



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
NÚMERO
3.386.965 DATA DE EXPEDIÇÃO
14/02/2017

NOME
<< MARCELO PEREIRA DE SOUZA >>

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

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

DOC. PROG. **<< CN.37.298 L.A32 F.241 CART. 14º**
DIST RECIFE PE - 01.11.1983 >>

CPF
621.389.104-82

ADMINISTRAÇÃO DIRETORIA
LEI Nº 7.119 DE 25/06/83
117741200203130538.7309405 F-75 99.722 - 3122

ARUANA SEGUROADORA
28 AGO 2013



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DENATRAN

DETAN - PE		Nº 014805223258	
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO			
VIA	COD. RENAVAM	R.N.T.R.C.	EXERCÍCIO
1	1012978748	*****	2019
NOME			
MARCELO PEREIRA DE SOUZA			
RECIPIENTE			
CPF / CNPJ	PLACA		
621.389.104-82	0Y05950		
PLACA ANT. / UF	CHASSI		
***** / PE	SC2RE1710FR500969		
ESPECIE TIPO	COMBUSTÍVEL		
PAS / MOTONETA	GASOLINA		
MARCA / MODELO	ANO FAB / ANO MOD.		
SENHOR/FCA 150	2014 / 2015		
CAP / POT / CIL	CATEGORIA		
22/152CL	PARTIC		
COTA ÚNICA	VENC. COTA ÚNICA	VENC / COTAS	
I IFVA 2019 QUITADO		1* *****	
P FAIXA IFVA	PARCELAGEMTO / COTAS	2* *****	
V 1	*****	3* *****	
PRÉMIO TARIFÁRIO (R\$)	IOF (R\$)	PRÉMIO TOTAL (R\$)	DATA DE PAGAMENTO
80.11	0.32	84.58	09/04/19
OSSERAÇÕES			
Al. FID. BANCO ITAUCARD SA			
RECIPIENTE	LOCAL	DATA	
Roberto Carlos Moreira Fontelles		10/04/19	
DIRETOR PRÉSIDENTE DETAN/PE			

ARUANA SEGURADORA
28 AGO 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

VITIMA MARCELO PEREIRA DE SOUZADATA DO ACIDENTE 16/05/18 CPF DA VITIMA 621.389.104-82PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO FERNANDA BRANDÃO DE OliveiraQUALIFICAÇÃO DO PORTADOR VITIMA REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM A VITIMA É PromotadorENDERECO DO PORTADOR R. CONDE GO JOSE FERNANDES MACHADONº 233 COMPLEMENTO CASA BAIRRO VARZEACIDADE RESENHA UF PE CEP 50.970-230E-MAIL _____ TELEFONE (81) 9 8552-9424MARQUE PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- CPF DA VITIMA (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 PELO VITIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE CONFIRME 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 VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

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)
- DBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VITIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- CPF DA VITIMA (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 RECEITÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIIS 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)
- DBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VITIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- | | |
|---|--|
| VALORES DE INDENIZAÇÃO | <ul style="list-style-type: none"> • MOBIELE - 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. |
| <ul style="list-style-type: none"> • 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, ACESSE WWW.DPVATSEGURADOOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 921 1284 | |

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA _____

IDENTIDADE _____

ASSINATURA _____

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA _____

ARUANA SEGURADORA

NOME _____

28 AGO 2013

ASSINATURA _____

D

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

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

Rio de Janeiro, 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, retorno 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.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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

Rio de Janeiro, 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:	<input type="checkbox"/> DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)	<input checked="" type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE	<input type="checkbox"/> MORTE
2 - Nº do sinistro ou ASL:	3 - CPF da vítima:	4 - Nome completo da vítima:	
	621.389.104-82	MARCELO FERREIRA 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 FERREIRA DE SOUZA		
7 - Profissão:	8 - Endereço:	9 - Número:	10 - Complemento:
EGEZA	R. SOAV SAZES DO NGZGS	162	CASA A
11 - Bairro:	12 - Cidade:	13 - Estado:	14 - CEP:
VARGA	ACAF	PE	50.740.110
15 - E-mail:	16 - Tel. (DDD): (81) 985529454		

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MÉNOR ENTRE 6 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
 SEM RENDA

R\$1.00 A R\$1.000,00
 R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

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

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 0678

CONTA: 53274

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SÓMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

34

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

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

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

40 - Local e Data:

*Recife
Marcelo Souza*

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

38 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

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

>> CONSULTA EFETUADA COM SUCESSO

| MOVTO. E SALDO DO DIA
PAG: 001 / 001

AG: 0678 - CIDADE UNIVERSITARIA

OPER: 013 CONTA: 53.274-5

NOME: MARCELO PEREIRA DE SOUZA

LIMITE FLUTUANTE GIM:

DISPONIVEL.: 26,51 LIMITE CHEQUE AZUL:

BLOQUEADO:

SALDO TOTAL: 26,51

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
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 014ª CIRCUNSCRIÇÃO - VÁRZEA - DP14ªCIRC DIM/4ªDESEC**

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N°. 19E0104002288

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

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

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

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR / AGENTE)
MARCELO PEREIRA DE SOUZA (VITIMA)

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 Mão: **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: **0Y05950** (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: **AUTOMÓVEL/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, AGONDE PERMANECEU POR DOIS DIAS. QUE TEVE UM DEDO DA MÃO ESQUERDA FRATURADO.

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

marcelo pereira souza
MARCELO PEREIRA DE SOUZA

(VITIMA)

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



Ariana Seguradora
ARIANA SEGURADORA
28 AGO 2013

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:	<input type="checkbox"/> DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)	<input checked="" type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE	<input type="checkbox"/> MORTE
2 - Nº do sinistro ou ASL:	3 - CPF da vítima:	4 - Nome completo da vítima:	
	621.389.104-82	MARCELO FERREIRA 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 FERREIRA DE SOUZA		
7 - Profissão:	8 - Endereço:	9 - Número:	10 - Complemento:
EGEZA	R. SOAV SAZES DO NGZGS	162	CASA A
11 - Bairro:	12 - Cidade:	13 - Estado:	14 - CEP:
VARGA	ACAF	PE	50.740.110
15 - E-mail:	16 - Tel. (DDD): (81) 985529454		

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MÉNOR ENTRE 6 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
 SEM RENDA

R\$1.00 A R\$1.000,00
 R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

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

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 0678

CONTA: 53274

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SÓMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

34

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

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

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

40 - Local e Data:

*Recife
Marcelo Souza*

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

38 - 1º Nome: _____ CPF: _____	Assinatura da testemunha <i>28 AGO 2013</i>
39 - 2º Nome: _____ CPF: _____	Assinatura da testemunha

TESTEMUNHAS

DADOS CADASTRAIS

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

NAO ALFABETIZADO

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 envolvida 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 SEGURADA
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

CTC 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

Id: 787458 - Seq.: 0000 - 01463 / Marisa_787458_INS_001

ARUANA SEGURADORA
2 8 100 233

PRÉ
COLEÇÃO



marisa

MAIS MODA
MAIS TENDÊNCIA
MAIS QUALIDADE



PROMOÇÃO
TODOS os
SONHOS

Concorra a 2 viagens
de cruzeiro por semana
com acompanhante,
valores R\$ 10 mil, sempre
com as Férias Marisa.



COMPRE TAMBÉM PELO SITE MARISA.COM.BR

Pré-coleção válida de 18/07/2019 a 11/08/2019 em todas as lojas físicas e no site www.marisa.com.br. Válida enquanto durarem os estoques. Promoção Todos os Sonhos Marisa. Período de participação: 13/06/2019 a 28/06/2019, válida apenas para compras efetuadas com os cartões Marisa Privilegio Label e cartões Marisa Itaucard. Consulte condições de participação, datas dos sorteios e regulamento completo no site www.marisa.com.br/todosossonhos. CERTIFICADO DE AUTORIZAÇÃO SEFEL nº D4.002991/2019. Imagens ilustrativas.



Fatura Mensal

RCHLO
RIACHUELO

MIDWAY
FINANCIERA
MEJOR FINANCIA TU NEGOCIO CON NOSOTROS



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

Volume 10
Number 1

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

Vencimento	Saldo a Pagar R\$
18/06/2019	582,98

Parcelamento de Fatura
até o Vencimento

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

Histórico das Despesas			
DATA	DESCRIÇÃO	VALOR	
18/06/19	Seguro Perda e Roubos Bardeira	2,50 D	
18/06/19	Acidentes Pessoais Familiar	12,00 D	
	PERNAMBUCO S D OLIVEIRA		
	X131		
19/06/19	ATACADO DIOS PRESENTES	03/03.	25,33 D
23/06/19	SPAR BOA VISTA	02/06.	90,00 D
18/06/19	CAMPOS CHOCOLATES BOA		10,00 D
18/06/19	YES COSMÉTICS		34,90 D
19/06/19	MELHOR COM DE ALIMENT	01/02.	7,79 D
19/06/19	MELHOR COM DE ALIMENT		32,28 D
20/06/19	PRODUTOS GLOBO		17,01 D
23/06/19	JOSE MATIAS NETO MEIR	01/03.	53,17 D
24/06/19	JOSE MATIAS NETO MEIR		16,00 D
24/06/19	JOSE VALDRY DA SILVA L		20,50 D
26/06/19	JOSE MATIAS NETO MEIR	01/02.	50,22 D
27/06/19	PERNAMBUCO MOTOS LTDA		10,00 D
31/06/19	EVOLUCAO MOTO PEÇAS		35,00 D
01/06/19	JOSE MATIAS NETO MEIR		46,40 D
03/06/19	PCTO CAYMAN LTDA		30,00 D
03/06/19	PASSIR		43,00 D
04/06/19	VILA BELA C COMBUSTE		30,00 D
04/06/19	MEGA UNICÓDOS	07/02.	20,00 D
	SUBTOTAL		590,52
18/06/19	PAGAMENTO		7.000,00 D
18/06/19	ANUIDADE FACHABUS - TITULAR	01/03.	29,00 D

**Outras opções de
Parcelamento de Fatura
até o Vencimento
na folha anexa ou na
Central de Atendimento**

Digitized by srujanika@gmail.com

Pague qualquer valor igual ou acima de
R\$ 85,79

e saldo restante em até 15x com juros.

Limite para Compra	Limite para Saque
Total	Disponível
1.340,00	410,52

Епсигро

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.
Parcelamentos de Fatura Max. Próximo Mês	13,90 % a.m.	376,74 % a.a.
Multas Contratual Por Atraso	2,00 % a.m.	0,00 % a.a.
Juros Remuneratórios de Atraso	13,90 % a.m.	376,74 % a.a.
Atraso de More (Pro-Rata)	1,00 % a.m.	0,00 % a.a.
Taxa de cobrança por Atraso	R\$ 0,00	0,00 % a.a.

Nº Sorteio - Produtos Financeiros

Descrição	Código	Valor	Data Sorteio
PERDA E ROUBO	064993	R\$ 10.000,00	23/07/19
ACIDENTE PESSOAL FAM.	020370	R\$ 10.000,00	27/07/19

Informações Importantes

A PARTIR DE 02 DE MAIO DE 2019 O VALOR DA ANUITADE DE SEU CARTÃO PRACHUEL SERÁ ALTERADA DE 3X 29,00 PARA 3X 29,00.

Informar-se que em caso de restrição nos órgãos de proteção ao crédito, a Empresa autorizadora e concessão do crédito, conforme cláusula contratual 8.7.

ARUANA SEGURO
28 AGO 2013



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

Para mais esclarecimentos, acesse o site 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]

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

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800-022 83 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800-022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800-023 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.ASPK?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

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

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELA CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TÉM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

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 INVA U NEZ da Vítima MARCELO PERCIMA 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 à 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 JOSÉ FERNANDES MACHADOS	Número: 233	Complemento: CASA
Bairro: VARZEÀ	Cidade: RECIFE	Estado: PE
E-mail: fernandabrandao2013@gmail.com	CEP: 50.970-230	Tel.(DDD): 81 98552-9424 / 81 99472-785

Local e Data: Recife, 35 de Agosto de 2019

Assinatura da Declarante

ARUANA SEGURADORA
28 AGO 2019

50

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 Buril
SGC / CREMEPE 3019
MAT. 056663

Dr. Tadeu Buril.

ARUANA SEGURADORA
28 AGO 2013

HOSPITAL GETÚLIO VARGAS



SERVICO DE ORTOPEDIA

marcar
a volta
no ambulatório

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 Reis
Médico - CRM 19.769

ARQUIVADA
28 AGO 2013



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco

HOSPITAL

Getúlio Vargas

ATESTADO MÉDICO

ATESTO que o (a)

Marcelo Pereira de Souza

Sr. (a)

necessita de _____ (_____) dias de afastamento do trabalho, a

15

QUINZE

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

BRASILIA SEGURADORA
28 AGO 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: 3386965

CNS:

Endereço: RUA JOAO SALES DE MENEZES DE 1 A 413

Bairro: IPUTINGA

Cidade: RECIFE

Nº: 162

CEP: 50740110

Fone: 83162686

Estado: PE

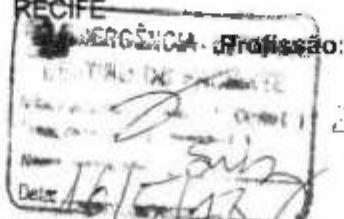
Nome da Mãe: MARIA DE LOURDES SOUZA

Acompanhante: KECIA SOUZA GOMES (FILHA)

Nome do Conjugue:

Local de Procedência: VIA URBANA

Clinica: CIRURGIA GERAL



Ocorrência: REFERE ACIDENTE DE TRANSITO COM COLISAO MOTO / CARRO

Acidente de Trabalho: Sim Não

ATENDIMENTO DATA: 16/05/2012 HORA: 09:54 h Médico:

Quelxa Principal / HDA:

*Colisão automoto no traseiro, fez a
lesão de capacete. Nessa lesão perdeu a perda de consciência
Fratura exposta na mão.*

História do Trauma

Perda da Consciência:	Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/>	Episódio Emético:	Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/>	Acidente de Trabalho:	Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/>
Acidente de Trânsito:	Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/>	Tipo:			
Colisão:	Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/>	Tipo:		Motorista: <input type="checkbox"/>	Passageiro: <input type="checkbox"/>
Atropelamento:	Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/>	Local de Impacto:			
Vítima de Ferimento:	Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/>	Tipo:		Sofreu Queda: Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/>	Altura m
Queimadura:	Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/>	Por:		Transporte Realizado por:	
Condições de imobilização adequadas:	Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/>			Por que:	

Observações:

Exame Físico:

A: Geral	Via aérea está pérvia: Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/>	O paciente fala: Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/>	Temp.: C°
B6			

B: Respiratório

C: Circulatório	PA: 140 x 90 mmHg	P脉: 107 bpm
Eupneico, m VFB sm AHT STO2 99%.		

D: Exames Neuroológico

Glasgow: Abertura Ocular	Deficiência motora: MSD <input type="checkbox"/> MSE <input type="checkbox"/> MID <input type="checkbox"/> MIE <input type="checkbox"/>	Pupilas: Isocôricas <input type="checkbox"/> Anisocôricas <input type="checkbox"/>
Escore: Hora:	Glasgow: Resposta Verbal Escore: Hora:	Glasgow: Resposta Motora Escore: Hora:



HGV- Hospital Getúlio Vargas

Prontuário: 1085663

1085663

28 AGO 2012
582343

CNS:

Atendimento

Lado: SR 38

Sexo: MASCULINO

Fone: 8316-2686

Paciente: MARCELO PEREIRA DE SOUZA

Clinica: SALA DE RECUPERAÇÃO

Nascida: 23/02/1962 Idade: 56 Anos 3 Meses

Mae: MARIA DE LOURDES SOUZA

Ende: RUA JOAO SALES DE MENEZES DE 1 A 413, 1B2 - IPUTINGA - RECIFE - PE - Cap. 50740110

Prestador: EN2 PLANTONISTA HGV DATA: 18/08/2012 HR: 10:00 USUÁRIO: SUZYBO



**HOSPITAL GETULIO VARGAS
EMERGÊNCIA**



E: Abdômen

Melhorado, deprimível, pr. irritoces.

Diagnóstico Inicial:

Pelitrauma

Exames Solicitados : 1 - Patologia Clínica

Exames Solicitados : 1 - Especializados

Radiografia pelitraumia

Resultado de Exames:

*Alta da cirurgia URGENTE
Agraciação da Ortopedia*

Código Procedimento:

Tratamento / Procedimentos:

*Dr. M. Cabral
CRM: 00001
Cirurgião Geral
Assistente: Getúlio Vargas - PE
Data: 16/05/2018*

Ass. Médico + Carimbo
Código Procedimento:

*Dr. Bruno Bezerra
Ass. Cirurgião Geral
Ass. Médico + Carimbo
Endoscopista CRM: 00001*

Indicação Cirúrgica: Sim Não Motivo:

Evolução de Enfermagem:

Ass. Enfermeira + Carimbo

Diag. Definitivo:

Definição do Caso:

Internamento Cirurgia Óbito Termo de Alta a Pedido Evadiu-se

Condição de Alta:

Curado
 Inalterado
 Óbito

Melhorado
 Piorado

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 existentes 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 hospital, bem como tenho absoluto conhecimento sobre as consequências que este 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

+ Olhos

Pkt d'olho e ou parox. Médico
ONC d'olho favela no folh. rolo
Prx d'olhos. Pkt d'olhos. ()
Olhos que não consigo.
ao seu níscos

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

Observação: 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



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 DIMINUIDA
- 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 ausentarse;
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 estejam em uso de sedativo e hipnótico, tranquilizante, diurético, anti-hipertensivo, anti-parkinsonianos.

ENFERMEIRA/COREN:

Alessandro Lucena
Enfermeiro
COREN 365975

Avenida Goiânia São Martinho - Centro
Recife-PE - CEP 50.000-000
Fone: (81) 3194-6500

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 Gómez dos Anjos
Médico - CRM 19.769

ARUANA SEGURADORA
28 AGO 2013



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 QD E

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 QD E
- 5) Visualizada luxação de IFP do 4º QD E
- 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 QD E

Dr. Lyson Aguiar
MÉDICO ORTOPEDISTA

