
Rio de Janeiro, 01 de Julho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200232810

Vítima: RODRIGO MARTINS CARNEIRO DA SILVA

Data do Acidente: 25/12/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), RODRIGO MARTINS CARNEIRO DA SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 06 de Julho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200232810

Vítima: RODRIGO MARTINS CARNEIRO DA SILVA

Data do Acidente: 25/12/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS

Assunto: INTERRUPTÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), RODRIGO MARTINS CARNEIRO DA SILVA

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 19 de Julho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200232810

Vítima: RODRIGO MARTINS CARNEIRO DA SILVA

Data do Acidente: 25/12/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), RODRIGO MARTINS CARNEIRO DA SILVA

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital 100%

Graduação: Em grau residual 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 100%) 10,00%

Valor a indenizar: 10,00% x 13.500,00 = R\$ 1.350,00

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos pés 50%

Graduação: Em grau residual 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 50%) 5,00%

Valor a indenizar: 5,00% x 13.500,00 = R\$ 675,00

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros 25%

Graduação: Em grau residual 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 25%) 2,50%

Valor a indenizar: 2,50% x 13.500,00 = R\$ 337,50

Recebedor: RODRIGO MARTINS CARNEIRO DA SILVA

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 341

Agência: 000007474

Conta: 0000028372-3

Tipo: CONTA CORRENTE

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas,



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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3200232810
Nome do(a) Examinado(a): RODRIGO MARTINS CARNEIRO DA SILVA
Endereço do(a) Examinado(a): R OITENTA E NOVE, 66, Q 106, CAETES I
ABREU E LIMA Pernambuco - CEP: 53530-640
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [sds / Pernambuco] 7409803
Data local do acidente: [25/12/2019]
Data local do exame: [09/07/2020] RECIFE - Pernambuco

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:
TRAUMA DE FACE COM FRATURA DE CZO A ESQUERDA, FRATURA DO CORPO DA ESCAPULA ESQUERDA E FRATURA SEM DESVIO EXPOSTA DO CALCANEIO ESQUERDO.
- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.
Tratamento: REDUÇÃO FECHADA PERCUTANEA COM GANCHOS DA FRATURA DA FACE, TRATAMENTO CONSERVADOR DA FRATURA DA ESCÁPULA ESQUERDA E TRATAMENTO CIRURGICO COM LIMPEZA, DEBRIDAMENTO E SUTURA DO PÉ ESQUERDO.
Complicações: SEM COMPLICAÇÕES.
Data da Alta: 01/01/2020
- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:
DISCRETA ASSIMETRIA DA FACE A ESQUERDA, LIMITAÇÃO RESIDUAL DA ROTAÇÃO INTERNA DO OMBRO ESQUERDO (APROX 10 GRAUS DE REDUÇÃO) E LIMITAÇÃO RESIDUAL DO ARCO DE MOVIMENTO DO PE ESQUERDO.
- IV. Nexo de casualidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?
(X) Sim () Não
- V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)
(X) Sim () Não
- VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:
DEFICT ANATOMICO RESIDUAL DA FACE, DEFICT FUNCIONAL RESIDUAL DO OMBRO ESQUERDO E DEFICT FUNCIONAL RESIDUAL DO PE ESQUERDO.
Caso a resposta do item V seja "Não", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b"
- VII. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.
- a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*)
- | | |
|--------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| () "Vítima em tratamento" | () "Sem sequela permanente" |
| <i>Esta avaliação médica deve ser repetida em _____ dias</i> | <i>(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)</i> |
- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas. (*)
- | | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Região Corporal (Sequela):
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais
% do dano: (X) 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo | Região Corporal (Sequela):
Ombro - Esquerdo
% do dano: (X) 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo |
| Região Corporal (Sequela):
Pé - Esquerdo
% do dano: (X) 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo | Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo |
- VIII. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.



Luiz de Lima Casanova Neto

CPF - 04996839430

CRM - Pernambuco - 17761

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 093.425.524-55 4 - Nome completo da vítima: RODRIGO MARTINS CARNEIRO DA SILVA

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

5 - Nome completo: RODRIGO MARTINS CARNEIRO DA SILVA 6 - CPF: 093.425.524-55
7 - Profissão: MAQUIRISTA 8 - Endereço: RUA OITENTA E NOVE 9 - Número: 66 10 - Complemento: QUARTA-106
11 - Bairro: CAETES I 12 - Cidade: ABREU E LIMA 13 - Estado: PE 14 - CEP: 53.530-640
15 - E-mail: balbrinospe@hotmail.com (81)999441109 (81)3538-0069 16 - Tel.(DDD):

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

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☐ RECUSO INFORMAR ☒ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: CONTA:
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)
☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: ITAU
AGÊNCIA: 7474 CONTA: 28372 3
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- ☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

Impressão digital de quem assina a rogo/a pedido

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)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
CENTRAL DE PLANTOES DA CAPITAL

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **20E1174006328**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **29/06/2020** às **09:53**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Doloso (Consumado) que aconteceu no dia **25/12/2019** às **10:00**

Fato ocorrido no endereço: **AVENIDA DUQUE DE CAXIAS, 1** - Bairro: **CENTRO** -
PAULISTA/PERNAMBUCO/BRASIL - CEP: **53510-000** - Ponto de Referência: **PREFEITURA DE ABREU E LIMA**
Local do Fato: **RODOVIA FEDERAL**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR \ AGENTE)
RAFAEL MARTINS CARNEIRO DA SILVA (OUTRO)
RODRIGO MARTINS CARNEIRO DA SILVA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

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

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

RODRIGO MARTINS CARNEIRO DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **NADIA MARIA MARTINS DA SILVA** Data de Nascimento: **9/12/1990** Naturalidade: **RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **7409803/SDS/PE (RG)** Estado Civil: **AMASIADO(A)** Escolaridade: **2º. GRAU COMPLETO** Profissão: **OUTRAS PROFISSOES** Telefones Celulares: **- 986192092**

Residencial: **RUA OITENTA E NOVE - ABREU E LIMA/PERNAMBUCO/BRASIL** Próximo a: **BAIRRO DE CAETES I (BAIRRO), 66 - CEP: 55000-000 - Bairro: CAETES I - ABREU E LIMA/PERNAMBUCO/BRASIL**

DESCONHECIDO (não presente ao plantão) - Sexo: **Desconhecido** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL** Estado Civil: **DESCONHECIDO** Escolaridade: **DESCONHECIDO**

RAFAEL MARTINS CARNEIRO DA SILVA (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL** Estado Civil: **CASADO(A)** Escolaridade: **DESCONHECIDO**

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

V1 (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **RAFAEL MARTINS CARNEIRO DA SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **RODRIGO MARTINS CARNEIRO DA SILVA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/YAMAHA/FACTOR 125 I ED** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRETA** - Quantidade: **1,000 (UNIDADE)**

Placa: **PFA4529 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)**
Ano Fabricação/Modelo: **2010/2011**

Complemento / Observação

A VÍTIMA INFORMA QUE ESTAVA CONDUZINDO A MOTOCICLETA DE PLACA PFA4529 DE PROPRIEDADE DE RAFAEL MARTINS CARNEIRO DA SILVA, QUANDO PERDEU O CONTROLE DA MESMA E COLIDIU NA TRAZEIRA DE UM ÔNIBUS DE PLACA NÃO ANOTADA, FOI SOCORRIDO PARA O HOSPITAL MIGUEL ARRAES PELO SAMU, ONDE TEVE FRATURA DA ESCAPULA E TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA EXPOSTA DO CALCÂNEO DIREITO E DEPOIS FOI TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO ONDE FOI TRATADO DE FRATURA DO SEIO MAXILAR E ARCO ZIGOMÁTICO ESQUERDO. A VÍTIMA COMPARECEU NADADA DE HOJE A ESTA DP PARA PRESTAR QUEIXA DO FATO PARA AS DEVIDAS PROVIDÊNCIA POLÍCIAS. CASO AFETO DP DE ABREU E LIMA.

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

Rodrigo Martins e. da Silva

RODRIGO MARTINS CARNEIRO DA SILVA
(VITIMA)

B.O. registrado por: **RAIMUNDO LINO PEREIRA** - Matrícula: **3849031**
(Liberado em **29/06/2020 às 10:17**)

Raimundo Lino Pereira

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 093.425.524-55 4 - Nome completo da vítima: RODRIGO MARTINS CARNEIRO DA SILVA

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

5 - Nome completo: RODRIGO MARTINS CARNEIRO DA SILVA 6 - CPF: 093.425.524-55
7 - Profissão: MAQUIRISTA 8 - Endereço: RUA OITENTA E NOVE 9 - Número: 66 10 - Complemento: QUARTA-106
11 - Bairro: CAETES I 12 - Cidade: ABREU E LIMA 13 - Estado: PE 14 - CEP: 53.530-640
15 - E-mail: balbrinospe@hotmail.com (81)999441109 (81)3538-0069 16 - Tel.(DDD):

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

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☐ RECUSO INFORMAR ☒ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: ITAU

AGÊNCIA: 7474 CONTA: 28372 3
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- ☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

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)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

ITAÚ – UNIBANCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 341 AGÊNCIA: 0477 CONTA: 000000078857-4

DATA DA TRANSFERENCIA: 16/07/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: RODRIGO MARTINS CARNEIRO DA SILVA

BANCO: 341

AGÊNCIA: 07474

CONTA: 000000028372-3

Autenticação:

7F897030DD40D67AD958669257AB5290DAEFB93F088A1C47AFD9AD5C8C85D78F

NOTA FISCAL | FATURA | CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA 2a VIA

**COMPANHIA ENERGÉTICA
DE PERNAMBUCO**
AV. JOÃO DE BARROS, 111, BOA VISTA,
RECIFE, PERNAMBUCO
CEP 50050-902
CNPJ 10.835.932/0001-08
INSCRIÇÃO ESTADUAL 0005943-93



Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de
COMERCIAL 116 | PRONTI
Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 :
Ouvidoria 0800 :

Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados de Pernambuco-ARPE: 0800-727-0167-Ligação Gratuita de Telefone
Agência Nacional de Energia Elétrica
167-Ligação Gratuita de telefones fixos

DADOS DO CLIENTE NADIA MARIA MARTINS DA SILVA CPF: 052.394.314-85	DATA DE VENCIMENTO 22/06/2020	DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL 15/06/2020	CONTA CONTRATO 000508968035
	TOTAL A PAGAR (R\$) 167,76	DATA DA APRESENTAÇÃO 15/06/2020	Nº DO CLIENTE 2002154849
ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA RUA QUITENTA E NOVE 66 Q 106 CAETES /ABREU E LIMA 53530-640 ABREU E LIMA PE	CLASSIFICAÇÃO B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL Monofásico		Nº DA INSTALAÇÃO 0000042094
	RESERVADO AO FISCO 85D8.D81C.A444.2146.0DF9.72CA.9A64.4BED		
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			

DESCRICAÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)-TUSD	179,00	0,42901509	76,79
Consumo Ativo(kWh)-TE	179,00	0,36061955	64,58
Contrib. Ilum. Pública Municipal			21,33
ICMS Subvenção-CDE-NF 104387103-15/04/20			1,41
Multa por atraso-NF 108290328 - 15/05/20			2,87
Juros por atraso-NF 108290328 - 15/05/20			0,61
Atualização IGPM-NF 108290328 - 15/05/20			0,17
TOTAL DA FATURA			167,76

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS								
ICMS			PIS			COFINS		
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
141,37	25,00	35,34	141,37	0,97	1,37	141,37	4,48	6,33

Tarifas Aplicadas			HISTÓRICO DO CONSUMO	
Consumo Ativo(kWh)-TUSO	0,29838000		JUN 20	
Consumo Ativo(kWh)-TE	0,25095000		MAI 20	
COMPOSIÇÃO DO CONSUMO			ABR 20	
			MAR 20	
	R\$	%	FEV 20	
Geração de Energia	44,48	31,46	JAN 20	
Transmissão	5,17	3,66	DEZ 19	
Distribuição (Celpe)	31,41	22,22	NOV 19	
Encargos Setoriais	7,38	5,22	OUT 19	
Tributos	43,04	30,44	SET 19	
Perdas de Energia	9,88	7,00	AGO 19	
TOTAL	141,37	100	JUL 19	
			JUN 19	

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FAIXA	ANTERIOR		ATUAL		Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO KWH
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
0000000000090759899	CAT	15/05/2020	24.726,00	15/06/2020	24.905,00	31	1,00000	0,00	179,00

DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 14/07/2020

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	META MENSAL	META TRIM
abr/2020				
DIC-No.de horas sem Energia	PARATIE II	1,14	4,95	9,91
RIC-No.de vezes sem Energia		1,08	3,17	6,38
DMIC-Duração máxima de interrupção contínua		1,14	2,77	8,00
DICR-Duração de interrupção em dia crítico				Limite DICR: 12,22
BLS-Valor do Encargo de Uso = R\$ 53,41				
Todo Consumidor pode solicitar a apuração dos indicadores DIC, RIC, DMIC e DICR a qual				

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pague no ponto mais perto de você! m m confecções: rua cento e cinquenta caetes i/o baratao: av d n 105
105 centroLista completa em www.celpe.com.br.”
Na data da leitura a bandeira em vigor é a Verde. Mais informações em www.aneel.gov.br.
Cobrança ICMS sobre subvenção CDE, conforme Decreto Estadual 39.459/13.
O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento.
Pagto. em atraso gera multa 2%(Res414/ANEEL), Juros 1%a.m(Lei 10.438/02) e atualização monetária no próx. mês
O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial.

NÍVEIS DE TENSÃO

TENSÃO NOMINAL(V)	LIMITE DE VARIAÇÃO	
	MÍNIMO	MÁXIMO
220	202	238

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

ATENDIMENTO: AVENIDA BRASIL - NÚM. 00031 - LOJA-5 - CENTRO
 ABREU E LIMA PE 53525-790

DADOS DO CLIENTE: **ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS** MATRÍCULA: **103668667** Abr/2020
 R JOAQUIM NABUCO, N. 00200 - TIMBO ABREU E LIMA PE 53520-170
 INSCRIÇÃO: 165.135.120.0443.000 GRUPO: 7 DEB. AUTOMÁTICO: 103668667

SITUAÇÃO ÁGUA	SITUAÇÃO ESGOTO	QUANTIDADE DE CONSUMOS	PÚBLICA
LIGADO	POTENCIAL	RESIDENCIAL 1 COMERCIAL INDUSTRIAL 1	
INDICADOR	DATA LEIT. ANTERIOR	DATA LEIT. ATUAL	TIPO DE CONSUMO (A/R)
A17S224252	31/03/2020	29/04/2020	MEDIA HD

ÁGUA:
 LEIT ANT: 5 CONSUMO: 1
 LEIT ATU: 5
 LEIT FAT: 5 HD PARADO

HISTÓRICO DE CONSUMO

REFERÊNCIA CONSUMO

03/2020 01
 02/2020 01
 01/2020 01
 12/2019 01
 11/2019 01
 10/2019 01
 MEDIA: 01

PARAMETROS	NÚMERO DE AMOSTRAS		
	EXIG. PORT. MS 2.914/11	ANÁLISES REALIZ.	ATENDEM A LEGIS
TURBIDEZ	48	48	46
COR APARENTE	48	48	41
COLOR. RESIDUAL	48	48	48
COLIF. TOTAIS	48	48	47
E. COLI	48	48	48

Qualidade de Água: www.compesa.com.br

OBS.: (1) COLIFORMES TOTAIS AUSÊNCIA 95% DAS AMOSTRAS EXAMINADAS
 (2) OS PARÂMETROS COLIFORMES TOTAIS, ESCHERICHIA COLI E CLORO RESIDUAL SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES SANITÁRIAS DA ÁGUA
 (3) OS PARÂMETROS COR E TURBIDEZ SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES ASSOCIADAS AO ASPECTO VISUAL DA ÁGUA

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS	CONSUMO	TOTAL (R\$)
ÁGUA		
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)		
CONSUMO DE ÁGUA	1 M3	44,08
COMERCIAL 1 UNIDADE(S)		
CONSUMO DE ÁGUA	0 M3	64,84
MULTA P/IMPONTUALIDADE 03/2020		2,21
JUROS DE MORA 12/2019		2,16

Tributos	Base de Cálculo	Percentual (%)	Valor do Imposto
Imp. Predial	108,92	1,65	1,80
Imp. de Transmissão	108,92	7,60	8,28

 VENCIMENTO: **15/05/2020**

 TOTAL A PAGAR: **113,29**

MENSAGEM:

IDENTIFICAMOS A EXISTÊNCIA DE 2 FATURAS PENDENTES, NO TOTAL DE R\$ 222,58. REGULARIZE SEU DÉBITO E EVITE A NEGATIVAÇÃO E SUSPENSÃO DO FORNECIMENTO DE ÁGUA.

Para maiores esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoradora.com.br> ou ligue para SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF²**.

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

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

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

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

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

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

conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço AVENIDA JOAQUIM NABUCO	Número 200	Complemento CASA
Bairro TIMBÓ	Cidade ABREU E LIMA	Estado PE
Telefone Comercial (DDD) (81) 3538.0069		CEP 53520170
Email: balbinospe@hotmail.com		Telefone celular (DDD) (81) 98721.5834

Abreu e Lima/PE de Junho de 2020

Rossana Lígia Fernandes Dantas

Assinatura do Declarante

HOSPITAL METROP. NORTE MIGUEL ARRAES

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICACAO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 25/12/2019 08:37

Nome Paciente: RODRIGO MARTINS CARNEIRO DA SILVA
Cód. Paciente:
Data de Nascimento: 09/12/1990
Sexo: Masculino
Idade: 29 anos
Senha: 0010
Convênio:
Atendimento:
SAME:

Período: 25/12/2019 09:06 - 25/12/2019 09:14

KENIA MAYLLA DOMINGOS ALVES - COREN: 7760 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - CLASSIFICAÇÃO

Prioridade:

Cor:

VERMELHO

Queixa Principal:

PACIENTE TRAZIDO PELO SAMU PAULISTA VITIMA DE COLISÃO CARRO/MOTO. CHEGA COM SUDORESE, DISPNEICO, TRAUMA EM EM HTE + EDEMA PERIORBITAL E + HEMATOMA EM BRACO ESQ+ LESAO EM CALCANEIO E

Observação:

NEGA ALERGIA
NEGA HAS E DM

Fluxograma sintoma: TRAUMA

Discriminador(es):

- FERIMENTO COM SANGRAMENTO ATIVO NÃO COMPRESSÍVEL

Especialidade:

CIRURGIA GERAL

Sinais Vitais Lidos:

- FREQUENCIA CARDIACA: 112.00 BPM
- P.A. SISTOLICA: 110.00 MMHG
- P.A. DISTOLICA: 80.00 MMHG
- SATURAÇÃO DE OXIGÊNIO: 98.00 %

Enfermeiro
Local (NÃO) (NÃO)
Lesão de Pele
Hospital Miguel Arraes
Kenia Maylla
COREN 7760

RECEBIDO
ALMOXARIFE

Acolhido(a) por: KENIA MAYLLA DOMINGOS ALVES - COREN: 7760 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 25/12/2019 09:14



HOSPITAL
MIGUEL ARRAES

HOSPITAL MIGUEL ARRAES

GESTÃO
IMIP
HOSPITALAR

Atendimento: 509806

Senha da Classificação:

Data e Hora: 25/12/2019 09:15

Paciente: 10899 RODRIGO MARTINS CARNEIRO DA SILVA Sexo: MASCULINO

Nome Social:

Data do Nascimento: 09/12/1990 Idade: 29 anos Convenio: 2 SUS - EXTERNO / URGENCIA

Nome da Mãe: NADIA MARIA MARTINS DA SILVA

Nome do Pai: ELPIDIO CARNEIRO DA SILVA NETO

Estado Civil: SOLTEIRO

Nome do Médico: PLANTONISTA CIRURGIA GERAL

CRM: 12347

Endereço: RUA OITENTA E NOVE

66

Bairro: CAETES I

Cidade/UF: ABREU E LIMA

PE

Usuário Atendimento: ALESSANDRAPSF

Informações Associadas a Pacientes Estrangeiros / Visitantes

Data Entrada Brasil:

Nacionalidade: BRASILEIRA

Nr Documento Estrangeiro:

Observação:

RESUMO DE TRATAMENTO

Peso:

Altura:

Temperatura:

Hora:

8:50

Queixa Principal:

Doente com queixa de dor abdominal; admitido com dor
em epigastrio; dor tipo queimação; dor tipo queimação e dor em

Exame Físico:

(A): V.A. desobstruído (B): JVP não aumentado (C): H.T.
moderadamente elevada (D): G.R. normal, sem alterações
prioritárias (E): aumento da coloração vermelha na
parede abdominal

Hipótese Diagnóstica:

Infarto miocárdico multinfarto

Prescrição Médica:

CON: 1) Solicito Ecocardiograma; 2) Solicito TC de tórax,
abdome e abdome.

Dr. Anderson C. Holanda
C. Geral / Vascular
CRM: 10550

Assinatura e Carimbo/Médico

Destino: () Encaminhado ao Ambulatório () Residência

() Transferido: Para

Senha:

() Encaminhado ao setor de internação



Laudo para solicitação de autorização de internação

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

1 - ESTABELECIMENTO SOLICITANTE	HOSPITAL MIGUEL ARRAES	2 - CNES	6431569
3 - ESTABELECIMENTO EXECUTANTE	HOSPITAL MIGUEL ARRAES	4 - CNES	6431569

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - Nome do Paciente	RODRIGO MARTINS CARNEIRO DA SILVA			6 - Nº Prontuário	10899
7 - Cartão Nacional do SUS	8 - Data de Nascimento	9 - Sexo	10 - Raça/Cor	10.1 - Etnia	
700001093191303	09/12/1990	<input checked="" type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino	03 - Parda	0000 - Não Se Aplica	
11 - Nome da Mãe	NADIA MARIA MARTINS DA SILVA			12 - Telefone de Contato	8135421924
13 - Nome Responsável	IGNORADO			14 - Telefone de Contato	35421924
15 - Endereço (Rua, Nº, Bairro)	RUA OITENTA E NOVE, 66 - CAETES I				
16 - Município	17 - IBGE	18 - UF	19 - CEP		
ABREU E LIMA	260005	PE	53530640		

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais Sinais e Sintomas Clínicos

ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO CURSANDO COM FRATURA EXPOSTA DO CALCÂNEO ESQ + ESCAPULA DIR

21 - Condições que justificam a internação

22 - Principais Resultados de Provas Diagnósticas

23 - Diagnóstico Inicial / Código

FRATURA DO CALCÂNEO ESQ EXPOSTA + ESCAPULA ESQ

24 - CID 10 Principal

S920

25 - CID 10 Secundário

W199

26 - CID 10 Causas Associadas

27 - Descrição do Procedimento Solicitado

PROCEDIMENTO SOLICITADO

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO CALCÂNEO

28 - Código do Procedimento

0408050535

29 - Especialidade

CIRÚRGICA

30 - Caracter de Atendimento

2

31 - Documento

☒ (X) CNS ☐ () CPF

32 - Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Solicitante/Assistente

980016278437539

33 - Nome do Profissional Solicitante/Assistente

SORMANE DE CARVALHO BRITTO

34 - Data da Solicitação

25/12/2019

35 - Assinatura e Carimbo (Nº de Registro no Conselho)

Dr. Bernardo San paio

16339

Ortopedia e Traumatologia

CRM-PE 28.950

36 - ☐ () Acidente de Trânsito

39 - CNPJ Seguradora

40 - Nº Bilhete

37 - ☐ () Acid. Trabalho Típico

42 - CNPJ / Empresa

43 - CNAE / Empresa

38 - ☐ () Acid. Trabalho Trajeto

45 - Vínculo com a Previdência

☐ () Empregado

☐ () Empregador

☐ () Autônomo

☐ () Desempregado

☐ () Aposentado

☐ () Não Segurado

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador

47 - Cod. Órgão Emissor

E260000001

52 - Nº da Autorização da internação Hospitalar (AIH)

48 - Documento

☐ () CNS ☐ () CPF

49 - Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Autorizador

50 - Data da Autorização

51 - Assinatura e Carimbo (Nº Registro do Conselho)

Dra. Luciana Moser
Traum.

Código do Laudo:

509806

HOSPITAL MIGUEL ARRAESMV 2000 - Sistema de Centro Cirúrgico e Obstétrico
Ficha de Cirurgia Descritiva

Página.: 0001

Data.....: 25/12/2019

Hora.....: 16:25

Aviso de Cirurgia : 61824

Paciente : 10899

Convênio Atend. : 1

Leito : 254

Dt. Início : 25/12/2019 15:00

Cid Pré-Operatório : S920

Cid Pós-Operatório :

Sala : 0003

SALA 03

RODRIGO MARTINS CARNEIRO DA SILVA

SUS - INTERNACAO

VERMELHO - EXTRA 005

Dt. Fim : 25/12/2019 15:35

FRATURA DO CALCANEAO

Atendimento : 509812

Carteira :

Idade : 29 Anos

Procedimento: 0408050535

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO CALCÂNEO (PRINCIPAL)

Convênio: 001

SUS - INTERNACAO

Anestesia:

RGIAO

14368 FABIO NEUMANN KAUFFMAN

Descrição Cirúrgica :DIAGNÓSTICO: FRATURA EXPOSTA DE CALCANEAO ESQ E MULTIPLOS FERIMENTOS EM PÉ ESQ
CIRURGIA : LIMPEZA CIRÚRGICA COM DESBRIDAMENTO DE FERIMENTO

CIRURGIÃO: DRA. MARILIA GOMES

1º AUXILIO:

2º AUXILIO:

ANESTESIA: RAQUIANESTESIA

ANESTESISTA: DR. GENÉSIO

ACIDENTES DURANTE A CIRURGIA:

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

1) PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL SOB RAQUIANESTESIA

2) ASSEPSIA E ANTISSEPSIA

3) APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS

4) OBSERVADO FERIMENTO EXTENSO EM TOPOGRAFIA DE CALCANEAO ESQ. REALIZADO LIMPEZA EXAUSTIVA COM SF0,9% 5.000ML COM DESBRIDAMENTO. REALIZADO SUTURA DA FERIDA COM NYLON 3.0.

5) OBSERVADOS MÚLTIPLOS FERIMENTOS EM DORSO DO PÉ ESQUERDO. REALIZADA LIMPEZA E SUTURA COM NYLON 3.0 CURATIVO OCLUSIVO

Achados Cirúrgicos:**Descrição Completa**
FABIANA LIMA GOMES
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA
CRM: 23648

DR(A) : FABIO NEUMANN KAUFFMAN

CRM : 14368



PERNAMBUCO
GOVERNO DO ESTADO



HOSPITAL MIGUEL ARRAES



Instituto de Medicina Integral
Prof. Fernando Figueira

RESUMO DE ALTA HOSPITALAR/ESCLARECIMENTO

NOME: RODRIGO MARTINS CARNEIRO DA SILVA

NOME SOCIAL:[Data de Publicação]

IDADE:29

SEXO:M

DATA DA ADMISSÃO:25/12/19

DATA NASC.: 09/12/90

REG:10899

DATA DA ALTA: 1/1/20

DIAGNÓSTICO:

- FRATURA DE ESCAPULA

TRATAMENTO REALIZADO:

- TTO CONSERVADOR - TIPOIA

ORIENTAÇÕES:

- AGENDAR RETORNO AO AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA (SETOR DE AMBULATÓRIOS, NO TÉRREO DAS SEGUNDAS ÀS SEXTAS-FEIRAS) EM 02 SEMANAS, PARA DR ANTONIO QUEIROZ;
- COMPRAR TIPOIA AMERICANA OU MANTER TIPOIA ATÉ RETORNO AMBULATORIAL;
- MOBILIZAR DEDOS / MÃO E PUNHO/ COTOVELO / OMBRO
- NÃO LEVANTAR PESO COM O MEMBRO SUPERIOR ATÉ LIBERAÇÃO MÉDICA;
- RETORNO PRECOCE PELA EMERGÊNCIA SE: FEBRE, INCHAÇO IMPORTANTE E VERMELHIDÃO NA FERIDA, SAÍDA DE SECREÇÃO EM GRANDE QUANTIDADE OU PURULENTO, DOR IMPORTANTE OU FALTA DE AR.

EXAME FÍSICO:

ESTADO GERAL :

FERIDA OPERATÓRIA:

MEMBRO ACOMETIDO COM BOA PERFUSÃO PERIFÉRICA, SEM SINAIS DE SÍNDROME COMPARTIMENTAL OU TVP, SEM DEFICIT NEUROLÓGICO.

PROGRAMA APÓS ALTA:

AMBULATÓRIO DE EGRESSO SIM(x) NÃO()

DATA DA CONSULTA AMBULATORIAL: _____

ASSINATURA DO MÉDICO, CARIMBO E CRM

FICHA DE INTERNAÇÃO

Cód. Atendimento: **509812**

Usuário: MONICABSL

DADOS DO PACIENTE

Paciente: **RODRIGO MARTINS CARNEIRO DA SILVA** Prontuário: 10899
Idade: 29a 0m 16d Sexo: M Estado Civil: SOLTEIRO Data de Nascimento: 09/12/1990
Profissão: Escolaridade:
R.G.: 7409803 C.P.F.: 09342552455 Telefone: 35421924 CEP 53530640
Endereço: RUA OITENTA E NOVE, 66 - CAETES I - ABREU E LIMA - PE
Dados da Internação
Origem: URGENCIA/EMERGENCIA Data e Hora da Internação: 25/12/2019 10:36
Convênio: SUS - INTERNACAO Plano: GERAL
Unidade Internação: VERMELHA - EMERGEI Acomodação: ENFERMARIA DE OBSERVACA Leito: VERMELHO - EXTRA 005
Médico Internação: SORMANE DE CARVALHO BRITTO

DADOS DO RESPONSÁVEL

Nome: R.G.: C.P.F.:
Endereço: Número:
Telefone: Cidade: Estado civil:

DADOS DA LIBERAÇÃO DO PACIENTE

Data da Alta: 01/01/20 Hora da Alta: : :

Motivo: ☒ Melhorado ☐ A Pedido ☐ Transferência ☐ Óbito ☐ Evasão

Condições de Alta: Melhorado

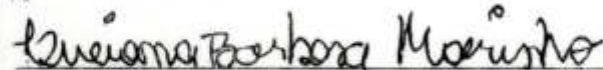
Diagnóstico Principal.....: Ex de Escapuloplastia

Diagnóstico Secundário01.:

Diagnóstico Secundário02.:

Medicamento.....: T+O Conservador

Médico e CRM:



Responsável pela retirada do paciente Assinatura e RG

TERMO DE RESPONSABILIDADE

Autorizo a internação do paciente acima mencionado no HOSPITAL MIGUEL ARRAES bem como os tratamentos clínicos e cirúrgicos (Intervenção cirúrgica, anestésias, transfusões, exames de sangue, ou qualquer outro tipo de exame médico e laboratorial) que se fizerem necessários para o diagnóstico, tratamento, cura e o bem-estar do paciente.

Em 25 de 12 de 2019

Assinatura e RG do paciente ou pessoa responsável

Atendimento: 509812

Dt Alta: 01/01/2020 - 16:01

Dt Atendimento: 25/12/2019 - 10:36

Paciente: 10899 RODRIGO MARTINS CARNEIRO DA SILVA

Serviço: 37 ORTOP23EDIA E TRAUMATOLOGIA

Convênio: 1 SUS - INTERNACAO

Leito: 200 ORTO-502-LEITO 004

Plano: 1 GERAL

Motivo Alta: 1 ALTA MELHORADA

Usuário: JENNIFERMLS

CID:

Procedimento de Alta 0301060070 - DIAGNOSTICO E/OU ATENDIMENTO DE URGENCIA EM CLINICA CIRURGICA

Observação de Alta

JENNIFER MARTINS LIMA DA SILVA

Esta conta foi paga com recursos públicos provenientes de seus impostos e contribuições sociais

HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAES DE ALENCAR

EVOLUÇÃO CLÍNICA

NOME: RODRIGO MARTINS CARNEIRO DA SILVA REG:10899
CLÍNICA: _____ ENFERMAGEM: _____

LEITO: _____

DATA/HORA	
25/12/2019	# SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
	# ADMISSÃO
	= Blow crânio.
26/12/19	+ Let+
12h	1h q. fratura: 6h30s crânio (E) + fraturas úmero? / escápula? (E) Parece um cenário de QAR em Blow crânio (E) 6h30s crânio (E) MS(E) = QAR em Blow p/Ombro/NVQ. MT(E) = crânio QAR QAR MS(E) 27/12/19 + Let+
12h	1h = Fraturas: Exat. crânio (E) Fratura escápula (E) Fratura de maxila (E) Parece um cenário de QAR em Blow (E) 6h30s crânio (E) MS(E) = NVQ.

Q. Exat. par. BATT-HR = 584 (E)
Nem crânio
João Marcelo Araújo
Médico
17.725



EVOLUÇÃO CLÍNICA

NOME: Rodrigo Valentim Carneiro da Silva DATA DE NASC.: 09/02/90
 NOME SOCIAL: _____ REGISTRO: 10899
 SETOR: _____ ENFERMARIA: _____ LEITO: _____

DATA/HORA	
25/12/19 16:30	Nota para família Paciente admitido no tratamento cirúrgico Sob o cuidado da equipe E, com interesses
28/12/19 13:30	#507 # CC3 HO: 12 EXPLORA DE CÂNCER (E) FR GARGA (E) R: 25/12: LIT DCI SURTA. Paciente refere dor em região abdominal. DOR, CORE, EMBARRAÇO, ABRIL #10: AVALIA MANEIRA DO BMF NO HN. <div data-bbox="890 658 1075 770" style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;"> MARIALINA GOMES INFOPEDIATRA/NEONATOLOGIA CRMPE 23648 </div> <div data-bbox="1114 949 1315 1106" style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;"> Guilherme Roberto Araújo Médico CRM-PE 27.749 </div>
29/12/19 15h	- Lot = Hes a noiva 10 = 0 mto Paciente sem dor/dor EUA DURANTE CONDIÇÃO CLÍNICA PDI (E) = CUSTO UNICO <div data-bbox="596 1464 963 1554" style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;"> J. U. G. F. O. </div> <div data-bbox="644 1532 1570 1621" style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;"> DEFINIR Tratamento Fratura Escorpio </div>
30/12/19 12h	- Lot = Hes a noiva Paciente sem dor/dor no abdômen (E) EUA DURANTE CONDIÇÃO CLÍNICA PDI (E) = CUSTO UNICO <div data-bbox="1251 1621 1442 1733" style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;"> J. U. G. F. O. </div> <div data-bbox="644 1935 1570 2069" style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;"> AVALIAR DEFINIR o Tratamento de Fratura Escorpio. </div>



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

FICHA DE ESCLARECIMENTO

ATENDIMENTO: 1529962/2019

NOME: RODRIGO MARTINS CARNEIRO DA SILVA.

Foi atendido às 20h47 do dia 28/12/2019

Diagnóstico provável: FRATURA DA DENGUE ANTEROLATERAL
DO SEIO MAXILAR E ANCO ZIGOMÁTICO ESQUERDO.
(ACIDENTE DE MOTOCICLETA)

Tratamento realizado: TAC DE CÂMERO E TAL DE FACE
REDUÇÃO INCOERENTE
NO HOSPITAL MIGUEL ALMEIDA

Obs. ENCAMINHADO PARA O HOSPITAL MIGUEL
ALMEIDA PARA O BULCO MAXILAR FRONTAL

As informações contidas neste documento foram transcritas, na íntegra, do Prontuário Médico, não do Médico Assistente e sim do serviço Arquivo Médico e Estatístico.

Cópia de Prontuário Médico em 31-01-2020

4533

S - Hospital da Restauração
Dr. Gilberto Wanderley Lima
Médico de SAA

Atenção: Este documento destina-se a comprovação de atendimento hospitalar ou ambulatorial para: INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DO TRATAMENTO AMBULATORIAL.

Av. Agamenon Magalhães, S/N - Derby - Recife - PE CEP 52.010-040

Fones: 31815451/31815572

FICHA DE ESCLARECIMENTO

Nº Atendimento : 1706720

Nome : RODRIGO MARTINS C DA SILVA

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

Diagnóstico Provável : PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE
MOTOCICLISTICO, CURSANDO COM FRATURA
DE C20 (E).

Tratamento Realizado : FOI REALIZADA A REDUÇÃO
FECHADA PERCUTÂNEA COM GANCHO DE BARROS.
PACIENTE SEM PERDA DE PROTEÇÃO A-P E
DO ARCO ZIGOMÁTICO E COM BOA ABERTURA
BUCAL NO PÓS-OP. IMEDIATO.

Observação : _____

Cópia de : _____

Allan Martins
Cirurgião e Traumatologista
Ortopedia e Traumatologia
Médico - CRM Nº

ATENÇÃO : Este documento destina-se a comprovação de atendimento hospitalar ou ambulatorial para INSS, Empresas, Escolas, Ministério do Trabalho, Continuidade do tratamento ambulatorial, segundo a recomendação Nº 04/2002 do Ministério Público do Estado de Pernambuco.

Cód. 0157

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO TAVARES BUIEL

EC-3

MOLESTIA CONHECIDA

MOLESTIA CONHECIDA

Assinatura do Titular

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 7.742.986 DATA DE EXPEDIÇÃO 12/05/2017

NOME << ROSSANA LÍGIA FERNANDES DANTAS >>

FILIAÇÃO << SEBASTIÃO RADIR DANTAS >>
<< INACIA FERNANDES DANTAS >>

NATURALIDADE CAMPINA GRANDE - PB DATA DE NASCIMENTO 07/04/1973

DOC. ORIGEM << CC 26745 L47B F68 CART SEDE CAMPINA GRANDE PB 20 10 2004 >>

CPF 884.647.684-00

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 20.06.83

317052661805134701.7453785 F-76 88.077 - 3422

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 MINISTÉRIO DA ADMINISTRAÇÃO
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSPORTES
 E ARTES NAUTICAS

NOME
RODRIGO MARTINS CARMEIRO DA SILVA

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF
7409803 SDS PE

CPF
093.425.524-55

DATA NASCIMENTO
09/12/1990

FILIAÇÃO
**ELPIDIO CARMEIRO DA SI
LVA NETO
NADIA MARIA MARTINS DA
SILVA**

PERMISSÃO
0000000000

ACC
00000000

CAT. HAB.
AN

N° REGISTRO
06327312360

VALIDADE
15/08/2024

1ª HABILITAÇÃO
20/03/2015

OBSERVAÇÕES

Rodrigo M. C. da Silva
 ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
PAULISTA, PE

DATA EMISSÃO
15/06/2019

Roberto F. F. F.
 Assinatura do Emissor
 Roberto Carlos Moura Farias
 Diretor Presidente

77519044243
 PE094159181

PERNAMBUCO

VALIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL
1827748946

PROIBIDO PLASTIFICAR
1827748946

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE IDENTIFICACAO TACITURNA

025104



RODRIGO MARTINS CARNEIRO DA SILVA

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 7.409.803 DATA DE EXPEDICAO 06/10/2014

NOME << RODRIGO MARTINS CARNEIRO DA SILVA >>

FILIAÇÃO << ELPIDIO CARNEIRO DA SILVA NETO >>
<< NADIA MARIA MARTINS DA SILVA >>

NATURALIDADE RECIFE - PE DATA DE NASCIMENTO 09/12/1990

DOIS ORIGENS << CN.91655 L.A77 F.299 CART.BOA VISTA, RECIFE-PE 18.12.1990 >>

CPF 093.425.524-55

ASSINATURA DO ORIENTOR
LEI Nº 7.116 DE 29/06/83

F-63 34.727 - 4123



Ministério da Fazenda
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **093.425.524-55**

Nome: **RODRIGO MARTINS CARNEIRO DA SILVA**

Data de Nascimento: **09/12/1990**

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data da Inscrição: **08/02/2008**

Digito Verificador: **00**

Comprovante emitido às: **12:58:42** do dia **07/01/2020** (hora e data de Brasília).
Código de controle do comprovante: **6C15.9EE5.A43F.8121**



Este documento não substitui o "Comprovante de Inscrição no CPF".

(Modelo aprovado pela IN/RFB nº 1.548, de 13/02/2015.)

MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PE
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA - CDD RENAVAM - ENTREGA - EXERCÍCIO
1 256592322 18/04/2019

NOME

RAFAEL MARTINS CARMEIRO DA SILVA

ABREU E LIMA - PE

CPF / CNPJ 075.140.684-81

PLACA ANT / UF FFA4529

CHASSI 9C68B1500B0000723

ESPÉCIE TIPO PAS / MOTOCICLISTA

COMBUSTÍVEL GASOLINA

YAMAHA / FACTOR VER 125 ED

CAP / POT / CL 28 / 124 CL

CATEGORIA PARTIC

COR PREDOMINANTE PRETA

COTA ÚNICA - VENC / COTAS 1º 2º 3º

IPVA 2019 QUITADO

FAIXA IPVA 1

PARCELAMENTO / COTAS 1º 2º 3º

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) 80.11

PREMIO TOTAL (R\$) 0.32

DATA DE PAGAMENTO 16/04/19

OBSERVAÇÕES

AL. FID. BANCO ITAUCARD SA

BRIGATORIO

NAO VALIDO PARA TRANSFERENCIA

ABREU E LIMA - PE

DATA 18/04/19

Roberto Carlos Moreira Fontelles

DIRETOR DE REGISTRO E LICENCIAMENTO

PE Nº 014806014318 BILHETE DE SEGURO DPVAT

RAFAEL MARTINS CARMEIRO DA SILVA

RUA OITENTA E NOVS 66

CASA CAETES I ABREU E LIMA-PE

53530-640

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT

PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO

AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO 2019 DATA EMISSÃO 18/04/19

VIA 1 CPF / CNPJ 075.140.684-81

PLACA FFA4529

RENAVAM 256592324

MARCA / MODELO YAMAHA / FACTOR VER 125 ED

ANO FAB 2010

POT / PRE 09

Nº CHASSI 9C68B1500B0000723

PRÊMIO TARIFÁRIO

DETRAN (R\$) 80.11

CUSTO DO SEGURO (R\$) 40.05

PREMIO TOTAL (R\$) 120.16

CUSTO DO BILHETE (R\$) 4.15

IOF (R\$) 0.32

DATA DE OITACÃO 16/04/19

PARCELADO

COTA ÚNICA

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.246.608/0001-04

DESTAQUE E CHARGE O BILHETE DPVAT

DETRAN



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0182146/20

Vítima: RODRIGO MARTINS CARNEIRO DA SILVA

CPF: 093.425.524-55

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

Data do acidente: 25/12/2019

Titular do CPF: RODRIGO MARTINS
CARNEIRO DA SILVA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS : 884.647.684-00

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

RODRIGO MARTINS CARNEIRO DA SILVA : 093.425.524-55

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 30/06/2020
Nome: ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS
CPF: 884.647.684-00

ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 30/06/2020
Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA
CPF: 114.202.964-69

JULIANA BEZERRA DE LUNA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3200232810 **Cidade:** Paulista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: RODRIGO MARTINS CARNEIRO DA SILVA **Data do acidente:** 25/12/2019 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

PARECER

Diagnóstico: TRAUMA DE FACE COM FRATURA DE CZO A ESQUERDA, FRATURA DO CORPO DA ESCAPULA ESQUERDA E FRATURA SEM DESVIO EXPOSTA DO CALCANEIO ESQUERDO.

Descrição do exame físico: DISCRETA ASSIMETRIA DA FACE A ESQUERDA, LIMITAÇÃO RESIDUAL DA ROTAÇÃO INTERNA DO OMBRO ESQUERDO (APROX 10 GRAUS DE REDUÇÃO) E LIMITAÇÃO RESIDUAL DO ARCO DE MOVIMENTO DO PE ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: VITIMA EVOLUI COM CONSOLIDAÇÃO TOTAL DAS FRATURAS E CICATRIZAÇÃO TOTAL DOS FERIMENTOS COM ALINHAMENTO ANATOMICO SATISFATORIO

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU RESIDUAL DO(A) LESÕES DE ÓRGÃOS E ESTRUTURAS CRÂNIO-FACIAIS E LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU RESIDUAL DO(A) OMBRO ESQUERDO E LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU RESIDUAL DO(A) PÉ ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 09/07/2020

Conduta mantida:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
Perda funcional completa de um dos pés	50 %	Em grau residual - 10 %	5%	R\$ 675,00
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau residual - 10 %	2,5%	R\$ 337,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3200232810 **Cidade:** Paulista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: RODRIGO MARTINS CARNEIRO DA SILVA **Data do acidente:** 25/12/2019 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 06/07/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DE ARCO DO ZIGOMÁTICO E MANDÍBULA ESQUERDA
FRATURA DA ESCÁPULA ESQUERDA.
FRATURA EXPOSTA DE CALCÂNEO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: FACE: REDUÇÃO INCRUENTA.
TRATAMENTO CONSERVADOR-OMBRO DIREITO.
TRATAMENTO CIRÚRGICO-TORNOZELO ESQUERDO.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: BOLETIM OPERATÓRIO NA PÁGINA 4
EVOLUÇÃO MÉDICA NA PÁGINA 5/6/10

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
Perda funcional completa de um dos pés	50 %	Em grau residual - 10 %	5%	R\$ 675,00
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			21,25 %	R\$ 2.868,75

PROCURAÇÃO PARTICULAR

BENEFICIÁRIO/VÍTIMA:

Nome: RODRIGO MARTINS CARNEIRO DA SILVA
Nacionalidade: BRASILEIRO Estado Civil: SOLTEIRO Profissão: MANOBRISTA
Identidade: 7409803 SDS/PE CPF: 093425524-55
Endereço: RUA 89, CAETES I, ABREU E LIMA-PE.
CEP= 53530-640

PROCURADOR(A):

Nome: ROSSANA LÍGIA FERNANDES DANTAS
Nacionalidade: Brasileira Estado Civil: Divorciada Profissão: Empresária
Identidade: 7.742.986 SDS/PE CPF: 884.647.684-00
Endereço: Avenida Joaquim Nabuco nº 200, Timbó, Abreu e Lima/PE. Cep. 53.520-170

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante quaisquer Seguradora pertencente ao Consórcio DPVAT, também perante aos pontos de atendimento da Seguradora Líder (Correios, Sincor (s) e Corretores), dar entrada em sinistro, enviar documentos relativo a pendências, receber correspondências, solicitar informações por escrito, e-mails ou por telefone, ter acesso ao número de sinistro ocorrido com a vítima no dia 25/12/2019, cobertura **INVALIDEZ**, em fim, acompanhar todo e qualquer andamento relativo ao sinistro em epigrafe do beneficiário (a)/vítima, até o término de sua liquidação, e finalmente praticar todos os atos necessários ao bom e fiel desempenho deste mandato. Obs.: É de responsabilidade do outorgante a veracidade das informações e documentos apresentados e disponibilizados ao outorgado.

09-01-2020 ABREU E LIMA-PE
Local e data



x Rodrigo Martins Carneiro da Silva
Assinatura do Beneficiário/Vítima
(Reconhecer firma por autenticidade)



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0182146/20

Vítima: RODRIGO MARTINS CARNEIRO DA SILVA

CPF: 093.425.524-55

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

Data do acidente: 25/12/2019

Titular do CPF: RODRIGO MARTINS
CARNEIRO DA SILVA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS : 884.647.684-00

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

RODRIGO MARTINS CARNEIRO DA SILVA : 093.425.524-55

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 30/06/2020
Nome: ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS
CPF: 884.647.684-00

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 30/06/2020
Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA
CPF: 114.202.964-69

ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS

JULIANA BEZERRA DE LUNA