



PREFEITURA MUNICIPAL DE GRAVATÁ
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL DR PAULO DA VEIGA PESSOA
FICHA DE PRONTO ATENDIMENTO

0:00hs
Transf. Véchi
SUS

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

DO REGISTRO DO HOSPITAL:

CLIENTE: MÁRCOS PAULO MARAVES

INITORA: ADENISE Neli de Perin

DATA DE NASCIMENTO: 15-04-2000 IDADE: 23 ANOS

DIREÇO: RUA JOSE DEMILSON DA SILVA

IRRO: ARIA JERDE CIDADE: GTS

NTO DE REFERENCIA:

DATA: 10/03/2019

HORA DA CHEGADA AO HOSPITAL: 03:02

CNS:

TELEFONE:

Nº: 53

COR:

UF: PE

CEP:

MARCOS Pai

HDA

PA - 100x70

SPO₂ - 98

HGT - 121

R - 20

FC - 88.

Paciente vítima de colisão de moto com mero, vindo com condutor, vem com queixa de dor em peito (C) e pe (E).

EXAME FÍSICO

Vaga alugada

(1) Sacerdote: Ralo x de pe (E) e pumbos (C)

(2) Dorsos: lg oclaus fad a 00.08 12

(3) Tumores: gatos 2FA f50, g. 100 cm (E)

Senha: HRaquest - Traçado - 5637875

(4) Abdome: leves fad a 00.08 12

EXAMES SOLICITADOS

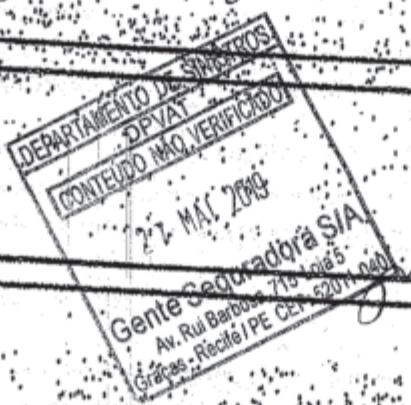


Foto Smi (E)

02/05/2019
SETOR DE ARRUMAR
SAMM DO HMDR/PE
CID

MÉDICO COM CARIMBO E ASSINATURA

Confere Original
SETOR DE ARQUIVO
SAME DO H.M.D.P.V.P.
02/05/19
HOSPITAL MUNICIPAL DR. PAULO DA VEIGA PESSOA
FICHA PARA REALIZAÇÃO DE TRANSFERÊNCIA

MÉDICOS

DATA DA SOLICITAÇÃO:

10/03/2019

HORAS:

23:30

DATA DO ATENDIMENTO NA UNIDADE DE ORIGEM:

Nº CARTÃO SUS:

NOME DO PACIENTE:

Márcos Órgano Marques

ENDERECO DO PACIENTE:

IDADE:
23

DIAGNÓSTICO:

MÚLTIPLAS FRANHAS.

TELEFONE:

HISTÓRIA REDUZIDA DO PACIENTE:

Paciente vitioso de álcool apresentando dor e dispnéia desde
onze dias (1), e reuma (2). Radiografia com lesões de rúdio,
e reuma (3) e frettos em 5^a falange da Metatarso (meta-
tarse).

SINAIS VITIAIS:

PRESSÃO ARTERIAL:

100 x 90 mmHg

R. RESPIRATÓRIA:

R. CARDIACA:

bpm

TEMPERATURA:

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA:

GLASGOW:

13

EXAME FÍSICO:

SIM	NÃO	(+ ++ +++ ++++)
		DESIDRATADO
		DEBNUTRIDO

CONFUSO

SEM RESPOSTA

R. CARDIACA:

CHIÁTICO

OTERICO

PATOLOGIAS ASSOCIADAS:

DIABETES

HAS

SONOLENTO

DOSAGEM

DPOC:

OUTROS

DOSAGEM

PRESCRIÇÃO REALIZADA

SEQUELA AVC

MEDICAMENTO EM USO

EXAMES COMPLEMENTARES:

H.O.G NORMAL

ALTERAÇÕES

TOMOGRAFIA:

ABDOMINAL

HT

LEUGO

OPK

TBC

TSP

AMILASE

URINA

* RELACIONAR DEMAIS EXAMES REALIZADOS

HOSPITAL:

DESTINO:

HOSPITAL REGIONAL DO AGreste - TRAJANO

DOCO RESPONSÁVEL:
Mariana Mourato
Médica
CRMPE 26339

SENHA CENTRAL

SENHA SAMU

5637875

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

RELATÓRIO OPERATÓRIO

Unidade de saúde: HOSPITAL REGIONAL DO AGreste

Paciente: MARCILY PAULO MANGUEIS

Nº registro

Clínica: OSTEOPAIXA

Nº do ato

Operador: DR. MARCELO ROSENDO

1º Assistente: DRA. ARENA

2º Assistente:

Anestesiado:

Anestesista:

Anestesia: RAQUÍ

Duração:

Data da operação: 01/08/2019

Início:

Término:

Descrição da operação: ALIVIACAO DO DISSECATIVO E SEMETISTICO ESQUERDO

Síntese: ESTOJO POSOPERATÓRIO C. MESMO

Operação: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE ALIVIAÇÃO DE METABARO

Operação realizada: 2 MESES

DESCRIÇÃO DO ATO OPERATÓRIO

1. PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL HORIZONTAL SOB ANESTESIA
2. EXÉSIS - AVISSESSIA - APOIAÇÃO X - IMPÔS ESTEREO
3. ALCANÇADO REDEMAR DE DEXALACIA 30MMX ESQUERDO SOB VISUALIZAÇÃO RADIOSÓPICA + ESTABILIZAÇÃO COM DOIS PLATES INTRAMEDULARES
4. INCISÃO C.R. MANGUEIRA FACE ANTERIOR C/P E ESCRIVENDO ENTRE 4º E 5º PDC
5. VIZUALIZAÇÃO DE LUXAÇÃO DE 5º MITTE + REDUÇÃO DIRETA + ESTABILIZAÇÃO COM K INTRAMEDULAR
6. VIZUALIZAÇÃO DE LUXAÇÃO DE 4º MITTE + REDUÇÃO DIRETA + ESTABILIZAÇÃO COM NO DE K INTRAMEDULAR
7. SUTURA DA FOLHA OMNIPLEX
8. CURRALIS
9. PRONTO PARA PACIENTE A SAIR

DEPARTAMENTO DE ORTOPEDIA
DR MAT
CONTROLE NÃO VERIFICADO

13 AGO 2019

Assinatura: _____
Al. Mat. Dr. _____

Nº 00-0000

ESTADO

PROVINCIA

MUNICIPIO

PARROQUIA

CUADRILLA

SECTOR

GRUPO

TIPO

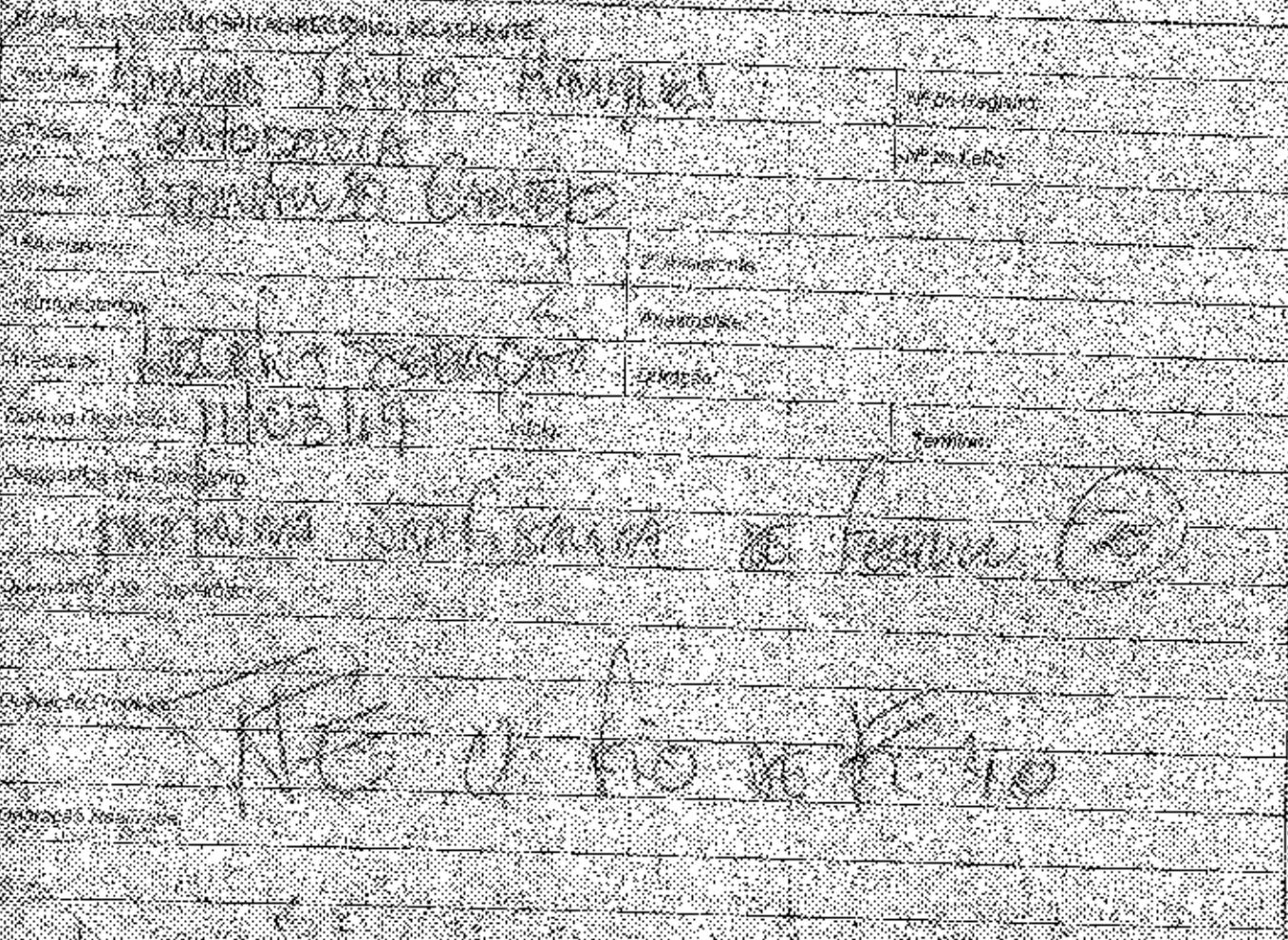
DEPARTAMENTO DE
COTACAO
CONTADOR HATO YENI

13-10-03-2015

RECORRIDO 1
M. RUL D-15023 715 - L-13
R-001-13

SECRETARIA MUNICIPAL DE ESTADO DE PERNAMBUCO

DEPARTAMENTO DE OPERAÇÕES



DEPARTAMENTO DE OPERAÇÕES

DEPARTAMENTO DE
OPERAÇÕES
DEPARTAMENTO DE OPERAÇÕES

100% DE
100%

A. 100% DE
100%

0177935/19



Secretaria de Saúde

Marcos Paulo Alves
Júnior Mestrado

Pacientes portadores de Defeito
definitivo de Parkinson desferidos
enfermedade em T. 923 com Síndrome
de Lewy e/ou Parkinson desferido
e Síndrome Deteriorativa de fronto-

lateral inferior quando a
deficiência do pé quando T. 922
atendendo o déficit de função

Sugestões, Reclamações, Elogios

Rua Izaltino Poggy, 33 - Prado - Gravatá - PE

Fone: 3563-9024/9025 - email: ouvidoria@gravatae.com.br

Hk. desafio

01/10/18

Dr. Alexandre da
Trombeta - Oncologista
Rmt: 0704 TEOT 1212

0177935/19



Secretaria de Saúde

Marcos Paulo Alves
Júnior Mestrado

Pacientes portadores de Defeito de Fratura
definidos de acordo com o estabelecido
enunciado em T. 923 com respectivo
de laudos para estabelecer o efeito
e ferir determinados de fraturas
nos membros inferiores quando da
deficiência do pé quando T. 922
é lembrada o déficit se junta

Sugestões, Reclamações, Elogios

Rua Izaltino Poggy, 33 - Prado - Gravatá - PE

Fone: 3563-9024/9025 - email: ouvidoria@gravatai.e-mail.com

Hk. resolto

01/10/18

Dr. Alexandre da
Trombeta - Ortopedista
Ratl. 07/04 TEC 1242

0177935/19



Secretaria de Saúde

Marcos Paulo Alves
Júnior Mestrado

Pacientes portadores de Defeito
definitivo de Parkinson desferidos
enfermedade em T. 923 com Síndrome
de Lewy e/ou Parkinson desferido
e Síndrome Deteriorativa de fronto-

lateral inferior quando a
deficiência do pé quando T. 922
atendendo o déficit de função

Sugestões, Reclamações, Elogios

Rua Izaltino Poggy, 33 - Prado - Gravatá - PE

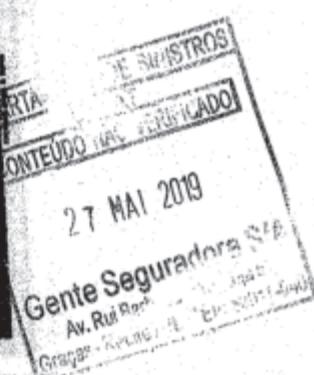
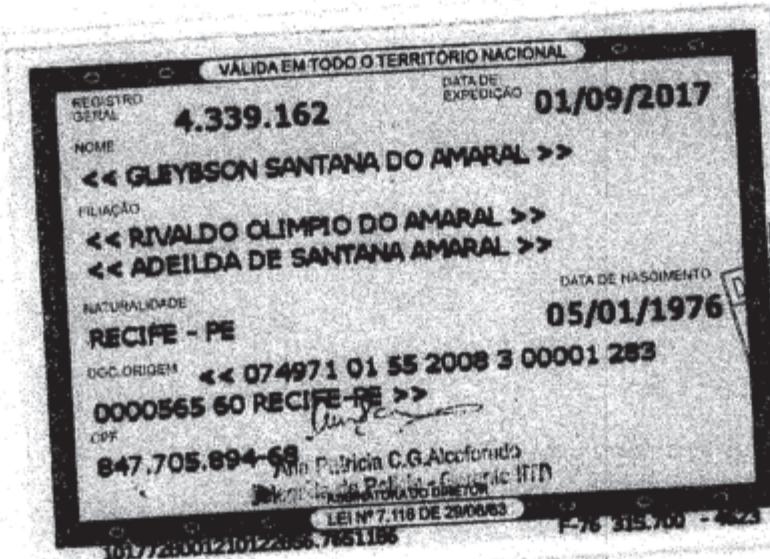
Fone: 3563-9024/9025 - email: ouvidoria@gravatae.com.br

Hk. desafio

01/10/18

Dr. Alexandre da
Trombeta - Oncologista
Rmt: 0704 TEOT 1212





PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190346381 Cidade: Gravatá Natureza: Invalidez Permanente
Vítima: MARCOS PAULO MARQUES Data do acidente: 10/03/2019 Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 14/08/2019

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURAS DO RÁDIO E DA ULNA ESQUERDA. P2
FRATURA DIAFISÁRIA DO FÊMUR ESQUERDO. P3
LUXAÇÃO DO 1º, 4º E DO 5º METATARSOS ESQUERDO. P2

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS NO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO, COM HASTE E PARAFUSOS NO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO E COM FIOS DE KIRSCHNER NO PÉ ESQUERDO. P2/3/4/5 ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DOS MEMBROS SUPERIOR E INFERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento
faltante:

Apontamento do Laudo
do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DOS MEMBROS SUPERIOR E INFERIOR ESQUERDO.

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
Perda funcional completa de um membro superior e de um membro inferior	100 %	Em grau leve - 25 %	25%	R\$ 3.375,00
Total			25 %	R\$ 3.375,00



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190346381 **Cidade:** Gravatá **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARCOS PAULO MARQUES **Data do acidente:** 10/03/2019 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 31/05/2019

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURAS DO RÁDIO E DA URNA ESQUERDA. P2
FRATURA DO 5º METATARSO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: NÃO DEFINIDO.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Não definido

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: A FALTA DE APRESENTAÇÃO DA DOCUMENTAÇÃO HOSPITALAR DE INTERNAÇÃO/INTERNAMENTO INVIAZILIZOU ESTABELECE A RELAÇÃO ENTRE O ACIDENTE OCORRIDO E AS SEQUELAS INFORMADAS NOS DOCUMENTOS MÉDICOS APRESENTADOS. PORTANTO, DEVE-SE APRESENTAR EM COMPLEMENTO, AS SEGUINTE ALTERNATIVAS DE DOCUMENTAÇÃO MÉDICA:

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

TAIS DOCUMENTOS SÃO EMITIDOS, MEDIANTE SOLICITAÇÃO, SEM CUSTO E SÃO DE DIREITO DOS PACIENTES SUBMETIDOS AOS TRATAMENTOS NAS INSTITUIÇÕES HOSPITALARES PÚBLICAS OU PARTICULARES, SEJA EM CARÁTER DE INTERNAÇÃO OU AMBULATORIAL.

NÃO SÃO SUFICIENTES PARA ANÁLISE MÉDICA DOCUMENTAL, DOCUMENTOS, SOMENTE, EMITIDOS POR ENFERMAGEM OU OUTROS PROFISSIONAIS DA ÁREA DE SAÚDE QUE NÃO SEJAM EMITIDOS POR MÉDICOS.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190346381 **Cidade:** Gravatá **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARCOS PAULO MARQUES **Data do acidente:** 10/03/2019 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 07/10/2019

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURAS DO RÁDIO E DA ULNA ESQUERDA. P2
FRATURA DIAFISÁRIA DO FÊMUR ESQUERDO. P3
LUXAÇÃO DO 1º, 4º E DO 5º METATARSOS ESQUERDO. P2

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS NO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO, COM HASTE E PARAFUSOS NO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO E COM FIOS DE KIRSCHNER NO PÉ ESQUERDO. P2/3/4/5 ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DOS MEMBROS SUPERIOR E INFERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida: Sim

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DOS MEMBROS SUPERIOR E INFERIOR ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações: REANÁLISE CONCLUÍDA E NÃO VISUALIZADO DOCUMENTAÇÃO MÉDICA-HOSPITALAR NOVA QUE EVIDENCIE AGRAVAMENTO DE SEQUELA JÁ INDENIZADA ANTERIORMENTE SEGUNDO LEI VIGENTE. CONDUTA MANTIDA.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190346381 **Cidade:** Gravatá **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARCOS PAULO MARQUES **Data do acidente:** 10/03/2019 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 07/10/2019

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURAS DO RÁDIO E DA ULNA ESQUERDA. P2
FRATURA DIAFISÁRIA DO FÊMUR ESQUERDO. P3
LUXAÇÃO DO 1º, 4º E DO 5º METATARSOS ESQUERDO. P2

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS NO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO, COM HASTE E PARAFUSOS NO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO E COM FIOS DE KIRSCHNER NO PÉ ESQUERDO. P2/3/4/5 ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DOS MEMBROS SUPERIOR E INFERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida: Sim

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DOS MEMBROS SUPERIOR E INFERIOR ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações: REANÁLISE CONCLUÍDA E NÃO VISUALIZADO DOCUMENTAÇÃO MÉDICA-HOSPITALAR NOVA QUE EVIDENCIE AGRAVAMENTO DE SEQUELA JÁ INDENIZADA ANTERIORMENTE SEGUNDO LEI VIGENTE. CONDUTA MANTIDA.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190346381 Cidade: Gravatá Natureza: Invalidez Permanente
Vítima: MARCOS PAULO MARQUES Data do acidente: 10/03/2019 Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 14/08/2019

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURAS DO RÁDIO E DA ULNA ESQUERDA. P2
FRATURA DIAFISÁRIA DO FÊMUR ESQUERDO. P3
LUXAÇÃO DO 1º, 4º E DO 5º METATARSOS ESQUERDO. P2

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS NO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO, COM HASTE E PARAFUSOS NO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO E COM FIOS DE KIRSCHNER NO PÉ ESQUERDO. P2/3/4/5 ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DOS MEMBROS SUPERIOR E INFERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento
faltante:

Apontamento do Laudo
do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DOS MEMBROS SUPERIOR E INFERIOR ESQUERDO.

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
Perda funcional completa de um membro superior e de um membro inferior	100 %	Em grau leve - 25 %	25%	R\$ 3.375,00
Total			25 %	R\$ 3.375,00

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE: DATA DO ACIDENTE: 10/03/2019 sinistro: INVALIDEZ PERMANENTE

NOME: MARCOS PAULO MARQUES
RG: 8.940.626 SDS/PE

CPF: 108.844.264-16 Estado Civil: SOLTEIRO Profissão: MOTORISTA
Endereço: RUA: JOAQUIM SOUTO N:04 Bairro: NOSSA SRA DAS GRAÇAS
GRAVATÁ/PE CEP:,55640-000, neste ato tendo assinado a rogo,

RG: CPF:

Endereço: N: cep:

OUTORGADO:

Nome: GLEYBSON SANTANA DO AMARAL
Nacionalidade: BRASILEIRO
Profissão: ANALISTA DE SEGUROS
Identidade: 4.339.162 SSD/PE
Endereço: RUA RIVALDO BALTAR N 56, BAIRRO PRADO , CEP 55.642-155

Est. Civil: DIVORCIADO

CPF: 847.705.894-68

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante A SEGURADORA LÍDER DOS CONSORCIOS, podendo para tanto requerer o que necessário for, assinar, substabelecer esta, dar quitação e praticar enfim, todos os atos de direito, permitindo para perfeito cumprimento deste mandato, da vitima

OBS: É de responsabilidade do outorgante a veracidade das informações prestadas e documentos Apresentados e disponibilizados ao outorgado.

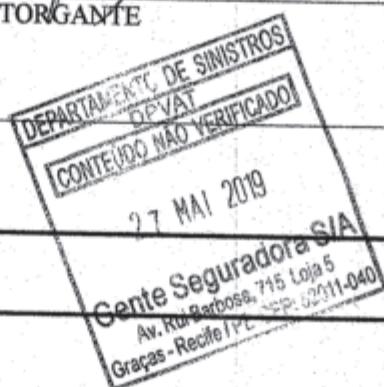
2º OFÍCIO GRAVATA

Marcos Paulo Marques
OUTORGANTE

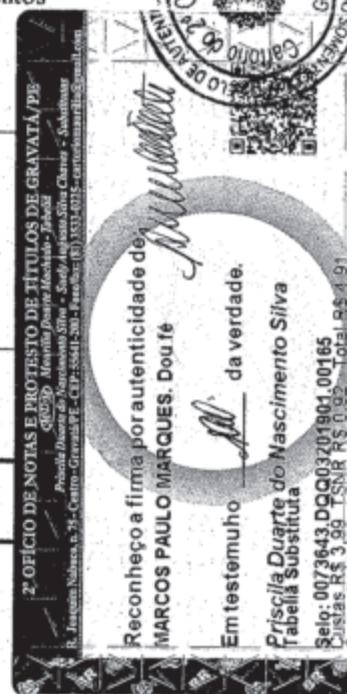
A Rogo:

Testemunhas:

GRAVATÁ/PE , 06 , MAIO . 2019
Local e Data



Reconheço a firma por autenticidade.



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0177935/19

Vítima: MARCOS PAULO MARQUES

CPF: 108.844.264-16

CPF de: Próprio

Data do acidente: 10/03/2019

Titular do CPF: MARCOS PAULO MARQUES

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

GLEYBSON SANTANA DO AMARAL : 847.705.894-68

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

MARCOS PAULO MARQUES : 108.844.264-16

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 27/05/2019
Nome: GLEYBSON SANTANA DO AMARAL
CPF: 847.705.894-68

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 27/05/2019
Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA
CPF: 114.202.964-69

GRAYSON SANTANA DO AMARAL

JULIANA BEZERRA DE LUNA

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0177935/19

Número do Sinistro: 3190346381

Vítima: MARCOS PAULO MARQUES

CPF: 108.844.264-16

CPF de: Próprio

Data do acidente: 10/03/2019

MARCOS PAULO
MARQUES

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médica-hospitalar

ATENÇÃO

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

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 13/08/2019
Nome: GLEYBSON SANTANA DO AMARAL
CPF: 847.705.894-68

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 13/08/2019
Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA
CPF: 114.202.964-69

GLEYBSON SANTANA DO AMARAL

JULIANA BEZERRA DE LUNA

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0177935/19

Número do Sinistro: 3190346381

Vítima: MARCOS PAULO MARQUES

CPF: 108.844.264-16

CPF de: Próprio

Data do acidente: 10/03/2019

MARCOS PAULO
MARQUES

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Documentação médica-hospitalar

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 04/10/2019
Nome: GLEYBSON SANTANA DO AMARAL
CPF: 847.705.894-68

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 04/10/2019
Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA
CPF: 114.202.964-69

GLEYBSON SANTANA DO AMARAL

JULIANA BEZERRA DE LUNA

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, 28 de Maio de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190346381 **Vítima: MARCOS PAULO MARQUES**

Data do Acidente: 10/03/2019 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: GLEYBSON SANTANA DO AMARAL

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MARCOS PAULO MARQUES

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



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, 31 de Maio de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190346381

Vítima: MARCOS PAULO MARQUES

Data do Acidente: 10/03/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: GLEYBSON SANTANA DO AMARAL

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), MARCOS PAULO MARQUES

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Documentação médica-hospitalar

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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, 07 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190346381

Vítima: MARCOS PAULO MARQUES

Data do Acidente: 10/03/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: GLEYBSON SANTANA DO AMARAL

Assunto: REANÁLISE DO PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MARCOS PAULO MARQUES

Após revisão da Análise Médica Documental ou perícia em 07/10/2019, verificou-se que a lesão permanente apresentada já foi adequadamente indenizada, nos termos da Lei nº 6.194, de 1974, não tendo sido identificado agravamento da invalidez permanente da vítima, ou nova lesão permanente decorrente do mesmo acidente de trânsito.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para você

Carta nº 14850770

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, 25 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190346381 **Vítima: MARCOS PAULO MARQUES**

Data do Acidente: 10/03/2019 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: GLEYBSON SANTANA DO AMARAL

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), MARCOS PAULO MARQUES

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\$ 0,00

Recebedor: MARCOS PAULO MARQUES

Valor: R\$ 3.375,00

Banco: 104

Agência: 000000943

Conta: 0000056727-1

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



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

 DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

 INVALIDEZ PERMANENTE

 MORTE

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

108.844.264-16

Nome completo da vítima:

Marcos Paulo Marques

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

Nome completo:

Profissão:

Bairro:

E-mail:

Endereço:

Cidade:

Marcos Paulo Marques

Rua paguim Sáuto

norte

Gravatá

PE

55642-250

(81) 99228-5097

CPF: 108.844.264-16

Número: 04 Complemento:

CEP: 55642-250

Tel. (DDD): (81) 99228-5097

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO:

RECUSO INFORMAR

SEM RENDA

ATÉ R\$1.000,00

R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00

R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPCIÃO DE CONTA

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: 0943

CONTA: 56727

1

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

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

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 atende 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

Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): Sim Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos:
Vivos: _____ Falecidos: _____ Vítima deixou
nascituro (val nascer)? Sim Não Vítima deixou
pais/vivos? Sim Não

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data: Gravataí 08/05/2019

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

+ Marcos Paulo Marques

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Jorge Soárez Alves
Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1º | Nome: 27 MAI 2019

CPF: _____

Gente Seguradora S/A
Av. Presidente Vargas, 1000
Gravataí - RJ - 27.000-000

Assinatura

2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura



**GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO**

DELEGACIA DE POLÍCIA DA 062ª CIRCUNSCRIÇÃO - GRAVATÁ - DP62ªCIRC DINTER1/12ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N°. 19E0152001840

525426
0177935/15

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **06/05/2019** às **15:52**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia 10/3/2019 no período da Noite

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE GRAVATA, 1, VIA LOCAL** - Bairro: **CENTRO** -
GRAVATA/PERNAMBUCO/BRASIL - Ponto de Referência: **POSTO DO SANTO**.
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR \ AGENTE)
SEVERINO CAMILO DA SILVA FILHO (OUTRO)
MARCOS PAULO MARQUES (VITIMA)



Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): DESCONHECIDO
VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): MARCOS PAULO MARQUES

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

MARCOS PAULO MARQUES (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **ADENICE NELE DA PENHA** Pai: **MARCOS ANTONIO MARQUES** Data de Nascimento: **15/4/1996** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**
Endereço Residencial: **RUA JOAQUIM SOUTO, 4, N. S. DAS GRACAS. - CEP: 0 - Bairro: PRADO - GRAVATA/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

SEVERINO CAMILO DA SILVA FILHO (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **LUZIA JOSEFA DA CONCEICAO** Pai: **SEVERINO CAMILO DA SILVA** Data de Nascimento: **7/8/1984** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**
Endereço Residencial: **RUA MANOEL JOAQUIM RIBEIRO, 38, A. - CEP: 0 - Bairro: QUINZE DE NOVEMBRO - GRAVATA/PERNAMBUCO/BRASIL, BAR DO BODE.**

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

MOTO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **SEVERINO CAMILO DA SILVA FILHO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **MARCOS PAULO MARQUES**

Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/YAMAHA/XTZ 150 CROSSER** E Objeto apreendido: **Não**
Cor: **BRANCA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PDX6179** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)

Ano Fabricação/Modelo: **2015/2015**

CICLOMOTOR (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**

Categoria/Marca/Modelo: **CICLOMOTOR/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Complemento / Observação

COMPARECEU A ESTA DEPOL A PESSOA DE MARCOS PAULO MARQUES, O MESMO RELATA QUE NA NOITE DE (10/03/19) PILOTAVA A MOTO DE PLACA PDX - 6179, QUE LEVAVA NA GARUPA A SUA ESPOSA DE POLIANA RAIANE FERREIRA DA SILVA, QUE AO SE APROXIMAR DO POSTO DO GAS, VIA LOCAL, FOI SURPREENDIDO POR UM CICLOMOTOR COM FAROL APAGADO QUE ULTRAPASSAVA OUTRA MOTO E COLIDIU DE RASPAO COM O MESMO, QUE O ACIDENTE NAO FOI MAIS GRAVE PORQUE CONSEGUIU DESVIAR UM POUCO. QUE SOFREU FRATURAS NO BRACO, FEMUR E DEDOS DO PE ESQUERDO. A VITIMA FOI SOCORRIDA PELO SAMU PARA HOSPITAL DR. PAULO DA VEIGA PESSOA.

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

Marcos Paulo Marques

**MARCOS PAULO MARQUES
(VITIMA)**

B.O. registrado por **EILTON FERREIRA BULHÕES** - Matrícula: **319807-3**



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

 DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

 INVALIDEZ PERMANENTE

 MORTE

N° do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

108.844.264-16

Nome completo da vítima:

Marcos Paulo Marques

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

Nome completo:

Profissão:

Bairro:

E-mail:

Endereço:

Cidade:

Estado:

CPF:

Número:

Complemento:

CEP:

Tel. (DDD):

(81) 99228-5097

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

DADOS CADASTRAIS
RENDA MENSAL:
 RECUSO INFORMAR
 SEM RENDA

 ATÉ R\$1.000,00
 R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

 R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00
 R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

 R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
 ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPCIÃO DE CONTA
 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: 0943

CONTA: 56727

1

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

 Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo Data do óbito da vítima:

 Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): Sim Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

 Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos:
 Vivos: _____ Falecidos: _____ Vítima deixou
 nascituro (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou
 pais/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 restituir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data: Gravataí 08/05/2019

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

+ Marcos Paulo Marques

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1º | Nome: 27 MAI 2019

CPF: _____

2º | Nome: _____

CPF: _____

 Gente Seguradora S/A
 Av. Presidente Vargas, 1000 - Centro
 Gravataí - RJ - CEP 27000-000
 Assinatura

Assinatura



Prefeitura de

GRAVATÁ

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE GRAVATÁ
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

Gravatá, 07 de maio de 2019.

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins de comprovação que a Sra. **MARCOS PAULO MARQUES** foi atendido pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) no dia 10 de março de 2019, vítima de trauma por acidente motociclístico, no município de Gravatá. Sem mais para o momento.

Tamires Pontes
Enfermeira
COREN: 442173

Atenciosamente,

p / Tamires Pontes
JACQUELINE AUGUSTA
Coordenadora Geral
COREN 103674

Jacqueline Augusta do N. Oliveira
Coordenadora Geral do SAMU



Endereço: Rua XV de Novembro , 121 – Nossa Senhora das Graças – Gravatá -PE

CEP: 55.642-550 Fone/Fax (81) 3563-9024/9025.

CNPJ: 10.710.822/0001-10

saudade@prefeituradegravata.pe.gov.br

www.prefeituradegravata.pe.gov.br

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: 19/08/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 3.375,00

*****TRANSFERIDO PARA:

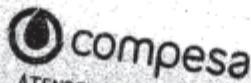
CLIENTE: MARCOS PAULO MARQUES

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00943

CONTA: 00000056727-1

Nr. da Autenticação CDD206E16ABD063E



CNPJ 09.769.035/0001-64
INSC. EST. N° 18.1.001.0014398-2
ATENDIMENTO: AVENIDA GOV AGAMON MAGALHAES - NUM. - 00125 -
SALA 110 - PRAIA GRAVATA PE 55642-210

DADOS DO CLIENTE

EDUARDO AMARO DA SILVA AV DR JOAQUIM SOUTO, N. 00004 - NORTE GRAVATA PE 55642-250	MATRÍCULA: 10722152 Abr/2019
INSCRIÇÃO: 064.320.040.0349.000	GRUPO: 10 DEB. AUTOMÁTICO: 010722152
SITUAÇÃO ÁGUA LIGADO	SITUAÇÃO ESGOTO POTENCIAL
HIDROMETRO A095345331	RESIDENCIAL 1
AGUA: LEIT ANT: 564 LEIT ATU: 569 LEIT FAT: 569	QUANTIDADE DE ECONOMIAS COMERCIAL INDUSTRIAL PÚBLICA
	DATA LEIT. ANTERIOR 05/04/2019
	DATA LEIT. ATUAL 04/05/2019
	TIPO DE CONSUMO (AVE) REAL

HISTÓRICO DE CONSUMO
REFERÊNCIA CONSUMO

03/2019 05
02/2019 05
01/2019 05
12/2018 04
11/2018 05
10/2018 05
MEDIA: 05

PARAMETROS	NUMERO DE AMOSTRAS		
	EXIG. MS 2.914/11	PORT.	ANALISES REALIZ.
TURBIDEZ	76	78	78
COR APARENTE	76	78	72
CLORO RESIDUAL	76	78	78
COLIF. TOTAIS E. COLI	76	78	77
		78	78

Qualidade de Água: www.compesa.com.br

OBS.: (1)COLIFORMES TOTAIS AUSÊNCIA 95% DAS AMOSTRAS EXAMINADAS
(2)OS PARAMETROS COFORMES TOTAIS ESCHERICHIA COLI E CLORO
RESIDUAL SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES SANITÁRIAS DA ÁGUA
(3)OS PARAMETROS COR E TURBIDEZ SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES
ASSOCIADAS AO ASPECTO VISUAL DA ÁGUA

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS

ÁGUA
COMERCIAL 1 UNIDADE(S)
CONSUMO DE ÁGUA

CONSUMO TOTAL(R\$)

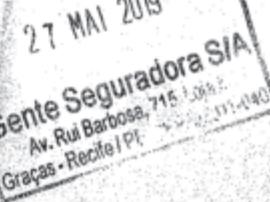
5 M3

60,75

1,21

0,38

MULTA P/IMPONTUALIDADE 03/2019
JUROS DE MORA 01/2019



27 MAI 2019

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO CIRCULAR SUSEP 445/12

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 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 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.

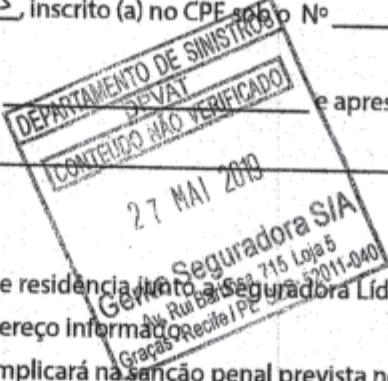
A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF²**.

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² 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 nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Gleyerson Santana da Amaral inscrito (a) no CPF 847.705.894-68
 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Marcos Paulo Marques inscrito
 (a) no CPF sob o Nº 108844264-16 do sinistro de DPVAT cobertura 1 invalides da Vítima
Marcos Paulo Marques inscrito (a) no CPF sob o Nº _____, 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, que Rivaldo Baltar, mora no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Residir no endereço abaixo, Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço <u>R. Rivaldo Baltar</u>		Número <u>56</u>	Complemento
Bairro <u>Prado</u>	Cidade <u>Gravataí</u>	Estado <u>PE</u>	CEP <u>55642155</u>
Email	Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD)	<u>8199228-5097</u>

Gravataí 08 de Maio de 2019

Local e Data

Gleyerson Santana da Amaral

Assinatura do Declarante

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Severino Camilo da Silva Filho,
RG nº 7275241, data de expedição / /,
Órgão SADS/PE, portador do CPF nº 059.454.264-77 com
domicílio na cidade de Aravata, no Estado de
PE, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Transversa Mansil Paquim Ribeiro, nº 38,a,
complemento Casa, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima Marcos Paulo Marques cujo o condutor era
Marcos Paulo Marques.

Veículo: PAS/MOTOCICLETA
Modelo: YAMAMA/XTZ 150 CROSSER E
Ano: 2015
Placa: PDX 6179
Chassi: 9C6DG2520F0007522
Data do Acidente: 10/10/2019
Local e Data: Aravata PE 30-04-2019

Severino Camilo da Silva Filho
Assinatura do Declarante



Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

2º OFÍCIO DE NOTAS E PROTESTO DE TÍTULOS DE GRAVATAÍ/PE
Prólio Duarte do Nascimento Silva - Suely Augusta Silva Chaves - Substituta
R. Joaquim Nabuco, n. 75 - Centro - Gravataí/PE - CEP: 55641-300 - Fone/Fax: (51) 3533-0226 - e-mail: sru@gravatai.com.br

Reconheço a firma por autenticidade de:
SEVERINO CAMILO DA SILVA FILHO,
Suely Augusta Silva Chaves
Substituta

Em testemunho - da verdade
Priscilla Duarte do Nascimento Silva
Tabelia Substituta

Selo: 0073643.LHJ03201901.00038
Custas R\$ 3,99 - ISNR R\$ 0,8 Total R\$ 4,79
Consulte autenticidade em www.tipe.jus.br/sefodigital

