

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

Rio de Janeiro, 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



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

Rio de Janeiro, 06 de 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: INTERRUPÇÃO 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.

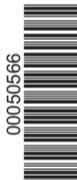
O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

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



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

Rio de Janeiro, 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 Vítimas 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 CALCANEUS ESQUERDO.

- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

Tratamento: REDUÇÃO FECHADA PERCUTÂNEA COM GANCHOS DA FRATURA DA FACE, TRATAMENTO CONSERVADOR DA FRATURA DA ESCÁPULA ESQUERDA E TRATAMENTO CIRÚRGICO 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 PÉ ESQUERDO.

- IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

Sim Não

- V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)

Sim Não

- VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

DEFÍCIT ANATOMICO RESIDUAL DA FACE, DEFÍCIT FUNCIONAL RESIDUAL DO OMBRO ESQUERDO E DEFÍCIT FUNCIONAL RESIDUAL DO PÉ 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"

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

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: 10% residual 25% leve

50% médio 75% intensa 100% completo

Região Corporal (Sequela):

Ombro - Esquerdo

% do dano: 10% residual 25% leve

50% médio 75% intensa 100% completo

Região Corporal (Sequela):

Pé - Esquerdo

% do dano: 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
Luiz de Lima Casanova Neto
CRM - Pernambuco - 17761
CRM-PE-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: 4 - Nome completo da vítima:
093.425.524-55 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:	MOTORISTA	8 - Endereço:	RUA OITENTA E NOVE			
9 - Número:	66		10 - Complemento:	QUINTA-106		
11 - Bairro:	CAETES I	12 - Cidade:	ABREU E LIMA		13 - Estado:	PE
14 - CEP:	53.530-640		15 - E-mail:	baldinosppe@hotmail.com (81)999441109(81)3538-0065		
16 - Tel.(DDD):			17 - Nome completo do Representante Legal:	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:

<input type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input checked="" type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> 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:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: **7474**

CONTA: **28372**

3

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider 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 Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário (não substituído)

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

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

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

40 - Local e Data,

Abreu e Lima/PE 30/06/2020
X Rodrigo Martins Carneiro da Silva

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019



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 PROFISSÕES** 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 COMPARCEU NADADA DE HOJE A ESTA DP PARA PRESTAR QUEIXA DO FATO PARA AS DEVIDAS PROVIDÊNCIA POLICIAS. 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: 4 - Nome completo da vítima:
093.425.524-55 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:	MOTORISTA	8 - Endereço:	RUA OITENTA E NOVE			
9 - Número:	66		10 - Complemento:	QUINTA-106		
11 - Bairro:	CAETES I	12 - Cidade:	ABREU E LIMA		13 - Estado:	PE
14 - CEP:	53.530-640		15 - E-mail:	baldinosppe@hotmail.com (81)999441109(81)3538-0065		
16 - Tel.(DDD):			17 - Nome completo do Representante Legal:	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:

<input type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input checked="" type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> 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:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: **7474**

CONTA: **28372**

3

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider 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 Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário (não substituído)

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

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

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

40 - Local e Data,

Abreu e Lima/PE 30/06/2020
X Rodrigo Martins Carneiro da Silva

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

ITAU - 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 0006943-93



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 Telefona
Agência Nacional de Energia Elétrica
167-Ligação Gratuita de telefones fixos e

DADOS DO CLIENTE
NADIA MARIA MARTINS DA SILVA
CPF: 052.394.314-85

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA OITENTA E NOVE 66
Q 106

CAETES IABREU 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

22/06/2020

TOTAL A PAGAR (R\$)

167,76

DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL

15/06/2020

DATA DA APRESENTAÇÃO

15/06/2020

NÚMERO DA NOTA FISCAL

112307728

CONTA CONTRATO

000508968035

Nº DO CLIENTE

2002154849

Nº DA INSTALAÇÃO

0000042094

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL
Monofásico

RESERVADO AO FISCO

85D8.D81C.A444.2146.0DF9.72CA.9A64.4BED

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

Descrição	Quantidade	Preço	Valor (R\$)
Consumo Ativo(kWh)-TUSD	179,00	0,42901509	76,79
Consumo Ativo(kWh)-TE	179,00	0,36081955	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 IMPPOSTO
141,37	25,00	35,34	141,37	0,97	1,37
					141,37
					4,48
					6,33

Tarifas Aplicadas

Consumo Ativo(kWh)-TUSD 0,29838000

Consumo Ativo(kWh)-TE 0,25095000

HISTÓRICO DO CONSUMO

JUN	20	
MAI	20	
ABR	20	
MAR	20	
FEV	20	
JAN	20	
DEZ	19	
NOV	19	
OUT	19	
SET	19	
AGO	19	
JUL	19	
JUN	19	

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

R\$ %

Geração de Energia	44,48	31,46
Transmissão	5,17	3,68
Distribuição (Celpe)	31,41	22,22
Encargos Setaoriais	7,38	5,22
Tributos	43,04	30,44
Perdas de Energia	9,89	7,00
TOTAL	141,37	100

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

Descrição	Conjunto	Valor Apurado	Mata Mensal	Mata Trimestre
abril/2020				
DIC-No.de horas sem energia	PARATIBA II	1,14	4,95	9,91
FIC-No.de vezes sem Energia		1,00	3,17	6,35
DMIC-Duração máxima da interrupção contínua		1,14	2,77	8,00
DCRS-Duração de interrupção em dia crítico			Limite DCRS: 12,22	
EUSD-Valor do Encargo de Uso = R\$ 53,41				
Todo Consumidor pode solicitar a apuração dos indicadores DIC, FIC, DMIC e DCRS a qualquer momento.				

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pague no ponto mais perto de você! m m confecções: rua cento e cinqüenta 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.

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

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA



CNPJ 09.763.035/0001-64
INSC. EST. N° 18.1.001.0014398-2

ATENDIMENTO: AVENIDA BRASIL - NUM. 00931 - LOJA-5 - CENTRO
ABREU E LIMA PE 53525-790

DADOS DO CLIENTE
ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS - MATRIZ/RA 103668667 - Abr/2020
R. JOAQUIM NABUCO, N. 00200 - TIBO ABREU E LIMA PE 53520-170
INSCRIÇÃO: 165.135.120.0443.000 GRUPO:7 DEB.AUTOMATICO: 103668667

SITUAÇÃO AGUA LIGADO	SITUAÇÃO FOGO POTENCIAL	RESIDENCIAL 1	COMERCIAL 1	INDUSTRIAL 1	PÚBLICA
HIDROMETRO A175224252	DATA LEIT ANTERIOR 31/03/2020	DATA LEIT ATUAL 29/04/2020		MEDIA HD	

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

HISTÓRICO DE CONSUMO
REFERÊNCIA CONSUMO

03/2020	01	PARAMETROS	NÚMERO DE AMOSTRAS		
			EXIG. PORT MS 2.914/11	ANALISES REALIZ.	ATENDEM A LEGIS.
02/2020	01	TURBIDEZ	48	48	46
01/2020	01	COR APARENTE	48	48	41
12/2019	01	CLORO RESIDUAL	48	48	48
11/2019	01	COLIF. TOTAIS	48	48	47
10/2019	01	E. COLI	48	48	48
MEDIA:	01				

Qualidade de Água: www.compesa.com.br
OBS.: (1)COLIFORMES TOTAIS AUSÊNCIA 95% DAS AMOSTRAS EXAMINADAS
(2)OS PARAMETROS COFORMES TOTAIS, ESCHERICHIA COLI E CLORO
RESIDUAL SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES SANITÁRIAS DA ÁGUA
(3)OS PARAMETROS COR E TURBIDEZ SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES
ASSOCIADAS AO ASPECTO VISUAL DA ÁGUA

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

TRIBUTOS	BASE DE CALCULO	VALOR	VALOR DO IMPORTE
IRPF	108,92	1,65	1,80
ITBI	108,92	7,60	8,28

VENCIMENTO 15/05/2020 TOTAL A PAGAR: 113,29

MENSAGEM:

IDENTIFICAMOS A EXISTÊNCIA DE 2 FAIXA(S) PENDENTES, NO
TOTAL DE R\$ 222,58. REGULARIZE SEU DEBITO E EVITE A NEGA-
TIVACAO E SUSPENSAO DO FORNECIMENTO DE AGUA.

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DINHEIRO CIRCULAR SUSEP 445/12

Para maiores esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoras.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 Lider-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	CEP 53520170
Email: balbinospe@hotmail.com		Telefone Comercial (DDD) (81) 3538.0069	Telefone celular (DDD) (81) 98721.5834

Abreu e Lima/PE 30 de Junho de 2020

Rossana Lígia Fernandes Dantas

Assinatura do Declarante

HOSPITAL METROP. NORTE MIGUEL ARRAES

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTÓCOLO CLASSIFICAÇÃO 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

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

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

Prioridade:

Cor:

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

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 OXIGÉNIO: 98.00 %

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

Data impressão: 25/12/2019 09:14

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 DITENTA 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

Solinte hirsme de estreptolamento; admittido com de
intensidade moderada, que se intensificou ao meio e dor em

Exame Físico

(A) V.A desobstruídos (B) Respira espontaneamente (C) Al
modificadamente brônquio (D) Gás recuo, humor m
fíbris brônquio (E) Tumoreto hirsme, hirsme e
pulso alternativo.

Hipótese Diagnóstica

Inflamação hirsme multilocalizada.

Prescrição Médica

CON: 1) Solinte hirsme, 2) Solinte Tc de hirsme,
cerical, tonsil e adenome.

H. Jelerson C. Holland
Cirurgia/Vascular
CRM PE-1050

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 - N° Prontuário 10899			
7 - Cartão Nacional do SUS 700001093191303	8 - Data de Nascimento 09/12/1990	9 - Sexo <input checked="" type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino	10 - RaçaCor <input checked="" type="checkbox"/> 03 - Parda	10.1 - Etnia 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, N°, Bairro) RUA OITENTA E NOVE, 66 - CAETES I				
16 - Município ABREU E LIMA	17 - IBGE 260005	18 - UF PE	19 - CEP 53530640	

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais Sinais e Sintomas Clínicos
ACIDENTE AUTOMOBILISTICO CURSANDO COM FRATURA EXPOSTA DO CALCANEU ESQ + ESCAPULA DIR

21 - Condições que justificam a Internação

22 - Principais Resultados de Provas Diagnósticas

23 - Diagnóstico Inicial / Código

FRATURA DO CALCANEU ESQ EXPOSTA + ESCAPULA ESQ

24 - CID 10 Principal
S920

25 - CID 10 Secundário
W199

26 - CID 10 Causas Associadas

27 - Descrição do Procedimento Solicitado

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO CALCÂNEO

28 - Código do Procedimento
0408050535

29 - Especialidade

CIRÚRGICA

30 - Caráter de Atendimento
2

31 - Documento

CNS CPF

32 - N° do Documento (CNS/CPF) do Profissional Solicitante/Assistente

980016278437539

33 - N° 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

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS) Ortopedia ATENÇÃO

36 - Acidente de Trânsito

39 - CNPJ Seguradora

40 - N° Bilhete

CRM-PE 29.950

37 - Acid. Trabalho Típico

42 - CNPJ / Empresa

43 - CNAE / Empresa

44 - CBOR

38 - Acid. Trabalho Trajeto

45 - Vínculo com a Previdência

Empregado

Empregador

Autônomo

Desempregado

Aposentado

Não Segurado

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizado

47 - Cod. Orgão Emissor
E260000001

52 - N° da Autorização da Internação Hospitalar (AIH)

48 - Documento
 CNS

49 - N° do Documento (CNS/CPF) do Profissional Autorizado
 CPF

50 - Data da Autorização

51 - Assinatura e Carimbo (Nº Registro do Conselho)

Dra. Luciana Moser
Traum & Med. Ltda.

Aviso de Cirurgia : 61824
Paciente : 10899
Convênio Atend.: 1
Leito : 254
Dt. Inicio : 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 CALCANEO

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 CALCANEU 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 CALCANEU 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
- “JURATIVO OCLUSIVO”

Achados Cirúrgicos:

Descrição Complementar

MARILIA GOMES
CIRURGIA
CRM: 2646

DR(A) : FABIO NEUMANN KAUFFMAN
CRM : 14368



HOSPITAL
MIGUEL ARRAES



Instituto de Medicina Integral
Prof. Fernando Figueira

RESUMO DE ALTA HOSPITALAR/ESCLARECIMENTO

NOME: RODRIGO MARTINS CARNEIRO DA SILVA

DATA NASC.: 09/12/90

NOME SOCIAL: [Data de Publicação]

REG: 10899

IDADE: 29 **SEXO:** M

DATA DA ADMISSÃO: 25/12/19

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 PURULENTA, DOR IMPORTANTE OU FALTA DE AR.

EXAME FÍSICO:

ESTADO GERAL :

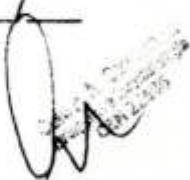
FERIDA OPERATÓRIA:

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

PROGRAMA APÓS ALTA:

AMBULATÓRIO DE EGRESO SIM() NÃO()

DATA DA CONSULTA AMBULATORIAL: _____


ASSINATURA DO MÉDICO, CARIMBO E CRM

FICHA DE INTERNAÇÃO

Cód. Atendimento: **509812**

Usuário: MONICABSL

Rua Estrada da Fazendinha, S/N
Jaguaribe - Paulista - PE
CEP.: 53.400 - 000

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
Endereço: RUA OITENTA E NOVE	, 66	- CAETES I
Origem: URGENCIA/EMERGENCIA	<u>Dados da Internação</u>	
Convênio: SUS - INTERNACAO	Data e Hora da Internação: 25/12/2019 10:36	
Unidade Internação: VERMELHA - EMERGEI Acomodação: ENFERMARIA DE OBSERVACA	Leito: VERMELHO - EXTRA 005	
Médico Internação: SORMANE DE CARVALHO BRITTO	Plano: GERAL	

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.....: Fx de Escravo

Diagnóstico Secundário01.: _____

Diagnóstico Secundário02.: _____

Tedimento.....: TTO conservador

*REVISADO
CH-HMA*


Médico e CRM:

Sormane de Carvalho Britto

Responsável pela retirada do paciente

Assinatura: 

5.

TERMO DE RESPONSABILIDADE

Autorizo a internação do paciente acima mencionado no HOSPITAL MIGUEL ARRAES bem como os tratamentos clínicos e cirúrgicos (Intervenção cirúrgica, anestesias, 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 Atendimento: 25/12/2019 - 10:36 Dt Alta: 01/01/2020 - 16:01

Paciente: 10899 RODRIGO MARTINS CARNEIRO DA SILVA

Serviço: 37 ORTOPEDIA 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
	+ Bloco cirúrgico
26/12/2019 12h	+ Let. (-) + lesão óssea calcificante + fasciclos dolorosos / espasmos. fase de ciclos e dor no bloco muscular.
	60 minutos Cetona Andre MS(+) = dor no diaço/OML/MLD. RTE(+) = dor no diaço
	Q 1x MS(+)
27/12/2019 12h	+ Let. (-) = fractura exposta coluna (+) Fratura espinha (+) Fratura de Moxila (+) fase de ciclos e dor no bloco MS(+) - NVO. MS(+) - NVO.

C: Susto Pan BAF-HR: 584 (3000)
C: Scans apertos

Medico
17.725



EVOLUÇÃO CLÍNICA

NOME: Rodrigo Valentim Ferreira da Silva DATA DE NASC.: 05/08/99
 NOME SOCIAL: _____
 SETOR: _____ ENFERMARIA: _____ LEITO: _____
 REGISTRO: 108.99

DATA/HORA
25/12/19 16:30
 Paciente ~~estava~~ ~~sendo~~ ~~atendido~~ ~~em~~ ~~internado~~
~~internado~~
28/12/19 13:30
 #SOT# CC3
 HO: F2 EXPLATA DE CALCANEUS (E)
 FR ECAVADA (E)
 RD: 25/12: LCT DCL TURVIA.
 PACIENTE REFERE DOOR EM REGIÃO ELCANOVA.
 (LGB, CORÉ, EQUINA, AFETOS)
 #CD: AGRAVADA FRAGILIDADE DO BMF NO PR.
 Guillermo Adolfo Mendoza
 CRMPE 27.729

29/12 - Lct -
15h Hab à rotina N = 0 Molho
P. C. L.: Sony Obstetral
ÉON BUPRASIL CONSCIENTE CHILOTE
PTJ (E) - CUSTO UNICO
1. UGIBS + FQ
DEFINIR TRATAMENTO FUTURO ESCOFÍCIS

30/12 - Lct -
12h Sp. A. Fornas
Acidentes sem revertir na doe OMALHO (E)
EEB GUFRALCO coagulante carcasa
MS (E) ENV (E) / MI (E) : ATENÇÃO FORN
Novas retiradas de 1x10 -
Ponto de extensão elástico.

 Dr. Marcelo Novaes
 M.D.
 CRM-PE 17.725



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 Prisão de Anterior Lateral
do Seio Maxilar e Anco Zigoatíaco Esquerdo.
(ACIDENTE DE MOTO)

Tratamento realizado: TAC DE CRÂNIO E TAC DE FACE
REDUÇÃO INCISIVAS.
NO HOSPITAL MIGUEL ANAES.

Obs. Encaminhado para o HOSPITAL MIGUEL
ANAES PARA O BUCO MAXILAR FACIAL

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 Wunderley
Médico de SAMU

Atenção: Este documento destina-se à 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

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

Diagnóstico Próvel: PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE
MOTOCICLÍSTICO, CURSANDO COM FRATURA
DE CRO () .

Tratamento Realizado: Foi realizada a REDUÇÃO
FECHADA PERCUTÂNEA com GANCHO DE BARROS.
PACIENTE SEN PELDA DE PROTEGÃO A-P E
DO ARCO ZIGOMÁTICO E COM BOA ABERTURA
BUCAL NO PÓS-EP. IMEDIATO.

Observação: _____

Cópia de: Allan Martins
TURMA E TRABALHOS PESO
Aluno-Médico-Facial
Alan Lacerda
Médico - CRM N°

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 Públco do Estado de Pernambuco.

Cód. 0157



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 7.742.986 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

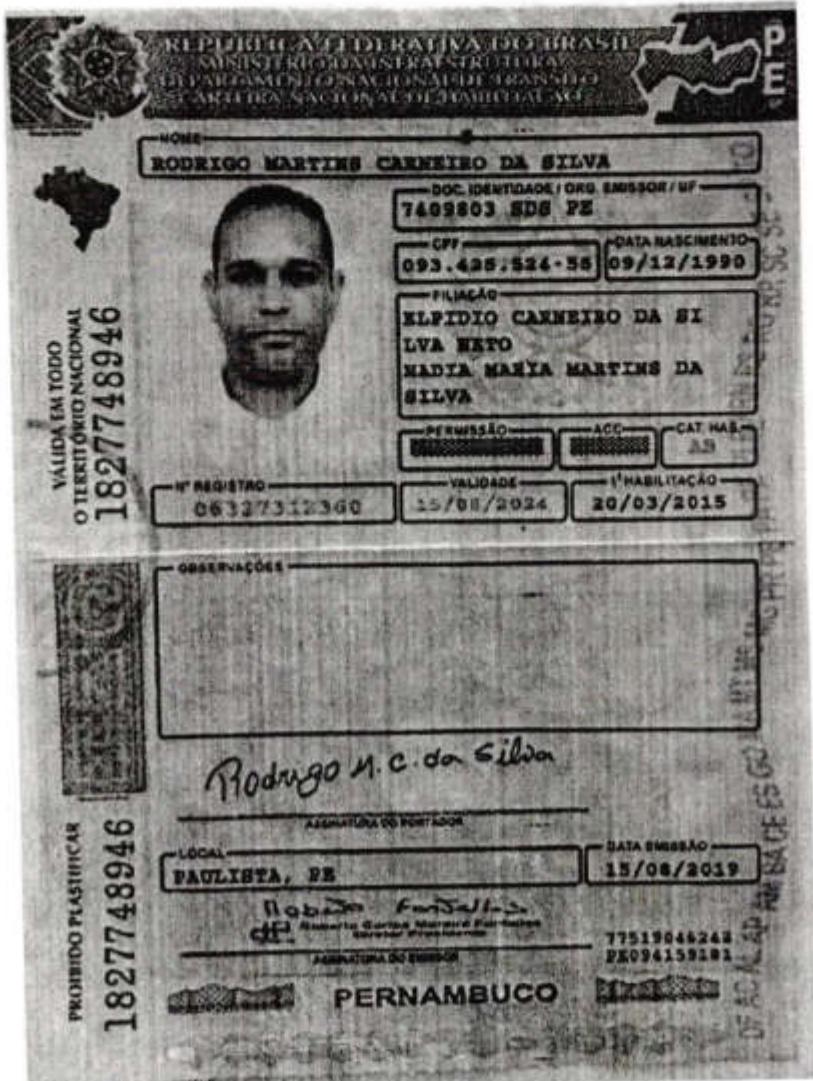
DOC ORIGEM: << CC 26745 L47B F68 CART SEDE
CAMPINA GRANDE PB 20 10 2004 >>

CPF: 884.647.684-00

ASSINATURA DO DIRETOR: [Signature]

LEI N° 7.116 DE 29/06/83

317052661805134701.7453785 F-76 88.077 - 3422





REGISTRO GERAL VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
7.409.803 DATA DE EXPEDIÇÃO 06/10/2014

NOME: << RODRIGO MARTINS CARNEIRO DA SILVA >>

PEDIDOS: << ELPIDIO CARNEIRO DA SILVA NETO >>
<< NADIA MARIA MARTINS DA SILVA >>

MUNICÍPIO: RECIFE - PE DATA DE NASCIMENTO: 09/12/1990

DOC. ORIGINAIS: << CN.91655 L.A77 F.299 CART.BOA
VISTA,RECIFE-PE 18.12.1990 >>

CPF: 093.425.524-55

ASSINATURA DO DIRETOR
LEI Nº 7.110 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**

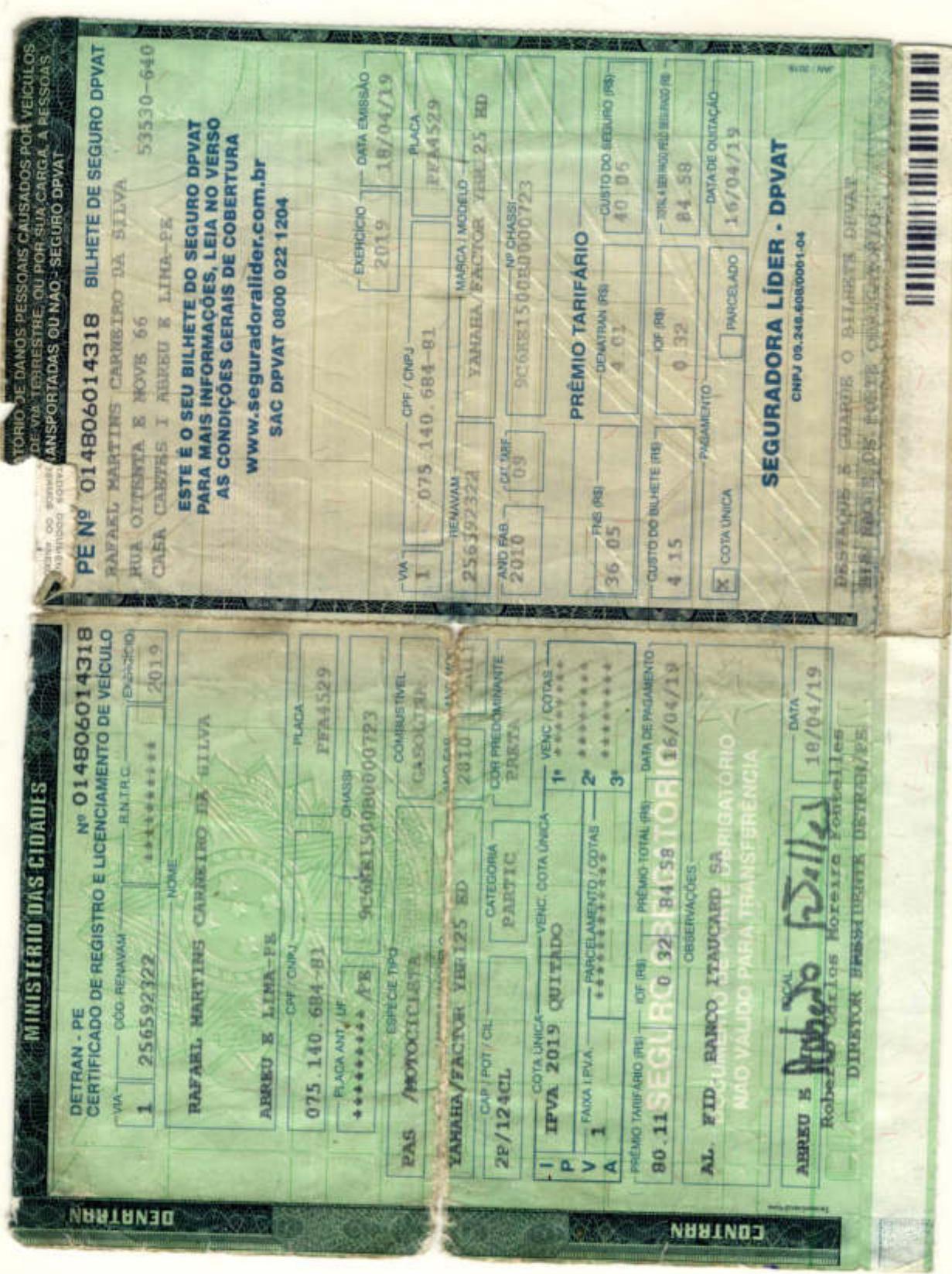
Dígito Verificador: **00**

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.)



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0182146/20

Vítima: RODRIGO MARTINS CARNEIRO DA SILVA

CPF: 093.425.524-55

CPF de: Próprio

Data do acidente: 25/12/2019

RODRIGO MARTINS
CARNEIRO DA SILVA

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

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

PARECER

Diagnóstico: TRAUMA DE FACE COM FRATURA DE CZO A ESQUERDA, FRATURA DO CORPO DA ESCAPULA ESQUERDA E FRATURA SEM DESVIO EXPOSTA DO CALCANEU 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 PÉ 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

Valorização 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: Motoboy
Identidade: 7H09803 SDS/PE CPF: 093.425.524-55
Endereço: Rua 89, CAEFS 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 epígrafe 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

CPF de: Próprio

Data do acidente: 25/12/2019

Titular do CPF: RODRIGO MARTINS
CARNEIRO DA SILVA

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

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