



Número: **0078299-56.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção A da 21ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **09/12/2020**

Valor da causa: **R\$ 13.500,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
ROGERIO DO NASCIMENTO SANTANA (AUTOR)		GISELLE VALENCA DE MEDEIROS (ADVOGADO)	
SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S/A (REU)			
PAULO FERNANDO BEZERRA DE MENEZES FILHO (PERITO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
73589296	15/01/2021 10:02	<a href="#">ANEXO 1</a>	Outros (Documento)



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 29 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190490416

Vítima: ROGERIO DO NASCIMENTO SANTANA

Data do Acidente: 15/10/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), ROGERIO DO NASCIMENTO SANTANA

Em razão da falta de apresentação do(a) RELATÓRIO MÉDICO, LAUDOS DE EXAMES DE IMAGEM E EM CASO DE CIRURGIA ENVIAR FOLHAS DO CENTRO CIRÚRGICO, não foi possível verificar a relação entre as lesões permanentes e o acidente de trânsito relatado. Assim, a vítima deverá apresentar o documento acima indicado e outros que contribuam para esclarecer a relação entre as suas lesões permanentes e o acidente, tais como os listados abaixo:

Boletim do primeiro atendimento médico/hospitalar, com a ficha da evolução médica e a alta médica hospitalar.

Relatório do tratamento médico realizado na internação e/ou no atendimento ambulatorial.

Laudos de exames, caso realizados no tratamento, tais como: Raio X, tomografia, ressonância magnética e de controle pós procedimento cirúrgico ou tratamento conservador ambulatorial, com a identificação do paciente e data de realização.

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

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01671/01672 - carta\_32 - INVALIDEZ

00010836



Carta nº 14748627





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 23 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190490416

Vítima: ROGERIO DO NASCIMENTO SANTANA

Data do Acidente: 15/10/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ROGERIO DO NASCIMENTO SANTANA

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,

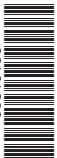
**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Carta nº 14893983

Pag. 00377/00378 - carta\_01 - INVALIDEZ

00310189





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 27 de Fevereiro de 2020**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190490416**

**Vítima: ROGERIO DO NASCIMENTO SANTANA**

**Data do Acidente: 15/10/2018**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO**

**Senhor(a), ROGERIO DO NASCIMENTO SANTANA**

Informamos que não recebemos a documentação complementar solicitada necessária à análise do pedido do Seguro DPVAT.

Como o prazo de 180 (cento de oitenta) dias concedido para a entrega dos documentos terminou, o seu pedido foi cancelado.

Para a reabertura do pedido do Seguro DPVAT, retorne ao ponto de atendimento onde o seu processo foi iniciado para apresentar os documentos já solicitados.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Pag. 00195/00196 - carta\_16 - INVALIDEZ



Carta nº 15553483



# 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: 024.085.344-02 4 - Nome completo da vítima: ROGERIO DO NASCIMENTO SANTANA

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

5 - Nome completo: ROGERIO DO NASCIMENTO SANTANA 6 - CPF: 024.085.344-02  
7 - Profissão: ASUANTE-DISTRI R- DUMONTE 8 - Endereço: 9 - Número: 1432 10 - Complemento: CASA  
11 - Bairro: MORRO DA CONCEIÇÃO 12 - Cidade: RECIFE 13 - Estado: PE 14 - CEP: 52280-103  
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): 081-987506443

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) ☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)  
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: BRADESCO

☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 3206 9 CONTA: 0477098 6

(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 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 (vairascer)? ☐ 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 da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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

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

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data,

x Rogério do Nascimento Santana

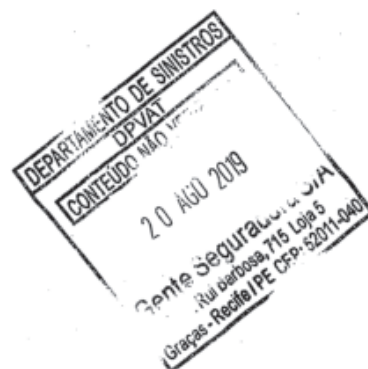
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura do Representante Legal (se houver)







2 de 2



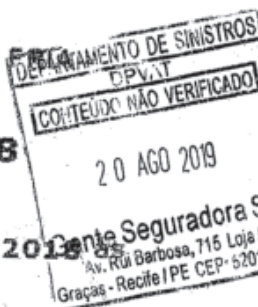
19/11/2018 12

542442  
0286956/19

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 016ª CIRCUNSCRIÇÃO - ÁGUA FRIA  
DP16ªCIRC DIM/2ºDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **18E0106002998**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **19/11/2018** às **12:33**



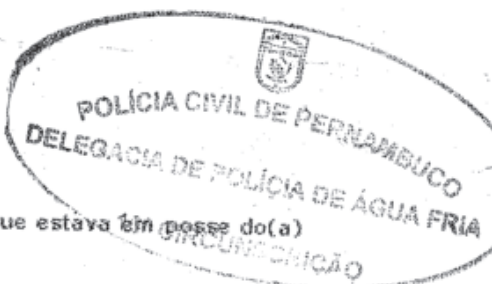
**ATROPELAMENTO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)** que aconteceu no dia **16/10/2018** no período da Manhã

Fato ocorrido no endereço: **RUA CANTORA DALVA DE OLIVEIRA, 1** - Bairro: **PORTO DA MADEIRA - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**  
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:  
DESCONHECIDO (AUTOR AGENTE)  
ROGERIO DO NASCIMENTO SANTANA (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**



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

**ROGERIO DO NASCIMENTO SANTANA** (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **SONIA MARIA R. DO N SANTANA** Data de Nascimento: **2/8/1978** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL** Estado Civil: **CASADO(A)** Escolaridade: **2º. GRAU COMPLETO** Profissão: **ADMINISTRADOR(A)**  
Endereço Residencial: **BAIRRO DE MORRO DA CONCEICAO (BAIRRO), 1432, RUA DO MONT**  
- CEP: **55000-000** - Bairro: **MORRO DA CONCEICAO - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

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

**VEÍCULO (VEÍCULO)** de propriedade do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**  
Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMÓVEL/RENAULT/LOGAN** Objeto apreendido: **Não**  
Cor: **PRATA** - Quantidade: **1 (UNIDADE)**

Placa: **PZ63731** (PERNAMBUCO/RECIFE)

#### Complemento / Observação



Boletim de Ocorrência

file:///C:/Users/Polícia civil/.infopol/xml/BOEPreview..

QUE O DECLARANTE CAMINHAVA NA MARGEM DO RUA SUPRACITDA, QUANDO O VEICULO EM TELA O ATROPELOU. QUE FORA JOGANDO AO CHÃO COM TRAUMA NA PERNA ESQUERDA, EM SEGUIDA SOCORRIDO PELO CORPO DE BOMBEIRO., DEPOIS AO HOSPITAL HAPVIDA DO ESPINHEIRO.

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

*Rogério do Nascimento Santana.*

**ROGERIO DO NASCIMENTO SANTANA  
(VITIMA)**

B.O. registrado por: **GILBERTO BEZERRA ROCHA** - Matrícula: **3847748**





# 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:

024.085.344-02 ROGERIO DO NASCIMENTO SANTANA

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

5 - Nome completo: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD):

ROGERIO DO NASCIMENTO SANTANA 024.085.344-02  
ASUANTE-DISTRITO R- DUMONTE 4432 CASA  
MORRO DA CONCEIÇÃO RECIFE PE 52280-103  
081-987506443

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) ☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: BRADISCO

☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104) AGÊNCIA: 32069 CONTA: 04770986

(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 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 (vairascer)? ☐ 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 da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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

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

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data,

x Rogério do Nascimento Santana

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura do Representante Legal (se houver)





SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DE PERNAMBUCO

CERTIDÃO

**Certidão nº 2018APH001534 Div. Op.**

Com fulcro no art. 5º XXXIV, letra "b" da Constituição Federal Brasileira, venho por meio de solicitação feita pelo(a) Sr<sup>a</sup>). ROGERIO DO NASCIMENTO SANTANA, 40 anos, BRASILEIRO(a), CASADO(a), RG nº 5277948 SDS/PE, inscrito(a) na Receita Federal sob o CPF nº 024.085.344-02, residente à RUA DO MONT , nº 1432, , MORRO DA CONCEIÇÃO, RECIFE-PE, certificar que este Grupamento de Bombeiros de Atendimento Pré-Hospitalar atendeu a uma ocorrência no dia 15/10/2018, por volta das 07:47 hs, no endereço: RUA CANTORA DALVA DE OLIVEIRA, S/N, BEBERIBE RECIFE-PE, referente a um(a) ATROPELAMENTO, envolvendo AUTOMOVEL LOGAN PRATA PZG3731-PE, no(a) qual fora vitimado(a) o(a) Sr<sup>a</sup>) ROGERIO DO NASCIMENTO SANTANA, inscrito sob o CPF nº 024.085.344-02 e Registro Geral ° 5277948, atendido(a) pela Unidade Tática de Resgate do Grupamento de Bombeiros de Atendimento Pré-Hospitalar, comandada pelo(a) SGT 704119-5 HEITOR. Foi transportado(a) para o HOSPITAL HAPVIDA ESPINHEIRO. Registrado(a) com o prontuário nº 16500796. Ficou aos cuidados do médico XX, registro XX. Os registros desta Certidão foram extraídos dos arquivos da Divisão de Operações / GBAPH.

Posição em 05/11/2018

A autenticidade desta certidão deve ser confirmada através do portal do Corpo de Bombeiros, no site <http://www.cbm.pe.gov.br/>, consultar protocolo nº 2018APH001534

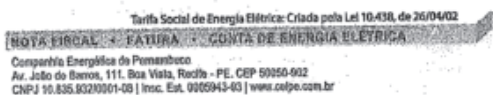


Av. João de Barros, 399 - Boa Vista - Recife/PE - CEP 50050-180

Fone: (81) 3182-9126 / CNPJ: 00.358.773/0001-44







ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA  
RUA DUMONT 1432

MORRO DA CONCEICAO/RECIFE  
RECIFE PE  
52280-103

CODICE CONTRATO	NUMERO
1118236021	08/2019
DATA DI VINCIMENTO	DATA DI SCADENZA DELLA RATA
30/08/2019	16/09/2019
POSATA A PAGAR (IN)	121,34

NUM. ROLATIVO	SETOR	GRUPO
073704027	UNICA	1808/2018
NUM. HISTÓRICO	PROCESSO	NUM. ROLATIVO
2308/2019	2000804447	3132047

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)	110,180000	0,77545172	82,42
Acréscimo Bandeira AMARELA			1,17
Acréscimo Bandeira VERMELHA			3,59
Contrib. Ilum. Pública Municipal			18,45
ICMS Subvenção-CDE-NF 085181554-14/08/18			0,72
Doação LBN - 0800 055 5089			5,00

TOTAL DA FATURA	121,34
-----------------	--------

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL									
Nº DO RECEIÇÃO	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (Nº)
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
3930041077	CAT	14/08/2019	999.999,00	16/08/2019	30,00	2	1.000,00		34,00
018162	CAT	13/07/2019	4.432,00	14/09/2019	4.600,00	20	1.500,00		97,00

HISTÓRICO DE CONSUMO		IMPOSTOS E TRIBUTOS			CONTRIBUIÇÃO DE ENERGIA	
MÊS/ANO kWh		SAREE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPÓSTO		
AGO 19	119				Geração de Energia	RS 32,73 34,68%
JUL 19	122				Transmissão	RS 3,28 3,49%
JUN 19	107				Distribuição (CDEB)	RS 20,50 21,91%
MAI 19	120	ICMS	57,37 25,60	24,28		
ABR 19	138	PIS	57,57 0,74	0,71		
MAR 19	136	COFINS	57,57 3,42	3,32	Encargos Setoriais	RS 4,41 4,68%
FEV 19	125				Tributário	RS 26,32 26,14%
JAN 19	116				Total	RS 57,17 100%
DEZ 18	116					
NOV 18	119					
OUT 18	106					
SET 18	60					
ADO 18	83					

TARIFFAS APLICADAS	
Consumo Abaixo (WPS)	0,64033880

RESUMO DO FATURAMENTO	
SE3 EBAF PB81 1CB8 13CE 2EB7 CAE9 383A	

[illegible]

Atividade: Descrições de  
tornados, terremotos, tsunamis,  
furacões, enchentes, deslizamentos,  
incêndios, epidemias, ataques de  
terrorismo, acidentes de trânsito,  
etc. (atividade de interpretação de  
texto)

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERAÇÕES					TIPO DE TIPO		
CONJUNTO	VALOR APROXIMADO	LIMITE INFERIOR	LIMITE SUPERIOR	LIMITE ATUAL	TIPO NOMINAL (X)	LIMITE DE USO (M)	
						MÉDIA	DEVIÇÃO
DIG	0,00	4,00	0,01	10,00	220	202	231
FIG	0,00	3,17	0,00	12,70			
FIG	0,00	2,71	0,00	0,00			

Fonte: DCE - 19/03/2016. RPD - Valor da Taxa de Uso do Sistema de Distribuição - R\$ 25,50

Fonte: DCE, 12/23. EUSD - Valor do Encargo de Uso do Sistema de Distribuição - R\$ 35,58.

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	DATA DE VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR (R\$)
1116386021	08/2019	30/08/2019	121,34

838700000010 213400110010 118236021108 141376900435



# FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLÍNICA

Página 1 de 1

ULTRA SOM SERVICOS MEDICOS LTDA - HE

24/10/2018 09:32

Paciente: ROGERIO DO NASCIMENTO SANTANA	Dt. Nasc.: 02/08/1978	Atendimento: 16500796	Prontuário: 5694665
Convênio: HAPVIDA	Posto: POSTO EMERGENCIA - HE	Leito: 300217/2	
Profissional(is): PAULO ROBERTO BAGGI PAES CRM 5057 [1]		Nº: 10853348	15/10/2018 às 09:13
<b>ANAMNESE</b>			
Queixa Principal	Paciente trazido pelo bombeiro, consciente e orientado, diz ter sido atropelado por carro, apresentado dor no joelho E, quadril E e coluna lombar. solicitamos RX		[1]
Queixa Principal			
CID10	S300 CONTUSAO DO DORSO E DA PELVE		[1]
Alergias	Não		[1]
Medicação Em Uso	Não		[1]
Antecedentes Patológicos Familiar	Não		[1]
<b>EXAME FÍSICO</b>			
Aspecto Geral	Paciente trazido pelo bombeiro, consciente e orientado, diz ter sido atropelado por carro, apresentado dor no joelho E, quadril E e coluna lombar. solicitamos RX		[1]
Dispensar preenchimento de Sinais Vitais?	Sim		[1]
<b>DIAGNÓSTICO</b>			
CID10	S300 CONTUSAO DO DORSO E DA PELVE		[1]
CID10	S300 CONTUSAO DO DORSO E DA PELVE		[1]
<b>CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE</b>			
<b>PLANEJAMENTO TERAPEUTICO</b>			
Alta Após Medicação E Cuidados	Alta após cuidados e/ou medicação		[1]

Paulo Roberto Baggi Paes  
Traumatologia - Ortopedia  
CRM: 5057 - M6: 3375

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO  
20 AGO 2019  
Gente Seguradora S/A  
Av. Rui Barbosa, 715 Loja 5  
Grças - Recife/PE CEP: 52011-040





# FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLÍNICA

Página 1 de 1

ULTRA SOM SERVICOS MEDICOS LTDA - HE

24/10/2018 09:32

Paciente: ROGERIO DO NASCIMENTO SANTANA	Dt. Nasc.: 02/08/1978	Atendimento: 16500796	Prontuário: 5694665
Convênio: HAPVIDA	Posto: POSTO EMERGENCIA - HE	Leito: 300217/2	
Profissional(is): PAULO ROBERTO BAGGI PAES CRM 5057 [1]		Nº: 10855199	15/10/2018 às 11:19

## ANAMNESE

Queixa Principal

[1]

Visto RX= ausencia de fratura , . No joelho E ,  
grande aumento de volume na face medial do joelho E , com  
provavel lesão do ligamento colateral medial

Queixa Principal

CID10

S837 TRAUM DE ESTRUTURAS MULT DO JOELHO

[1]

Alergias

Não

[1]

Medicação Em Uso

Não

[1]

Antecedentes Patológicos Familiar

Não

[1]

## EXAME FÍSICO

Dispensar preenchimento de Sinais Vitais?

Sim

[1]

## DIAGNÓSTICO

CID10

S837 TRAUM DE ESTRUTURAS MULT DO JOELHO

[1]

CID10

S837 TRAUM DE ESTRUTURAS MULT DO JOELHO

[1]

## CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE

Paulo Roberto Baggi Paes  
Traumato - Ortopedia  
CRM: 5057 - Mat. 3373



# RECEITUÁRIO



Unidade de Saúde: \_\_\_\_\_  
/ Upinha ACS Maria Rita da Silva  
Rua Corrego do Euclides s/n  
Distrito Sanitário V

**Nome:**

Sanctus VII

Registro Nº \_\_\_\_\_

Cartão SUS Nº

~~20 AGO 2019~~

20 Nov - 10:30 AM

**Gente Segura**  
Av. Rui Barbosa, 115 Loja 5  
Gratuito Recife PE

handa MedCo

faciente rogerio do  
anos, sofreu acidente

Gente Seg.	115 Lm
An RUI	06-08-97
Grat.	Rede I P

Nocimento setembro 1900

no último dia 15/10/18. onde se  
atingido principal

Exzendo, fz unum RNM; accidit.

em corpo e como protuber do menisco-  
medial / externo. For

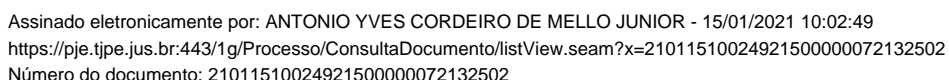
lateral de exte mado a superfície inferior +  
lateral de plomocid mto +

imperio total al dogo de Habsburgo.

Femoral lateral sulcus - 4 cm.

Em 16/07/99. Apresentando ematoceúria e  
empielobacteremia - N. meningitidis  
Data: 29.07.99 de Trabalho

Data: 29.07.1980



NOME:

Rogério do Nascimento Santos

Laudo Médico

Paciente com lesão em pulso @ C/D M23.2  
encontra-se de alta definitiva.

08/08/19

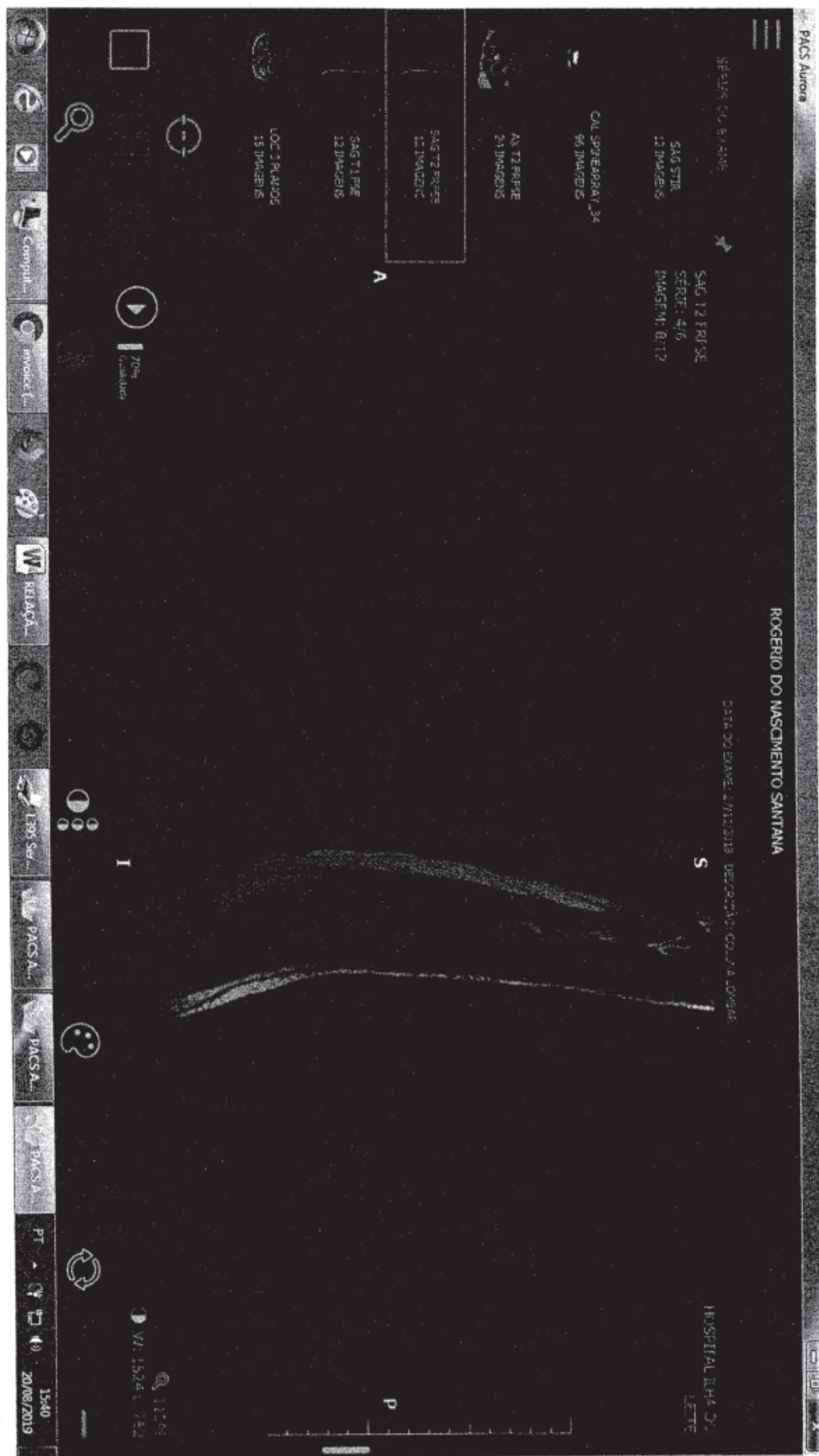
João Paulo Lafayette  
Traumatologia - Ortopedia  
CRM - 17.461

RECIFE,

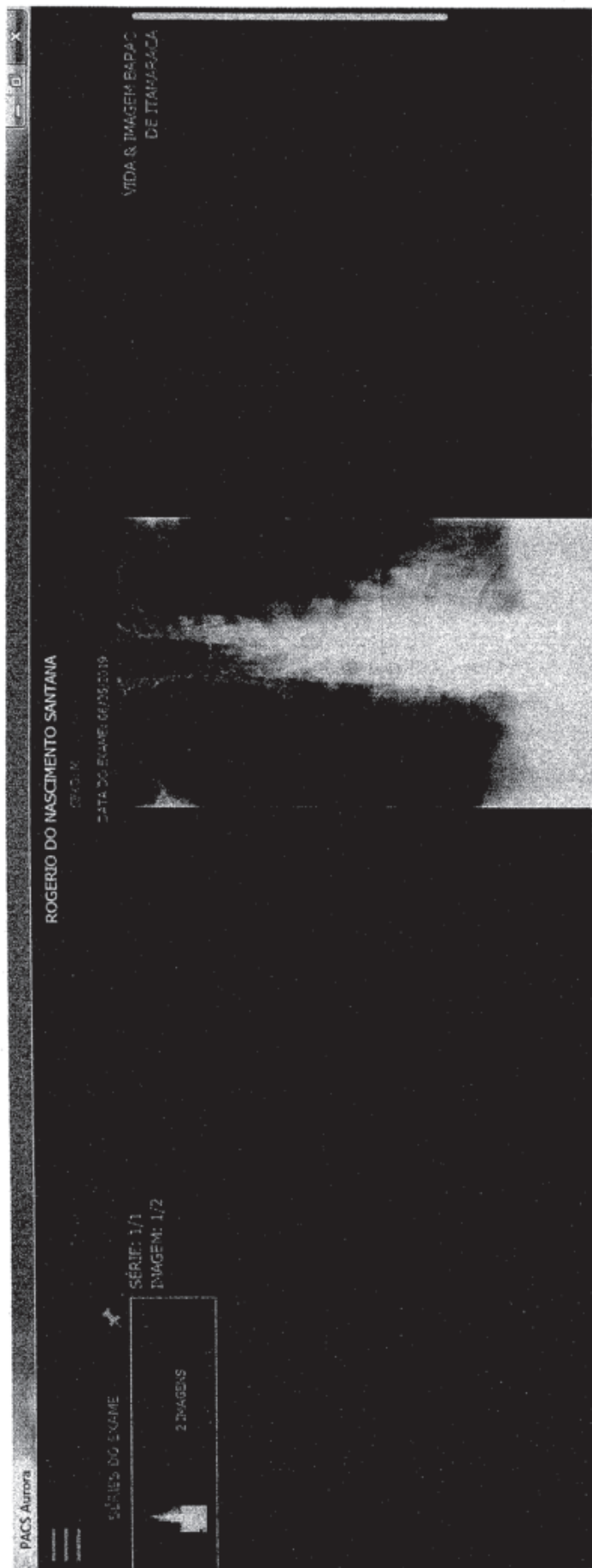


Hapclínica Recife - Rua do Espinheiro, Nº 119, Espinheiro, Recife-PE,  
Fone: (81) 3217.4200



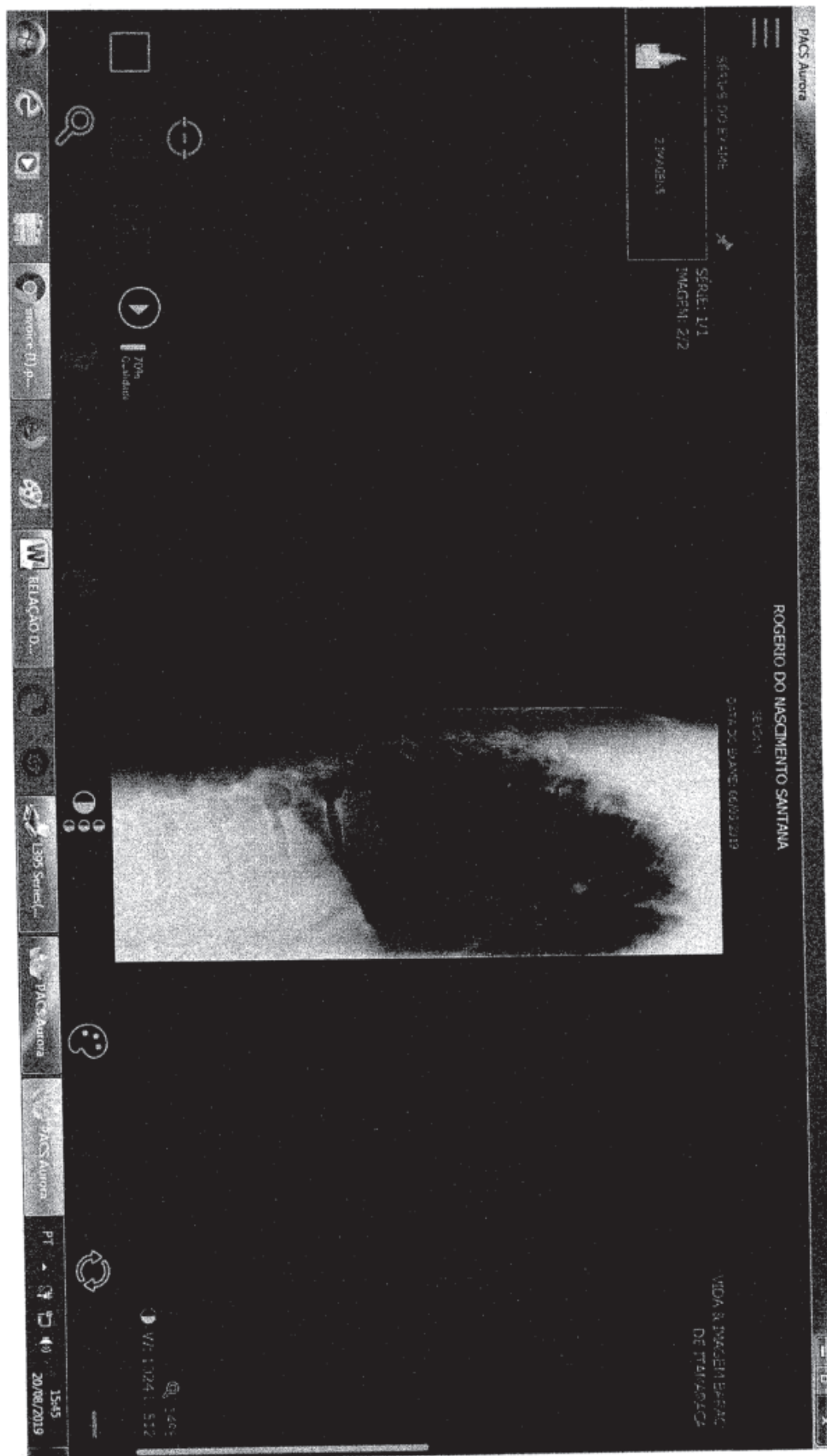


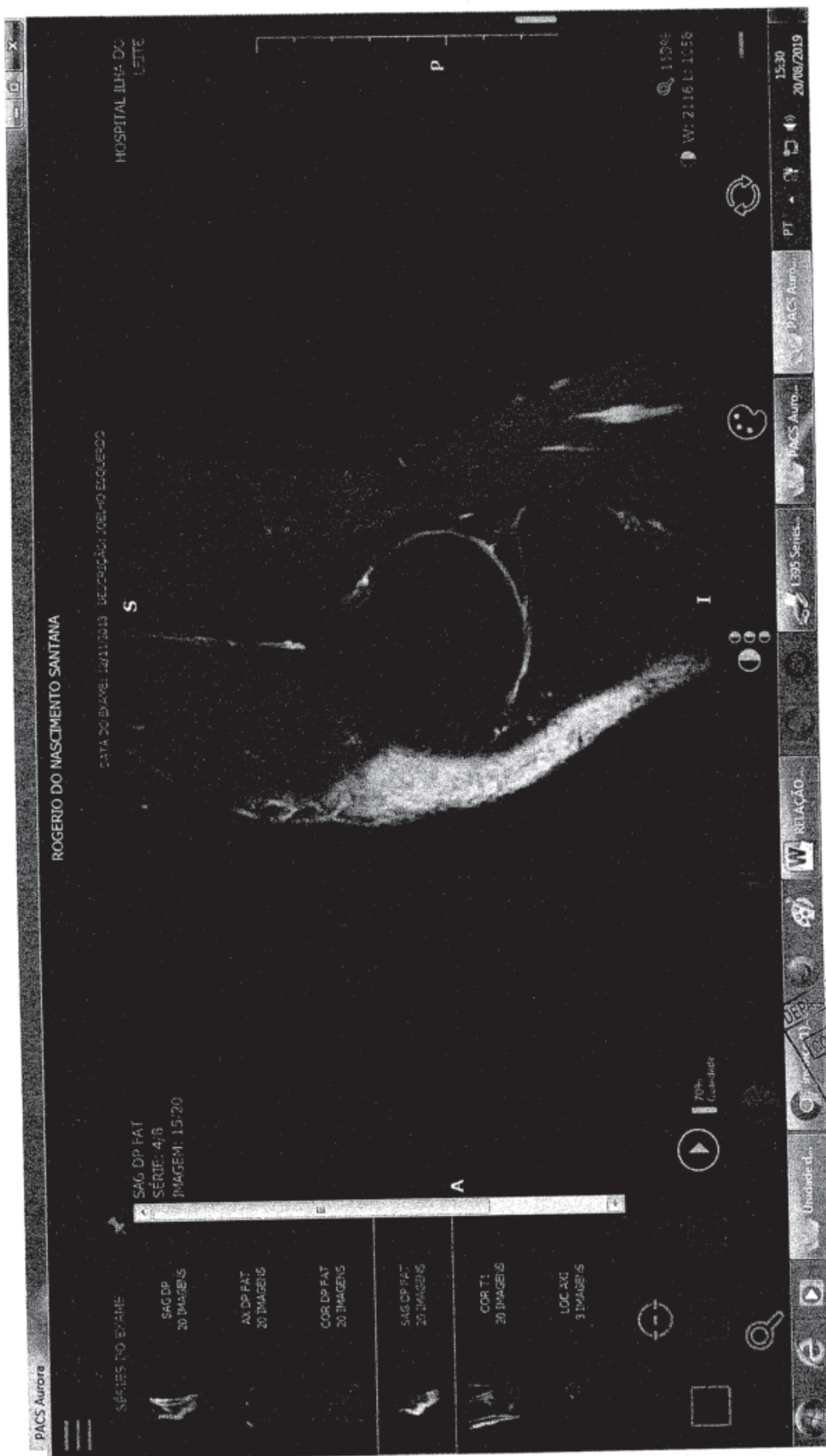




MENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
NÃO VERIFICADO  
20 AGO 2019  
Gente Seguradora S/A  
Av. Rui Barbosa - F. 100  
Grat. Recib. 1/1





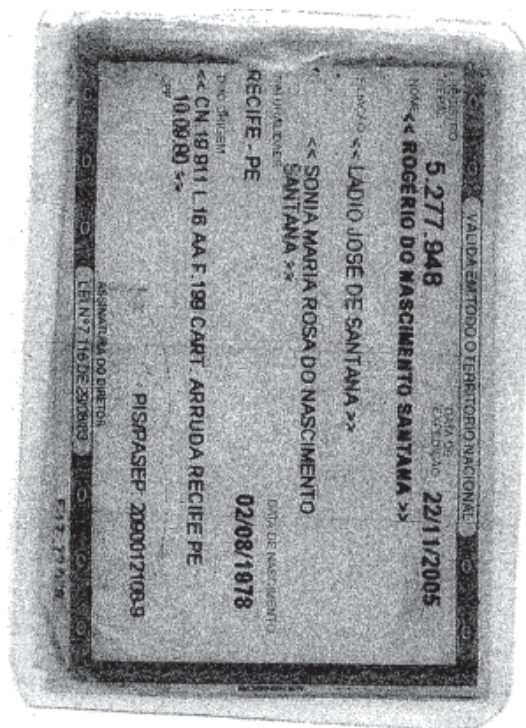


DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
 DPVAT  
 CONTEUDO NAO VERIFICADO  
 20 AGO 2019  
 Gente Seguradora S/A  
 Av Rui Barbosa 115 Lote 2  
 Grajaú - Rio de Janeiro









# DECLARAÇÃO

Venho por meio informar  
Que não existe mais documentação médica  
A se apresentar.

Por isso me disponho à realização de perícia médica caso seja solicitado pela  
seguradora.

Eu ROGERIO DO NASCIMENTO SANTANA  
Portador do RG 5.277.948 e CPF 024.085.344-02

Rogério do Nascimento Santana

Assinatura da vítima



## PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

Gente Seguradora S/A  
Corporação de Seguros DPVAT

### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0286956/19

Vítima: ROGERIO DO NASCIMENTO SANTANA

CPF: 024.085.344-02

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

Data do acidente: 15/10/2018

Titular do CPF: ROGERIO DO NASCIMENTO SANTANA

CPF de: Próprio

### DOCUMENTOS ENTREGUES

#### Sinistro

Boletim de ocorrência

Comprovação de registro de acidente declarado

Declaração de Inexistência de IML

Documentação médico-hospitalar

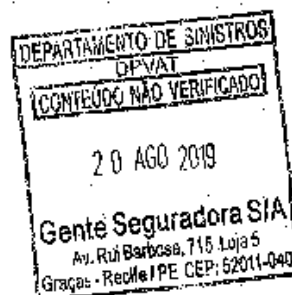
Documentos de identificação

Outros

ROGERIO DO NASCIMENTO SANTANA : 024.085.344-02

Autorização de pagamento

Comprovante de residência



### ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue 0800-0221204.

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 6134/74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo e os mesmos devem ser digitalizados no ato de atendimento para inclusão no auto de sinistro digital.

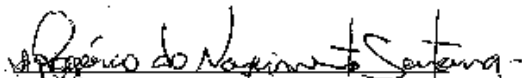
A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

#### Portador da documentação entregue

Data da entrega: 20/08/2019

Nome: ROGERIO DO NASCIMENTO SANTANA

CPF: 024.085.344-02

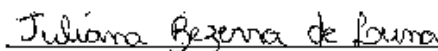
  
ROGERIO DO NASCIMENTO SANTANA

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 20/08/2019

Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA

CPF: 114.202.964-69

  
JULIANA BEZERRA DE LUNA



## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190490416 **Cidade:** Recife **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ROGERIO DO NASCIMENTO **Data do acidente:** 15/10/2018 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A  
SANTANA

### PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 29/08/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** TRAUMA DE JOELHO ESQUERDO COM PROVÁVEL LESÃO LIGAMENTAR P2

**Resultados terapêuticos:** NÃO DEFINIDO.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:** Não definido

**Documento/Motivo:** Documentação Médico Hospitalar

**Nome do documento faltante:** RELATÓRIO MÉDICO, LAUDOS DE EXAMES DE IMAGEM E EM CASO DE CIRURGIA ENVIAR FOLHAS DO CENTRO CIRÚRGICO

**Apontamento do Laudo do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** RELATÓRIO MÉDICO DA PÁGINA 4 COM ALTA DEFINITIVA EM 08/08/2019.  
RELATÓRIO MÉDICO DA PÁGINA 3 INFORMA CIRURGIA EM 12/07/2019:

- RELATÓRIO MÉDICO DA INTERNAÇÃO/INTERNAMENTO COM DESCRIÇÃO DO TRATAMENTO REALIZADO OU EM CURSO;
- LAUDOS DE EXAMES DE IMAGEM, CASO REALIZADOS DURANTE A INTERNAÇÃO, TAIS COMO: RAIOS X, TOMOGRAFIA OU RESSONÂNCIA MAGNÉTICA E DE CONTROLE PÓS PROCEDIMENTO CIRÚRGICO OU TRATAMENTO CONSERVADOR, COM RESPECTIVA IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE SEGURADO E DATA DE REALIZAÇÃO;
- EM CASO DE CIRURGIA ENVIAR FOLHAS DO CENTRO CIRÚRGICO, DESCRIVENDO PROCEDIMENTO ADOTADO E MATERIAIS USADOS, FOLHA DE ANESTESIA, FOLHAS DE EVOLUÇÃO MÉDICA E SUMÁRIO DE ALTA.

**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
		Total	0 %	R\$ 0,00





## PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0286956/19

**Vítima:** ROGERIO DO NASCIMENTO SANTANA

**CPF:** 024.085.344-02

**Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

**Data do acidente:** 15/10/2018

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** ROGERIO DO  
NASCIMENTO SANTANA

### DOCUMENTOS ENTREGUES

#### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Comprovação de registro de acidente declarado  
Declaração de Inexistência de IML  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação  
Outros

#### ROGERIO DO NASCIMENTO SANTANA : 024.085.344-02

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

### ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue 0800-0221204.

- 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.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

#### Portador da documentação entregue

Data da entrega: 20/08/2019  
Nome: ROGERIO DO NASCIMENTO SANTANA  
CPF: 024.085.344-02

ROGERIO DO NASCIMENTO SANTANA

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 20/08/2019  
Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA  
CPF: 114.202.964-69

JULIANA BEZERRA DE LUNA

