

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO EC-1

SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO TASSIUS SILVA




*marcelo pereira souza*

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 3.386.965 DATA DE EXPIRAÇÃO 14/02/2017

NOME << MARCELO PEREIRA DE SOUZA >>

PILARGOS << APRIGIO PEREIRA DE SOUZA >>  
<< MARIA DE LOURDES SOUZA >>

NATURALIDADE RECIFE - PE DATA DE NASCIMENTO 23/02/1962

DOC. ORIGIN << CN.37.298 L.A32 F.241 CART. 140 >>  
DIST RECIFE PE - 01.11.1983 >>

CNPJ 621.389.104-82

ASSOCIADA DO DIRETORADO LEI Nº 1.176 DE 20/04/03 F-75 99.722 - 3122

117741200203130538.7309405

ARUANA SEGURADORA  
28 ACO 2013

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
 MINISTÉRIO DAS CIDADES  
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSPORTES  
 CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

**Nome**  
 FERNANDA BRANDAO DE OLIVEIRA

**Doc. Identidade / RG - BRASIL - UF**  
 6141555-6 DS PE

**CPF**  
 084.639.994-69

**Data Nascimento**  
 30/06/1983

**Fluência**  
 FERNANDO FERREIRA DE OLIVEIRA  
 DIJANEITE BRANDAO DE OLIVEIRA

**Permissão**  
 ACC: **BRASIL** CAT. N°: **AB**

**V. PRESENTE**  
 08229954971

**V. LÍQUIDA**  
 13/02/2021

**V. MANUTENÇÃO**  
 16/06/2021

**Observações**  
 sem observações

**Local**  
 RECIFE - PE

**Data Emissão**  
 15/02/2016

**Assinatura**  
 [Assinatura]

**Nº de Registro**  
 84431504603  
 92071344637

**DETRAN - PE (PERNAMBUCO)**

**VALIDA EM TODOS OS TERRITÓRIOS NACIONAIS**  
**1221607980**

**PREVISÃO PLASTIFICAR**  
**1221607980**

ARQUIVA SEGURO  
 28 ACQ 2019

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PE Nº 014805223258  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA - COD. RENAVAM R.N.T.R.C. EXERCÍCIO  
1 1019978748 \*\*\*\*\* 2019

NOME  
MARCELO PEREIRA DE SOUZA

RECIFE-PE

CPF / CNPJ PLACA  
621.389.104-82 0Y05950

PLACA ANT. / UP CHASSI  
\*\*\*\*\* / PE 9C2EF1710FR500969

ESPECIE TIPO COMBUSTÍVEL  
PAS / MOTOCICLETA GASOLINA

MARCA / MODELO ANO FAB. ANO MOD.  
SUZUKI / FCR 150 2014 2015

CAP. / POT. / CIL. CATEGORIA COR PREDOMINANTE  
2P/152CL PARTIC PRETA

COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA VENC. / COTAS  
IPVA 2019 QUITADO 1 \*\*\*\*\*

FAIXA IPVA. PARCELAMENTO / COTAS 2 \*\*\*\*\*  
1 \*\*\*\*\* 3 \*\*\*\*\*

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) IOF (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO  
80.11 0.32 84.58 09/04/19

OBSERVAÇÕES  
AL. FID. BANCO ITAUCARD SA

RECIFE DATA  
10/04/19

Roberto Carlos Moreira Fontelles  
DIRETOR PRESIDENTE DETRAN/PE

ARUANA SEGURODORA  
28 ACO 2013

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190504280 **Cidade:** Recife **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** MARCELO PEREIRA DE SOUZA **Data do acidente:** 16/05/2018 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

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

**Data da análise:** 03/09/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** LUXAÇÃO EXPOSTA DO 4º DEDO DA MÃO ESQUERDA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO - LIMPEZA CIRÚRGICA + DEBRIDAMENTO + REDUÇÃO + IMOBILIZAÇÃO ALTA. P 1/2/9

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO 4º DEDO DA MÃO ESQUERDA.

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento  
faltante:**

**Apontamento do Laudo  
do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das  
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO 4º DEDO DA MÃO ESQUERDA.

**Documentos  
complementares:**

**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
Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	10 %	Em grau leve - 25 %	2,5%	R\$ 337,50
Total			2,5 %	R\$ 337,50



Seguradora Líder - DPVAT

## SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS **ID**

## IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA MARCELO PEREIRA DE SOUZADATA DO ACIDENTE 16/05/18 CPF DA VÍTIMA 621.389.104-82PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO FERNANDA BRANDÃO DE OLIVEIRAQUALIFICAÇÃO DO PORTADOR ( ) VÍTIMA ( ) REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM A VÍTIMA É ProcuradorENDEREÇO DO PORTADOR R. CONEGO JOSE FERNANDES MACHADONº 233 COMPLEMENTO CASA BAIRRO VARZEACIDADE RECIFE UF PE CEP 50.970-230E-MAIL \_\_\_\_\_ TELEFONE (81) 98552-9424

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

## DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- ☒ REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- ☒ CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☒ CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- ☒ NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA
- ☒ BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☒ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- ☒ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

## DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- ☐ REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- ☐ CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
- ☐ NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- ☐ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

## DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- ☐ CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

## INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- VALORES DE INDENIZAÇÃO**
- MORTE = R\$ 13.300,00
  - INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.300,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
  - DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.
- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA
- COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
- PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSSE [WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR](http://WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR) OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 922 1204

## PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA \_\_\_\_\_

IDENTIDADE 6.141.955 SOS/PEASSINATURA [Assinatura]

## RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA 16/05/2018NOME ARJANA SEGURADORAASSINATURA [Assinatura]

## DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- ☐ CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL), OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190504280 **Cidade:** Recife **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** MARCELO PEREIRA DE SOUZA **Data do acidente:** 16/05/2018 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

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

**Data da análise:** 03/09/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** LUXAÇÃO EXPOSTA DO 4º DEDO DA MÃO ESQUERDA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO - LIMPEZA CIRÚRGICA + DEBRIDAMENTO + REDUÇÃO + IMOBILIZAÇÃO ALTA. P 1/2/9

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO 4º DEDO DA MÃO ESQUERDA.

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento  
faltante:**

**Apontamento do Laudo  
do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das  
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL RESIDUAL DO 4º DEDO DA MÃO ESQUERDA.

**Documentos  
complementares:**

**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
Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	10 %	Em grau residual - 10 %	1%	R\$ 135,00
Total			1 %	R\$ 135,00

Rio de Janeiro, 15 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190504280

Vítima: MARCELO PEREIRA DE SOUZA

Data do Acidente: 16/05/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: FERNANDA BRANDAO DE OLIVEIRA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), MARCELO PEREIRA DE SOUZA

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\$ 337,50

Dano Pessoal: Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão 10%

Graduação: Em grau leve 25%

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

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

Recebedor: MARCELO PEREIRA DE SOUZA

Valor: R\$ 337,50

Banco: 104

Agência: 000000678

Conta: 0000053274-5

Tipo: CONTA POUPANÇA

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, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em:

[www.seguradoralider.com.br/recomeco](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



---

**Rio de Janeiro, 29 de Agosto de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190504280**

**Vítima: MARCELO PEREIRA DE SOUZA**

**Data do Acidente: 16/05/2018**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: FERNANDA BRANDAO DE OLIVEIRA**

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), MARCELO PEREIRA DE SOUZA**

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



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:  
621.389.104-82 MARCELO PEREIRA DE SOUZA

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

5 - Nome completo: MARCELO PEREIRA DE SOUZA 6 - CPF: 621.389.104-82  
7 - Profissão: REZA 8 - Endereço: R. JOÃO SALES DE NEZES 9 - Número: 162 10 - Complemento: CASA A  
11 - Bairro: VARKGA 12 - Cidade: RECIFE 13 - Estado: PE 14 - CEP: 50.740.110  
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): 81 985529424

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: \_\_\_\_\_  
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)  
AGÊNCIA: 0678 CONTA: 53274 5 AGÊNCIA: CONTA:

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

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

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

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

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

## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

34 - \_\_\_\_\_  
35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido  
36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido  
37 - (\*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_  
Assinatura da testemunha  
39 - 2ª | Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_  
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, \_\_\_\_\_

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

CAIXA ECONOMICA FEDERAL | A435 #20 | AUTO ATENDIMENTO | 24/05/2019

>> CONSULTA EFETUADA COM SUCESSO

MOVTO. E SALDO DO DIA  
PAG: 001 / 001  
53.274-5

AG: 0678 - CIDADE UNIVERSITARIA  
NOME: MARCELO PEREIRA DE SOUZA  
DISPONIVEL.: 26,51  
SALDO TOTAL: 26,51

OPER: 013 CONTA:  
LIMITE FLUTUANTE GIM;  
LIMITE CHEQUE AZUL:  
BLOQUEADO: 0,00

NR.DOC

HISTORICO

V A L O R

F1 AJUDA F4 SALDO DE POUPANCA F7 VOLTA PAG. F8 AVANCA PAG. TEY32E22  
F3 RETORNAR F5 POSICAO INVESTIMENTOS F6 RESUMO LIMITES F12 FINALIZAR





**GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 014ª CIRCUNSCRIÇÃO - VÁRZEA - DP14ªCIRC DIM/4ªDESEC**

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E0104002288**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **01/08/2019** às **15:38**

**ATROPELAMENTO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)** que aconteceu no dia **16/5/2018** no período da **Manhã**

Fato ocorrido no endereço: **BAIRRO DE CAXANGÁ (BAIRRO), 1, RODOVIA PE - 05 - APÓS A UPA DA CAXANGÁ** - Bairro: **CAXANGÁ - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**  
Local do Fato: **VEICULO**

**Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:**

DESCONHECIDO (AUTOR \ AGENTE)  
MARCELO PEREIRA DE SOUZA (VÍTIMA)

**Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:**

VEICULO: (Outros motivos), que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**  
VEICULO: (Outros motivos), que estava em posse do(a) Sr(a): **MARCELO PEREIRA DE SOUZA**

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

**MARCELO PEREIRA DE SOUZA (presente ao plantão)** - Sexo: **Masculino** Mãe: **MARIA DE LOURDES SOUZA** Data de Nascimento: **23/2/1962** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**  
Endereço Residencial: **BAIRRO DE VARZEA (BAIRRO), 162, RUA JOÃO SALES DE MENEZES - A - CEP: 55000-000** - Bairro: **VARZEA - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

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

**MOTOCICLETA (VEICULO)** de propriedade do(a) Sr(a): **MARCELO PEREIRA DE SOUZA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **MARCELO PEREIRA DE SOUZA**  
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/PCX 150** Objeto apreendido: **Não**  
Cor: **PRETA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **OY05950** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)  
Ano Fabricação/Modelo: **2014/2015**

**AUTOMÓVEL (VEICULO)** de propriedade do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**  
Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMOVEL/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**  
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

## Complemento / Observação

COMPARECEU A ESTA DELEGACIA O SENHOR MARCELO PEREIRA INFORMANDO QUE NA DATA E HORÁRIO CITADO TRAFEGAVA SENTIDO CAMARAGIBE/RECIFE, QUANDO O SINAL FICOU AMARELO E O GUARDA APITOU E ELE IMEDIATAMENTE PAROU, FOI QUANDO O VEÍCULO QUE VINHA LOGO ATRÁS COLIDIU COM A SUA MOTO VINDO A DERRUBÁ-LO. QUE ELE FICOU DESACORDADO, SENDO SOCORRIDO POR EQUIPES DO SAMU PARA O HOSPITAL GETÚLIO VARGAS, AONDE PERMANECEU POR DOIS DIAS. QUE TEVE UM DEDO DA MÃO ESQUERDA FRATURADO.

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

  
**MARCELO PEREIRA DE SOUZA**  
(VITIMA)

B.O. registrado por:  **SIMONE REGINA DE BARROS SOUZA** - Matrícula: 2731681



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:  
621.389.104-82 MARCELO PEREIRA DE SOUZA

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

5 - Nome completo: MARCELO PEREIRA DE SOUZA 6 - CPF: 621.389.104-82  
7 - Profissão: REZA 8 - Endereço: R. JOAO SALES DE NEZES 9 - Número: 162 10 - Complemento: CASA A  
11 - Bairro: VARGEM 12 - Cidade: RECIFE 13 - Estado: PE 14 - CEP: 50.740.110  
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): 81 985529424

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: \_\_\_\_\_  
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)  
AGÊNCIA: 0678 CONTA: 53274 5 AGÊNCIA: CONTA:

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

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

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

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

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

## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

34 - \_\_\_\_\_  
35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido  
36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido  
37 - (\*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_  
Assinatura da testemunha  
39 - 2ª | Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_  
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, \_\_\_\_\_

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante):

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver):

43 - Assinatura do Procurador (se houver):



Secretaria de Saúde  
Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

## **DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO**

DA Nº. 063.07.2018  
EM: 23.07.2018

Atendendo ao requerimento da Sra. **FABIANA MARIA DE OLIVEIRA**, portadora do Documento de Identidade nº **4414433** SDS/PE, declaramos que consta em nossos arquivos a ocorrência de nº **S-477597**, que no dia 16 de maio de 2018, o paciente Sr. **MARCELO PEREIRA DE SOUZA**, portador do Documento de Identidade nº **3386965** SDS/PE e inscrito no CPF/MF sob o nº **621.389.104-82**, foi atendido por nosso Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU Metropolitano do Recife, vítima envolvido em colisão entre automóvel e moto, por volta das 09h25, na ROD PE-05, imediações após a UPA Caxangá, Várzea, Recife/PE e, sendo conduzido para o Hospital Getúlio Vargas, Recife, 23 de julho de 2018.

*Dr. Sérgio Parente Costa*  
Gerente de Informação e Avaliação  
SAMU Metropolitano do Recife

*Sérgio Parente Costa*  
**Dr. Sérgio Parente Costa**  
Gerente de Informação e Avaliação  
SAMU Metropolitano do Recife

ARIANA SEGURADORA  
28 AGO 2018

# 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: 09/09/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 337,50

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MARCELO PEREIRA DE SOUZA

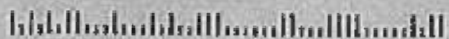
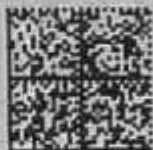
BANCO: 104

AGÊNCIA: 00678

CONTA: 000000053274-5

---

Nr. da Autenticação 564C2273D0EF3642



OTC RECIFE PE PL1  
KECIA SOUZA GOMES  
R JOAO SALES DE MENEZES 00162  
VARZEA  
50740-110 RECIFE PE

marisa



7210419381503460000002548330170719

Data Postagem: 17/07/2018 Data de Vencimento: 25/07/2019

ARQUIVADA SEGURADORA  
28 AÇO 2013

PRÉ  
COLEÇÃO



marisa

MAIS MODA  
MAIS TENDÊNCIA  
MAIS QUALIDADE



COMPRE TAMBÉM PELO SITE MARISA.COM.BR

Pré-coleção válida de 18/07/2019 a 18/08/2019 em todas as lojas físicas e no site [www.marisa.com.br](http://www.marisa.com.br). Válida enquanto durarem os estoques. Promoção Todos os Sonhos Marisa. Período de participação: 18/06/2019 a 28/08/2019, válida apenas para compras efetuadas com os cartões Marisa Privilege Label e cartões Marisa Itaucard. Consulte condições de participação, datas dos sorteios e regulamento completo no site [www.marisa.com.br/todosossonhos](http://www.marisa.com.br/todosossonhos). CERTIFICADO DE AUTORIZAÇÃO SEFEL nº 04.002991/2019. Imagens Ilustrativas.







FERNANDA B D OLIVEIRA  
RUA CONEGO JOSE FERNANDES MACHADO 233A  
VARZEA  
50970-230 RECIFE PE

Vencimento:  
18/06/2019

## Fatura Mensal

**RCHLO**

RIACHUELO

**MIDWAY**

FINANCEIRA

www.midwayfinanceira.com.br

**VISA**

### Resumo das Despesas - R\$

Saldo Anterior	1.069,50
● Pagamentos/Créditos	1.069,50
● Encargos	0,00
● Despesas/Débitos no Brasil	582,98
● Despesas/Débitos no Exterior	0,00
● Saldo desta Fatura	582,98

O Parcelamento automatizado é efetuado no primeiro dia útil após o vencimento da fatura, permitindo que você realize quando preferir, desde antes do vencimento. Se a soma dos pagamentos realizados antes do vencimento não atingir o total da fatura, mas for superior a qualquer parcela ofertada (isso inclui o valor da fatura por si só), o parcelamento automatizado será efetivado e o restante do saldo será parcelado automaticamente em até 15x caso não seja pago antes e 30x se não for pago antes, após o fechamento da fatura. Qualquer pagamento realizado após a emissão do parcelamento automatizado, será considerado como crédito em parcelas futuras.

Titular: FERNANDA B D OLIVEIRA  
Cartão: XXXX XXXX XXXX X121

Vencimento	Saldo a Pagar R\$	Parcelamento de Fatura até o Vencimento	Outras opções de Parcelamento de Fatura até o Vencimento na folha anexa ou na Central de Atendimento	Parcelamento Automático
18/06/2019	582,98	11x de R\$ 95,96		Pague qualquer valor igual ou acima de R\$ 85,79 e saldo restante em até 15x sem juros

Atenção: Para ativar o parcelamento efetue o pagamento exato do valor da primeira parcela até o vencimento.

Atenção: Se desejar antecipar parcelas ou a totalidade do financiamento entrar em contato com a Central de Atendimento para emissão de um novo boleto.

### Histórico das Despesas

DATA	DESCRIÇÃO	VALOR
18/05/19	Seguro Perda e Roubo Brindele	250 D
18/05/19	Acidentes Pessoais Familiar	12,95 D
	FERNANDA B D OLIVEIRA X121	
19/05/19	ATACADO DOS PRESENTES	03/03 25,33 D
23/04/19	SPUR RUA VISTA	02/06 50,00 D
18/05/19	CAMPOS CHOCOLATES BOA	10/00 D
18/05/19	YES COSMETICS	01/02 34,90 D
19/05/19	MELHOR COM DE ALUMEN L	7,79 D
19/05/19	MELHOR COM DE ALUMEN L	32,28 D
20/05/19	PRODUTOS GLOBO	17,01 D
22/05/19	JOSE MATIAS NETO MER	01/02 53,17 D
24/05/19	JOSE MATIAS NETO MER	16,95 D
24/05/19	JOSE VALDIR DA SILVA L	20,50 D
26/05/19	JOSE MATIAS NETO MER	01/02 90,22 D
27/05/19	PERNAMBUCO MOTOS LTDA	10,00 D
31/05/19	EVOLUCAO MOTO PECAS	35,00 D
01/06/19	JOSE MATIAS NETO MER	46,40 D
03/06/19	POSTO CAYMAN LTDA	30,00 D
03/06/19	PASSIRA	43,00 D
04/06/19	VILA BELA C COMBUSTE	30,00 D
04/06/19	MEGA UNIDOS	07/02 20,00 D
	SUBTOTAL	538,52
18/05/19	PAGAMENTO	1.069,50 C
18/06/19	ANUIDADE RACHUELO - TITULAR	01/03 20,00 D

### Limite para Compra

Total	Disponível
1.340,00	410,52

### Limite para Saque

Total	Disponível
134,00	134,00

### Encargos

Descrição	Taxa Juros	CET
Refinanciamento de Saldo	13,90 % a.m.	376,74 % a.a.
Refinanciamento Max. Próximo Mês	13,90 % a.m.	376,74 % a.a.
Parcelamento de Fatura	13,90 % a.m.	376,74 % a.a.
Parcelamento de Fatura Max. Próximo Mês	13,90 % a.m.	376,74 % a.a.
Multa Contratual Por Atraso	2,00 % a.m.	0,00 % a.a.
Juros Remuneratórios de Atraso	13,90 % a.m.	376,74 % a.a.
Juros de Mora (Pré-Fatura)	1,00 % a.m.	0,00 % a.a.
Taxa de cobrança por Atraso	R\$ 0,00	R\$ 0,00

### Nº Sorteio - Produtos Financeiros

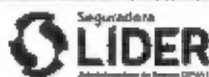
Descrição	Código	Valor	Data Sorteio
PERDA E ROUBO	084993	10.000,00	22/07/19
ACID PESSOAL FAMIL	020370	10.000,00	22/07/19

### Informações Importantes

A PARTIR DE 02 DE MAIO DE 2019 O VALOR DA ANUIDADE DE SEU CARTÃO RACHUELO SERÁ ALTERADA DE R\$ 25,00 PARA R\$ 29,00. LANÇADA CONFORME A DATA DE ANIVERSÁRIO DA ANUIDADE.

Informamos que em caso de restrição nos órgãos de proteção ao crédito, a Empresa suspenderá o fornecimento do crédito, conforme cláusula contratual 0.7.

ARUANA SEGURODORA  
20 AGO 2017



## DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 022 91 35

### 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 SUSEP nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro 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 COAF<sup>1</sup>.

<sup>1</sup> SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. <sup>2</sup> 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 **FERNANDA BRANDAO DE OLIVEIRA**

Inscrito (a) no CPF/CNPJ **056.639.994** / **69** na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

**MARCELO PEREIRA DE SOUZA** inscrito (a) no CPF sob o Nº **621.389.104** / **82**

do sinistro de DPVAT cobertura **INVAUZ** da Vítima **MARCELO PEREIRA DE SOUZA**

Inscrito (a) no CPF sob o Nº **621.389.104** / **82** 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:  
**RUA CONEGO JOSE FERNANDES MACHADOS**

Número:  
**233**

Complemento:  
**CASA**

Bairro:  
**WARZEA**

Cidade:  
**RECIFE**

Estado:  
**PE**

CEP:  
**50.970-230**

E-mail: **fernandabrandao2013@gmail.com**

Tel(DDD):  
**81 98552-8424 / 81 99472-785**

Local e Data: **Recife, 15 de Agosto de 2019**

  
Assinatura do Declarante

**ARUANA SEGURADORA**  
**28 AGO 2019**



HOSPITAL GETÚLIO VARGAS  
SERVIÇO DE DOCUMENTAÇÃO CIENTÍFICA



## BOLETIM DE ESCLARECIMENTO

**NOME:** MARCELO PEREIRA DE SOUZA

**1. Ocorrência da Emergência:** 582130

**1.1 - Atendimentos em:** 16/05/18

**1.2 - Às 09 horas e 54 minutos.**

**1.3 - Internado:** SIM

**1.4 - Retirou-se às hr. e min.**

**2. Internamento Eletivo - Reg. Geral No.** 1085663

**2.1 - Internado em:** 16/05/18

**2.2 - Alta em:** 18/05/18

**3. Hipótese Diagnóstica:** LUXAÇÃO EXPOSTA DO 4º QUIRODÁCTILO ESQUERDO.

**4. Tratamento:** CIRURGIA EM 16/05/18 = LIMPEZA CIRÚRGICA + DESBRIDAMENTO + REDUÇÃO + IMOBILIZAÇÃO.

**5. Observação:** COLISÃO MOTO X CARRO.

DATA: 14.8.2018

HORA: 10:23:00

PASTA: 01.08.2018

TB

RS

  
Dr. Tadeu Baril  
SDD - CREMEPE 3019  
MAT. 0986883

ARUANA SEGURADORA  
28 AÇO 2013

marcar  
a volta  
no ambulatório

# HOSPITAL GETÚLIO VARGAS



## SERVICO DE ORTOPEDIA

### ALTA HOSPITALAR

Nome: **Marcelo Pereira de Souza**

REG 1085663

Data de Internamento: 16/05/2018

Data de Alta: 18/05/18

Dias Internado: 3 dias

Data Cirurgia: 16/05/2018

Hipótese Diagnóstica: **Luxação exposta de IFP de 4º QDE**

Tipo de Cirurgia: Redução cruenta

Cirurgião: Dr. Kauffman

#### História Clínica:

Paciente com **Luxação exposta de IFP de 4º QDE** é submetido a procedimento cirúrgico dia 16/05/2018. Evolui sem intercorrências, recebendo alta para ambulatório. Orioento sobre vacinação

#### Orientações:

1. Prescrevo:
  - a. Cefalexina 500mg 6/6h por 10 dias
  - b. Paracetamol 750mg 6/6h se dor
2. Procurar a emergência em caso de intercorrência febre, saída de secreção purulenta, novo trauma).
3. Retorno ao ambulatório de HGV com 7 dias para marcação de consulta de retorno
4. Curativo diário no PSF
5. Vacinação antitetânica

Recife, 18/05/18

\_\_\_\_\_  
Médico

Thiago Gomes dos Anjos  
Médico - CRM 19.769

ARQUIVA SEGURADO  
28 AGO 2018



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco

HOSPITAL  
Getúlio Vargas

**ATESTADO MÉDICO**

ATESTO que o (a)  
Sr. (a)

**Marcelo Pereira de Souza**

necessita de  () dias de afastamento do trabalho, a  
partir desta

data por motivo de doença.

CID: S-62.9

Ortopedia / HGV  
HOSPITAL OU AMBULATÓRIO

18/05/18  
LOCALIDADE E DATA

Thiago Gomes dos Anjos  
Médico - CRM 19.769

Assinatura do médico - CRM nº

**Nota: Este atestado é válido para finalidades previstas no Art. 86 do RGPS aprovado pelo Decreto nº 60.501 de 14/03/1967 e será expedido para justificativa de 01 a 15 dias de afastamento do trabalho.**

Avenida General San Martin, s/n - Cordeiro  
Recife/PE - CEP 50630-00  
Fone: (81) 3184 5600

ARTANIA SEGURADORA  
28 Aço 2013



# HOSPITAL GETULIO VARGAS EMERGÊNCIA



## 1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

ATENDIMENTO: 582130

Prontuário: 1085663

Nome: MARCELO PEREIRA DE SOUZA

Data Nasc.: 23/02/1962

Idade: 56

Sexo: MASCULINO

Cor:

CPF:

RG: 3386985

CNS:

Endereço: RUA JOAO SALES DE MENEZES DE 1 A 413

Nº: 162

Bairro: IPUTINGA

Cidade: RECIFE

Estado: PE

CEP: 50740110

Fone: 83162686

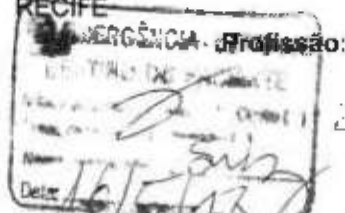
Nome da Mãe: MARIA DE LOURDES SOUZA

Acompanhante: KECIA SOUZA GOMES (FILHA)

Nome do Conjuge:

Local de Procedência: VIA URBANA

Clínica: CIRURGIA GERAL



Ocorrência: REFERE ACIDENTE DE TRANSITO COM COLISAO MOTO / CARRO

Acidente de Trabalho: Sim ☐ Não ☐

ATENDIMENTO DATA: 16/05/2016 HORA: 09:54 h Médico:

Queixa Principal / HDA: Colisão automoto, lesão thorax, fratura de costela, lesão de membros superiores, perda de consciência, fratura exposta da mão.

### História do Trauma

Perda da Consciência: Sim ☐ Não ☐ Episódio Emético: Sim ☐ Não ☐ Acidente de Trabalho: Sim ☐ Não ☐Acidente de Trânsito: Sim ☐ Não ☐ Tipo:Colisão: Sim ☐ Não ☐ Tipo:Motorista: ☐ Passageiro: ☐Atropelamento: Sim ☐ Não ☐ Local de Impacto:Vítima de Ferimento: Sim ☐ Não ☐ Tipo:Sofreu Queda: Sim ☐ Não ☐ Altura: mQueimadura: Sim ☐ Não ☐ Por:

Transporte Realizado por:

Condições de imobilização adequadas: Sim ☐ Não ☐

Por que:

Observações:

### Exame Físico:

A: Geral

Via aérea esta pervia: Sim ☐ Não ☐O paciente fala: Sim ☐ Não ☐

Temp.: C°

BEG

### B: Respiratório

- eupneico, MV + sm A+T STO2 99%

### C: Circulatório

PA: 140 x 90 mm

Pulso: 10+ bpm

Rubor periférico (+) e cheio / simétrico

### D: Exames Neurológico

Deficiência motora: MSD ☐ MSE ☐ MID ☐ MIE ☐Pupilas: Isocóricas ☐ Anisocóricas ☐

Glasgow: Abertura Ocular

Glasgow: Resposta Verbal

Glasgow: Resposta Motora

Escore: Hora:

Escore: Hora:

Escore: Hora:



HGV - Hospital Getúlio Vargas

Prontuário: 1085663

Paciente: MARCELO PEREIRA DE SOUZA

Clínica: SALA DE RECUPERAÇÃO

Nasc.: 23/02/1962 Idade: 56 Anos 2 Meses

Mãe: MARIA DE LOURDES SOUZA

End.: RUA JOAO SALES DE MENEZES DE 1 A 413, 162 - IPUTINGA - RECIFE -

PE - Cep 50740110

Prestador: CLT PLANTONISTA HGV

DATA: 16/05/2016 HT: 18:48

Usuário: BUZYBO

ARUANA SETHI  
28 AGO 2016  
582343  
Atendimento





# HOSPITAL GETULIO VARGAS EMERGÊNCIA



E: Abdômen

Diagnóstico Inicial:

flácido, deprimível, p/ irritação.  
Politrauma

Exames Solicitados: 1 - Patologia Clínica

Exames Solicitados: 1 - Especializados

Resultado de Exames:

Código Procedimento:

Tratamento / Procedimentos:

Ass. Médico + Carimbo

Código Procedimento:

Indicação Cirúrgica: Sim ☐ Não ☐ Motivo:

Evolução de Enfermagem:

Ass. Enfermeira + Carimbo

Diag. Definitivo:

Definição do Caso:

Condição de Alta:

☐ Internamento ☐ Cirurgia ☐ Óbito ☐ Termo de Alta a Pedido ☐ Evadiu-se

☐ Curado ☐ Melhorado  
☐ Inalterado ☐ Piorado  
☐ Óbito

Informação do Serviço Social

Confirmação do Nome:

Assist. Social:

Confirmação do Endereço:

Providências: Alta ☐ Transferência ☐ Estudo de Caso ☐ Exames Externos: ☐

Assist. Social

Observações:

Autorização para Alta / internamento / Transferência

Médico:

CRM/CRO:

Data:

Hora:

Termo de Responsabilidade Para Internamento:

- Estou ciente das normas existente neste Hospital, as quais integralmente e autorizo a realização de tratamentos, clínicos e/ou cirúrgicos, inclusive transfusões e sem os exames complementares e transporte se forem necessários.

Data: \_\_\_\_\_ Nome completo legível: \_\_\_\_\_

Nº da Identidade: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

Termo de Responsabilidade de Alta a Pedido:

- Responsabilizo-me pela imediata retirada do paciente deste nosocômio, bem como tenho absoluto conhecimento sobre as consequências que deste ato possam advir.

Data: \_\_\_\_\_ Nome completo legível: \_\_\_\_\_

Nº da Identidade: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

Cadastramento: 16/05/2018 09:54 h JOSENEIDEAS

impressão: 16/05/2018 09:54 h JOSENEIDEAS

56105

F. Delgado

Pelo o que se deu a conhecer o Médico  
ONTO. o furo no pulmão  
mx o pulmão. Pelo o furo  
deixar que os exames complementares  
co: do pulmão

# HOSPITAL GETULIO VARGAS

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

MANCHESTER\_V2

Data e hora retirada da senha: 16/05/2018 09:46

Nome Paciente: MARCELO PEREIRA DE SOUZA  
Cód. Paciente:  
Data de Nascimento: 23/02/1962  
Sexo: Masculino  
Idade: 56  
Senha: E0010  
Convênio:  
Atendimento:  
SAME:

Período: 16/05/2018 09:47 - 16/05/2018 09:47

ALESSANDRO AGOSTINHO PEREIRA DE LUCENA - COREN: 66261 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

Prioridade:

AMARELO - URGENTE

Cor:

AMARELO

Queixa Principal:

RELATO DE DOR E DEFORMIDADE EM MAO ESQUERDA E ESCORIAÇÕES EM FACE  
APOS COLISÃO MOTO X CARRO.

HAS+

DM-

ALERGIA NEGA

Reservação:

SAMU

Fluxograma sintoma:

TRAUMA MAIOR

Discriminador(es):

- DOR MODERADA?

Especialidade:

CIRURGIA GERAL

Sinais Vitais Lidos:

- ESCALA DE GLASGOW ADULTO: 15  
- REGUA DE DOR: 5

Acolhido(a) por: ALESSANDRO AGOSTINHO PEREIRA DE LUCENA - COREN: 66261 - FUNÇÃO:

Data Impressão: 16/05/2018 09:47

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco







Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco  
**HOSPITAL**  
**Getúlio Vargas**



**FICHA PARA AVALIAÇÃO DE  
RISCO DE QUEDA**

NOME:

Nº DO REGISTRO:

SETOR:

DATA DE ADMISSÃO: 16/05/18

**ASSINALAR COM X TODOS OS ITENS DE RISCO IDENTIFICADOS.  
CONSIDERAR A EXISTÊNCIA DO RISCO QUANDO ASSINALAR UM OU MAIS ITENS.**

☐ IDADE > OU IGUAL 85 ANOS

☐ CRIANÇAS < OU IGUAL 5 ANOS

☐ COMPROMETIMENTO NEUROLÓGICO

☐ DEPRESSÃO E/OU ANSIEDADE

☒ PREJUÍZO DO EQUILÍBRIO DA MARCHA

☐ DÉFICIT SENSITIVO, ACUIDADE AUDITIVA, TATO E VISUAL DIMINUÍDA

☐ HISTÓRIA PRÉVIA DE QUEDA

☐ ALTERAÇÃO METABÓLICA (EX: HIPOGLICEMIA)

☐ OBESIDADE MÓRBIDA OU BAIXO ÍNDICE DE MASSA CORPÓREA

☐ SEDAÇÃO/ANESTESIA

☐ MEDICAMENTO QUE ALTERAM O SISTEMA NERVOSO CENTRAL

☐ URGÊNCIA URINÁRIA/INTESTINAL

☐ HIPOTENSÃO ORTOSTÁTICA

☐ PACIENTE CIRÚRGICO

**CASO O PACIENTE APRESENTE UM OU MAIS FATORES DE RISCO, COLOCAR PULSEIRA ROXA NO MSD.**

☒ COLOCADO PULSEIRA ROXA

☐ NÃO SE APLICA

**ENTREGA DO FOLDER DE ORIENTAÇÃO AO PACIENTE/ACOMPANHANTE:**

☐ SIM

☐ NÃO

ASSINATURA (ORIENTADO): \_\_\_\_\_

**RECOMENDAÇÕES:**

1. Orientar paciente e acompanhante quanto ao risco de queda e necessidade de solicitação da enfermagem para sua locomoção e mobilização;
2. Manter a cama na posição baixa, com rodas travadas e grades de proteção elevadas;
3. Orientar a não trancar portas;
4. Orientar a não andar nem circular na enfermaria ou corredor no momento da limpeza;
5. Manter a área de circulação, livre de móveis e utensílios;
6. Auxiliar na deambulação dos pacientes que apresentarem dificuldade de marcha ou déficit sensitivo ou motor;
7. Estimular o uso de acessórios de apoio;
8. Conscientizar a família sobre a importância da presença de um acompanhante e comunicar a enfermagem quando houver necessidade de ausentar-se;
9. Manter iluminação adequada durante a noite;
10. Orientar a evitar apoiar-se na cama, móveis e parapeitos de janelas;
11. Manter o acompanhamento da enfermagem no momento do transporte;
12. Orientar o acompanhante para ficar atento às brincadeiras das crianças e a utilização de brinquedos;
13. Não deixar o paciente sozinho no banheiro ou durante o banho;
14. Intensificar a atenção a pacientes que estão em uso de sedativo e hipnótico, tranquilizante, diurético, anti-hipertensivo, anti-parkinsonianos.

ENFERMEIRA/COREN: \_\_\_\_\_

*Alessandro Lucena*  
Enfermeiro  
COREN 365975

**HOSPITAL GETÚLIO VARGAS**



**SERVIÇO DE ORTOPEDIA**

**ALTA HOSPITALAR**

Nome: **Marcelo Pereira de Souza**

REG 1085663

Data de Internamento: 16/05/2018

Data de Alta: 18/05/18

Dias Internado: 3 dias

Data Cirurgia: 16/05/2018

Hipótese Diagnóstica: **Luxação exposta de IFP de 4º QDE**

Tipo de Cirurgia: Redução cruenta

Cirurgião: Dr. Kauffman

**História Clínica:**

Paciente com **Luxação exposta de IFP de 4º QDE** é submetido a procedimento cirúrgico dia **16/05/2018**. Evolui sem intercorrências, recebendo alta para ambulatório. Oriento sobre vacinação

**Orientações:**

1. Prescrevo:
  - a. Cefalexina 500mg 6/6h por 10 dias
  - b. Paracetamol 750mg 6/6h se dor
2. Procurar a emergência em caso de intercorrência febre, saída de secreção purulenta, novo trauma).
3. Retorno ao ambulatório de HGV com 7 dias para marcação de consulta de retorno
4. Curativo diário no PSF
5. Vacinação antitetânica

Recife, 18/05/18

\_\_\_\_\_  
Médico

Thiago Gomes dos Anjos  
Médico - CRM 19.769

ARUANA SEGUROSA  
28 AGO 2018



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
HOSPITAL  
GETÚLIO VARGAS

Secretaria Estadual de Saúde



## RELATÓRIO DA OPERAÇÃO

Nome: MARCELO PEREIRA DE SOUZA Registro: 1085663

Data da operação: 16/05/2018

Operador: DRA CLAUDIA BARBOSA

1º auxiliar: DR LYSON AGUIAR (MR2) 2º auxiliar: DR FABIO (MR1)

ANESTESISTA: O CIRURGIÃO

Diagnóstico pré-operatório: LUXAÇÃO EXPOSTA DE IFP DE 4º QDE

Tipo de operação: LMC + DESBRIDAMENTO + REDUÇÃO + IMOBILIZAÇÃO

### Descrição operatória:

- 1) Paciente em decúbito dorsal sob anestesia local.
- 2) Antissepsia e assepsia;
- 3) Aposição de campos estéreis;
- 4) Garroteamento do 4º QDE
- 5) Visualizada luxação de IFP do 4º QDE
- 6) Realizado desbridamento de tecidos desvitalizados;
- 7) Limpeza copiosa com SF0,9%;
- 8) Redução da luxação e estabilidade após o procedimento
- 9) Aproximação de bordos do ferimento com Nylon-4-0
- 10) Retirada de garrote
- 11) Curativo estéril
- 12) Imobilização adesiva de 3º e 4º QDE

Dr. Lyson A. Aguiar  
MÉDICO  
CRM-PE 12345

ARUANA SEGURADORA  
28 AGO 2018