

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

SUS



TRANS Verde

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

DO REGISTRO DO HOSPITAL:

CIENTE: MARCOS PAULO MARQUES

NITORA: ADENISE Neli da Penha

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

DIREÇÃO: RUA JOSE DEMILSON DA SILVA

IRRO: ÁRIA JERDE CIDADE: GRÁ

NTO DE REFERENCIA:

DATA: 10-03-2019

HORA DA CHEGADA AO HOSPITAL: 13:02

CNS:

TELEFONE:

SEXO: M

Nº: 53

COR:

UF: PE

CEP:

ACOMPANHANTE:

MARCOS PAI

HDA

PA - 100x70

SPO₂ - 98

HGT - 121

R - 20

FC - 88

Paciente vítima de colisão de
moto com muro, vinha como
condutor, vem com queixa de
dor em punho \odot e pé \ominus .

Nega alergias.

EXAME FÍSICO

Ex: \odot Solicito Raio X de pé \ominus e
punho \odot .

\odot DORONA 1º Olamp f.a. e

\odot Trauma 2º Olamp f.a. e

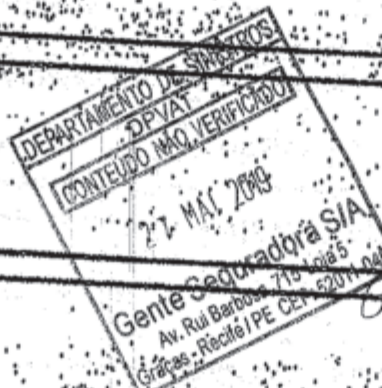
Senha = HRAquest - Trauma - 5637875

\odot Trauma 1º Olamp f.a. e

633 333 333

Faz Sm \odot

EXAMES SOLICITADOS



SETOR DE ARQUIVOS
SAME DO H.M.D.R.V.P.

CID

HD

MÉDICO COM CARIMBO E ASSINATURA

HOSPITAL MUNICIPAL DR. PAULO DA VEIGA PESSOA
FICHA PARA REALIZAÇÃO DE TRANSFERÊNCIA MÉDICOS

compro Original
SETOR DE ARQUIVO
SAME DO H.M.D.P.V.P.
02/03/19

DATA DA SOLICITAÇÃO:

10/03/2019

HORA:

23:30h

DATA DO ATENDIMENTO NA UNIDADE DE ORIGEM:

Nº CARTÃO SUS:

NOME DO PACIENTE:

MARCOS

OLIVEIRA

MARQUES

ENDEREÇO DO PACIENTE:

TELEFONE:

IDADE:

23

DIAGNÓSTICO:

MÚLTIPLAS FRATURAS

HISTÓRIA REDUZIDA DO PACIENTE:

Paciente vítima de trauma ocasionado por queda de altura em pulso (E) e perna (E). Radiografia com fratura de rádio. e ulna (E) e fratura em 5ª falange de Metatarso (meta. tarso).

SINAIS VITAIS:

PRESSÃO ARTERIAL:

100 x 70

mm/Hg

F. CARDÍACA:

bpm

F. RESPIRATORIA:

lpm

TEMPERATURA:

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA:

ALERTA

VERBAL

SONOLENTO

CONFUSO

SEM RESPOSTA

GLASGOW:

15

EXAME FÍSICO:

SIM

NÃO

(+ ++ +++ ++++)

DESHIDRATADO

DESNUTRIDO

SIM

NÃO

(+ ++ +++ ++++)

CIANÓTICO

ICTERICO

PATOLOGIAS ASSOCIADAS

DIABETES

HAS

10

SEQUELA AVC

DPOC

OUTROS

PRESCRIÇÃO REALIZADA

DOSAGEM

MEDICAMENTO EM USO:

DOSAGEM

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
OPVAT
CONTÉUDO NÃO VERIFICADO
21 MAI 2019

Genes Seguradora S/A
Av. Rio Barbosa, 715 - Lj 105
Graciosa - PE - CEP: 52011-000

EXAMES COMPLEMENTARES:

HCG

ALTERAÇÕES

NORMAL

TOMOGRAFIA

LABORATORIAL

HT

LEUCO

CPK

TGO

TGP

AMILASE

URINA

* RELACIONAR DEMAIS EXAMES REALIZADOS

HOSPITAL

DESTINO:

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE - TRAUMATO

DISS. RESPONSÁVEL

Mariana Mourato

CRM: 1.26.555

SINHA CENTRAL

5637875

SINHA SAMU

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

RELATÓRIO OPERATÓRIO

Unidade de saúde: HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

Paciente: MARCOS PAULO MACHES

Nº Registro

Clínica: ORTOPEDIA

Nº do caso

Observador: DR. MARCELO ROSENDO

1ª Assistente: DRA. LORENA

2ª Assistente:

Instrumentação:

Anestesia:

Anestesia: RAQUÍ

Duração:

Data da Operação: 01/04/2019

Início:

Terminou:

Diagnóstico Pré-operatório: LUXAÇÃO DO 1º, 4º E 5º METATARSO ESQUERDO

Plano Pós-operatório: C/MLSMO

Procedimento: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LUXAÇÃO DE METATARSO

Operação realizada: A MESMA

DESCRIÇÃO DO ATO OPERATÓRIO

1. PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL HORIZONTAL SOB ANESTESIA
2. ASÉPSIA + ANTISEPSIA + POSICIONAMENTO DE CAMPOS ESTÉREIS
3. REALIZADO REDUÇÃO DE LUXAÇÃO DO 1º METATARSO ESQUERDO SOB VISUALIZAÇÃO RADIOGRÁFICA + ESTABILIZAÇÃO COM DOIS FIOS DE K INTRAMEDULARES
4. INCISÃO POR PLANO NA FACE ANTERIOR DE PÉ ESQUERDO ENTRE 4º E 5º PDE
5. VISUALIZAÇÃO DE LUXAÇÃO DE 1º METATARSO + REDUÇÃO DIRETA + ESTABILIZAÇÃO COM FIO K INTRAMEDULAR
6. VISUALIZAÇÃO DE LUXAÇÃO DE 4º METATARSO + REDUÇÃO DIRETA + ESTABILIZAÇÃO COM FIO DE K INTRAMEDULAR
7. SUTURA DA PELE COM NYLON 3/0
8. CURATIVO
9. TRANSFERÊNCIA DO PACIENTE A SARA

DEPARTAMENTO DE ORTOPEDIA
 DR. MARCELO ROSENDO
 CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

11 AGO 2019

Profa. Dr.ª Maria da Glória
 Av. Duque de Caxias, 1400 - J. 14
 Recife - PE - 51021-900

2000-2001

Figure 1

12. *Chrysomelidae*

Abstract

No. 6185

Abstract

52

Journal of Management Inquiry 18(6)

1984

1998, 1999, 2000, 2001, 2002, 2003, 2004, 2005, 2006, 2007, 2008, 2009, 2010, 2011, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016, 2017, 2018, 2019, 2020, 2021, 2022, 2023, 2024, 2025, 2026, 2027, 2028, 2029, 2030, 2031, 2032, 2033, 2034, 2035, 2036, 2037, 2038, 2039, 2040, 2041, 2042, 2043, 2044, 2045, 2046, 2047, 2048, 2049, 2050, 2051, 2052, 2053, 2054, 2055, 2056, 2057, 2058, 2059, 2060, 2061, 2062, 2063, 2064, 2065, 2066, 2067, 2068, 2069, 2070, 2071, 2072, 2073, 2074, 2075, 2076, 2077, 2078, 2079, 2080, 2081, 2082, 2083, 2084, 2085, 2086, 2087, 2088, 2089, 2090, 2091, 2092, 2093, 2094, 2095, 2096, 2097, 2098, 2099, 2100, 2101, 2102, 2103, 2104, 2105, 2106, 2107, 2108, 2109, 2110, 2111, 2112, 2113, 2114, 2115, 2116, 2117, 2118, 2119, 2120, 2121, 2122, 2123, 2124, 2125, 2126, 2127, 2128, 2129, 2130, 2131, 2132, 2133, 2134, 2135, 2136, 2137, 2138, 2139, 2140, 2141, 2142, 2143, 2144, 2145, 2146, 2147, 2148, 2149, 2150, 2151, 2152, 2153, 2154, 2155, 2156, 2157, 2158, 2159, 2160, 2161, 2162, 2163, 2164, 2165, 2166, 2167, 2168, 2169, 2170, 2171, 2172, 2173, 2174, 2175, 2176, 2177, 2178, 2179, 2180, 2181, 2182, 2183, 2184, 2185, 2186, 2187, 2188, 2189, 2190, 2191, 2192, 2193, 2194, 2195, 2196, 2197, 2198, 2199, 2200, 2201, 2202, 2203, 2204, 2205, 2206, 2207, 2208, 2209, 2210, 2211, 2212, 2213, 2214, 2215, 2216, 2217, 2218, 2219, 2220, 2221, 2222, 2223, 2224, 2225, 2226, 2227, 2228, 2229, 2230, 2231, 2232, 2233, 2234, 2235, 2236, 2237, 2238, 2239, 2240, 2241, 2242, 2243, 2244, 2245, 2246, 2247, 2248, 2249, 2250, 2251, 2252, 2253, 2254, 2255, 2256, 2257, 2258, 2259, 2260, 2261, 2262, 2263, 2264, 2265, 2266, 2267, 2268, 2269, 2270, 2271, 2272, 2273, 2274, 2275, 2276, 2277, 2278, 2279, 2280, 2281, 2282, 2283, 2284, 2285, 2286, 2287, 2288, 2289, 2290, 2291, 2292, 2293, 2294, 2295, 2296, 2297, 2298, 2299, 2300, 2301, 2302, 2303, 2304, 2305, 2306, 2307, 2308, 2309, 2310, 2311, 2312, 2313, 2314, 2315, 2316, 2317, 2318, 2319, 2320, 2321, 2322, 2323, 2324, 2325, 2326, 2327, 2328, 2329, 2330, 2331, 2332, 2333, 2334, 2335, 2336, 2337, 2338, 2339, 2340, 2341, 2342, 2343, 2344, 2345, 2346, 2347, 2348, 2349, 2350, 2351, 2352, 2353, 2354, 2355, 2356, 2357, 2358, 2359, 2360, 2361, 2362, 2363, 2364, 2365, 2366, 2367, 2368, 2369, 2370, 2371, 2372, 2373, 2374, 2375, 2376, 2377, 2378, 2379, 2380, 2381, 2382, 2383, 2384, 2385, 2386, 2387, 2388, 2389, 2390, 2391, 2392, 2393, 2394, 2395, 2396, 2397, 2398, 2399, 2400, 2401, 2402, 2403, 2404, 2405, 2406, 2407, 2408, 2409, 2410, 2411, 2412, 2413, 2414, 2415, 2416, 2417, 2418, 2419, 2420, 2421, 2422, 2423, 2424, 2425, 2426, 2427, 2428, 2429, 2430, 2431, 2432, 2433, 2434, 2435, 2436, 2437, 2438, 2439, 2440, 2441, 2442, 2443, 2444, 2445, 2446, 2447, 2448, 2449, 2450, 2451, 2452, 2453, 2454, 2455, 2456, 2457, 2458, 2459, 2460, 2461, 2462, 2463, 2464, 2465, 2466, 2467, 2468, 2469, 2470, 2471, 2472, 2473, 2474, 2475, 2476, 2477, 2478, 2479, 2480, 2481, 2482, 2483, 2484, 2485, 2486, 2487, 2488, 2489, 2490, 2491, 2492, 2493, 2494, 2495, 2496, 2497, 2498, 2499, 2500, 2501, 2502, 2503, 2504, 2505, 2506, 2507, 2508, 2509, 2510, 2511, 2512, 2513, 2514, 2515, 2516, 2517, 2518, 2519, 2520, 2521, 2522, 2523, 2524, 2525, 2526, 2527, 2528, 2529, 2530, 2531, 2532, 2533, 2534, 2535, 2536, 2537, 2538, 2539, 2540, 2541, 2542, 2543, 2544, 2545, 2546, 2547, 2548, 2549, 2550, 2551, 2552, 2553, 2554, 2555, 2556, 2557, 2558, 2559, 2560, 2561, 2562, 2563, 2564, 2565, 2566, 2567, 2568, 2569, 2570, 2571, 2572, 2573, 2574, 2575, 2576, 2577, 2578, 2579, 2580, 2581, 2582, 2583, 2584, 2585, 2586, 2587, 2588, 2589, 2590, 2591, 2592, 2593, 2594, 2595, 2596, 2597, 2598, 2599, 2600, 2601, 2602, 2603, 2604, 2605, 2606, 2607, 2608, 2609, 2610, 2611, 2612, 2613, 2614, 2615, 2616, 2617, 2618, 2619, 2620, 2621, 2622, 2623, 2624, 2625, 2626, 2627, 2628, 2629, 2630, 2631, 2632, 2633, 2634, 2635, 2636, 2637, 2638, 2639, 2640, 2641, 2642, 2643, 2644, 2645, 2646, 2647, 2648, 2649, 2650, 2651, 2652, 2653, 2654, 2655, 2656, 2657, 2658, 2659, 2660, 2661, 2662, 2663, 2664, 2665, 2666, 2667, 2668, 2669, 2670, 2671, 2672, 2673, 2674, 2675, 2676, 2677, 2678, 2679, 26

5625

[illegible]

41-7891-245-002

2. 6400

100

Journal of Management Studies, 20(6), 791-806

WELCOME TO THE OPERATOR

THE UNIVERSITY OF CHICAGO

100

THE UNIVERSITY OF CHICAGO LIBRARY

The following table shows the results of the analysis of variance for the effect of the type of soil on the yield of the different varieties of wheat. The data are given in bushels per acre.

[illegible]

1000

THE UNIVERSITY OF CHICAGO

DEPARTAMENTO DE
COMUNICACAO
COMANDO EM CHEFE

13-4082019

James Henderson, Jr.

Mr. R. W. Barber, 715 + L. 5

Ref: 13

FIELD NO. OF OPERATOR

[illegible]

http://www.elsevier.com

100-443889-1

1997

Abstract

2000-2001

References

Abstract

2452

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----

7. 2000年10月1日

2024 RELEASE UNDER E.O. 14176

[illegible]

Abstract

~~~~~

Neurobiology

04/04/2016 18:59:25

00000000000000000000000000000000

January 14, 1964

\_\_\_\_\_

*[Illegible handwritten text]*

W. C. C. C.

210

\_\_\_\_\_

REDACTED

DEPT  
JAN 11 1962

## CLIMATE

12-1-10

1. *Phragmites australis* (Cav.) Trin. ex Steud.

1000

$$\frac{d}{dt} \left( \frac{\partial L}{\partial \dot{x}} \right) = \frac{\partial L}{\partial x}$$

**Figure 1**

2. **Quali sono le principali sfide che il settore pubblico deve affrontare per migliorare la qualità dei servizi offerti ai cittadini?**





Prefeitura de  
**Gravata**  
GOVERNO MUNICIPAL

Secretaria de Saúde

Marco Paulo Marques  
Segundo médico

Paciente portador de Segunda  
deformação de fratura costal  
Enunciado em T. 923 com déficit  
de sumos pelo costal esquerdo  
e fratura definitiva de fratura  
do osso inferior Enunciado de  
lesão do osso T. 932  
e fratura do osso de T. 932

Sugestões, Reclamações, Elogios

Rua Izaltino Poggi, 33 - Prado - Gravata - PE

Fone: 3563-9024/9025 - email: ouvidoriasugravata@hotmail.com

Mk. ceratoce

01/10/18

Dr. Alexandre Borges  
Traumato - Ortopedia  
CRM 6704 TEOT 1247





Prefeitura de  
**Gravata**  
GOVERNO MUNICIPAL

Secretaria de Saúde

Marco Paulo Marques  
Segundo médico

Paciente portador de Sequela  
de fratura de Fêmur esquerdo  
Enquadrado em T. 923 com déficit  
de funções pelo acastanhamento  
e Sequela de fratura de fêmur  
do membro inferior direito e  
lesão do pé direito T. 932  
e trauma do déficit de funções

Sugestões, Reclamações, Elogios

Rua Izaltino Poggi, 33 - Prado - Gravata - PE

Fone: 3563-9024/9025 - email: ouvidoria@gravata.pe.gov.br

M. Carlos

01/10/18

Dr. Alexandre Borges  
Traumato - Ortopedia  
CRM 6704 TEOT 1247





Prefeitura de  
**Gravata**  
GOVERNO MUNICIPAL

Secretaria de Saúde

Marco Paulo Marques  
Segundo médico

Paciente portador de Segunda  
deformação de Fêmur esquerdo  
Enquadrado em T. 923 com déficit  
de função pelo acerto da enxada  
e lesões definitivas de fraturas  
dos membros inferiores Enquadrado em  
lesões de T. 932 com déficit de função  
e lesões de déficit de função

Sugestões, Reclamações, Elogios

Rua Izaltino Poggi, 33 - Prado - Gravata - PE

Fone: 3563-9024/9025 - email: ouvidoria@gravata.pe.gov.br

Mk. Marcelo

01/10/18

Dr. Alexandre Borges  
Traumato - Ortopedia  
CRM 6704 TEOT 1247







REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

EC-5



ENTIDADE DE PERNAMBUCO

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA

DEPARTAMENTO DE IDENTIDADE

CARTERA DE IDENTIDADE

*Gleybson Santana do Amaral*

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 4.339.162 DATA DE EXPEDIÇÃO 01/09/2017

NOME << GLEYBSON SANTANA DO AMARAL >>

FILIAÇÃO << RIVALDO OLÍMPIO DO AMARAL >>  
<< ADEILDA DE SANTANA AMARAL >>

NATURALIDADE RECIFE - PE DATA DE NASCIMENTO 05/01/1976

DCC ORIGEM << 074971 01 55 2008 3 00001 283 >>

CPF 0000565 60 RECIFE-PE >>

847.705.894-68

João Patrício C.G. Alcoforado

DELEGADO DE POLÍCIA GERAL DE IDENTIDADE

LEI Nº 7.118 DE 28/06/83

101772800121012866.7651186 F-76 115.700 - 4823

DEPARTAMENTO DE REGISTROS

CONTÉUDO NÃO VERIFICADO

27 MAI 2019

Gente Seguradora S/A

Av. Rui Barbosa

Graciosa - ARLAN - 14



# 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

**Valoração 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          |
|                                                                        |                                              | <b>Total</b>                                         | <b>25 %</b> | <b>R\$ 3.375,00</b>   |





# 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

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURAS DO RÁDIO E DA ULNA 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 INVIABILIZOU ESTABELECER 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: RAIOS 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, DESCRREVENDO 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

**Valoração 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<br>COMPROVADOS | Percentual da Perda<br>(Tabela da Lei 6.194/74) | Enquadramento<br>da Perda (art 3º<br>§ 1º da Lei<br>6.194/74) | % Apurado | Indenização<br>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

**Valoração 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<br>COMPROVADOS | Percentual da Perda<br>(Tabela da Lei 6.194/74) | Enquadramento<br>da Perda (art 3º<br>§ 1º da Lei<br>6.194/74) | % Apurado | Indenização<br>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

**Valoração 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          |
|                                                                        |                                              | <b>Total</b>                                         | <b>25 %</b> | <b>R\$ 3.375,00</b>   |



## 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

Est. Civil: DIVORCIADO

Profissão: ANALISTA DE SEGUROS

Identidade: 4.339.162 SSD/PE

CPF: 847.705.894-68

Endereço: RUA RIVALDO BALTAR N 56, BAIRRO PRADO, CEP 55.642-155

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 LIDER 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 vítima

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



*Marcos Paulo Marques*  
OUTORGANTE

A Rogo:

Testemunhas:



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

Reconhecer Firma Por Autenticidade.



# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0177935/19

**Vítima:** MARCOS PAULO MARQUES

**CPF:** 108.844.264-16

**Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

**Data do acidente:** 10/03/2019

**Titular do CPF:** MARCOS PAULO MARQUES

**CPF de:** Próprio

## 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](http://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

\_\_\_\_\_  
GLEYBSON SANTANA DO AMARAL

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

\_\_\_\_\_  
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

**Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

**Data do acidente:** 10/03/2019

**Titular do CPF:** MARCOS PAULO MARQUES

**CPF de:** Próprio

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

Documentação médico-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](http://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

\_\_\_\_\_  
GLEYBSON SANTANA DO AMARAL

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

\_\_\_\_\_  
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

**Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

**Data do acidente:** 10/03/2019

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** MARCOS PAULO MARQUES

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

Documentação médico-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](http://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

\_\_\_\_\_  
GLEYBSON SANTANA DO AMARAL

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

\_\_\_\_\_  
JULIANA BEZERRA DE LUNA



---

**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



---

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 médico-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



---

**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





---

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

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

# 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:

Nome completo da vítima:

108.844.264-16

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:

Endereço:

CPF:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

Estado:

CEP:

E-mail:

Tel. (DDD):

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

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR

☐ ATÉ R\$1.000,00

☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO 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 (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 à pessoa beneficiária que apresentar 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:

Gravata 08/05/2019

Nome:

CPF:

(\*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome:

CPF:

2ª | Nome:

CPF:

Assinatura

(\*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.





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 Nº. **19E0152001840**

525426  
077935/19

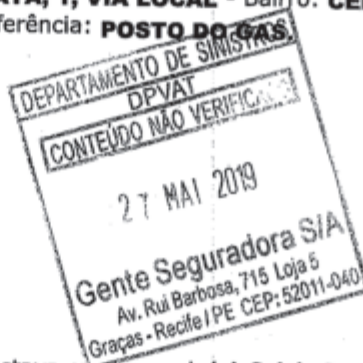
Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **06/05/2019** às **15:52**

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (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 GAS**  
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 BULHOES** - Matrícula: **319807-3**



# 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:

Nome completo da vítima:

108.844.264-16

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):

108.844.264-16

04

55642-250

(11) 9.9228-5097

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

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR

☐ ATÉ R\$1.000,00

☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO 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

(Informar o dígito se existir)

CONTA: 56727

(Informar o dígito se existir)

1

AGÊNCIA:

(Informar o dígito se existir)

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 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 à pessoa beneficiária que apresentar 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:

Gravata 08/05/2019

Nome:

CPF:

(\*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome:

CPF:

2ª | Nome:

CPF:

Assinatura

(\*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.





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,

JACQUELINE AUGUSTA  
Coordenadora Geral  
COREN 103674

Jacqueline Augusta do N. Oliveira  
Coordenadora Geral do SAMU Gravatá





# 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

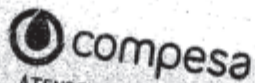
BANCO:        104

AGÊNCIA:    00943

CONTA:        000000056727-1

---

Nr. da Autenticação CDD206E16ABD063E



CNPJ 09.769.035/0001-64  
INSC. EST. Nº 18.1.001.0014398-2  
SALA 110 - PRAÇA GRAVATA PE 55642-210 - NUM. - 00125 -

ATENDIMENTO: AVENIDA GOV AGAMENON MAGALHAES - NUM. - 00125 -  
SALA 110 - PRAÇA 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 | SITUAÇÃO ESGOTO     | RESIDENCIAL      | QUANTIDADE DE ECONOMIAS | PÚBLICA |
|---------------|---------------------|------------------|-------------------------|---------|
| LIGADO        | POTENCIAL           |                  | 1                       |         |
| HIDRÔMETRO    | DATA LEIT. ANTERIOR | DATA LEIT. ATUAL | TIPO DE CONSUMO (AVE)   |         |
| A09S345331    | 02/04/2019          | 04/05/2019       | REAL                    |         |

ÁGUA:  
LEIT ANT: 564  
LEIT ATU: 569  
LEIT FAT: 569

CONSUMO: 5

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     | NÚMERO DE AMOSTRAS      |                  |                 |
|----------------|-------------------------|------------------|-----------------|
|                | EXIG. PORT. MS 2.914/11 | ANÁLISES REALIZ. | ATENDEN A LEGIS |
| TURBIDEZ       | 76                      | 78               | 78              |
| COR APARENTE   | 76                      | 78               | 72              |
| CLORO RESIDUAL | 76                      | 78               | 78              |
| COLIF. TOTAIS  | 76                      | 78               | 77              |
| E. COLI        | 76                      | 78               | 78              |

OBS.: (1) COLIFORMES TOTAIS AUSÊNCIA 95% DAS AMOSTRAS EXAMINADAS  
(2) OS PARÂMETROS COLIFORMES TOTAIS, ESCHERICHIA COLI E CLORO RESIDUAL SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES SANITÁRIAS DA ÁGUA  
(3) OS PARÂMETROS 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

DEPARTAMENTO DE ANÁLISES  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO  
27 MAI 2019  
Gente Seguradora S/A  
Av. Rui Barbosa, 715 - 10º AND.  
Gracas - Recife/PE - 51.020-140



**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 SUSEP<sup>1</sup> nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF<sup>2</sup>**.

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

<sup>2</sup> Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Gleyson Santana do 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 Invalidade 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, junto a Seguradora Líder-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<br><u>R. Rivaldo Baltar</u> |                          | Número<br><u>56</u>      | Complemento                                   |
| Bairro<br><u>Prado</u>               | Cidade<br><u>Gravata</u> | Estado<br><u>PE</u>      | CEP<br><u>55642155</u>                        |
| Email                                |                          | Telefone comercial (DDD) | Telefone celular (DDD)<br><u>8199228-5097</u> |

Gravata 08 de maio de 2019  
Local e Data

Gleyson Santana do Amaral  
Assinatura do Declarante



# Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Severino Camilo da Silva Filho

RG nº 7275241, data de expedição 1/1/

Órgão SDS/PE, portador do CPF nº 059.454.264-77 com

domicílio na cidade de Gravatá, no Estado de PE

onde residu na (Rua/Avenida/Estrada) Travessa Mansel 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: 10/03/2019

Local e Data: Gravatá 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 GRAVATÁ/PE  
CNPJ 08.940.418/0001-10  
Priscila Duarte do Nascimento Silva - Sely Augusta Silva Chaves - Substituta  
R. Joaquim Nabuco, n. 75 - Centro - Gravatá/PE - CEP: 55641-208 - Fone/Fax: (81) 3533-6225 - e-mail: carol@notas.com.br

Reconheço a firma por autenticidade de: 30/04/2019 18  
SEVERINO CAMILO DA SILVA FILHO Dono

Em testemunho da verdade Priscila Duarte do Nascimento Silva  
Tabela Substituta

Selo: 0073843 LHJ0320190100038  
Custas R\$ 3,99 TSNR R\$ 0,8 Total R\$ 4,79  
Consulte autenticidade em [www.tipe.ius.br/selodigital](http://www.tipe.ius.br/selodigital)  
Usuário: FZIR

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO  
27 MAI 2019  
Gente Seguradora S/A  
Av. Rui Barbosa, 715 Laje 5  
Gracas - Recife/PE