS	2° *****	
1	*****	3° *****	
PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$)	IOF (R\$)	PRÊMIO TOTAL (R\$)	DATA DE PAGAMENTO
SEGURO CAGO			
OBSERVAÇÕES			
AL FID BANCO ITAUCARD 3A			
ABREU E LIMA			DATA
Carlos Eduardo Póças Amorim Cass Nova			21/06/14

DETRAN - PE
07/06/2014
Gama Seguradora S/A
11.111.111-11111111
Gama Seguradora S/A

[illegible]

01 JUN 2011
Genes Seguradora S/A
20110601