

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, 04 de Março de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200097310 **Vítima: MARCOS SOUZA DO CARMO**

Data do Acidente: 10/11/2019 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: AGENOR JOSE DA SILVA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MARCOS SOUZA DO CARMO

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, 09 de Março de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200097310 **Vítima: MARCOS SOUZA DO CARMO**

Data do Acidente: 10/11/2019 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: AGENOR JOSE DA SILVA

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), MARCOS SOUZA DO CARMO

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

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, 26 de Março de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200097310 **Vítima: MARCOS SOUZA DO CARMO**

Data do Acidente: 10/11/2019 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: AGENOR JOSE DA SILVA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), MARCOS SOUZA DO CARMO

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\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

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

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

Recebedor: MARCOS SOUZA DO CARMO

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 104

Agência: 000001581

Conta: 0000039040-7

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

2 - N° do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

709.508.054-24

4 - Nome completo da vítima:

MARCOS SOUZA DO CARMO

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

5 - Nome completo:

MARCOS SOUZA DO CARMO

6 - CPF:

709.508.054-24

7 - Profissão:

8 - Endereço:

RUA DURESOPOLIS

9 - Número:

310

10 - Complemento:

11 - Bairro:

NSA DA CONCEIÇÃO

12 - Cidade:

Paulista

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

53429-755

15 - E-mail:

16 - Tel. (DDD):

81-98517-1903

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

RECUSO INFORMAR
 SEM RENDA

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

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

21 - DADOS BANCÁRIOS:

BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

Bradesco (237)

Itaú (341)

Banco do Brasil (001)

Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 1581

CONTA: 00039040

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO 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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado

civil da vítima:

Solteiro

Casado (no Civil)

Divorciado

Separado Judicialmente

Viúvo

24 - Data do

óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

Sim

Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima

Sim

29 - Se tinha filhos, informar

filhos:

Vivos

Falecidos

Sim

Não

30 - Vítima deixou

Sim

Não

31 - Vítima

Sim

Não

32 - Se tinha irmãos, informar

Sim

Não

33 - Vítima deixou

Sim

Não

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

34

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

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

38 - 1º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

Paulista, 10 de Fevereiro de 2020

* Marcos Souza do Carmo

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Leandro Souza

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

2 - N° do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

709.508.054-24

4 - Nome completo da vítima:

MARCOS SOUZA DO CARMO

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

5 - Nome completo:

MARCOS SOUZA DO CARMO

6 - CPF:

709.508.054-24

7 - Profissão:

8 - Endereço:

RUA DURESOPOLIS

9 - Número:

310

10 - Complemento:

11 - Bairro:

NSA DA CONCEIÇÃO

12 - Cidade:

Paulista

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

53429-755

15 - E-mail:

16 - Tel. (DDD):

81-98517-1903

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

RECUSO INFORMAR
 SEM RENDA

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

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

21 - DADOS BANCÁRIOS:

BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

Bradesco (237)

Itaú (341)

Banco do Brasil (001)

Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 1581

CONTA: 00039040

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO 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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos?

Sim

Não

29 - Se tinha filhos, informar

Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou

nascituro (varas):

Sim

Não

31 - Vítima teve irmãos?

Sim

Não

32 - Se tinha irmãos, informar

Vivos: Falecidos:

33 - Vítima deixou

pais/avós vivos?

Sim

Não

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

34

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

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

38 - 1º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Paulista, 10 de Fevereiro de 2020

* Marcos Souza do Carmo

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Leandro Souza

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3200097310

Nome do(a) Examinado(a): Marcos Souza do Carmo

Endereço do(a) Examinado(a): R Durespolis, 310

Nossa Senhora da Conceicao Paulista PE CEP: 53429-755

Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SEM DOCUMENTO /]

Data local do acidente: [10/11/2019]

Data local do exame: [16/03/2020] Goiana [PE]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:

FRATURA EXPOSTA DOS OSSOS DA Perna DIREITA

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

Tratamento: PACIENTE FOI ATENDIDO NO DIA 10/11/2019 COM DIAGNÓSTICO DE FRATURA EXPOSTA DOS OSSOS DA Perna DIREITA. O MESMO FOI SUBMETIDO A LIMPEZA, DESBRIDAMENTO, REGULARIZAÇÃO DE PARTES MOLES E FIXAÇÃO EXTERNA COM USO DE FIXADOR EXTERNO LINEAR PARA CONTROLE DE DANOS, REALIZADA A RETIRADA DO FIXADOR APÓS 8 DIAS E FIXAÇÃO INTERNA COM HASTE INTRAMEDULAR TIBIAL MAIS PARAFUSOS CORTICais, RECEBEU ALTA APÓS 48 HORAS. FOI ACOMPANHADO EM CARÁTER AMBULATORIAL E NÃO REALIZOU SESSÕES DE FISIOTERAPIA. NO MOMENTO ENCONTRA-SE EM ALTA ORTOPÉDICA.

Complicações: PACIENTE APRESENTA CICATRIZ EM FACE ANTERIOR DA PATELA EM SEU POLO INFERIOR DE 6 CM, MARCHA CLAUDICANTE COM NECESSIDADE DE USO DE MULETA CANADENSE.

Data da Alta: 12/11/2019

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

AO EXAME DO MEMBRO INFERIOR DIREITO: APRESENTA ATROFIA DA MUSCULATURA DA Perna EM 2 CM, CICATRIZ EM FACE ANTERIOR DA PATELA EM SEU POLO INFERIOR DE 6 CM, DÉFICIT DE FORÇA FLEXORA DO TORNOZELO GRAU II, DIMINUIÇÃO DA EXTENSÃO DO TORNOZELO EM 25°, DIMINUIÇÃO DA FLEXÃO DO JOELHO EM 25°. MARCHA CLAUDICANTE COM NECESSIDADE DE USO DE MULETA CANADENSE, ATROFIA DA MUSCULATURA DA COXA EM 1,5 CM.

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

Sim Não

- V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)

Sim Não

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

**ATROFIA DA MUSCULATURA DA Perna EM 2 CM
DÉFICIT DE FORÇA FLEXORA DO TORNOZELO GRAU II
DIMINUIÇÃO DA EXTENSÃO DO TORNOZELO EM 25°
DIMINUIÇÃO DA FLEXÃO DO JOELHO EM 25°
ATROFIA DA MUSCULATURA DA COXA EM 1,5 CM.**

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

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

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

"Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

"Sem sequela permanente"

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

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

Região Corporal (Sequela):

MEMBRO INFERIOR - Lado Direito

% do dano: 10% residual 25% leve
 50% médio 75% intensa 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: 10% residual 25% leve
 50% médio 75% intensa 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: 10% residual 25% leve
 50% médio 75% intensa 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: 10% residual 25% leve
 50% médio 75% intensa 100% completo

- VIII. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

Tiago Martins Formiga

Dr. Tiago Martins Formiga
Ortopedia e Traumatologia
8085 CRM-PB / 24411 CRM-PE
TEOT 14830

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)

Carimbo com Nome e CRM



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLICIA DA 034ª CIRCUNSCRICAO - MARIA FARINHA - DP34ªCIRC
DIM/8ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N.º 19E0124001796

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **18/12/2019** às **13:41**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia **10/11/2019** às **20:05**

Fato ocorrido no endereço: **RODOVIA PE - 22, 01** - Bairro: **NOSSA SENHORA DO O** -
PAULISTA/PERNAMBUCO/BRASIL - Ponto de Referência: **PRÓXIMO DA ENTRADA DO TERMINAL DE**
ÔNIBUS DE PAU AMARELO
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

CONDUTOR DE VEÍCULO MOTOCICLETA / AUTOR / AGENTE /
MARCOS SOUZA DO CARMO (VITIMA)
PAULA IZABEL NUNES DA SILVA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): **MARCOS SOUZA DO CARMO**
VEÍCULO (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): **CONDUTOR DE VEÍCULO MOTOCICLETA**

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

MARCOS SOUZA DO CARMO (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **MARIA SOUZA DA SILVA** Pai: **JOSE MARIANO DO CARMO** Data de Nascimento: **1/5/1986** Naturalidade: **OLINDA / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **10017891/SDS/PE (RG) 70950805424 (CPF) 06454515824 (CNH)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **PEDREIRO(A)** Telefones Celulares: **987046876**

Exame pericial: (solicitado por esta unidade operacional) **IML PARA EXAME DE CORPO DELITO** Residencial: **RUA DORISOPOLIS, N° 310, RUA DO HOTEL CUPIDO - PAULISTA/PERNAMBUCO/BRASIL** Próximo a: **BAIRRO DE NOSSA SENHORA DO O (BAIRRO), 310 - CEP: 55000-000 - Bairro: NOSSA SENHORA DO O - PAULISTA/PERNAMBUCO/BRASIL, RUA DO HOTEL CUPIDO**

PAULA IZABEL NUNES DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: **Feminino** Mãe: **MARIA IZABEL NUNES DA SILVA** Pai: **NÃO DECLARADO** Data de Nascimento: **17/6/1985** Naturalidade: **OLINDA / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **7073341/SDS/PE (RG) 06882590494 (CPF)** Estado Civil: **DIVORCIADO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **AUXILIAR DE SERVICOS GERAIS** Telefones Celulares: **987046876**

Exame pericial: (solicitado por esta unidade operacional) **IML PARA EXAME DE CORPO DELITO**

Residencial: **RUA DORISOPÓLIS, N° 310, RUA DO HOTEL CUPIDO - PAULISTA/PERNAMBUCO/BRASIL** Próximo a: **BAIRRO DE NOSSA SENHORA DO O (BAIRRO), 310 - CEP: 55000-000 - Bairro: NOSSA SENHORA DO O - PAULISTA/PERNAMBUCO/BRASIL, RUA DO HOTEL CUPIDO**

CONDUTOR DE VEÍCULO MOTOCICLETA (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

VEÍCULO MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **CONDUTOR DE VEÍCULO MOTOCICLETA** que estava em posse do(a) Sr(a): **CONDUTOR DE VEÍCULO MOTOCICLETA**

Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/SUZUKI/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**

Cor: **PRATA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **KHX9133** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)

VEÍCULO MOTOCICLETA 01 (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **MARCOS SOUZA DO CARMO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **MARCOS SOUZA DO CARMO**

Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 125 FAN ES** Objeto apreendido: **Não**

Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

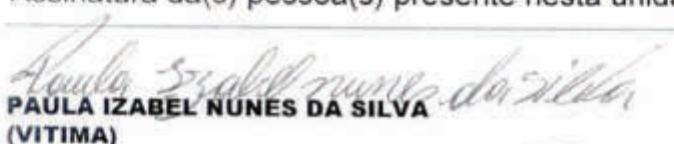
Placa: **PGC8333** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)

Ano Fabricação/Modelo: **2013/2013**

Complemento / Observação

INFORMOU A VÍTIMA PAULA, QUE A VÍTIMA MARCOS VINHA CONDUZINDO SEU VEÍCULO MOTOCICLETA 01 ESTANDO A VÍTIMA PAULA IZABEL TAMBÉM NO VEÍCULO MENCIONADO, NA PE-22, PAU AMARELO, NOSSA SENHORA DO O, PAULISTA, PE, QUANDO FOI COLIDIDO PELO CONDUTOR DE VEÍCULO MOTOCICLETA, ACONTECENDO A COLISÃO DE FRENTES COM O VEÍCULO MOTOCICLETA 01, CAUSANDO FRATURA EXPOSTA DE TIBIA DIREITA NA VÍTIMA MARCOS SOUZA, RESSALTANDO QUE A VÍTIMA MARCOS SOUZA, SE ENCONTRA EM CASA SE RECUPERANDO DA FRATURA, QUE O REFERIDO FOI SOCORRIDO PARA O HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO, TENDO A VÍTIMA PAULA IZABEL FRATURA NA MÃO DIREITA, SENDO SOCORRIDA PARA O HOSPITAL MIGUEL ARRAES. O AUTOR CONDUTOR DO VEÍCULO MOTOCICLETA NÃO FOI IDENTIFICADO PELAS VÍTIMAS MARCOS SOUZA E PAULA IZABEL, SENDO TAMBÉM SOCORRIDO PARA HOSPITAL NÃO IDENTIFICADO. DIANTE DO EXPOSTO A VÍTIMA PAULA IZABEL SOLICITA PROVIDÊNCIAS.

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


PAULA IZABEL NUNES DA SILVA
(VITIMA)

B.O. registrado por: **ANTONIO SIMOES DE ARRUDA NETO** - Matrícula: **381052-6**



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLICIA DA 034ª CIRCUNSCRICAO - MARIA FARINHA - DP34ªCIRC
DIM/8ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N.º 19E0124001796

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **18/12/2019** às **13:41**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia **10/11/2019** às **20:05**

Fato ocorrido no endereço: **RODOVIA PE - 22, 01** - Bairro: **NOSSA SENHORA DO O** -
PAULISTA/PERNAMBUCO/BRASIL - Ponto de Referência: **PRÓXIMO DA ENTRADA DO TERMINAL DE**
ÔNIBUS DE PAU AMARELO
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

CONDUTOR DE VEÍCULO MOTOCICLETA / AUTOR / AGENTE /
MARCOS SOUZA DO CARMO (VITIMA)
PAULA IZABEL NUNES DA SILVA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): **MARCOS SOUZA DO CARMO**
VEÍCULO (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): **CONDUTOR DE VEÍCULO MOTOCICLETA**

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

MARCOS SOUZA DO CARMO (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **MARIA SOUZA DA SILVA** Pai: **JOSE MARIANO DO CARMO** Data de Nascimento: **1/5/1986** Naturalidade: **OLINDA / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **10017891/SDS/PE (RG) 70950805424 (CPF) 06454515824 (CNH)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **PEDREIRO(A)** Telefones Celulares: **987046876**

Exame pericial: (solicitado por esta unidade operacional) **IML PARA EXAME DE CORPO DELITO** Residencial: **RUA DORISOPOLIS, N° 310, RUA DO HOTEL CUPIDO - PAULISTA/PERNAMBUCO/BRASIL** Próximo a: **BAIRRO DE NOSSA SENHORA DO O (BAIRRO), 310 - CEP: 55000-000 - Bairro: NOSSA SENHORA DO O - PAULISTA/PERNAMBUCO/BRASIL, RUA DO HOTEL CUPIDO**

PAULA IZABEL NUNES DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: **Feminino** Mãe: **MARIA IZABEL NUNES DA SILVA** Pai: **NÃO DECLARADO** Data de Nascimento: **17/6/1985** Naturalidade: **OLINDA / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **7073341/SDS/PE (RG) 06882590494 (CPF)** Estado Civil: **DIVORCIADO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **AUXILIAR DE SERVICOS GERAIS** Telefones Celulares: **987046876**

Exame pericial: (solicitado por esta unidade operacional) **IML PARA EXAME DE CORPO DELITO**

Residencial: **RUA DORISOPÓLIS, N° 310, RUA DO HOTEL CUPIDO - PAULISTA/PERNAMBUCO/BRASIL** Próximo a: **BAIRRO DE NOSSA SENHORA DO O (BAIRRO), 310 - CEP: 55000-000 - Bairro: NOSSA SENHORA DO O - PAULISTA/PERNAMBUCO/BRASIL, RUA DO HOTEL CUPIDO**

CONDUTOR DE VEÍCULO MOTOCICLETA (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

VEÍCULO MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **CONDUTOR DE VEÍCULO MOTOCICLETA** que estava em posse do(a) Sr(a): **CONDUTOR DE VEÍCULO MOTOCICLETA**

Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/SUZUKI/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**

Cor: **PRATA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **KHX9133** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)

VEÍCULO MOTOCICLETA 01 (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **MARCOS SOUZA DO CARMO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **MARCOS SOUZA DO CARMO**

Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 125 FAN ES** Objeto apreendido: **Não**

Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

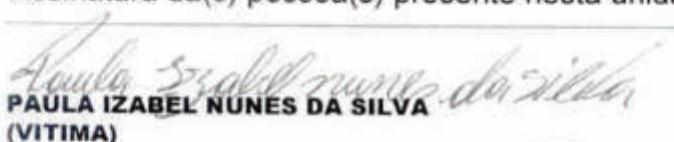
Placa: **PGC8333** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)

Ano Fabricação/Modelo: **2013/2013**

Complemento / Observação

INFORMOU A VÍTIMA PAULA, QUE A VÍTIMA MARCOS VINHA CONDUZINDO SEU VEÍCULO MOTOCICLETA 01 ESTANDO A VÍTIMA PAULA IZABEL TAMBÉM NO VEÍCULO MENCIONADO, NA PE-22, PAU AMARELO, NOSSA SENHORA DO O, PAULISTA, PE, QUANDO FOI COLIDIDO PELO CONDUTOR DE VEÍCULO MOTOCICLETA, ACONTECENDO A COLISÃO DE FRENTES COM O VEÍCULO MOTOCICLETA 01, CAUSANDO FRATURA EXPOSTA DE TIBIA DIREITA NA VÍTIMA MARCOS SOUZA, RESSALTANDO QUE A VÍTIMA MARCOS SOUZA, SE ENCONTRA EM CASA SE RECUPERANDO DA FRATURA, QUE O REFERIDO FOI SOCORRIDO PARA O HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO, TENDO A VÍTIMA PAULA IZABEL FRATURA NA MÃO DIREITA, SENDO SOCORRIDA PARA O HOSPITAL MIGUEL ARRAES. O AUTOR CONDUTOR DO VEÍCULO MOTOCICLETA NÃO FOI IDENTIFICADO PELAS VÍTIMAS MARCOS SOUZA E PAULA IZABEL, SENDO TAMBÉM SOCORRIDO PARA HOSPITAL NÃO IDENTIFICADO. DIANTE DO EXPOSTO A VÍTIMA PAULA IZABEL SOLICITA PROVIDÊNCIAS.

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


PAULA IZABEL NUNES DA SILVA
(VITIMA)

B.O. registrado por: **ANTONIO SIMOES DE ARRUDA NETO** - Matrícula: **381052-6**

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

2 - N° do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

709.508.054-24

4 - Nome completo da vítima:

MARCOS SOUZA DO CARMO

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

5 - Nome completo:

MARCOS SOUZA DO CARMO

6 - CPF:

709.508.054-24

7 - Profissão:

8 - Endereço:

RUA DURESO POLIS

9 - Número:

310

10 - Complemento:

11 - Bairro:

NSA DA CONCEIÇÃO

12 - Cidade:

Paulista

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

53429-755

15 - E-mail:

16 - Tel. (DDD):

81-98517-1903

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VITIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

RECUZO INFORMAR
 SEM RENDA

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

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

21 - DADOS BANCÁRIOS:

BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Atualize uma vez)

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

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 1581

CONTA: 00039040

(Inserir o dígito se existir)

(Inserir o dígito se existir)

AGÊNCIA:

CONTA:

(Inserir o dígito se existir)

(Inserir o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde de seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado

civil da vítima:

Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo

24 - Data do
óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

Sim Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima
teve filhos?

Sim Não

29 - Se tinha filhos, informar

30 - Vítima deixou
nascitum (varônico)?

Sim Não

31 - Vítima
teve irmãos?

Sim Não

32 - Se tinha irmãos, informar

33 - Vítima deixou

Sim Não

34 - Vítima deixou
pais/avós vivos?

Sim Não

35 - Vítima deixou

Sim Não

36 - Vítima deixou

Sim Não

37 - Vítima deixou

Sim Não

38 - 1º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante):

Assinatura do Procurador (se houver):

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

2 - N° do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

709.508.054-24

4 - Nome completo da vítima:

MARCOS SOUZA DO CARMO

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

5 - Nome completo:

MARCOS SOUZA DO CARMO

6 - CPF:

709.508.054-24

7 - Profissão:

8 - Endereço:

RUA DURESO POLIS

9 - Número:

310

10 - Complemento:

11 - Bairro:

NSA DA CONCEIÇÃO

12 - Cidade:

Paulista

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

53429-755

15 - E-mail:

16 - Tel. (DDD):

81-98517-1903

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VITIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

RECUZO INFORMAR
 SEM RENDA

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

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

21 - DADOS BANCÁRIOS:

BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Atualize uma vez)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

Bradesco (237) Itaú (341)

Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 1581

CONTA: 00039040

7

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

CONTA:

7

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

1. Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

2. O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

3. O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde de seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado

civil da vítima:

Solteiro

Casado (no Civil)

Divorciado

Separado Judicialmente

Viúvo

24 - Data do

óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

Sim

Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima

teve filhos?

Sim

Não

29 - Se tinha filhos, informar

Vivos:

Falecidos:

30 - Vítima deixou

nascituro (varônico)?

Sim

Não

31 - Vítima

teve irmãos?

Sim

Não

32 - Se tinha irmãos, informar

Vivos:

Falecidos:

33 - Vítima deixou

pais/avós vivos?

Sim

Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devidas, a indenização do Seguro DPVAT, por morte aqueles beneficiários que se apresentarem e provarem responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1º | Nome:

CPF:

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

Assinatura da testemunha

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

39 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Paulista, 10 de Fevereiro de 2020

* Marcos Souza do Carmo

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

lucio lvc

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

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: 20/03/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MARCOS SOUZA DO CARMO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01581

CONTA: 000000039040-7

Nr. da Autenticação D63C368B7B238146



Correios
R\$ 00,84

18/12/17 - 18/01/18

MEIO A FAZER
MEIO A FAZER



RUA IMPERAT
BOA VISTA - RECIFE - C

WWW.

0006109113
MARIA SALVIANA NUNES DA SILVE
61 Durexpolis, 710
CEP 57075-075 Paulista

Nossa Senhora da Conceição
- PE

3201 / RECIFE-CENTRO-PE
R.IMP.DOM PEDRO II,494-A
RECIFE PE
50010-240

0423

EMISSAO - 20181110 - ENVEL. 0423
TP-C



AGENOR JOSE DA SILVA
CALCITA 38 CASA 02 NOSSA SRA DA CON
PAULISTA PE
53429-750



7209036539053280000001852330191118

Você acaba de receber
o **Cartão de Débito**
Bradesco e todas as
informações que você
precisa para utilizá-lo de
forma prática e segura.



Correios
R\$ 00,84

18/12/17 - 18/01/18

MEIO A FAZER
MEIO A FAZER



RUA IMPERAT
BOA VISTA - RECIFE - C

WWW.

0006109113
MARIA SALVIANA NUNES DA SILVE
61 Durexpolis, 710
CEP 57075-075 Paulista

Nossa Senhora da Conceição
- PE

3201 / RECIFE-CENTRO-PE
R.IMP.DOM PEDRO II,494-A
RECIFE PE
50010-240

0423

EMISSAO - 20181110 - ENVEL. 0423
TP-C



AGENOR JOSE DA SILVA
CALCITA 38 CASA 02 NOSSA SRA DA CON
PAULISTA PE
53429-750



7209036539053280000001852330191118

Você acaba de receber
o **Cartão de Débito**
Bradesco e todas as
informações que você
precisa para utilizá-lo de
forma prática e segura.

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

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular 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 JUSTIÇA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.513/98.

Pelo exposto, eu AGENOR JOSÉ DA SILVA

Inscrito (a) no CPF/CNPJ 311453704-97, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário:

MARCOS SOUZA DO CARMO

Inscrito (a) no CPF sob o Nº 709508054, 24

do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ

da Vítima MARCOS SOUZA DO CARMO

Inscrito (a) no CPF sob o Nº 709508054, 24

conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço:	<u>RUA CALCITA</u>	Número:	<u>38</u>	Complemento:
Bairro:	<u>Nº 5 DA CONCEIÇÃO</u>	Cidade:	<u>Paulista</u>	Estado:
E-mail:				CEP:

Tel.(DDD):	<u>81-98517-1903</u>
------------	----------------------

Local e Data: Paulista, 10 DE FEVEREIRO DE 2020



Assinatura do Declarante

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

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular 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 JUSTIÇA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.513/98.

Pelo exposto, eu AGENOR JOSÉ DA SILVA

Inscrito (a) no CPF/CNPJ 311453704-97, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário:

MARCOS SOUZA DO CARMO

Inscrito (a) no CPF sob o Nº 709508054, 24

do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ

da Vítima MARCOS SOUZA DO CARMO

Inscrito (a) no CPF sob o Nº 709508054, 24

conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço:	<u>RUA CALCITA</u>	Número:	<u>38</u>	Complemento:
Bairro:	<u>Nº 5 DA CONCEIÇÃO</u>	Cidade:	<u>Paulista</u>	Estado:
E-mail:				CEP:

Tel.(DDD):	<u>81-98517-1903</u>
------------	----------------------

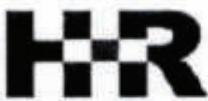
Local e Data: Paulista, 10 DE FEVEREIRO DE 2020



Assinatura do Declarante

SENHA DA REGULAÇÃO:

PROTESE



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
Hospital da Restauração

ETIQUETA

Ficha de Atendimento

Nº PRONTUÁRIO: 1700646	Data e Hora de Atendimento: 10/11/2019 21:41	Local de Entrada: EMERGENCIA GERAL
		Atendimento Manual :
Nº. ATEND.: 1508376	Paciente: MARCOS SOUZA DO CARMO	Nm. Social:
Data de nascimento: 01/05/1986	Idade: 33a 6m 10d	Sexo: MASCULINO
Estado Civil: SOLTEIRO	Profissão:	Acompanhante: MAIA SALVIANA NUNES DA S
DOC ID / Data expedição 10017691 / 12-set-16	Mae: MARIA SOUZA DA SILVA	Cartão SUS:
	Pal: JOSE MARIANO DO CARMO	
Endereço: DORESÓPOLIS		Numero: 310
Bairro: NOSSA SENHORA DA CONCEICAO		Complemento:
Cidade: PAULISTA		UF: PE Telefone: 9 3904735
Ocorrências:		

Motivo do atendimento: **ACIDENTE MOTO (QUEDA, COLISAO)**Procedência: **VIA PUBLICA**

Informações do Serviço Social:

Confirmação de nome:	Fones:	Assistente Social
Confirmação de endereço:		Assistente Social
Providências: Alta <input type="checkbox"/> Caso Social <input type="checkbox"/>		CRESS 4552
Encaminhamentos: Rede de Apoio <input type="checkbox"/> SPCA <input type="checkbox"/> Cons. Tutelar <input type="checkbox"/> Delegacias <input type="checkbox"/> Minist. Públco <input type="checkbox"/>		
Outros: 192 11 409 0000		
Observação: neurop. lento		Assistente Social
	em tempo. Ornitismo a fúlvio. Sua	
	no seu vó de andar (OPLAT)	

História Clínica:

Paciente vítima de acidente de moto há 2 horas.
Encontra-se consciente, orientado, apesar perda de consciência
e nlg. episódios anômalos. Paciente apresenta-se com cefaleia, dor em
LSD e febre em 39,0.

Atendimento Médico					
Perda de consciência: Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Episódio Emético: Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/>	Acidente de Trabalho: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Transporte realizado Por:		
Acidente de Trânsito: Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Tipo:				
Imobilização Cervical: Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Sofreu Queda: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Altura:			
Condições de imobilização adequadas: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Por Quê?				

Exame Físico:

A: Geral	Via aérea está pélvia: Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	O paciente fala: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Temp:
EGR, Consciente, orientado			

B: Respiratório	Mvt em AHT SVA			SaO2 98%
C: Circulatório	PA:	X	mm	P脉: 73 bpm

RCL em JT BVF sis				TOMOGRAFIA HR
				Data: / /
				Médico: _____
				Assistente: _____

0



Ortomédica
COMÉRCIO ORTOPÉDICO LTDA.

Estrada do Encanamento, 61 - Parnamirim
CEP: 52.060-210 - Recife - PE
CNPJ. 24.061.657/0001-27 Insc. Est. 18.1.001.0140069-5
Fones: (81) 3268-8554 / 3441-6966 Fax: (81) 3269-6781

CONTROLE DE MATERIAIS UTILIZADOS EM CIRURGIA

(RQ-06)

Nº 061575

1º Via Fixa

Hospital Fl. R 1700646 Convênio: SUS Cidade: Recife
Nome do Paciente: MARCELOS SOUZA DO CARMO Data da Cirurgia: 18-11-19
Médico: Dr. ASSIS + AVINER Membro Operado: M.I. D

MATERIAL	ESPECIFICAÇÃO	QUANT.	LOTE
Haste bloqueadora para Tíbia para furos de bloqueios	9x340	01	ex. 108
	FATURADO	05	4
Dr. André Alencar 09/09/2013			

PARAFUSOS CORTICais	Nº					
	QUANT.					
	LOTE					
PARAFUSOS DE BLOQUEIO	Nº					
	QUANT.					
	LOTE					
PARAFUSOS PARA HASTE BLOQUEADA	Nº					
	QUANT.					
	LOTE					
PARAFUSOS CANULADOS	Nº					
	QUANT.					
	LOTE					
PARAFUSOS DE INTERFERÊNCIA	Nº					
	QUANT.					
	LOTE					

VENDEDOR/INSTRUMENTADOR:

HOSPITAL DA RESTAURACAO

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

Data: 10/11/2019 hora retirada da senha: 10/11/2019 21:30

MANCHESTER V2

	Nome Paciente: MARCOS SOUZA DO CARMO
	Cód. Paciente:
	Data de Nascimento: 01/05/1986
	Sexo: Masculino
	Idade: 33
	Senha: U0067
	Convênio: -
	Atendimento:
	SAME:

Periodo: 19/11/2019 21:33 - 19/11/2019 21:34

FABIANA GOMES DA SILVA COELHO - COREN: 111092 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - CLASSIFICAÇÃO:

Prioridade: **LARANJA - MUITO URGENTE**

Cor.

ANSWER

LARANJA

Queixa Principal: PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTO COLISÃO MOTO-MOTO HÁ 2H NEGA INCOSCIÊNCIA E VÔMITO , APRESENTA HEMATOMA GALEAL A DIE + EDEMA PERIORBITAL A DIR + FRATURA EXPOSTA EM MID

Fluxograma sintoma: TRAUMA MAIOR

Discriminador(es): - MECANISMO DE TRAUMA SIGNIFICATIVO?

Especialidade: NEUROGIBURGIA ADULTO

Sinais Vitais | Idoso: - ESCALA COMA DE GLASGOW ADULTO: 15

NCR++

1013110

23635 Tag 1. Control + Col. Control. Ø

100 \pm 1%

11. $\sin 180^\circ = 0$ (True)

140: 5 C.G.

8. V. L. ~~Ward~~

CO: Alt = 20 NLR

Answers to Questions

RITA 2705
CRM: 19282-PE
Medico
Neurocirurgia

Acolhido(a) por: FABIANA GOMES DA SILVA COELHO - COREN: 111092 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 19/11/2019 21:34

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

Unidade de Saúde: HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

Paciente: Manoel Souza do CarmoNº do Registro: 1700646Clínica: ORTOPEDIA

Nº do Leito:

Operador: Dr. Felipe Resse1º Assistente: —2º Assistente: —

Instrumentador:

Anestesista: Dr. Montano

Anestesia:

Duração:

Data da Operação: 11/11/15

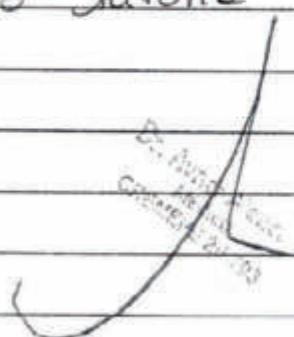
Início:

Fim:

Diagnóstico Pré-Operatório: Frx da tibiaDiagnóstico Pós-Operatório: A mesmaOperação Proposta: Injetamento cinturão de fáscia e fibro (R)Operação Realizada: A mesma

DESCRÍÇÃO DO ATO OPERATÓRIO

1. Pct corr ODM sob raiz - anestesia + sedação;
2. Assepsia + antisepsia + aeração do campo estéril;
3. Realizado incisão em jônioramento prévia + divulsão nos planos + hemostasia + imobilização com ST 0,5% + redução cruenta + fixação com FIXADAS LINEARES;
4. Realizado sutura nos planos + curativo estéril;





Unidade de Saúde : HOSPITAL DA RESTAURACÃO

Paciente:	Marcos Souza de Lemos		Nº do Registro:	1700646
Clinica:	08TOPELIA		Nº do Leito:	607-3
Operador:	Dr. Francisco de Souza			
1º Assistente:	Dr. Thales Leconde		2º Assistente:	Dr. Júlio Almeida
Instrumentador:	Guilherme		Anestesista:	Dr. Bonihoen
Anestesia:			Duração:	
Data da Operação:	18/11/15	Início:	Fim:	
Diagnóstico Pré-Operatório:	Fratura de tibia direita			

Diagnóstico Pós-Operatório : A menos

Operação Proposta: Tratamento energético da fratura do fíbro
directa

Operação Realizada: A mesma

DESCRICAÇÃO DO ATO OPERATÓRIO

3. Pct en DOL ab noqui-anestesia;
 2. Anemia + entrapos + operacão di compõe adiante;
 3. Realizou incisão transpólo + dividiu por planos + hemostasia + venocloto local de estreito com microscópio sob fluoroscopia + realizou parageo de nabo ao capta + parageo de rijo que sob fluoroscopia;
 4. Realizado parageo 8x8 + parageo de Hork intromedias (8x7x5) + realizou bloquio com 03 parafuso distais e 02 bloquios proximais;
 5. Realizado incisão com CPO, 3P + adura por planos + captação arterial.

FICHA DE ANESTESIA

Data

18/11/19

HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

PERNAMBUCO

Paciente

MARCOS ISAGUA 110 KAGALD

Sexo

M

Cor

P

Idade

33

Risco

1

CRM

Nome do Anestesista

8612 RANILSON NASCIMENTO

Nome do Cirurgião

FAC ALESSIS FILHO

Medicação Pré-anestésica:

1700646

Urgência

 Não Sim

Cirurgia

Trce de fratura Tibia D

Horário

950

O₂N₂O

Líquidos

A

Ra O₂

99 100 mmHg

CO₂

65

ECG

25

SPO₂

100

N

M

A

E

I

X

Anestesia

Monitorização

Cardioscópico

 BIS Temperatura

Oxímetro

 Swan-Ganz

PNI

 Analisador Gases

Sonda Vesical

 PVC

Capnógrafo

 Estimulador de Nervo

Esret. Pré-Cordial

 Linha Arterial

Outros

 Volume IBP Plus

ANEST. MUSCUL 3146

Encaminhado

 Acordado Sonolento Intubado

Destino

 SRPA Apart. / Err. UTI Extremo

Intercomunicação

 Não Sim

Descrever:

reflex salivar e torcicolo

Observações:

Dr. Ranilson Nascimento
CRM 8612

Assinatura do Anestesista

Ranilson



Paciente

Enfermaria/Leito

Registro

EVOLUÇÃO CLÍNICA

101119

23-001

+ ~~development~~ P

not fully exoskeleton

Re - return % ucs
(uCs)

Corporation is - or ~~not~~ ~~not~~ owned

500 400 600

est of the 147

Dipole dipole interaction

Rewood etc. 10.11.19

20.11.13

Glenn



Paciente

Enfermaria/Leito

Registro

EVOLUÇÃO CLÍNICA

11/11/18

Traumatologia

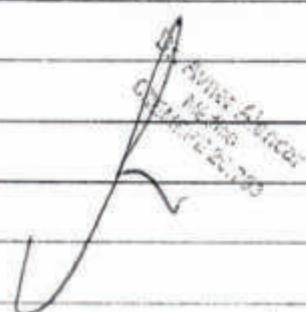
- NOTA OPERATÓRIA -

Paciente com quadro de fratura de fibula diante, sendo submetido a procedimento cirúrgico de fixação. Procedimento cirúrgico foi realizada anestesia, paciente estava estabilizado hemodinamicamente;

CN: 1. A SR;

2. AO SEXTO SUL APÓS ALTA DA SR;

3. VP.M.



11/11/18

SR PI

Paciente submetido a tratamento cirúrgico de fratura de fibula, anestesiado. Chegou ao setor acordados, apresentando hipotensão e tontura.

Exame: ECG, urinário, glic, coagulograma

AUS: R12 27 31 ± 55 FC 92

PR 140, Q3

AR M P ATIBA SAT 96% O2

Mecanismo de membrana pulmonar MPM ()

PM: Alto IRPA



NOME: MARCOS SOUZA DO CARMO

PRONTUÁRIO: 1700646

SEXO: Masculino

DATA NASC: 01/05/1986

DATA/HORA: 15/11/2019 09:37

ATENDIMENTO: 1508940

Leito 607-L3

EVOLUÇÃO CLÍNICA

Data: 15/11/2019

Hora: 16:44

PACIENTE VITIMA ACIDENTE MOTOCICLETA, DEU ENTRADA NESSE SERVICO COM LESAO SANGRANTE EM Perna DIREITA +
CREPTACAO + DOR A MOBILIDADE + PULSO DISTAL

AO EXAME FISICO: PACIENTE C FIXADOR EXTERNO TUBO A TUBO EM Perna DIREITA , SEM SAIDA DE SECRECAO PELO TRAJETO DOS PINOS

HD: FRATURA EXPOSTA DE TIBIA DIREITA

CD:

SOLICITO PRE OPS

PROGRAMACAO CIRURGICA PARA SEGUNDA FEIRA (18/11)

Dr. Stomley Leopoldo
MEDICO
CURA
15.11.19
CURA
16.11.19
CURA
17.11.19



Paciente

Enfermaria/Leito

Registro

MARLOS SANTOS DO CARMO

BC/5APR(MAR)

1700646

EVOLUÇÃO CLÍNICA

18/11/15

Traumatologia

10:56 Paciente com quebra de joelheira ab. fibra dinâmico, sendo submetido a procedimento cirúrgico ab. perineal no K/II. Procedimento ocorreu j/m risco com hérnia, paciente esteve bem hemodinamicamente. Nenhum reblefar, nenhuma edema;

C/U: 1. A SR;

2. Ao exato eul opa alto da SR;

3. V.P.U.



#18/11/15, 11:35 #

#5APR#

DESEDE ADMISSÃO NA SR, HOJE E, PÓS, PACIENTE E ~ ESG, VERSO (AR), RAMS, OR, ORIENTADO E MELHOR QUÍM.

* C/U: ① ALTA DA SR

Samy Scherb Steinberg
CRM-PE 13.873



FICHA DE ESCLARECIMENTO

NOME: MARCOS SOUZA DO CARMO	PRONTUÁRIO: 1700646	ATENDIMENTO: 01508940
DATA DE NASCIMENTO: 01/05/1986	FOI ATENDIDO EM: 11/11/2019 Às	
	DATA DA ALTA: 20/11/2019 ÀS 11:15	

Diagnóstico Provável:

FRATURA EXPOSTA DE TIBIA DIREITA

Tratamento Realizado:

OSTEOSSINTESE COM TUTOR INTRAMEDULAR(HASTE)

Observação:

ANALGESIA +ATB
ORIENTAÇÕES GERAIS
ALTA DA ORTOPEDIA

Encaminhado para:

ACOMPANHAMENTO AMBULATÓRIAL COM DR FRANCISCO DE ASSIS, APÓS 21 DIAS

Dra. Simone Cristina
Ortopedia e Traumatologia
CRM/PE 27941

FRANCISCO STANLEY DAMAS NAPOLEAO - CRM: Nº 7472

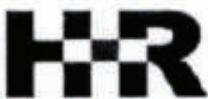
Recife, 20, NOVEMBRO ,2019

ATENÇÃO:

Este documento destina-se a comprovação de atendimento hospitalar ou ambulatorial para INSS, Empresas, Escolas, Ministério do Trabalho, Continuidade do Tratamento Ambulatorial, segundo a recomendação Nº 04/2002 do Ministério Público do Estado de Pernambuco.

SENHA DA REGULAÇÃO:

PROTESE



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
Hospital da Restauração

ETIQUETA

Ficha de Atendimento

Nº PRONTUÁRIO: 1700646	Data e Hora de Atendimento: 10/11/2019 21:41	Local de Entrada: EMERGENCIA GERAL
----------------------------------	---	---

Nº. ATEND.: 1508376	Paciente: MARCOS SOUZA DO CARMO	Nm. Social:
Data de nascimento: 01/05/1986	Idade: 33a 6m 10d	Sexo: MASCULINO
Estado Civil: SOLTEIRO	Profissão:	Acompanhante: MAIA SALVIANA NUNES DA S
DOC ID / Data expedição 10017691 / 12-set-16	Mae: MARIA SOUZA DA SILVA	Cartão SUS:
	Pal: JOSE MARIANO DO CARMO	Numero: 310 Complemento:
Endereço: DORESÓPOLIS		UF: PE Telefone: 9 3904735
Bairro: NOSSA SENHORA DA CONCEICAO		
Cidade: PAULISTA		

Ocorrências:

Motivo do atendimento: **ACIDENTE MOTO (QUEDA, COLISAO)**Procedência: **VIA PUBLICA**

Informações do Serviço Social:

Confirmação de nome:	Fones:	Assistente Social
Confirmação de endereço:		Assistente Social
Providências: Alta <input type="checkbox"/> Caso Social <input type="checkbox"/>		CRESS 4552
Encaminhamentos: Rede de Apoio <input type="checkbox"/> SPCA <input type="checkbox"/> Cons. Tutelar <input type="checkbox"/> Delegacias <input type="checkbox"/> Minist. Públco <input type="checkbox"/>		
Outros: 192 11 409 0000		
Observação: neurop. lento		Assistente Social
	em tempo. Ornitologia a família. Sua	
	regra de andar (OPLAT)	

História Clínica:

Paciente vítima de acidente de moto há 2 horas. Encontra-se consciente, orientado, apesar perda de consciência, nega episódios anteriores. Paciente apresenta-se com cefaleia, dor em L5/S1 e fadiga em M10.

Atendimento Médico					
Perda de consciência: Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Episódio Emético: Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/>	Acidente de Trabalho: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Transporte realizado Por:		
Acidente de Trânsito: Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Tipo:				
Imobilização Cervical: Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Sofreu Queda: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Altura:			
Condições de imobilização adequadas: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Por Quê?				

Exame Físico:

A: Geral	Via aérea está pélvia: Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	O paciente fala: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Temp:
<i>EGR, Conscient, orientado</i>			

B: Respiratório	<i>Mvt em AHT SVA</i>			<i>SaO2 98%</i>
C: Circulatório	PA:	X	mm	P脉: 73 bpm

<i>RCL em JT BVF sis</i>				TOMOGRAFIA HR
--------------------------	--	--	--	----------------------

Data: **11/11/19**
Médico: _____
Fonoaudiólogo: _____

0



Ortomédica
COMÉRCIO ORTOPÉDICO LTDA.

Estrada do Encanamento, 61 - Parnamirim
CEP: 52.060-210 - Recife - PE
CNPJ. 24.061.657/0001-27 Insc. Est. 18.1.001.0140069-5
Fones: (81) 3268-8554 / 3441-6966 Fax: (81) 3269-6781

CONTROLE DE MATERIAIS UTILIZADOS EM CIRURGIA

(RQ-06)

Nº 061575

1º Via Fixa

Hospital Fl. R 1700646 Convênio: SUS Cidade: Recife
Nome do Paciente: MARCELOS SOUZA DO CARMO Data da Cirurgia: 18-11-19
Médico: Dr. ASSIS + AVINER Membro Operado: M.I. D

MATERIAL	ESPECIFICAÇÃO	QUANT.	LOTE
Haste bloqueadora para Tíbia para furos de bloqueios	9x340	01	ex. 128
	FATURADO	05	4
Dr. André Alencar 2023-01-26			

PARAFUSOS CORTICAIS	Nº				
	QUANT.				
	LOTE				
PARAFUSOS DE BLOQUEIO	Nº				
	QUANT.				
	LOTE				
PARAFUSOS PARA HASTE BLOQUEADA	Nº				
	QUANT.				
	LOTE				
PARAFUSOS CANULADOS	Nº				
	QUANT.				
	LOTE				
PARAFUSOS DE INTERFERÊNCIA	Nº				
	QUANT.				
	LOTE				

VENDEDOR/INSTRUMENTADOR:

HC SPITAL DA RESTAURACAO

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

MANCHESTER V2

Data de hora retirada da senha: 10/11/2019 21:30

Nome Paciente:	MARCOS SOUZA DO CARMO
Cód. Paciente:	
Data de Nascimento:	01/05/1986
Sexo:	Masculino
Idade:	33
Senha:	U0067
Convênio:	-
Atendimento:	
SAME:	SAME:

Periodo: 10/11/2019 21:33 - 10/11/2019 21:34

FABIANA GOMES DA SILVA COELHO - COREN: 111092 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - CLASSIFICAÇÃO

Prioridade: **LARANJA - MUITO URGENTE**

Cor:  LARANJA

Queixa Principal: PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTO COLISÃO MOTO-MOTO HÁ 2H NEGA INCOSCIÊNCIA E VÔMITO, APRESENTA HEMATOMA GALEAL A DIE + EDEMA PERIORBITAL A DIR + FRATURA EXPOSTA EM MID

Fluxograma sintoma: TRAUMA MAIOR

Discriminador(es): - MECANISMO DE TRAUMA SIGNIFICATIVO?

Especialidade: NEUROCIRURGIA ADULTO

Sinais Vitais Lidos: - ESCALA COMA DE GLASGOW ADULTO: 15

NC RT

1011110

23435 TAC + L. Cereb. + C.I. Cervical. P

Licitas

ECG + S1 + B - 1000

HR: 70

P. V. 10 mm

CO2: Alt. + NLR

Acumul. + na hemodiluição

CRIT. MOTO
10/11/2019
Medico
Neurocirurgia

Acolhido(a) por: FABIANA GOMES DA SILVA COELHO - COREN: 111092 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 10/11/2019 21:34

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

Unidade de Saúde: HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

Paciente: Manoel Souza do CarmoNº do Registro: 1700646Clínica: ORTOPEDIA

Nº do Leito:

Operador: Dr. Felipe Resse1º Assistente: —2º Assistente: —

Instrumentador:

Anestesista: Dr. Montano

Anestesia:

Duração:

Data da Operação: 11/11/15

Início:

Fim:

Diagnóstico Pré-Operatório: Frx da tibiaDiagnóstico Pós-Operatório: A mesmaOperação Proposta: Injetamento cinturão de fáscia e fibro (R)Operação Realizada: A mesma

DESCRÍÇÃO DO ATO OPERATÓRIO

1. Pct corr ODM sob raiz - anestesia + sedação;
2. Assepsia + antisepsia + aeração do campo estéril;
3. Realizado incisão em jônioramento prévia + divulsão nos planos + hemostasia + imigração cruralis com SF 0,5% + redução cruenta + fixação com FIXADAS LINEARES;
4. Realizado sutura nos planos + curativo estéril;



FICHA DE ANESTESIA

Data

HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

PERNAMBUCO

HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

Paciente

MARKOS ROMA / NO KARINHO / Reloj: 1700646

CRM

228118

Nome do Anestesista

MARCOS RIVAI CABRAL

Nome do Cirurgião

FELIPE VESNA

Medicação Pré-anestésica

∅

Sexo

M

Cor

Idade

32

Risco

DE

Cirurgia

Tratamento cirúrgico de fratura dos ossos da pun

Horário

100

O₂N₂O

dose

Sa O₂ 99 98 99 99ETCO₂

ECG DDM DDM

240

200

180

160

140

120

100

80

60

40

20

0

Anotações

Anotações

Monitorização

 BIS

Cardioscópio

 Temperatura

Oímetro

 Swan-Ganz

PNL

 Analisador Gases

Sonda Vesical

 PVC

Capnógrafo

 Estimulador de Nervo

Esret. Pré-Cordial

 Linha Arterial

Outros

 Volemia IBP Plus Encamado Acordado Sonolento Intubado

Destino

 SRPA Apart. / Ent. UTI Externo

Interconexão:

 Não Sim

Descrever:

Observações:

Assinatura do Anestesista

Márcio
Anestesiologista
CRM-PE 228118
Gabriel

COD. 0152



Unidade de Saúde : HOSPITAL DA RESTAURACÃO

Paciente:	Marcos Souza de Lemos		Nº do Registro:	1700646
Clinica:	08TOPELIA		Nº do Leito:	607-3
Operador:	Dr. Francisco de Souza			
1º Assistente:	Dr. Thales Leconde		2º Assistente:	Dr. Júlio Alves
Instrumentador:	Guilherme		Anestesista:	Dr. Bonihoen
Anestesia:			Duração:	
Data da Operação:	18/11/15	Início:	Fim:	
Diagnóstico Pré-Operatório:	Fratura de tibia direita			

Diagnóstico Pós-Operatório : A menos

Operação Proposta: Tratamento energético da fratura do fíbro
directa

Operação Realizada: A mesma

DESCRICAÇÃO DO ATO OPERATÓRIO

3. Pct en DOL ab noqui-anestesia;
 2. Anemia + entrapos + operacão di compõe adiante;
 3. Realizou incisão transpólo + dividiu por planos + hemostasia + venocloto local de estreito com microscópio sob fluoroscopia + realizou parageo de nabo ao capta + parageo de rijo que sob fluoroscopia;
 4. Realizou parageo 8 e 9 + parageo de haste intumescida (8×740) + realizou bloquio com 03 parafuso distal e 02 bloquios proximais;
 5. Realizou incisão com CPO, 3P + adura por planos + captação arterial.

FICHA DE ANESTESIA

Data

18/11/19

HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

PERNAMBUCO

Paciente

MARCOS ISAGUA 110 KAGALD

Sexo

M

Cor

P

Idade

33

Risco

1

CRM

Nome do Anestesista

8612 RANILSON NASCIMENTO

Nome do Cirurgião

ADOLFUS FILHO

Medicação Pré-anestésica:

1700646

Urgência

 Não Sim

Cirurgia

Trce de fratura Tibia D

Horário

950

O₂N₂O

Líquidos

A

Ra O₂

99 100 mmHg

CO₂

65

ECG

25

SPO₂

100

N

M

A

E

I

X

Anestesia

Monitorização

Cardioscópico

 BIS Temperatura

Oxímetro

 Swan-Ganz

PNI

 Analisador Gases

Sonda Vesical

 PVC

Capnógrafo

 Estimulador de Nervo

Esret. Pré-Cordial

 Linha Arterial

Outros

 Volume IBP Plus

ANEST. MUSCUL 3146

Encaminhado

 Acordado Sonolento Intubado

Destino

 SRPA Apart. / Err. UTI Extremo

Intercomunicação

 Não Sim

Descrever:

reflex salivar e torcicolo

Observações:

Dr. Ranilson Nascimento
CRM 8612

Assinatura do Anestesista

Ranilson



Paciente

Enfermaria/Leito

Registro

EVOLUÇÃO CLÍNICA

101119

23-001

+ ~~development~~ P

not fully exoskeleton

Re - return % ucs
(uCs)

Corporation is - or ~~not~~ ~~not~~ owned

500 400 600

est of the 147

Dipole dipole interactions

Rewood etc. 10.11.19

20.11.13

Glenn



Paciente

Enfermaria/Leito

Registro

EVOLUÇÃO CLÍNICA

11/11/18

Traumatologia

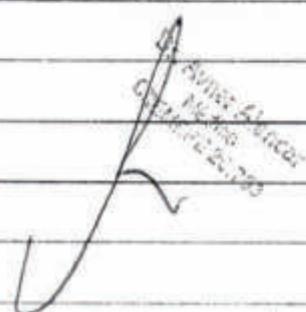
- NOTA OPERATÓRIA -

Paciente com quadro de fratura de fibula diante, sendo submetido a procedimento cirúrgico de fixação. Procedimento cirúrgico foi realizada anestesia, paciente estava estabilizado hemodinamicamente;

CN: 1. A SR;

2. AO SEXTO SUL APÓS ALTA DA SR;

3. VP.M.



11/11/18

SR PI

Paciente submetido a tratamento cirúrgico de fratura de fibula, anestesiado. Chegou ao setor acordados, apresentando hipotensão e tontura.

Exame: ECG, urinário, glic, coagulograma

AUS: R12 27 31 ± 55 FC 92

PR 140, Q3

AR M P ATIBA SAT 96% O2

Mecanismo de membrana pulmonar MPM ()

PM: Alto IRPA



NOME: MARCOS SOUZA DO CARMO

PRONTUÁRIO: 1700646

SEXO: Masculino

DATA NASC: 01/05/1986

DATA/HORA: 15/11/2019 09:37

ATENDIMENTO: 1508940

Leito 607-L3

EVOLUÇÃO CLÍNICA

Data: 15/11/2019

Hora: 16:44

PACIENTE VITIMA ACIDENTE MOTOCICLETA, DEU ENTRADA NESSE SERVICO COM LESAO SANGRANTE EM Perna DIREITA +
CREPTACAO + DOR A MOBILIDADE + PULSO DISTAL

AO EXAME FISICO: PACIENTE C FIXADOR EXTERNO TUBO A TUBO EM Perna DIREITA , SEM SAIDA DE SECRECAO PELO TRAJETO DOS PINOS

HD: FRATURA EXPOSTA DE TIBIA DIREITA

CD:

SOLICITO PRE OPS

PROGRAMACAO CIRURGICA PARA SEGUNDA FEIRA (18/11)

Dr. Stomley Leopoldo
MEDICO
CURA
15.11.19
CURA
16.11.19
CURA
17.11.19



Paciente

Enfermaria/Leito

Registro

MARLOS SANTOS DO CARMO

BC/5APR(MAR)

1700646

EVOLUÇÃO CLÍNICA

18/11/15

Traumatologia

10:56 Paciente com quebra de joelheira ab. fibra dinâmico, sendo submetido a procedimento cirúrgico ab. perineal no K/II. Procedimento ocorreu j/m risco com hérnia, paciente esteve bem hemodinamicamente. Nenhum reblefar, nenhuma edema;

* CP: 1. A SR;

2. Ao recto com op. alta da SR;

3. V.P.U.



#18/11/15, 11:35 #

#5APR#

DESOE ADMISSÃO NA SR, HOJE E. PÓI, PACIENTE E. ESG, VERSO (AR), RAMSIN OR, ORIENTADO E MELHOR QUÍM.

* CP: ① ALTA DA SR

Samy Scherb Steinberg
CRM-PE 13.873



FICHA DE ESCLARECIMENTO

NOME: MARCOS SOUZA DO CARMO	PRONTUÁRIO: 1700646	ATENDIMENTO: 01508940
DATA DE NASCIMENTO: 01/05/1986	FOI ATENDIDO EM: 11/11/2019 Às	
	DATA DA ALTA: 20/11/2019 ÀS 11:15	

Diagnóstico Provável:

FRATURA EXPOSTA DE TIBIA DIREITA

Tratamento Realizado:

OSTEOSSINTESE COM TUTOR INTRAMEDULAR(HASTE)

Observação:

ANALGESIA +ATB
ORIENTAÇÕES GERAIS
ALTA DA ORTOPEDIA

Encaminhado para:

ACOMPANHAMENTO AMBULATÓRIAL COM DR FRANCISCO DE ASSIS, APÓS 21 DIAS

Dra. Simone Cristina
Ortopedia e Traumatologia
CRM/PE 27941

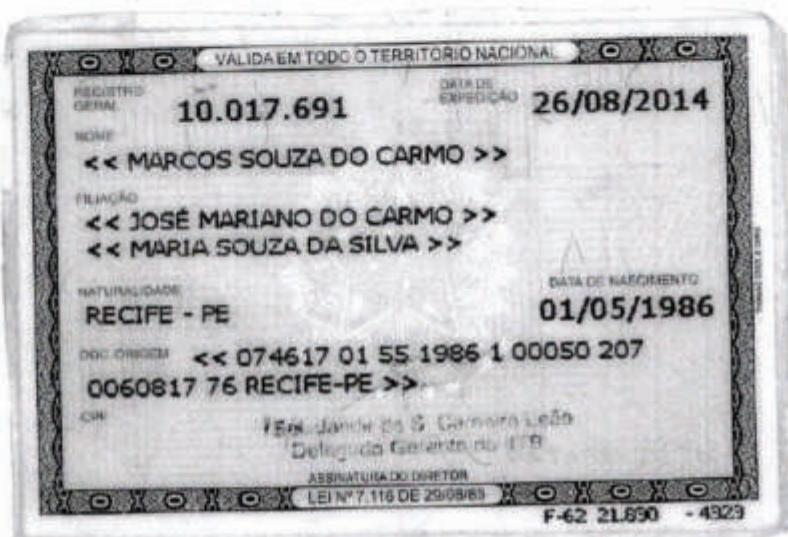
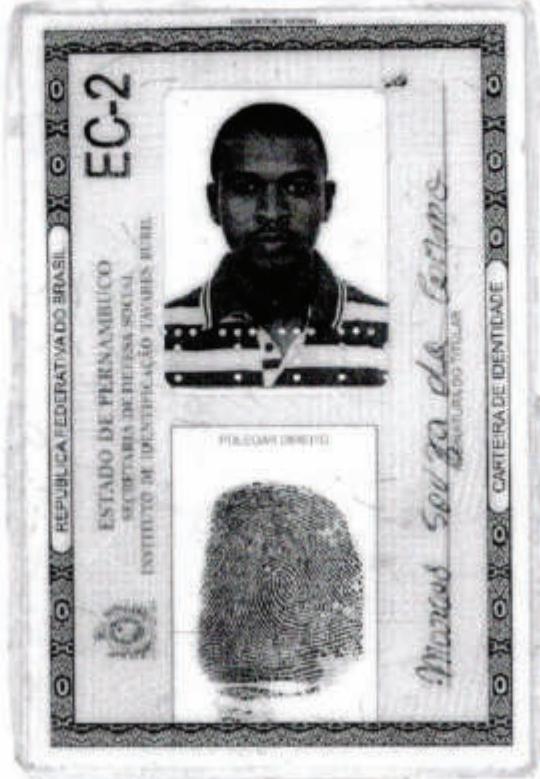
FRANCISCO STANLEY DAMAS NAPOLEAO - CRM: Nº 7472

Recife, 20, NOVEMBRO ,2019

ATENÇÃO:

Este documento destina-se a comprovação de atendimento hospitalar ou ambulatorial para INSS, Empresas, Escolas, Ministério do Trabalho, Continuidade do Tratamento Ambulatorial, segundo a recomendação Nº 04/2002 do Ministério Público do Estado de Pernambuco.







MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal

Cadastro de Pessoas Físicas



COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número

709.508.054-24

Nome

MARCOS SOUZA DO CARMO

Nascimento

01/05/1986

VALIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

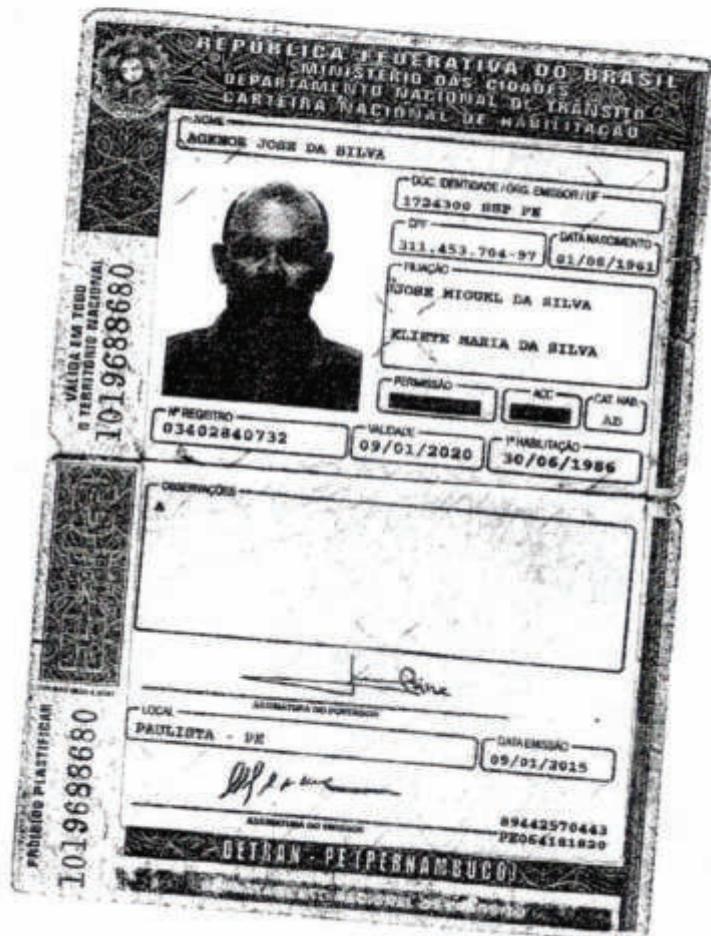
CÓDIGO DE CONTROLE

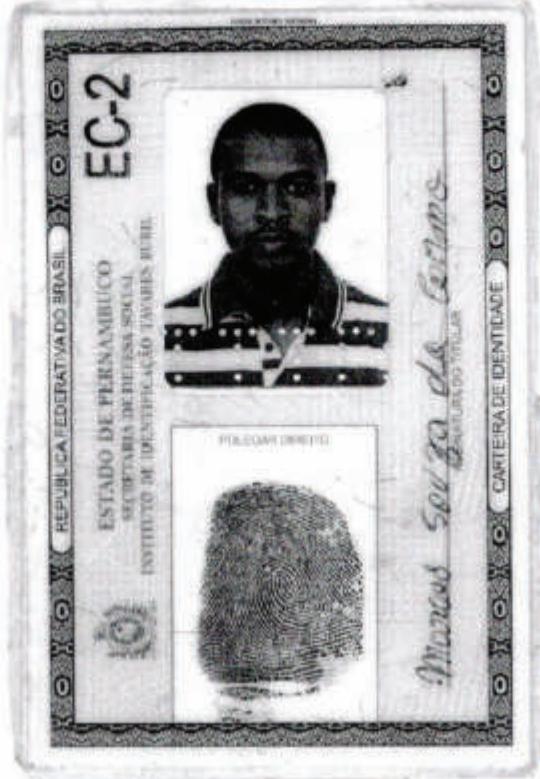
7813.0261.98DE.66BE

A autenticidade desse comprovante deverá ser confirmada na Internet, no endereço www.receita.fazenda.gov.br

Comprovante emitido pela

Secretaria da Receita Federal do Brasil
às 09:26:22 do dia 01/09/2014 (hora e data de Brasília)
dígito verificador: 00







MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal

Cadastro de Pessoas Físicas



COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número

709.508.054-24

Nome

MARCOS SOUZA DO CARMO

Nascimento

01/05/1986

VALIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

CÓDIGO DE CONTROLE

7813.0261.98DE.66BE

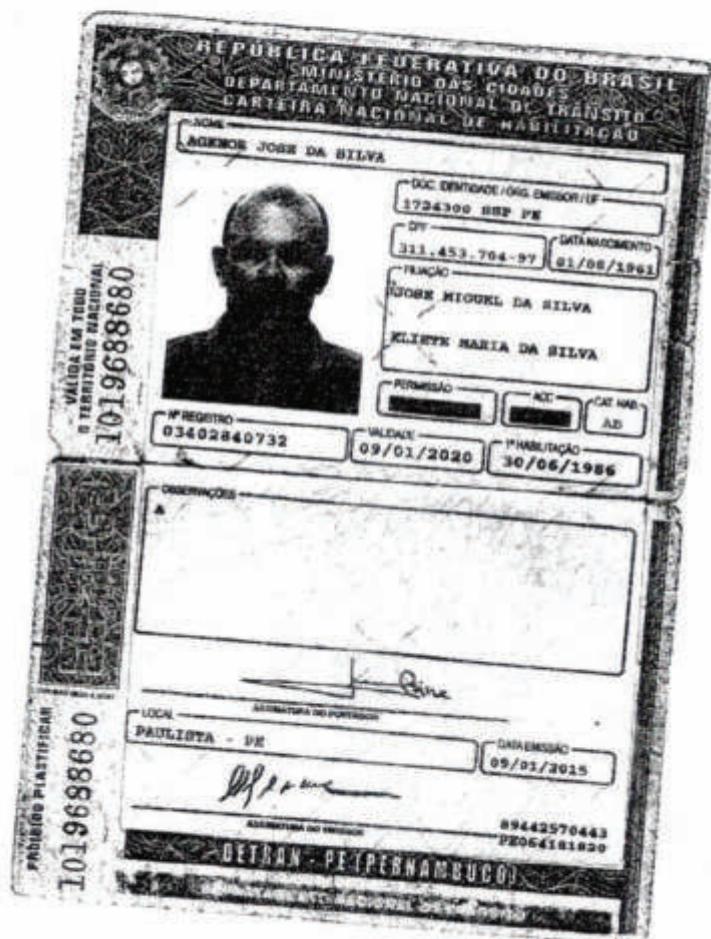
A autenticidade desse comprovante deverá ser confirmada na Internet, no endereço www.receita.fazenda.gov.br

Comprovante emitido pela

Secretaria da Receita Federal do Brasil

às 09:26:22 do dia 01/09/2014 (hora e data de Brasília)

dígito verificador: 00



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0056038/20

Vítima: MARCOS SOUZA DO CARMO

CPF: 709.508.054-24

CPF de: Próprio

Data do acidente: 10/11/2019

MARCOS SOUZA DO CARMO

Seguradora: COMPREV SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

AGENOR JOSE DA SILVA : 311.453.704-97

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

MARCOS SOUZA DO CARMO : 709.508.054-24

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

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: 11/02/2020
Nome: AGENOR JOSE DA SILVA
CPF: 311.453.704-97

AGENOR JOSE DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 11/02/2020
Nome: Marta Marinho dos Santos
CPF: 492.294.514-87

Marta Marinho dos Santos

FORMULÁRIO PARA PEDIDO DE REANÁLISE - DPVAT

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:
 Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios): Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h
 SAC (para dúvidas e reclamações): 0800 022 8189 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06
 Canal de Denúncia: 0800 591 2563 | Ouvidoria: 0800 021 91 35

Número do pedido DPVAT: **3200068860**

Data da solicitação: **10.02.2020**
DD/MM/AA

Nome do beneficiário: **MARCOS SOUZA DO CARMO**

CPF do beneficiário: **709.508.054-24**

Nome do solicitante: **AGENOR JOSÉ DA SILVA**

CPF do solicitante: **311.453.704-97**

DADOS PARA CONTATO

Tel. Celular: (- 81) 98517-1903 Tel. Comercial: () 000 Tel. Residencial: () 000

E-mail: **AGENORJSILVA@GMAIL.COM**

INFORME A COBERTURA DO SEU PEDIDO

DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

MOTIVO DA SOLICITAÇÃO

DISCÓRDIA DA NEGATIVA DISCÓRDIA DO VALOR RECEBIDO DISCÓRDIA DA EXIGÊNCIA DE DOCUMENTOS

ESTÁ APRESENTANDO UM NOVO DOCUMENTO PARA COMPLEMENTAR O PEDIDO DE REANÁLISE?

NÃO

SIM, informe qual(is) documentos estão sendo entregues:

- Novos documentos médicos
- Laudo do IML
- Boletim de Ocorrência
- Notas fiscais complementares
- Outros:

(DESCRIVER)

NO CAMPO ABAIXO, SE DESEJAR, DESCREVA A JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

informo à V.S., que a VÍTIMA, NÃO ENCONTRASSE EM TRATAMENTO, E SÓ EM ALTA MÉDICA, A LESÃO JÁ ESTÁ CONSOLIDADA, POIS JÁ PASSOU 90 DIAS, QUANTOS AOS DOCUMENTOS MENCIONADOS JÁ FORAM ENVIADOS A ESSA SEGURADORA, NO ENTANTO, SOLICITO REABERTURA DO PROCESSO DE INVALIDEZ.

Paulista, 28 de Fevereiro, de 2020

Local e Data

J. Silveira - Procurador

Assinatura do solicitante ou de quem assina o pedido (a rogo)

IMPORTANTE:

Depois de preencher todos os dados, imprima o formulário, assine e entregue no mesmo ponto de atendimento em que deu entrada inicialmente no seu pedido do Seguro DPVAT.

Observação sobre beneficiário/vítima não alfabetizado:

O não alfabetizado deverá escolher pessoa de sua confiança, alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o formulário, a seu pedido (a seu rogo).

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0077600/20

Vítima: MARCOS SOUZA DO CARMO

CPF: 709.508.054-24

CPF de: Próprio

Data do acidente: 10/11/2019

MARCOS SOUZA DO CARMO

Seguradora: COMPREV SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

AGENOR JOSE DA SILVA : 311.453.704-97

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

MARCOS SOUZA DO CARMO : 709.508.054-24

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

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: 03/03/2020
Nome: AGENOR JOSE DA SILVA
CPF: 311.453.704-97

AGENOR JOSE DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 03/03/2020
Nome: Marta Marinho dos Santos
CPF: 492.294.514-87

Marta Marinho dos Santos

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200097310 **Cidade:** Paulista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARCOS SOUZA DO CARMO **Data do acidente:** 10/11/2019 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 09/03/2020

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO - EDEMA PERIORBITAL À DIREITA.
FRATURA EXPOSTA DE TIBIA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIXADOR EXTERNO, HASTE E PARAFUSOS), PARA OS DEMAIS CONSERVADOR E ALTA MÉDICA. P.5,7,11,13

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

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 dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
		Total	17,5 %	R\$ 2.362,50

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

MARCOS SOUZA DO CARMO, brasileira, estado civil, solteiro, RG nº 10017691, CPF/MF sob nº 709.508.054-24, residente e domiciliado à rua DURESOPOLIS, n° 310, bairro NSS DA CONCEIÇÃO, na cidade de Paulista, estado de Pernambuco.

OUTORGADO: AGENOR JOSE DA SILVA, brasileira, divorciado, inscrito(a) no CPF/MF sob nº 311.453.704-97, e RG. Nº 1.724.300-SSP/PE, com endereço a rua Calcita, 38-Pau Amarelo-loteamento Nossa Senhora da Conceição, na Cidade de Paulista, estado de Pernambuco.

PODERES: Concede, poderes especiais o OUTORGANTE ao OUTORGADO para: Enviar documentos, receber correspondências, solicitar informações por escrito ou por telefone, ter acesso ao número do sinistro, acompanhar o andamento do sinistro e apresentar documentos referentes ao sinistro, junto a Seguradora Líder, Seguradoras conveniadas a Líder DPVAT e a Susep.bem como tratar, requerer, assinar, receber papéis e documentos, concordar ou não com se faça necessário junto aos órgãos de Saúde(hospitais)Policlinicas, Upas, Samu, Corpo de Bombeiros, solicitar cópias autênticas de laudos junto ao IML, registrar Boletim de ocorrências em delegacias de Polícia do estado de Pernambuco.

Obs.: É de responsabilidade do outorgante a veracidade das informações documentos apresentados e disponibilizados ao outorgado.

Paulista, 20 de 06 de 2019.

Marcos Souza Carmo
OUTORGANTE

Reconhecer firma por autenticidade

Lei 10406/2002,§ 1º e 2º do Código Civil Brasileiro, "TODAS PESSOAS SÃO CAPAZES, SÃO APTAS PARA DAR PROCURAÇÃO MEDIANTE INSTRUMENTO PARTICULAR, QUE DEVERÁ DESDE QUE TENHA ASSINATURA DO ORTOGANTE, § 1º A QUALIFICAÇÃO DO ORTOGANTE E DO ORTOGADO, A DATA E O OBJETIVO DA OUTROGA COM DESIGNAÇÃO E A EXTINÇÃO DOS PODERES CONFERIDOS, § 2º O TERCEIRO COM QUEM O MANDATÁRIO TRATAR PODERÁ EXIGIR QUE A PROCURAÇÃO TRAGA FIRMA RECONHECIDA."

SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAL - 1º OFÍCIO
Bair. Paulista da Siquera Campos - Natal/RN - Reg. 10001
Reitor EG por autenticidade à firma PAULINA GOMES NUNES DA SILVA
Duija: PAULINA GOMES NUNES DA SILVA - RG: 041-153-008-0 FERMA: 04 FURSE: 008 Cpf: 226-
JERÔNIMO HENRIQUE DA SILVA - Escrivão de Justiça
Sel. 3877552-RQH/120004-00-03
Cópia a autenticada em www.tjrn.jus.br/autenticidade



44521

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: MARCOS SOUZA DO CARMO

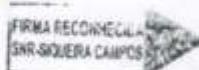
Nacionalidade brasileira, natural de: RECIFE/PE, estado
civil: SOLTEIRO, RG: 10017691, CPF/MF: 709.508.054-24
Residente na
rua DURESOPOLIS, nº 310, BAIRRO NSA CONCEIÇÃO
NA CIDADE DE: Paulista, ESTADO DE PERNAMBUCO.

OUTORGADO: AGENOR JOSÉ DA SILVA, brasileira, divorciado, RG. 1.724.300-SSP/PE, e inscrito no CPF/MF, sob o nº 311.453.704-97, com endereço na rua Calcita, 38, casa 02-loteamento Nossa Senhora da Conceição-Pau Amarelo, na cidade de Paulista/PE.

PODERES: Concede poderes especiais o OUTORGANTE , ao OUTORGADO para: enviar documentos,solicitar informações por escrito ou por telefone,ter acesso ao número do sinistro,acompanhar o andamento do sinistro e apresentar documentos referentes ao sinistro, junto a SEGURADORA LÍDER, e seguradoras conveniadas a LÍDER DPVAT, e a SUSEP,bem como tratar,requerer,assinar,receber papéis e documentos,concordar ou não se faça necessário junto aos órgãos de Saúde(hospitais)Policlinicas,Upas,Samú e Corpo de Bombeiros,solicitar cópias autenticas de laudos junto ao IML,registrar boletim de ocorrências em delegacias de Polícia do estado de Pernambuco.

OBS: É de responsabilidade do outorgante à veracidade das informações e documentos apresentados e disponibilizados ao Outorgado.

Paulista, 17 de 02 de 2020



Moscos Sungs de Carme

OUTORGANTE

Reconhecer firma por autenticidade.



SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAL - 1º OFÍCIO
Bel. Paulo de Siqueira Campos - Notário e Registrador

- NOTA: Encuentras, por ejemplo, Presentación, Recomendaciones, Letras, Autores, etc.
- Recuerda que se incluye:

Reconheço por autenticidade a firma MARCOS SOUZA DO CARMO

Dou fé Paulista/PE 17/02/2020 10:35:05 Email: R5 371 TSNR: R5

0.82 FERC RS 0-41

YURI ANDERSON DI

Escrevente autorizado

R. A. TAYLOR

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

MARCOS SOUZA DO CARMO, brasileira, estado civil, solteiro, RG nº 10017691, CPF/MF sob nº 709.508.054-24, residente e domiciliado à rua DURESOPOLIS, n° 310, bairro NSS DA CONCEIÇÃO, na cidade de Paulista, estado de Pernambuco.

OUTORGADO: AGENOR JOSE DA SILVA, brasileira, divorciado, inscrito(a) no CPF/MF sob nº 311.453.704-97, e RG. Nº 1.724.300-SSP/PE, com endereço a rua Calcita, 38-Pau Amarelo-loteamento Nossa Senhora da Conceição, na Cidade de Paulista, estado de Pernambuco.

PODERES: Concede, poderes especiais o OUTORGANTE ao OUTORGADO para: Enviar documentos, receber correspondências, solicitar informações por escrito ou por telefone, ter acesso ao número do sinistro, acompanhar o andamento do sinistro e apresentar documentos referentes ao sinistro, junto a Seguradora Líder, Seguradoras conveniadas a Líder DPVAT e a Susep.bem como tratar, requerer, assinar, receber papéis e documentos, concordar ou não com se faça necessário junto aos órgãos de Saúde(hospitais)Policlinicas, Upas, Samu, Corpo de Bombeiros, solicitar cópias autênticas de laudos junto ao IML, registrar Boletim de ocorrências em delegacias de Polícia do estado de Pernambuco.

Obs.: É de responsabilidade do outorgante a veracidade das informações documentos apresentados e disponibilizados ao outorgado.

Paulista, 20 de 06 de 2019.

Marcos Souza Carmo
OUTORGANTE
Reconhecer firma por autenticidade

Lei 10406/2002, § 1º e 2º do Código Civil Brasileiro, "TODAS PESSOAS SÃO CAPAZES, SÃO APTAS PARA DAR PROCURAÇÃO MEDIANTE INSTRUMENTO PARTICULAR, QUE DEVERÁ DESDE QUE TENHA ASSINATURA DO OUTORGANTE, § 1º A QUALIFICAÇÃO DO OUTORGANTE E DO OUTORGADO, A DATA E O OBJETIVO DA OUTROGA COM DESIGNAÇÃO E A EXTINÇÃO DOS PODERES CONFERIDOS, § 2º O TERCEIRO COM QUEM O MANDATÁRIO TRATAR PODERÁ EXIGIR QUE A PROCURAÇÃO TRAGA FIRMA RECONHECIDA."



Conselho a autenticidade em www.tjpe.jus.br/autenticidade
Selo 3877552-RQH/2006460-53

Reitor EG por autenticidade a firma PAULINA GOMES NUNES DA SILVA
Djua e Paulista, 2017-2018 (20/06/2018) 12:30:37. End. Rua 3 63, Fazenda Ribeirão
652 FERC, Rua 41, 153, Rua 3 68 FERM/04 Fazenda Ribeirão, CEP 52160-000

LEI 10406/2002, § 1º e 2º do Código Civil Brasileiro, "TODAS PESSOAS SÃO CAPAZES, SÃO APTAS PARA DAR PROCURAÇÃO MEDIANTE INSTRUMENTO PARTICULAR, QUE DEVERÁ DESDE QUE TENHA ASSINATURA DO OUTORGANTE, § 1º A QUALIFICAÇÃO DO OUTORGANTE E DO OUTORGADO, A DATA E O OBJETIVO DA OUTROGA COM DESIGNAÇÃO E A EXTINÇÃO DOS PODERES CONFERIDOS, § 2º O TERCEIRO COM QUEM O MANDATÁRIO TRATAR PODERÁ EXIGIR QUE A PROCURAÇÃO TRAGA FIRMA RECONHECIDA."



44521

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: MARCOS SOUZA DO CARMO

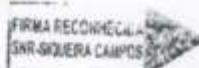
Nacionalidade brasileira, natural de: RECIFE/PE, estado
civil: SOLTEIRO, RG: 10017691, CPF/MF: 709.508.054-24
Residente na
rua DURESOPOLIS, nº 310, BAIRRO NSE DA CONCEICAO
NA CIDADE DE: PAULISTA, ESTADO DE PERNAMBUCO.

OUTORGADO: AGENOR JOSÉ DA SILVA, brasileira, divorciado, RG. 1.724.300-SSP/PE, e inscrito no CPF/MF, sob o nº 311.453.704-97, com endereço na rua Calcita, 38, casa 02-loteamento Nossa Senhora da Conceição-Pau Amarelo, na cidade de Paulista/PE.

PODERES: Concede poderes especiais o OUTORGANTE , ao OUTORGADO para: enviar documentos,solicitar informações por escrito ou por telefone,ter acesso ao número do sinistro,acompanhar o andamento do sinistro e apresentar documentos referentes ao sinistro, junto a SEGURADORA LÍDER, e seguradoras conveniadas a LÍDER DPVAT, e a SUSEP,bem como tratar,requerer,assinar,receber papéis e documentos,concordar ou não se faça necessário junto aos órgãos de Saúde(hospitais)Policlinicas,Upas,Samú e Corpo de Bombeiros,solicitar cópias autenticas de laudos junto ao IML,registrar boletim de ocorrências em delegacias de Policia do estado de Pernambuco.

OBS: É de responsabilidade do outorgante à veracidade das informações e documentos apresentados e disponibilizados ao Outorgado.

hannita rharts, 19 de febrero de 2020



Morceaux de l'armée

OUTORGANTE

Reconhecer firma por autenticidade.



SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAL - 1º OFÍCIO
Bel. Paulo de Souza Campos - Notário e Registrador

Av. Marília, 1000 - Centro - Pindamonhangaba - SP - CEP 14510-000 - Fone: (19) 3881-1000

Reconheço por autenticidade a firma MARCOS SOUZA DO CARMO

Doufe Paulista/PE 17/02/2020 10:35:05 Emol R\$ 3.71 TSNR

0.82 FERC RS 0.41

YURI ANDERSON DI

Escrevente autorizado

A. A. Zhdanov

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: MARCOS SOUZA DO CARMO

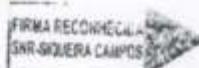
Nacionalidade brasileira, natural de: RECIFE/PE, estado
civil: SOLTEIRO, RG: 10017691, CPF/MF: 709.508.054-24
Residente na
rua DURESOPOLIS, nº 310, BAIRRO NSE DA CONCEICAO
NA CIDADE DE: PAULISTA, ESTADO DE PERNAMBUCO.

OUTORGADO: AGENOR JOSÉ DA SILVA, brasileira, divorciado, RG. 1.724.300-SSP/PE, e inscrito no CPF/MF, sob o nº 311.453.704-97, com endereço na rua Calcita, 38, casa 02-loteamento Nossa Senhora da Conceição-Pau Amarelo, na cidade de Paulista/PE.

PODERES: Concede poderes especiais o OUTORGANTE , ao OUTORGADO para: enviar documentos,solicitar informações por escrito ou por telefone,ter acesso ao número do sinistro,acompanhar o andamento do sinistro e apresentar documentos referentes ao sinistro, junto a SEGURADORA LÍDER, e seguradoras conveniadas a LÍDER DPVAT, e a SUSEP,bem como tratar,requerer,assinar,receber papéis e documentos,concordar ou não se faça necessário junto aos órgãos de Saúde(hospitais)Policlinicas,Upas,Samú e Corpo de Bombeiros,solicitar cópias autenticas de laudos junto ao IML,registrar boletim de ocorrências em delegacias de Policia do estado de Pernambuco.

OBS: É de responsabilidade do outorgante à veracidade das informações e documentos apresentados e disponibilizados ao Outorgado.

hannita rharts, 19 de 02 de 2020



Morceau bonjour de l'armée

OUTORGANTE

Reconhecer firma por autenticidade.



SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAL - 1º OFÍCIO
Bel. Paulo de Siqueira Campos - Notário e Registrador
Av. Manoel de Oliveira Paes, 70 - CEP 61011-000
Portaria 1109 - Telef. (61) 3210-0004

Reconheço por autenticidade a firma MARCOS SOUZA DO CARMO
Dou fé Paulista/PE 17/02/2020 10:35:05 Emol R\$ 3/11 TSNR R\$
0.82 FERC R\$ 0.41 ISS R\$ 0.08 FERM 0.04 FUNSEG 0.08 Op 197
YURI ANDERSON DE ANDRADE MEDEIROS DE OLIVEIRA

Escrevente autorizado
Selo 0077552 C0802202002 01861



A. A. Tikhonov

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0077600/20

Vítima: MARCOS SOUZA DO CARMO

CPF: 709.508.054-24

CPF de: Próprio

Data do acidente: 10/11/2019

MARCOS SOUZA DO CARMO

Seguradora: COMPREV SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

AGENOR JOSE DA SILVA : 311.453.704-97

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

MARCOS SOUZA DO CARMO : 709.508.054-24

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

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: 03/03/2020
Nome: AGENOR JOSE DA SILVA
CPF: 311.453.704-97

AGENOR JOSE DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 03/03/2020
Nome: Marta Marinho dos Santos
CPF: 492.294.514-87

Marta Marinho dos Santos

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0056038/20

Vítima: MARCOS SOUZA DO CARMO

CPF: 709.508.054-24

CPF de: Próprio

Data do acidente: 10/11/2019

MARCOS SOUZA DO CARMO

Seguradora: COMPREV SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

AGENOR JOSE DA SILVA : 311.453.704-97

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

MARCOS SOUZA DO CARMO : 709.508.054-24

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

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: 11/02/2020
Nome: AGENOR JOSE DA SILVA
CPF: 311.453.704-97

AGENOR JOSE DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 11/02/2020
Nome: Marta Marinho dos Santos
CPF: 492.294.514-87

Marta Marinho dos Santos

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0056038/20

Número do Sinistro: 3200068860

Vítima: MARCOS SOUZA DO CARMO

CPF: 709.508.054-24

CPF de: Próprio

Data do acidente: 10/11/2019

MARCOS SOUZA DO CARMO

Seguradora: COMPREV SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

AGENOR JOSE DA SILVA : 311.453.704-97

Procuração

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: 18/02/2020
Nome: AGENOR JOSE DA SILVA
CPF: 311.453.704-97

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 18/02/2020
Nome: Marta Marinho dos Santos
CPF: 492.294.514-87

AGENOR JOSE DA SILVA

Marta Marinho dos Santos

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0077600/20

Número do Sinistro: 3200097310

Vítima: MARCOS SOUZA DO CARMO

CPF: 709.508.054-24

CPF de: Próprio

Data do acidente: 10/11/2019

MARCOS SOUZA DO CARMO

Seguradora: COMPREV SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

AGENOR JOSE DA SILVA : 311.453.704-97

Procuração

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: 05/03/2020
Nome: AGENOR JOSE DA SILVA
CPF: 311.453.704-97

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 05/03/2020
Nome: Marta Marinho dos Santos
CPF: 492.294.514-87

AGENOR JOSE DA SILVA

Marta Marinho dos Santos