

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 29/01/2013

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.444,99

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: INALDO CRISTIANO RAMOS MARQUES

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00049

CONTA: 000000001313-6

Nr. da Autenticação 5049B4D1BDFB045C



Aviso de Sinistro DPVAT

Código: 437655

Na forma do disposto, na resolução Nº 01/75 do Conselho de Seguros Privados e Capitalização - CNSP - levo ao conhecimento desta companhia a ocorrência do acidente em questão, com o veículo descrito abaixo:

Tipo de Veículo 09-Ciclomotor/Motoneta/Motocicleta/Triciclo		Placa KKB-5296/PE		
Nome da Vítima INALDO CRISTIANO RAMOS MARQUES		Natureza 2 - INVALIDEZ		
Tipo Sinistrado 3 - Motorista	Data Nascimento 11/07/1986	Tipo de CPF 0 - Possui CPF	CPF da Vítima 070.795.464-94	Data Ocorrência 17/08/2012

Em cumprimento ao item 10 da resolução Nº 01/75 do CNSP, junto ao presente aviso de sinistro os seguintes documentos:

() Certidão Nº 12E0095011531 da autoridade policial sobre a ocorrência;

() DUT Nº _____ () _____ () _____

() RG e CPF do Sinistrado () _____ () _____

() RG e CPF do(s) Beneficiário(s) () _____ () _____

Beneficiários					
Nome	Tipo Benef.	Vínculo	Dt.Nasc.	CEP	CPF/CNPJ
INALDO CRISTIANO RAMOS MARQUES	Vítima	VITIMA	11/07/1986	52291-070	070.795.464-94

Declaramos ter recebido a via original do presente Aviso do Sinistro, com todos os documentos assinalados com (X).
Observações: _____

Nota.: Para cada vítima deverá ser emitido um aviso de sinistro, ainda que tenha havido diversas no mesmo acidente em 2(duas) vias, permanecendo uma em poder do beneficiário, a título de protocolo de recebimento dos documentos.

Local do Aviso _____ PE

Data 27 DEZ 2012

Local da Entrega _____ RS

Data 11 DEZ 2012

Beneficiário

Centauro Vida e Previdência

Atenção:

- O processo de avaliação sobre o pagamento da indenização ou reembolso, ocorrerá somente após a apresentação de todos os documentos em conformidade com a legislação vigente.
- O prazo determinado por Lei de 30 dias para o pagamento, somente será iniciado quando este processo completo for cadastrado na Seguradora Líder, gerado o número Megadata.

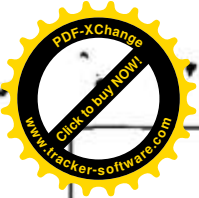
R SENADOR DANTAS, 80, 17º ANDAR

CENTRO - Cep: 20031-204

Tel.: (21) 2297-1212 Fax: (21) 2297-1212

site: <http://www.centauroseg.com.br> e-mail: alexandre.almeida@salek.com.br

RIO DE JANEIRO - RJ



AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO

1004039



CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DE SINISTRO DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO

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

Nº DO SINISTRO: _____

Eu, INALDO CRISTIANO RAMOS MARQUES Portador(a) do RG 6618482 Expedido por SDS/PE e CPF:070.795.464-94 Profissão PORTEIRO e renda mensal de R\$ _____, na qualidade de beneficiário(a) do valor referente a indenização/reembolso do seguro obrigatório DPVAT da vítima: INALDO CRISTIANO RAMOS MARQUES Autorizo a Seguradora **Centauro Vida e Previdência S/A** a efetuar o respectivo Pagamento/Crédito, de acordo com a forma indicada:

Dados bancários incompletos ou incorretos impedem os bancos de liberarem o pagamento. Verifique cuidadosamente seus dados antes de preencher os campos e evite rasuras.

1 - ☐ CRÉDITO EM CONTA CORRENTE

Nº BANCO: _____ Nº AGÊNCIA: _____ Nº C/C: _____

2 - ☐ CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA DO BANCO BRADESCONº BANCO: 237 Nº AGÊNCIA: _____ Nº C/P: _____3 - ☐ CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA DO BANCO DO BRASILNº BANCO: 001 Nº AGÊNCIA: _____ Nº C/P: _____4 - ☐ CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA DO BANCO ITAÚNº BANCO: 341 Nº AGÊNCIA: _____ Nº C/P: _____5 - ☐ CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA DA CAIXA ECONOMICA FEDERALNº BANCO: 104 Nº AGÊNCIA: 10049 Nº C/P: 101313-6

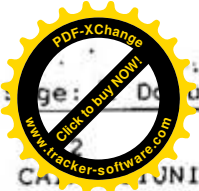
OP- 013

- Declaro que a conta acima mencionada é de minha titularidade.
- Uma vez efetuado o Pagamento/Crédito do valor da indenização do sinistro, de acordo com as informações acima descritas, reconheço o recebimento e dou como quitado o valor da referida indenização.

RECIFE, 09 DE NOVEMBRO DE 2012
Local e Data

Inaldo Cristiano R. Marques
Assinatura do Beneficiário

27 DEZ. 2012



N.CAIXA: 16.208.696 INALDO CRISTIANO RAMOS MARQUES PAG: 01 / 01
CPF : 070.795.464-94 Pessoa : Fisica
Dt.Nasc: 11/07/1986
Caixa :

S	Conta	Carteira	Dt.Abertura	Segundo Titular
	0049-013-00001313/6	FN 01	12/01/2005	

Ultima Posicao: 07/12/2012

Final do Amostragem.
F01=AJUDA F03=RETORNA F04=MENU F07=VOLTA F08=AVANCA F12=FINALIZA

27 DEZ. 2012



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLICIA DA 005A. CIRCUNSCRICAO - CASA AMARELA

BOLETIM DE OCORRENCIA Nº 12E0095011531

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 13/12/2012 às 17:10

ACIDENTE DE TRANSITO COM VITIMA NAO FATAL - Doloso (Consumado) que aconteceu no dia 27/8/2012 às 07:00

Fato ocorrido no endereço: **AVENIDA GOVERNADOR AGAMENON MAGALHAES, 1 - Bairro: DERBY - Municipal: RECIFE - Estado: PERNAMBUCO - País: BRASIL - Ponto de Referência: HOSPITAL PORTUGUES DO RECIFE**
Localidade: **VIA PUBLICA - Endereço: NAO INFORMADO**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:
DESCONHECIDO (OUTRO)
INALDO CRISTIANO RAMOS MARQUES (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:
VEICULO: (Outros motivos) , que estava em posse de(a) Sr(a): DESCONHECIDO
VEICULO: (Outros motivos) , que estava em posse de(a) Sr(a): INALDO CRISTIANO RAMOS MARQUES

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

(VITIMA) - INALDO CRISTIANO RAMOS MARQUES (presente ao plantão) - Sexo: Masculino
Mãe: MARIA CRISTINA RAMOS, Pai: JOSE INALDO MARQUES Data de Nascimento: 11/7/1986, Naturalidade: RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL

Documentos: 6518402/BD3/PR (RG), 07075546494 (CPF), 03708781661 (CNH) Estado Civil: SOLTEIRO(A); Escolaridade: 1ª. GRAU INCOMPLETO, Profissão: PORTEIRO; Telefone de Contato: NAO INFORMADO, Telefone Celular: 8187880939

Exame pericial solicitado por esta unidade policial para: IMPL. PARA EXAME DE COPPO DELITO

Endereço Residencial: RUA CORREGO JOSE IDALINO, 34, 65000-000, DISTRITO DA GUABIRABA, RECIFE, PERNAMBUCO, BRASIL

Endereço Comercial: NAO INFORMADO

Dados Comerciais: NAO INFORMADO

(OUTRO) - DESCONHECIDO (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino
Mãe: NAO INFORMADO, Pai: NAO INFORMADO Data de Nascimento: NAO INFORMADO, Naturalidade: NAO INFORMADO / NAO INFORMADO / NAO INFORMADO

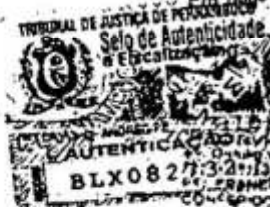
Estado Civil: NAO INFORMADO, Escolaridade: NAO INFORMADO, Profissão: NAO INFORMADO, Telefone de Contato: NAO INFORMADO; Telefone Celular: NAO INFORMADO

Endereço Residencial: NAO INFORMADO

Endereço Comercial: NAO INFORMADO

Dados Comerciais: NAO INFORMADO

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



Autêntico a presente Cópia fotostática, que é a reprodução fiel do original, que me foi apresentado. Dou fé.

21 DEZ. 2012

27 DEZ. 2012



VEICULO 1 (VEICULO) de propriedade de(a) Sr(a): **INALDO CRISTIANO RAMOS MARQUES**, que estava em posse de(a) Sr(a): **INALDO CRISTIANO RAMOS MARQUES**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA HONDA - CC 125 - Objeto apreendido NÃO - Número de Série NÃO INFORMADO**
Cor: **PRATA - Quantidade: 1 (UNIDADE) - Valor Unitário (MOEDA NÃO INFORMADA)**

Placa: **HHB5296 (PERNAMBUCO / NÃO INFORMADO)** Renavam: **702126491** Chassi: **9C2JC00103R119739**
Ano Fabricação/Modelo: **2002 / 2003** Combustível: **GASOLINA**

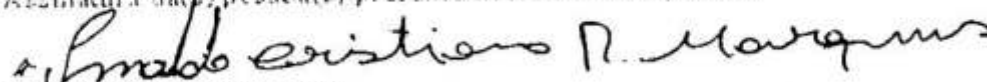
VEICULO 2 (VEICULO) de propriedade de(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**, que estava em posse de(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**
Categoria/Marca/Modelo: **CAMINHÃO - NÃO INFORMADO - NÃO INFORMADO - Objeto apreendido NÃO - Número de Série NÃO INFORMADO**
Cor: **PRATA - Quantidade: 1 (UNIDADE) - Valor Unitário (MOEDA NÃO INFORMADA)**

Placa: **NÃO INFORMADO (PERNAMBUCO / NÃO INFORMADO)**

Complemento / Observação

RELATA A VITIMA QUE PILOTAVA SUA MOTOCICLETA QUANDO O VEICULO (CAMINHÃO BAU) QUE SEGUIA SUA FRENTE FRENOU REPENTINAMENTE, QUE DESSA MANOBR, NÃO CONSEGUI DESVIAR TOTALMENTE TO CAMINHÃO PARA EVITAR UMA COLISÃO, VINDO ENTÃO A CHOCAR-SE COM O MÃO DIREITA NA TRASEIRA DO VEICULO, FERINDO-A.

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


INALDO CRISTIANO RAMOS MARQUES
(VITIMA)

5.6 - Registrado pela polícia: **CLEBER RODRIGUES DO NASCIMENTO - MAT. 221097-6 - Matrícula: 221097-6**

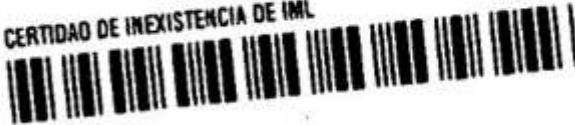




43 7655

CERTIDÃO DE INEXISTÊNCIA DE IML

1004029



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, INALDO CRISTIANO RAMOS MARGUES, portador da carteira de
Identidade nº 6618482 SP/PE, e inscrito no CPF/MF sob o nº 070.795.464-99
residente e domiciliado na RUA CORREGOJOSE JOAQUIM, N.º 39 A
Cidade RECIFE Estado PE, declaro, sob as penas da lei, que
estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de
indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74) uma vez que:

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

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

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

Inaldo Cristiano R. Margues

Assinatura do interessado
conforme documento de identificação

Recife, 09/11/12

Local e data

27 DEZ 2012



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

COMPROVANTE DE RESIDENCIA

1004040



EU, INALDO CRISTIANO RAMOS MARQUES

PORTADOR(A) DO RG: 6618482 SDS/ PE E CPF: 070.795.464-94

DECLARO PARA OS DEVIDOS FINS DE RECEBIMENTO DE SEGURO DPVAT, QUE MORO E

RESIDO NA: RUA CORREGO JOSÉ IDALINO, N° 34 A

BAIRRO: GUABIRABA NA CIDADE DE: RECIFE

ESTADO DE: PERNAMBUCO

CEP: 52.291-070

TELEFONE PARA CONTATO: 81-3426.4486

REITERO QUE É MINHA INTEIRA RESPONSABILIDADE AS INFORMAÇÕES AQUI CONTIDAS.

RECIFE, 09 DE NOVEMBRO DE 2012.

INALDO CRISTIANO RAMOS MARQUES

27 DEZ 2012



SUS

Secretaria do Saúde do Recife

RECEITUÁRIO



PREFEITURA DO
RECIFE

Carlos Sus + Ra + Ca

169

2^a a 5^a 8:00h es

Unidade de Saúde:

NOME:

Francisco Carlos

Prontuário:

Francisco C/
médico
(de Jernio)

0104 - 17255

franc. 5^a Med

Data:

19/09/12

Assinatura Conselho Nº

Dr. Eudino Alves Codinho
Ortopedista
CRM - PE 11.699

27 DEZ 2012



Carlos Sus + RA + CA
169

 **SUS** **RECEITUÁRIO** 

Secretaria de Saúde do Recife

2^o a 5^o 8:00h e

PREFEITURA DO RECIFE

Unidade de Saúde: _____

NOME: T. L. S. Costa

Prontuário: _____

Tratado por
Dr. R.
2/10/12

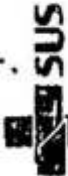
CRM 52221
24575 MED

15/07/12

[Signature]

Data: 15/07/12

Assinatura Conselho N° _____



Secretaria de Saúde do Recife

P.C.S. Sec. de Saúde/SUS
Policlínica Amaury Coutinho
Rua Iguatã, s/nº - Campina do Barreto



PREFEITURADO
RECIFE

ATESTADO MÉDICO

Atesto que o(a)

Trabalho Continuação Remo Henrique

registro nº

dez necessita de 10

(dez) dia(s) de

afastamento das suas atividades, a partir desta data por

motivo de doença.

CID: S61.1

Recife, 17 de agosto de 2012

Dr. Luiz Moreno

Luiz Moreno
Assinatura - Conselho nº

Nota - Este atestado é válido para as finalidades previstas no Art. 86 do RGPS, aprovado pelo decreto nº 60.501 de 14/03/67 e será expedido para justificativa de 1 a 15 dias de afastamento do trabalho.



P.C.K. Sec. de Saúde/SUS
Policlínica Amaury Coutinho
Rua Iguatã, s/nº - Campina do Barreto



PREFEITURADO
RECIFE

ATESTADO MÉDICO

Atesto que o(a)

Duilio Cythano Pa

Marjão

registro nº

15

necessita de

(quinze) dia(s)

afastamento das suas atividades, a partir desta data, p

motivo de doença.

CID: S62.3

Recife, 09 de dez

Dr. Duilio Cythano Pa
CRM - PE 11.111

Duilio Cythano Pa
Assinatura - Conselho nº

Nota - Este atestado é válido para as finalidades previstas no Art. 86 do RGPS, aprovado pelo decreto nº 60.501 de 14/03/67 e será expedido para justificativa de 1 a 15 dias de afastamento do trabalho.



TRAUMATOLOGIA

U 7110

FICHA DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA

Secretaria de Saúde do Recife

Registro Nº 15375 Hora: 12:00 Recepcionista:
Unidade de Saúde: 169 Distrito Sanitário: II Data: 27-08-12

Informações prestadas pelo paciente ou acompanhante:

Nome: Inaldo Cristiano Ramos Marques
Data de Nascimento: 11/07/86 Sexo: ☒ M- Masc. ☐ F- Fem. Raça/cor: ☐ 1 Branca ☐ 2 Negra ☐ 3 Parda ☐ 4 Amarela ☐ 5 Indígena

Estado Civil: solteiro Escolaridade: Ensino Médio Profissão: Desempregado

Nome da Mãe: Maria Cristina Ramos

Endereço: R. Corrego José Idalina Número: 34 Complemento: CEP:

Bairro: Guabiruba Município: Recife UF: PE

Acompanhante: Meio de Transporte:

Procedência: HDA: Trauma por Queda de 1,5m

Vacinas atualizadas Sim () Não () Não trouxe o cartão ()

PREENCHER EM CASO DE ACIDENTE OU AGRESSÃO

ACIDENTE DE TRÂNSITO

Veículo: Automóvel () Ônibus () Moto () Outro () Qual? Ignorado ()
Fator de Proteção: Cinto/Capacete: Sim () Não () Ignorado ()
Modo: Atropelamento () Colisão () Capotagem () Outro () Qual? Ignorado ()
Indo/Voltando do Trabalho: Sim () Não () Ignorado ()

ACIDENTE DE TRABALHO

Origem: Const. Civil () Indústria () Agricultura () Comércio () Outro () Qual? Ignorado ()
Local de Trabalho: Órgão: Endereço:

OUTRO TIPO DE ACIDENTE

Intoxicação Acidental () Queda Acidental () Afogamento () Queimaduras () Choque Elétrico ()
Outro: Qual? Ignorado ()

AGRESSÃO

Por: Arma de Fogo () Arma Branca () Espancamento () Outro () Qual? Ignorado ()
Modo: Assalto () Brigas () Ação Policial () Agressão Sexual () Outro () Qual? Ignorado ()

AUTO AGRESSÃO () / SUICÍDIO ()

Por: Arma de Fogo () Enforcamento () Drogas () Queda do Nível () Outro () Qual? Ignorado ()

LOCAL DA OCORRÊNCIA

Via Pública () Domicílio () Ambiente de Trabalho () Escola () outro () Qual? Ignorado ()

Observações:

Exame Físico: A: Geral Peso: Estrutura: Temp: °C

27 DEZ 2012



Arterial: _____ Pulso: _____ bpm PA: _____ x mmHg

D: Exame Neurológico

E: Abdômen:

Diagnóstico Inicial:

Exames Solicitados: Rx - Fratura de 5^a C7C D^o e L^o

Tratamento/Procedimentos:

- Analgésico - d^o p^o IN
- 14/01
- Gelo local p/ 4^a - 5^a - 6^a D^o
- Ag. A^o

Dr. Luiz Moraes
27 AGO. 2012

Data: ____/____/____

Assinatura Conselho N^o

Diagnóstico Definitivo: Fratura de 5^a C7C D^o

☒ Alta / Melhorado () Internamento () Transferência () Óbito

Transferido para:
Dr. Luiz Moraes
27 AGO. 2012

Médico: _____ CRM: _____ Data: _____ Hora: _____

Termo de responsabilidade para internamento:
- Estou ciente das normas existentes neste hospital, as quais aceito integralmente e autorizo a realização de tratamentos, clínicos e/ou cirúrgicos, inclusive transfusões e sem os exames complementares e transporte se forem necessários

27 DEZ 2012

Alto completo leve:



DOCUMENTOS DE IDENTIFICAÇÃO

1004037

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
PATRULHA NACIONAL DE HABITAÇÃO

Nome: IRALDO CRISTIANO RAMOS MARQUES

DOC IDENTIDADE / ORIG. EMISSÃO / UF: 4418492 SDR PE

CPF: 070.795.464-94 DATA NASCIMENTO: 11/07/1986

IRACÃO: JOSE IRALDO MARQUES MARIA CRISTINA RAMOS

PERMISSÃO: [] ACC: [] CAT. HAB: AB

Nº REGISTRO: 03705751664 VALIDADE: 16/08/2015 1ª HABILITAÇÃO: 13/10/2005

OBSERVAÇÕES: Exerce Ativ Remunerada

Iraldo Cristiano R. Marques
ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL: RECIFE - PE DATA EMISSÃO: 26/09/2011

[Assinatura]
ASSINATURA DO EMITENTE

24043065491
28042999537

PROIBIDO PLASTIFICAR 412978978

VALIDA EM TODOS OS TERRITÓRIOS NACIONAIS 412978978

27 DEZ. 2012

**PARECER DE ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL**Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT**DADOS DO SINISTRO**

Número: 2013036571	Cidade: Recife	Natureza: Invalidez
Vítima: INALDO CRISTIANO RAMOS MARQUES	Data do acidente: 27/08/2012	Emissor do parecer: José Artur Fialho Amorim
Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A	Prestadora: AMORIM E MATTOS SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS LT	CRM do médico: 314742

PARECER

Data da análise: 25/01/2013**Valoração do
IML:****Perícia médica:** Não**Diagnóstico:** TRAUMA NA MÃO DIREITA**Resultados
terapêuticos:** DEBILIDADE**Sequelas
permanentes:** LIMITAÇÃO FUNCIONAL**Sequelas:** Com sequela**Conduta mantida:****Quantificação das
sequelas:** MÃO 25%**Documentos
complementares:****Observações:****Valor pleiteado:** 9.450,00**Médico avaliador:** ARTUR**UF do CRM do
médico:** RJ**DANOS**

Dano	%	Dimensão	Graduação
Perda funcional completa de uma das mãos	70	1	25

Valor avaliado: 2.362,50