

Nome: MARCOS VINICIUS OLIVEIRA DE BRITO
Reg.: 545631 Pront.: 1113487
Sexo: Masculino Dt. Nasc.: 29/01/1996
Conv.: RETAGUARDA GETULIO

Idade: 21
Admissão: 21/11/2017 17:34

SANTA CASA DE MARINGÁ - PR
Av. Paraná, 1200 - Centro - Maringá - PR - 82000-000
Fone: (44) 3222-1111 - Fax: (44) 3222-1112

Alta: 23/11/2017 08:00

Admissão:

PACIENTE COM FRATURA DA BASE DO 4º E 5º METACARPOS ESQ POR TRAUMA

Evolução / Conduta:

SUBMETIDO A FIXAÇÃO CIRÚRGICA



Diagnóstico:

Principal S62.4 FRATURAS MÚLTIPLAS DE OSSOS METACARPIANOS

Internação:

Unidade	Admissão	Alta/Transferência	Tempo
ENFERMARIA SÃO LUIZ	21/11/2017 17:34	23/11/2017 08:00	2 dia(s)

Orientação:

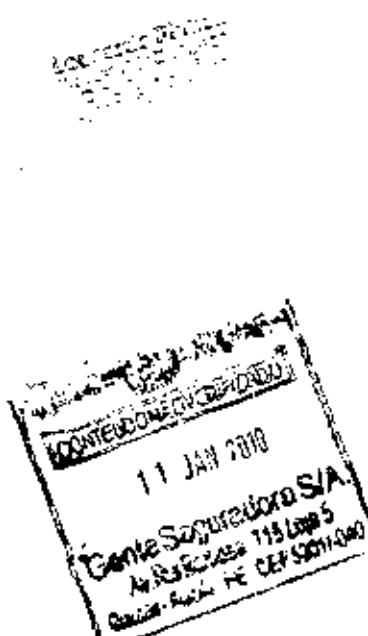
- 1) RETORNO PARA REVISÃO QUINTA-FEIRA 07/12/2017, AS 07:00H (MARCAR ANTES);
- 2) NÃO NECESSITA TROCA DE CURATIVO, APENAS NA REVISÃO CIRÚRGICA;
- 3) MOVIMENTAR LIVREMENTE OS DEMAIS DEDOS;
- 4) QUALQUER PROBLEMA COM A CIRURGIA, PROCURAR ATENDIMENTO EM UPA;
- 5) REALIZAR RAIO-X NO DIA DA ALTA OU ATÉ 3 DIAS ANTES DA CONSULTA DE REVISÃO.

Condição de Alta: Melhorado

Tipo de Alta: Médica



Médico Responsável: Dr. LEONARDO PINHEIRO CARVALHO
CRM: 17884





0012

REPUBÉLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME: MARCOS VENÍCIUS OLIVEIRA DE BRITO
DOC/CERTIDÃO/OUTROS/REF: 3415303 SDR PR
CM: 115.783-054-80 DATA Nascimento: 29/01/1994
PLACAS: MARCOS ANTONIO
OLIVEIRA DE BRITO
JOSÉA MARIA DA
CONCEIÇÃO
PROMOTOR: AZ. VENCIMENTO: AZ
PRÉSTIMO: 063557733468 VALIDEZ: 14/01/2010 EMISSÃO: 04/05/2015

VALIDA EM TODOS OS TERRITÓRIOS NACIONAIS

1299042810

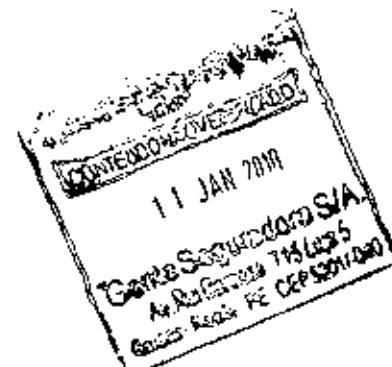
NOTA: SEM OBSERVAÇÕES

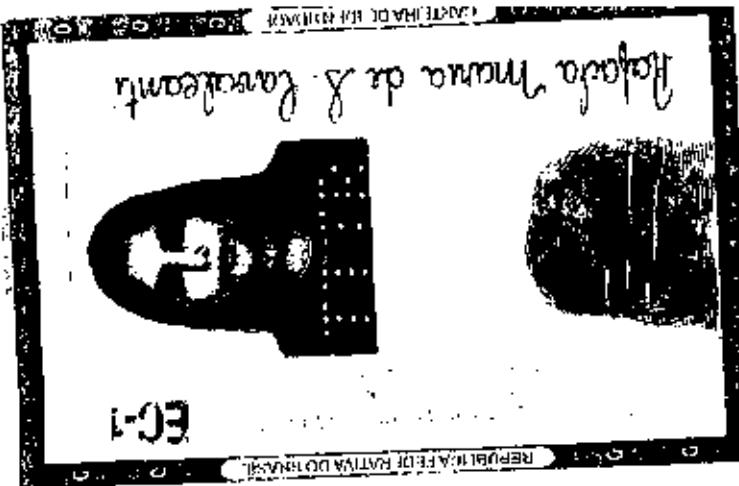
NOTA: SEM AVALIAÇÃO DE PONTO

LOCAIS RECEBIDA DE: DATA EMISSÃO: 10/05/2015
Officinal

DETTRAN - PE (PEBRAVANBUCCO)

79455484460
PE073183918





7.788.638	10/02/2014
<< RAFAELA MARIA DE SANTANA CAVALCANTI >>	
<< JOSÉ MANOEL DE SANTANA >>	
<< MARIA CECI DE OLIVEIRA SANTANA >>	
VICÊNCIA - PE	24/12/1986
<< 0760340155 2013 2 00015 037	
0004944 10 VICÊNCIA PE >>	
086.005.684-80	
LEIA 47.110 DF 19/08/03	
F-59 30.267	





REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DENTRAN

CONTRAN

DETAN - PE
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
Nº 013434986765
1 273269500 1 ***** 2017

ROSENILDO BATISTA DE SOUZA

RECIFE - PE

936.772.234-34 2E25250

***** /PE 95PGBNTHPB6030296

CAR /CAMINHONETE/C ABERTA DIESEL

MITSUBISHI HRD 2010 1.65T/97CV/2476 PARTIC / PRATA
FEVRA 2017 QUITAND 1*****
VENCIMENTO 2018 2*****
A 3*****

ESTADO DA PERNAMBUCO PRESTADORA DE SERVIÇOS DE SEGURO FÁGCO

ESTADO DA PERNAMBUCO PRESTADORA DE SERVIÇOS DE SEGURO FÁGCO SEM RESERVA

RECIFE 23/07/17
Charles Andrews Sousa Ribeiro
Diretor Presidente DETAN/PE

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS FISCAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

PE Nº 013434986765 BILHETE DE SEGURO DPVAT
ROSENILDO BATISTA DE SOUZA

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoredpvat.com.br

11 JAN 17 0800 030 3204

RECIFE - PE 936.772.234-34 2E25250 23/07/17

936.772.234-34 2E25250

MITSUBISHI HRD

95PGBNTHPB6030296

PRÉMIO TARIFÁRIO

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CEP 09.245.800-0001-04

ESTAMPE E GUARDE O BILHETE DPVAT.
ELE NÃO É DE PERTES GERADORIO.

113014111111

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180031682 **Cidade:** Buenos Aires **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARCOS VINICIUS OLIVEIRA DE **Data do acidente:** 19/11/2017 **Seguradora:** ARUANA SEGUROS S/A
BRITO

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 25/01/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: Fratura de base do 4º e 5º metacarpos esquerdo submetido a tratamento cirúrgico de fixação

Resultados terapêuticos: Não há como definir ou predizer com acurácia a existência de limitação funcional permanente e insusceptível a terapêutica a partir da documentação fornecida.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Não definido

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares: Sinistro indefinido, com menos de 90 dias, sem prognóstico.

Observações:

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00

PRESTADOR

IBMES INST.BRAS DE MEDICINA ESPEC.EM SEGUROS LTDA

Nome do médico: CARLOS MIRANDA CHAGAS

CRM do médico: 52.34765-8

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180031682 **Cidade:** Buenos Aires **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARCOS VINICIUS OLIVEIRA DE **Data do acidente:** 19/11/2017 **Seguradora:** ARUANA SEGUROS S/A
BRITO

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 14/02/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: Fratura de base do 4º e 5º metacarpos esquerdo submetido a tratamento cirúrgico de fixação

Resultados terapêuticos: Não há como definir ou predizer a existência de limitação funcional permanente e insusceptível a terapêutica, a partir da documentação fornecida.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: Encaminhado para Perícia Médica para melhor esclarecimento das sequelas definitivas que tenham persistido após o término do tratamento.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00

PRESTADOR

IBMES INST.BRAS DE MEDICINA ESPEC.EM SEGUROS LTDA

Nome do médico: CARLOS MIRANDA CHAGAS

CRM do médico: 52.34765-8

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180031682 **Cidade:** Buenos Aires **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARCOS VINICIUS OLIVEIRA DE BRITO **Data do acidente:** 19/11/2017 **Seguradora:** ARUANA SEGUROS S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DO 4º E 5º METACARPOS DA MÃO ESQUERDA

Descrição do exame médico pericial: DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DE MÃO ESQUERDA

Resultados terapêuticos: PACIENTE FOI ATENDIDO NO DIA 19/11/2017 COM DIAGNÓSTICO DE FRATURA DO 4º E 5º METACARPOS DA MÃO ESQUERDA. O MESMO FOI SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO NO DIA 22/11/2017 PARA FIXAÇÃO DE FRATURAS COM USO DE 3 FIOS DE KIRSCHNER. RECEBEU ALTA HOSPITALAR APÓS UM PERÍODO DE 48 HORAS COM IMOBILIZAÇÃO TIPO TALA LUVA POR UM PERÍODO DE 45 DIAS. FOI ACOMPANHADO EM CARÁTER AMBULATORIAL E NO MOMENTO ENCONTRA-SE EM ALTA ORTOPÉDICA. APRESENTA DIMINUIÇÃO DA MOBILIDADE GLOBAL DO 4º E 5º RAIOS PRINCIPALMENTE DURANTE A EXTENSÃO DO 4º E 5º DEDOS CORRESPONDENTES, ENCURTAMENTO RELATIVO DE APROXIMADAMENTE 5 MM, AUMENTO DE VOLUME A CUSTAS DE PARTES ÓSSEAS (2+/4+), DÉFICIT DE FORÇA FLEXORA DO 4º E 5º QUIRODÁCTILOS COM DIMINUIÇÃO DA FORÇA DE PREENSÃO PALMAR GRAU I.

Sequelas permanentes: APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DA MÃO ESQUERDA.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 19/02/2018

Conduta mantida:

Observações: REVISOR MANTEVE ENQUADRAMENTO E VALORAÇÃO DO MÉDICO EXAMINADOR.

Médico examinador: TIAGO MARTINS FORMIGA

CRM do médico: 8085

UF do CRM do médico: PB

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
Perda funcional completa de uma das mãos	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
		Total	17,5 %	R\$ 2.362,50

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



PRESTADOR

CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

Médico revisor: FABIO S SELERI FERNANDES

CRM do médico: 52.63021-7

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



INSTRUMENTO PARTICULAR DE PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: MARCOS VINÍCIUS OLIVEIRA DE BRITO, Portador do documento de identidade nº 9415303, expedido por SDS/PE, inscrito no CPF sob o nº 115.782.094-80, residente no Engenho Crimeia, s/n, Zona Rural, Buenos Aires/PE.

OUTORGADO: RAFAELA MARIA DE SANTANA CAVALCANTI, brasileira, casada, portadora do documento de identidade nº 7.788.638 SDS/PE, inscrito no CPF sob o nº 086.005.684-80, residente na cidade de Buenos Aires/PE.

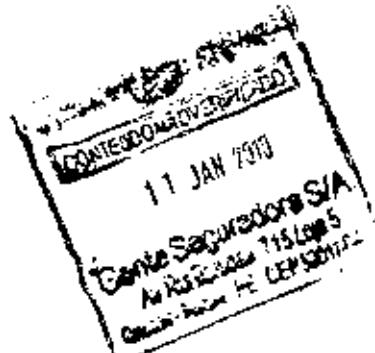
PODERES: Poderes específicos para propor, solicitar, acompanhar, providenciar, requerer, cancelar e dar entrada junto a Seguradora conveniada a Seguradora Líder, a fim de indenização de Seguro DPVAT, Morte, Invalidez permanente, Total ou Parcial e/ou Despesas Médicas – Hospitalares. Como também qualquer documento que julgue necessário aos interesses do OUTORGANTE ou de seus dependentes em Hospitais. Podendo também assinar FORMULARIO DE AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO.

Local e Data: Buenos Aires/PE., 19 de Dezembro de 2017.

Outorgante: Marcos Vinícius Oliveira Brito

CARTÓRIO DE REGISTRO CIVIL E NOTAS DE BUENOS AIRES - PE
Av. São Paulo Evangélica, nº 1 - Centro - CEP 52.845-000 - Fone: (81) 3647-1194

Reconheço por AUTENTICIDADE a firma indicada de:
MARCOS VINÍCIUS OLIVEIRA DE BRITO
que confere à o padão reg. neste cartório, Sou fa.
Buenos Aires, 19/12/2017. Eu testo a verdade
Vr R\$ 4,66 Alberto Carlos Vasconcelos - Titular
At Saln 0076794, GIC07201701.01886 #



Rio de Janeiro, 22 de Janeiro de 2018

Aos Cuidados de: **MARCOS VINICIUS OLIVEIRA DE BRITO**
Nº Sinistro: **3180031682**
Vitima: **MARCOS VINICIUS OLIVEIRA DE BRITO**
Data do Acidente: **19/11/2017**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **RAFAELA MARIA DE SANTANA CAVALCANTI**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180031682**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 dias, a partir do recebimento pela seguradora de toda a documentação necessária**.

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Rio de Janeiro, 25 de Janeiro de 2018

Aos Cuidados de: **MARCOS VINICIUS OLIVEIRA DE BRITO**
Nº Sinistro: **3180031682**
Vitima: **MARCOS VINICIUS OLIVEIRA DE BRITO**
Data do Acidente: **19/11/2017**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **RAFAELA MARIA DE SANTANA CAVALCANTI**

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180031682**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **GENTE SEGURADORA S/A**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site www.seguradoraslider.com.br ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 14 de Fevereiro de 2018

Aos Cuidados de: **MARCOS VINICIUS OLIVEIRA DE BRITO**

Sinistro: **3180031682**
Vítima: **MARCOS VINICIUS OLIVEIRA DE BRITO**
Data do Acidente: **19/11/2017**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **RAFAELA MARIA DE SANTANA CAVALCANTI**

Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3180031682** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site www.seguradoraslider.com.br ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 28 de Fevereiro de 2018

Carta n°: 12441075

A/C: MARCOS VINICIUS OLIVEIRA DE BRITO

Nº Sinistro: 3180031682
Vitima: MARCOS VINICIUS OLIVEIRA DE BRITO
Data do Acidente: 19/11/2017
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: RAFAELA MARIA DE SANTANA CAVALCANTI

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: MARCOS VINICIUS OLIVEIRA DE BRITO

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 104

Agência: 000000054

Conta: 0000030774-9

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de uma das mãos 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

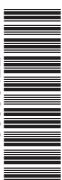
Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoraslider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Sinistro: **3180031682**

Nome do(a) Examinado(a): **MARCOS VINICIUS OLIVEIRA DE BRITO**

Endereço do(a) Examinado(a): **ENGENHO CRIMEIA nº SN - ZONA RURAL - BUENOS AIRES/PE**

Identificação - Órgão Emissor/UF/Número: **RG 9415303 - SSP**

Data e local do acidente: **19/11/2017 BUENOS AIRES/PE**

Data e local do exame: **19/02/2018 GOIANA/PE**

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

FRATURA DO 4º E 5º METACARPOS DA MÃO ESQUERDA

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

PACIENTE FOI ATENDIDO NO DIA 19/11/2017 COM DIAGNÓSTICO DE FRATURA DO 4º E 5º METACARPOS DA MÃO ESQUERDA. O MESMO FOI SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO NO DIA 22/11/2017 PARA FIXAÇÃO DE FRATURAS COM USO DE 3 FIOS DE KIRSCHNER. RECEBEU ALTA HOSPITALAR APÓS UM PERÍODO DE 48 HORAS COM IMOBILIZAÇÃO TIPO TALA LUVA POR UM PERÍODO DE 45 DIAS. FOI ACOMPANHADO EM CARÁTER AMBULATORIAL E NO MOMENTO ENCONTRA-SE EM ALTA ORTOPÉDICA.

III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

APRESENTA DIMINUIÇÃO DA MOBILIDADE GLOBAL DO 4º E 5º RAIOS PRINCIPALMENTE DURANTE A EXTENSÃO DO 4º E 5º DEDOS CORRESPONDENTES, ENCURTAMENTO RELATIVO DE APROXIMADAMENTE 5 MM, AUMENTO DE VOLUME A CUSTAS DE PARTES ÓSSEAS (2+/4+), DÉFICIT DE FORÇA FLEXORÁ DO 4º E 5º QUIRODÁCTILOS COM DIMINUIÇÃO DA FORÇA DE PREENSÃO PALMAR GRAU I.

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

SIM NÃO

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais suscetível a qualquer medida terapêutica)?

SIM NÃO

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

DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DE MÃO ESQUERDA

Caso a resposta do item V seja "Não", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b".

VII. Segundo previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações(*) .

Vítima em tratamento

Sem sequela permanente

Esta avaliação médica deve ser repetida em _____ dias

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

b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal(Sequela): **MÃO ESQUERDA**

Região Corporal(Sequela):

10% 25% 50% 75% 100%

10% 25% 50% 75% 100%

Região Corporal(Sequela):

Região Corporal(Sequela):

10% 25% 50% 75% 100%

10% 25% 50% 75% 100%

VIII.* Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal.

REVISOR MANTEVE ENQUADRAMENTO E VALORAÇÃO DO MÉDICO EXAMINADOR. -

Médico Perito: TIAGO MARTINS FORMIGA CRM:24411/PE



Assinatura do(a) Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com nome e CRM

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

115.982.094-80

Nome completo da vítima

marcos diniclus Oliveira de Melo

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Name completo Endereço Bairro Email	CPF titular da conta Número Cidade	Profissão Complemento Estado CEP Telefone (DDD) (81) 9.9543-3418
marcos diniclus Oliveira de Melo Conquista Grande Zona Rural	115.982.094-80 5CN Buenos Aires	

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder – DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

- | | | |
|--|--|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR | <input type="checkbox"/> SEM RENDA | <input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00 |
| <input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00 |
| | | <input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00 |
| | | <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00 |

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

- BRADESCO (237) BANCO DO BRASIL (001) ITAÚ (341)

- CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA
NRO.

D/V

CONTA
NRO.

0054

000.203.74

9

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)	AN
BANCO Name	NRO.
AGÊNCIA NRO.	D/V
(Informar dígito se existir)	(Informar dígito se existir)

*Seguradora S.A.
Buenos Aires
Nº 115.982.094-80*

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Buenos Aires, 04 de Janeiro de 2018
Local e Data

Marco diniclus Oliveira de Melo

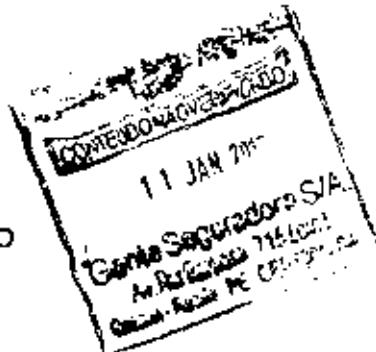
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

CAIXA ECONOMICA FEDERAL

18/12/2017 HORA: 12:37:12
DATA EFETIVACAO: 18/12
CONVENIO: 000636150
OPERADOR: Gleici

AGENCIA: 0054
CONTA: 013.00030774-9
NOME: MARCOS V O DE BRITO



415845



**GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 058ª CIRCUNSCRIÇÃO - BUENOS AIRES
DP58ªCIRC DINTER1/11ºDESEC**

BOLETIM DE OCORRÉNCIA Nº. 17E0148000408



Barcode generated by: 17E0148000408

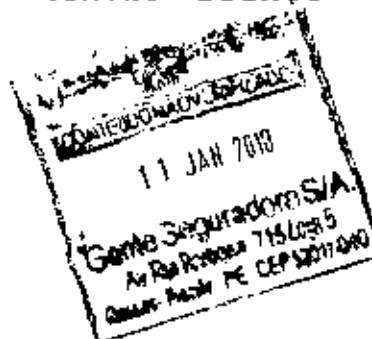
Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 19/12/2017 às
11:33

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado)
que aconteceu no dia 19/11/2017 às 06:00

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE BUENOS AIRES, 1, O FATO OCORREU NA ESTRADA DE TERRA PLENAGEM DO ENGENHO CLIMÉIA, S/N ZONA RURAL DE BUENOS AIRES-PE - Bairro: CENTRO - BUENOS AIRES/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

**DESCONHECIDOS (AUTOR / AGENTE)
ROSENILDO BATISTA DE SOUZA (OUTRO)
MARCOS VINÍCIOS OLIVEIRA DE BRITO (VÍTIMA)**



Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

**VEÍCULO: (leido na descrição da ocorrência), que estava em posse do(a) S-(e):
MARCOS VINÍCIOS OLIVEIRA DE BRITO**

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

**DESCONHECIDOS (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe:
DESCONHECIDO Data de Nascimento: 1/1/1980 Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL Estado Civil: DESCONHECIDO Escolaridade: DESCONHECIDO Endereço Residencial: MUNICÍPIO DE BUENOS AIRES, 1 - CEP: 56660-000 - Bairro: CENTRO - BUENOS AIRES/PERNAMBUCO/BRASIL**

MARCOS VINÍCIOS OLIVEIRA DE BRITO (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: JOSEFA MARIA DA CONCEIÇÃO Pai: MARCOS ANTÔNIO OLIVEIRA DE BRITO Data de Nascimento: 29/1/1996 Naturalidade: BUENOS AIRES / PERNAMBUCO / BRASIL Cidadania: 5416303/SDS/PE (RG) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 2º GRAU COMPLETO Profissão: SERRALHEIRO Telefones Celulares: - 993755562

Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE BUENOS AIRES, 1, A VÍTIMA RESIDE NO ENGENHO CLIMÉIA, S/N ZONA RURAL DE BUENOS AIRES-PE - CEP: 56660-000 - Bairro: CENTRO -**

BUENOS AIRES/PERNAMBUCO/BRASIL

ROSENILDO BATISTA DE SOUZA (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mais DESCONHECIDO Data de Nascimento: 1/1/1968 Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL Estado Civil: DESCONHECIDO Endereço Residencial: MUNICÍPIO DE BUENOS AIRES, 1 - CEP: 55660-000 - Bairro: CENTRO - BUENOS AIRES/PERNAMBUCO/BRASIL

Qualificação da(s) objeto(s) envolvido(s)

AUTOMÓVEL (VEÍCULO) de propriedade do(s) Sr(a): ROSENILDO BATISTA DE SOUZA, que estava em posse do(a) Sr(a): MARCOS VINÍCIOS OLIVEIRA DE BRITO Categoria/Marca/Modelo: AUTOMÓVEL HYUNDAI NÃO INFORMADO Objeto apreendido: NÃO Cor: PRATA - Quantidade: 1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)

Placa: PE28368 (PERNAMBUCO NÃO INFORMADO) Renavam: 273265588 Chassi: 0SPZBN7HPBB030296 Ano Fabricação/Modelo: 2010/2011 Combustível: DIESEL Descrição: CAR/CAMINHONETE/C ABERTA DIESEL, MARCA: HYUNDAI/HDRPRAT

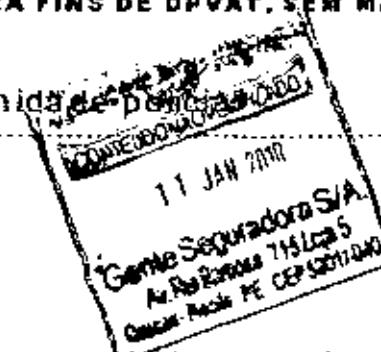
Complemento / Observação

COMPARCEU HOJE NESTA DELEGIACIA DE POLÍCIA, O SR. MARCOS VINÍCIOS OLIVEIRA DE BRITO, INFORMANDO QUE FOI VÍTIMA DE UM ACIDENTE DE TRÂNSITO. SEGUNDO O MESMO NO DIA 19/11/2017 POR VOLTA DAS 16:00H, VOLTAVA PARA SUA RESIDÊNCIA DIRIGINDO O VEÍCULO NESTE BOLETIM DE OCORRÊNCIA JÁ DESCrito E QUANDO SE APROXIMAVA DO ENGENHO CRIMÉIA, SN, ZONA RURAL DESTE MUNICÍPIO, AO TENTAR REALIZAR UM CURVA COMO A ESTRADA ERA DE TERRA PLENAGEM AGABOU PERDENDO O CONTROLE DO REFERIDO VEÍCULO E O CARRO ACABOU BATENDO EM UMA BARREIRA E APÓS RODAR DESCONTROLADAMENTE AGABOU CAINDO EM UM BARRANCO E CAPOTOU, DIZ A VÍTIMA QUE ENQUANTO O VEÍCULO CAPOTAVA SUA MÃO EM DETERMINADO MOMENTO ULTRAPASSOU A JANELA DA PORTA DO MOTORISTA E A CABINE ACABOU PASSANDO POR CIMA, EM SEGUIDA DIZ A VÍTIMA QUE FOI SOCORRIDO POR SEU IRMÃO PARA A UNIDADE HOSPITALAR LOCAL E LÁ CHEGANDO FOI ATENDIDA PELO MÉDICO DE PLANTÃO DR. RAFAEL AZEVEDO CRM-11.263 E APÓS ESTABILIZADO FOI REMOVIDO PARA O HOSPITAL GETÚLIO VARGAS NA CIDADE DO RECIFE ONDE APÓS SER SUBMETIDO A RAI-O-X FOI CONSTATADO DUAS FRATURAS EM SEUS DEDOS DA MÃO ESQUERDA, SENDO UMA FRATURA NO DEDO ANELAR DA MÃO ESQUERDA E A OUTRA FRATURA NO DEDO MÍDIA-TAMBÉM DA MÃO ESQUERDA, DIZ A VÍTIMA QUE TRÊS DIAS DEPOIS FOI NOVAMENTE REMOVIDO PA A SANTA CASA DA MISERICÓRDIA, ONDE FOI SURGIJADO RECEBENDO TRES FIOS DE FERRO NA MÃO. DIANTE DOS FATOS A VÍTIMA SOLICITA O REGISTRO DA OCORRÊNCIA PARA FINS DE DPVAT. SEM MAIS NADA DIGNO DE REGISTRO ENCERRO ESTE BOE.

Assinatura da(s) pessoa(s) presente nesta unidade de polícia

marcos Vinícius Oliveira de Brito
MARCOS VINÍCIOS OLIVEIRA DE BRITO
(VITIMA)

B.O. registrado por: EVERALDO LUIZ DA SILVA JÚNIOR - Matrícula: 272.839-7



Everaldo L. da S. Júnior
Comissário de Policia
Mat.: 272.839-7

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML



ondata
nm

- Eu, Marcelo Pinheiro Oliveira de Melo, portador da carteira de identidade nº 94.153.032 e inscrito no CPF/MF sob o nº 115.782.094-80, residente e domiciliado na 09 Cognac s/n, Zona Rural, Cidade Buenos Aires, Estado Tocantins, declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou

O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

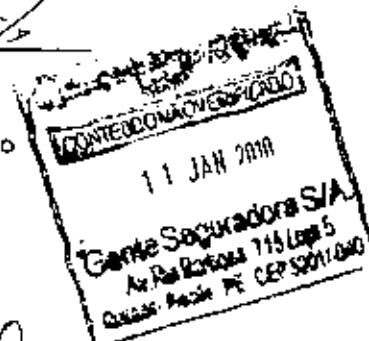
O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

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

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

Juanos Pinho de Melo

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação



Buenos Aires 04 de Janeiro de 2018

Local e data

DELETIM DE EMERGÊNCIA

05:02

No. Ocorrência:

ontuário:

Nome: **Maria das Janelas do im Bruto**

Idade:

Dt. Nasc.: 29/01/96 Sexo: M Est. Civil: S

Endereço: **Av. J. Brumado**

CEP:

Cidade: **C. Alves - PB**

Nac:

Documento: **CNS.**

Sisprenatal:

Tel.:

E-mail: **fernaf...@uol.com.br**Pai: **Adelton**

Profissão:

Responsável:

Últimas Ocorrências

Data: **19/11/2017**

Nº Ocorrência

Motivo do atendimento



00000000000000000000000000000000

RE-CONSULTA

Urgência () Não Urgência () Emergência () Acidente Trabalho () Acidente Trânsito ()

Horário	P.A.	Pulso	Peso	Assinatura
20:50hs				

Saídas / Diagnóstico

LUXAGEM / fractura PUNAO

Tratamento

Ossipinos Salvo a Amp + 00 ev

Exames complementares

Impressão diagnóstica

CID

Motivo da saída:

Residência Internado

Justificativa:

Encaminhado:

Removido:

Bito:

_____ h _____ m do dia _____

Data saída:

Hora saída:

Data da impressão: Sábado, 18 de Novembro de 2017 às 21:38

<input type="checkbox"/> CURATIVO	<input type="checkbox"/> ADM MEDICAMENTO: BÁSICO <input type="checkbox"/> ESP	TÉCNICO / COREN
<input type="checkbox"/> NEBULIZAÇÃO	<input type="checkbox"/> RETIRADA DE PONTO	
Consultas / Atendimento Médico: <input type="checkbox"/> urgência básica <input type="checkbox"/> urgência especializada <input type="checkbox"/> observação básica <input type="checkbox"/> observação especializada		MÉDICO / CRM
		HORÁRIO:
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO		RECHÉO (CONSELHO)
		11 JAN
		Gabinete Superintendente SIA Ano 2017 Mês 11 Data 18
		CEP 50001-000

Recepção: FÁTIMA

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: 22/02/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MARCOS VINICIUS OLIVEIRA DE BRITO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00054

CONTA: 000000030774-9

Nr. da Autenticação 916AC349F48D8DC6



-9814-



Tarifa Social de Energia Elétrica: Criada pela Lei 10.438, de 20/06/02
NOTA FISCAL - FATURA - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA
Centro de Energias do Paraná S.A.
Av. João da Barra, 110, Bop. Bacacheri - CEP 80000-400
10-10.438.622/0001-00 | Iamc: Est 000463-82 | www.cenpar.com.br

EDUCAÇÃO
SEVIRINA DANTANA DE FARIAS

**EXPEDIDO DA UNIÃO DE BURITICERÁ
RUA JOSÉ EMLIANO 1A.**

CFP 050 500 1-16-16

CENTRO DE TIENOS AURES
BUENOS AIRES PE
55845-000

CLASIFICAÇÃO
B3 COMERCIAL
OUTROS SERVIÇOS DE EDUCAÇÃO
Manufactura

CÓDIGO IDENTIFICATIVO
2659845019
DATA DE VENCIMENTO
30/11/2017

ANALYST	TYPE	DATE
00225318	UNCA	2011/03/17
ANALYST	TYPE	DATE
2011/03/17	2010/03/17	2011/03/17

Condomínio Ativo	VALOR LIVRE	VALOR LIQUIDO	VALOR LIQUIDO
Acrecimento Bimestral - BH-121124	54.000,000	0.09150148	40,1
Comodato de Imóvel para Prédio			9,6
ICMS Subvenção-COD-NR 00281845-1-2019-12			3,7
Multa por atraso-NF 00281845-1-2019-17			0,32
Multa por atraso-NF 00281845-1-2019-17			0,12
Anotação ICP-MF 00281845-1-2019-17			0,18
Comunicação ITC-Mensal 09/17			0,00
Comunicação ITC-Turnospe 09/17			-0,58
			-0,63

TOTAL PAGE 6

42.01

INFORMACOES IMPORTANTE

44-0738-000 que se de
formación y desarrollo en América
Latina (1970-80). Migración, urbanización,
desarrollo productivo y social, y
asimilación cultural, para la
comunidad, con énfasis en América
Latina y en Asia.

Tropenwalds-Mittelwerte und Standardabweichungen			
	Mittelwerte	Standardabweichungen	Signifikanz
HOCHWALD	2,70	0,95	11,46*
MALA	2,00	0,90	8,72
PERI	2,20	1,00	9,00
GRUND	2,72	0,95	

TÉCNICO SISTEMÁTICO (m)	LÍMITES DE PROPAGACIÓN (%)	
	área	valores
720	0-12	2,37