
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

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

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

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

www.seguradoralider.com.br/recomeco.

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 - Nº 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 Nº 445/2012

5 - Nome completo: MARCOS SOUZA DO CARMO 6 - CPF: 709.508.054-24
7 - Profissão: 8 - Endereço: RUA DURESOPOLES 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 ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

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

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 1581 CONTA: 00039040 7

AGÊNCIA: CONTA:

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a quem eu tiver direito, reconhecendo e datado, 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 Líder 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 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 teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (viver) ☐ 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 Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de 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 - 1ª | Nome: CPF: Assinatura da testemunha 39 - 2ª | Nome: CPF: Assinatura da testemunha

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

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

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 - Nº 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 Nº 445/2012

5 - Nome completo: MARCOS SOUZA DO CARMO 6 - CPF: 709.508.054-24
7 - Profissão: 8 - Endereço: RUA DURESOPOLES 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 ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

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

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 1581 CONTA: 00039040 7

AGÊNCIA: CONTA:

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a quem eu tiver direito, reconhecendo e datado, 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 Líder 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 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 teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (viver ou não)? ☐ 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 Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de 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 - 1ª | Nome: _____ CPF: _____
Assinatura da testemunha
39 - 2ª | Nome: _____ CPF: _____
Assinatura da testemunha

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

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vitimas 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 Duresopolis, 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 APOS 8 DIAS E FIXAÇÃO INTERNA COM HASTE INTRAMEDULAR TIBIAL MAIS PARAFUSOS CORTICAIS, RECEBEU ALTA APOS 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 casualidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

(X) Sim () Não

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

(X) 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 do 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 (X) 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.

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

Carimbo com Nome e CRM


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



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 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 (VÍTIMA)
PAULA IZABEL NUNES DA SILVA (VÍTIMA)

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: **JOSÉ 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**
Residência: **RUA DORISOPOLIS, Nº 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 SERVIÇOS GERAIS** Telefones Celulares: **987046876**

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

Residencial: **RUA DORISOPÓLIS, Nº 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)**

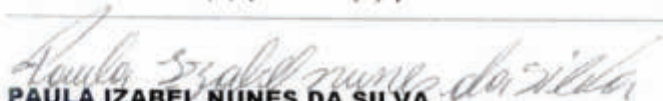
Placa: **PGC8333** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)

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 Ó, PAULISTA, PE, QUANDO FOI COLIDIDO PELO CONDUTOR DE VEÍCULO MOTOCICLETA, ACONTECENDO A COLISÃO DE FRENTE COM O VEÍCULO MOTOCICLETA 01, CAUSANDO FRATURA EXPOSTA DE TÍBIA 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 ARRÃES. 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
(VÍTIMA)

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 POLÍCIA DA 034ª CIRCUNSCRIÇÃO - MARIA FARINHA - DP34ªCIRC
DIM/8ªDESEC**

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E0124001796

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

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (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 (VÍTIMA)
PAULA IZABEL NUNES DA SILVA (VÍTIMA)

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: **JOSÉ 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**
Residência: **RUA DORISOPOLIS, Nº 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 SERVIÇOS GERAIS** Telefones Celulares: **987046876**

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

Residencial: **RUA DORISOPÓLIS, Nº 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)**

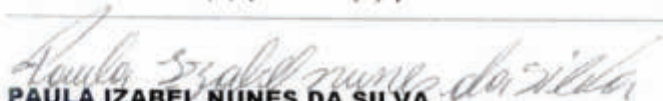
Placa: **PGC8333** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)

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 Ó, PAULISTA, PE, QUANDO FOI COLIDIDO PELO CONDUTOR DE VEÍCULO MOTOCICLETA, ACONTECENDO A COLISÃO DE FRENTE COM O VEÍCULO MOTOCICLETA 01, CAUSANDO FRATURA EXPOSTA DE TÍBIA 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
(VÍTIMA)

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 - Nº 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 Nº 445/2012

5 - Nome completo:

MARCOS SOUZA DO CARMO

7 - Profissão:

8 - Endereço:

RUA DURESOPOLIS

6 - CPF:

709.508.054-24

11 - Matro:

NSA DA CONCEIÇÃO

12 - Cidade:

Paulista

9 - Número:

310

10 - Complemento:

15 - E-mail:

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

53429-755

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\$1.000,00 A R\$1.000,00

☐ R\$1.001,00 A R\$2.500,00

☐ R\$2.501,00 A 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. Assinalar uma opção)

☐ Bradesco (237)

☐ Itau (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 1581

CONTA: 00039040

7

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a qual eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a elevação 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 atenda a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atenda 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 Líder 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 discordo do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (no Civil)

☐ Divorçado

☐ Separado Judicialmente

☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau do 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(vários)?

☐ 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 Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de 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 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

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

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante):

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver):

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 - Nº 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 Nº 445/2012

5 - Nome completo:

MARCOS SOUZA DO CARMO

7 - Profissão:

8 - Endereço:

RUA DURESOPOLIS

6 - CPF:

709.508.054-24

11 - Matro:

NSA DA CONCEIÇÃO

12 - Cidade:

Paulista

9 - Número:

310

10 - Complemento:

15 - E-mail:

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

53429-755

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\$1.000,00 A R\$1.000,00

☐ R\$1.001,00 A R\$2.500,00

☐ R\$2.501,00 A 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. Assinalar uma opção)

☐ Bradesco (237)

☐ Itau (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 1581

CONTA: 00039040

7

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a qual eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a elevação 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 Líder 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 discordo do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (no Civil)

☐ Divorçado

☐ 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(vários)?

☐ 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 Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de 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 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

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

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (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 19:25 BR

SEMPRE A ENTREGAR
SEM FALHAS

Casa Sic

Sempre na moda

RUA IMPERAT
BOA VISTA - RECIFE - C

WWW.

0006109113
MARIA SALVIANA NUNES DA SILVA
R. Duresopolis, 710

CEP: 51429755 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 15:25 BR

SEMPRE A ENTREGAR
COM PREZACÃO

Casa Sic

Sempre na moda

RUA IMPERAT
BOA VISTA - RECIFE - C

WWW.

0006109113
MARIA SALVIANA NUNES DA SILVA
R. Duresopolis, 710

CEP: 51429755 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 FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu 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 Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço: <u>RUA CALCITA</u>	Número: <u>38</u>	Complemento: _____
Bairro: <u>Nº DA CONCEIÇÃO</u>	Cidade: <u>Paulista</u>	Estado: <u>PE</u>
E-mail: _____	CEP: _____	
		Tel.(DDD): <u>81-98517-1903</u>

Local e Data: Paulista, 10 DE FEVEREIRO DE 2020

Juan Silva
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/BIBLIOTECASWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

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

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

Pelo exposto, eu 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 Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço: <u>RUA CALCITA</u>	Número: <u>38</u>	Complemento: _____
Bairro: <u>Nº DA CONCEIÇÃO</u>	Cidade: <u>Paulista</u>	CEP: _____
E-mail: _____	Estado: <u>PE</u>	Tel.(DDD): <u>81-98517-1903</u>

Local e Data: Paulista, 10 DE FEVEREIRO DE 2020

Juan Silva
Assinatura do Declarante

SENHA DA REGULAÇÃO:



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 Data de nascimento: 01/05/1986 Estado Civil: SOLTEIRO	Paciente: MARCOS SOUZA DO CARMO Idade: 33a 6m 10d Profissão:	Nm. Social: Sexo: MASCULINO Acompanhante: MAIA SALVIANA NUNES DA S
DOC ID / Data expedição 10017691 / 12-set-16	Mãe: MARIA SOUZA DA SILVA Pai: JOSE MARIANO DO CARMO	Cartão SUS:
Endereço: DORESÓPOLIS Bairro: NOSSA SENHORA DA CONCEICAO Cidade: PAULISTA	UF: PE	Numero 310 Complemento: Tel. Fone: 91 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 4558
Encaminhamentos: Rede de Apoio <input type="checkbox"/> GPCA <input type="checkbox"/> Cons. Tutelar <input type="checkbox"/> Delegacias <input type="checkbox"/> Minist. Público <input type="checkbox"/>		
Outros <input type="checkbox"/>		
Observação:	Assistente Social	
História Clínica: <i>Paciente vítima de acidente de moto há 2 horas. Encontra-se consciente e orientado, refer perda de consciência, nega epistaxe, vômitos. Paciente apresentando-se com epistaxe, dor em L5D e fraturas em MIV.</i>		
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 checked="" type="checkbox"/>
Acidente de Trânsito: Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Tipo:	Transporte realizado Por:
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 pervia: Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	O paciente fala: Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Temp:
<i>EG Reg, Consciente, orientado</i>		
B. Respiratório <i>MVt em AHT SRA</i> <i>SO₂ 98%</i>		
C. Circulatório	PA: <i>X</i> mm	Pulso: <i>73</i> bpm
<i>RCL em 2T BUF SIS</i>		

TOMOGRAFIA HR

Data: _____

Médico: _____

F. Técnico: _____

8

**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

1ª Via Fixa

Hospital H.R. 1700646 Convênio: SUS Cidade: Recife
Nome do Paciente: MARCELO SOUZA DO CARMO Data da Cirurgia: 18.11.19
Médico: DR. ASSIS + ALVIER Membro Operado: M.I.D

MATERIAL	ESPECIFICAÇÃO	QUANT.	LOTE
HASTE BLOQUEADA PARA TÍBIA	9x340	01	CA. 128
PARAFUSOS DE BLOQUEIO		05	4

Dr. André Alencar
CRM 10.000
CRM 10.000

FATURADO

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: _____



Fones: (81) 3268-8554 / 3441-6966 Fax: (81) 3269-6781

1° Via Fixa

Membro Operado:

LOTE

Lote: 003778 Código: F08 3 200
 SISTEMA DE FIXACAO OSSEA
 SARTORI - LINEFIX
 FEMUR/BACIA T 400 - ESTERIL
 Fab.: 10/2018 Val.: 10/2023
 Registro Anvisa Nº 80803650031
 Material ACO INOX/ALUMINIO
 P. Luiz Guilherme Sartori & Cia Ltda - EPP
 CNPJ: 04.861.623/0001-00 - Rio Claro/SP
 Tel: +55 19 3538-1910 info@sartori.ind.br
 Fab.: 10/2018 Val.: 10/2023
 Registro Anvisa Nº 80803650026
 Material ACO INOX F138
 Luiz Guilherme Sartori & Cia Ltda - EPP
 CNPJ: 04.861.623/0001-00 - Rio Claro/SP
 Tel: +55 19 3538-1910 info@sartori.ind.br

ENTURADO

VENDEDOR/INSTRUMENTADOR:

HOSPITAL DA RESTAURACAO

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

MANCHESTER_V2

Data e 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:	

Período: 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 INCONSCIÊNCIA 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: - ESCLA COMA DE GLASGOW ADULTO: 15

NCR#
10121110
23h35 TAC de Crânio e Col. Cervical: Ø
LCS-15
ECG - 151 Ø F-151
10-15-15
P. 1. 151
CR: Alta de NCR
Acomp. com Traumatologia

Rita Mota
CRM: 19287/PE
Neurocirurgia

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

Data Impressão: 10/11/2019 21:34

Unidade de Saúde : HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

Paciente : *Manoel Souza do Carmo*

Nº do Registro : *1700646*

Clínica : *ORTOPEDIA*

Nº do Leito :

Operador : *Dr. Felipe Lerra;*

1º Assistente : *—*

2º Assistente : *—*

Instrumentador :

Anestesista : *Dra. Montona.*

Anestesia :

Duração :

Data da Operação : *11/11/13*

Início :

Fim :

Diagnóstico Pré-Operatório : *Fx de tibia*

Diagnóstico Pós-Operatório : *A mesma.*

Operação Proposta : *Intenimento cirurgico de fratura de tibia*

Operação Realizada : *Prima.*

DESCRIÇÃO DO ATO OPERATÓRIO

1. PC + com ODM sob raque-anestesia + sedação;
2. Assepsia + antiseptia + abertura de campo estéril;
3. Realizada incisão em formato oval + lavagem por plano + hemostasia + irrigação copiosa com SF 0,5% + redução cruenta + Fixação com FIBRILIZ LIGAMENT;
4. Realizada sutura por plano + curativo estéril;

Dr. Felipe Lerra
Cirurgião
20/11/13

FICHA DE ANESTESIA

Data

11/11/11

HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

PERNAMBUCO

Paciente

MARCO ALOISIO DE CARVALHO Reg: 1700646

Sexo

M

Cor

Idade

32a

Risco

DE

CRM

24818

Nome do Anestesista

MARIANA CABRAL

Nome do Cirurgião

FELIPE LESSA

Medicação Pré-anestésica

Ø

Urgência

☐ Não☐ Sim

Cirurgia

Tratamento cirúrgico de fratura dos ossos da perna

Horário

1:00

O₂N₂OSpO₂Sa O₂ 99 98 99 99ETCO₂

BPM RM RM

240

220

200

180

160

140

120

100

80

60

40

Anotações

20

Drogas Usadas

Quantidade

Propofol 20mg

Morfina 100mcg

alfaxolan 2g

dexmedetomidina 10mcg

dipirona 2g

ondansetrona 8mg

Técnica Anestésica

Requiescência
Pacient retilado
e monitorizado
arupna e antiis-
rupna, marcao
com bu midiam
em G-4 com
agulha de amirde
UG 100 clavo.

Monitorização

☒ Cardíaco☒ Oxímetro☒ PNI☐ Sonda Vesical☐ Capnógrafo☐ Elet. Pré-Cordial☐ Outros☐ BIS☐ Temperatura☐ Swan-Ganz☐ Analisador Gases☐ PVC☐ Estimulador de Nervo☐ Linha Arterial☐ Volemia IBP Plus

Encaminhado

☒ Acordado☐ Sono☐ Intubado

Destino

☒ SRPA☐ Apert. / Ent.☐ UTI☐ Externo

Interconência:

☒ Não☐ Sim

Descrever:

Observações:

Assinatura do Anestesista:

Mariana Cabral
Anestesiologista
CRM 22.518

COD. 0152



Unidade de Saúde: HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

Paciente: Marcos Souza de Lima

Nº do Registro: 1700646

Clínica: ORTOPEDIA

Nº do Leito: 604-3

Operador: Dr. Francisco de Jesus

1º Assistente: Dr. Thales Leal

2º Assistente: Dr. Alexandre

Instrumentador: Guilherme

Anestesista: Dr. Perillo

Anestesia:

Duração:

Data da Operação: 18/11/13

Início:

Fim:

Diagnóstico Pré-Operatório: Fratura de tíbia direita

Diagnóstico Pós-Operatório: A mesma

Operação Proposta: Tratamento cirúrgico de fratura de tíbia direita

Operação Realizada: A mesma

DESCRIÇÃO DO ATO OPERATÓRIO

1. Pac em dor sob bloqueio anestésico;
2. Anestesia + antiespasmódico + aplicação de compressas ativas;
3. Realizados incisão transpatelar + drenagem por planos + hemostasia + verificação local de entrada com incisão sob fluoroscopia + realização peroneo de nábeo ao capeta + peroneo de rio que sob fluoroscopia;
4. Realizado fratura 8 e 9 + peroneo de haste intramedular (8x240) + realizado bloqueio com 03 parafusos distais e 02 bloqueios proximais;
5. Realizado incisão com CPO, 3º + sutura por planos + curativo extenso.

FICHA DE ANESTESIA

Data

18/11/19

HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

PERNAMBUCO

Paciente

MARCOS SAUVA DA SILVA

Sexo

M

Cor

P

Idade

33

Risco

1

CRM

Nome do Anestesiologista

DR. RANILSON NASCIMENTO

Nome do Cirurgião

DR. ALESSY FILHO

Medicação Pré-anestésica

1700646

Urgência

☒ Não☐ Sim

Cirurgia

Trcc protura T1 dia D

Horário

050

950

O₂N₂O

Líquidos

Ra O₂

100%

600

240

200

180

160

140

120

100

80

60

40

20

0

X

Antitácidos

Antitácidos

Antitácidos

Antitácidos

Antitácidos

Antitácidos

Antitácidos

Antitácidos

Antitácidos

Antitácidos

Antitácidos

Antitácidos

Antitácidos

Antitácidos

Antitácidos

Antitácidos

Antitácidos

Antitácidos

Antitácidos

Antitácidos

Antitácidos

Antitácidos

Antitácidos

Antitácidos

Antitácidos

Antitácidos

Drogas Usadas

Quantidade

cefazolina

2g

midazolam

5mg

fentanyl

50mg

clonazepam

12g

diprisona

2g

ondansetrona

4mg

lidocaína 1%

bupivacaína 0,5%

morphina

Técnica Anestésica

raqui anestesia: esp
ventado, assepsia e
antissepsia, punção
mediana, d10, r10
mediana, L3-L4
de 25G de Quincke
LAR + sangue

Monitorização

☒ Cardiográfico☒ Oxímetro☒ PNI☐ Sonda Vesical☐ Capnógrafo☐ Esfeto Pré-Cordial☐ Outros☐ BIS☐ Temperatura☐ Swan-Ganz☐ Analisador Gases☐ PVC☐ Estimulador de Nervo☐ Linha Arterial☐ Volémia IBP Plus

Encaminhado

☒ Acordado☐ Sonoletivo☐ Intubado

Destino

☒ SRPA☐ Apart. / Ent.☐ UTI☐ Externo

Intercorrência

☒ Não☐ Sim

Descrever

refere a dor a torção

Observações

Dr. Ranilson Nascimento
CRM 8612

Assinatura do Anestesiologista

ANILSON NASCIMENTO 3456



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco



HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

PERNAMBUCO
GOVERNO DO ESTADO

Paciente

Enfermaria/Leito

Registro

EVOLUÇÃO CLÍNICA

10/11/19

23:00h

+ hemoglobina P
mar. febre e tosse e prurido
Rx - latam 1/3 uros
(122 AL)

Dr. Luis Felipe L. S. S.
Transcrição: 10/11/19
Cirurgia: 10/11/19
Oftalmologia: 10/11/19
Otorrinolaringologia: 10/11/19
Oncologia: 10/11/19
Ourologia: 10/11/19
Pneumologia: 10/11/19
Psiquiatria: 10/11/19
Radiologia: 10/11/19
Reumatologia: 10/11/19
Tratamento: 10/11/19
Urologia: 10/11/19

to. Baco chum
Ceftriaxona 1g - 12h
int. 500mg
int. 0,5mg
Diphenhydramine 1g - 12h

Revisão médica
20.11.19

Guimarães



Paciente

Enfermaria/Leito

Registro

EVOLUÇÃO CLÍNICA

11/11/18

#Traumatologia#

- NOTA OPERATORIA -

Paciente com quadro de fratura de tíbia direita sendo submetido a procedimento cirúrgico por redução da fratura. Procedimento cirúrgico foi realizada em internação, paciente estando estável hemodinamicamente;

#Cm: 1. A SR;

2. Ao sexto sul após alta da SR;

3. VPM.

PROV. CIRÚRGICO
11/11/18
14:00

11/11/18

#SRPA#

Paciente submetido a tratamento cirúrgico de fratura de tíbia com internação. Após o ato cirúrgico, o paciente apresenta-se bem, sem queixas.

Exame: ECG, exames de laboratório, exames de imagem.

ACV: RR 21 30 ± 5 FC 92

PA 140 x 90

AR M. A. H. A. Sat 96% ao

Mensuração osmótica: pulso MM 0

PR: Alto SRPA



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



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 EXTENO 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)

Recebido em 15.11.19
curativo
16/11/19
Garcia
17/11/19
Garcia

Dr. Stanley Mepolito
MÉDICO
15/11/2019



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco

HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



PERNAMBUCO
GOVERNO DO ESTADO

Paciente

MARLOS SOUZA DO CARMO

Enfermaria/Leito

BC/SARA (MMA)

Registro

1700646

EVOLUÇÃO CLÍNICA

18/11/15

Traumatologia

10:56 Paciente com quadro de fratura de fíbula direita, sendo submetido a procedimento cirúrgico de redução de K/F; procedimento ocorreu sem intercorrência, paciente estável hemodinamicamente. Neurossascular preservado;

CU: 1. A SR;

2. Assento em op. alta de SR;

3. VCU.

Dr. André Ricardo
Mendes
CRM 10.793

18/11/19 11-35

SARA

DESDE ADMISSÃO NA SARA, HOJE EM POI, PACIENTE EM EBB, EVOLUÇÃO (AA), RAMOS OL, ORIENTADO E MELH. GRIPEAS.

* CD: 1) ALTA DA SARA

Sandy Scherb Steinberg
CRM PE 18.873

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 AMBULATORIAL COM DR FRANCISCO DE ASSIS, APÓS 21 DIAS

Dra. Simone Cristina
Ortopedia e Traumatologia
CRM/PE 27941

FRANCISCO STANLEY DAMAS NAPOLEAO - CRM: N°.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 N° 04/2002 do Ministério Público do Estado de Pernambuco.

SENHA DA REGULAÇÃO:



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	Mãe: MARIA SOUZA DA SILVA Pai: JOSE MARIANO DO CARMO	Cartão SUS:
Endereço: DORESÓPOLIS Bairro: NOSSA SENHORA DA CONCEIÇÃO Cidade: PAULISTA	UF: PE	Telefone: 913904735
Ocorrências:		
Motivo do atendimento: ACIDENTE MOTO (QUEDA, COLISÃO)		
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 4558
Encaminhamentos: Rede de Apoio <input type="checkbox"/> GPCA <input type="checkbox"/> Cons. Tutelar <input type="checkbox"/> Delegacias <input type="checkbox"/> Minist. Público <input type="checkbox"/>		
Outros <input type="checkbox"/>		
Observação:	Assistente Social	
História Clínica:		
<p>Paciente vítima de acidente de moto há 2 horas. Encontra-se consciente e orientado, referindo perda de consciência e perda episódica antes. Paciente apresentando-se com fratura, dor em LSD e fraturas em MVD.</p>		
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 checked="" type="checkbox"/>
Acidente de Trânsito: Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Tipo:	Transporte realizado Por:
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 Que?	
Exame Físico:		
A: Geral	Via aérea está pervia: Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	O paciente fala: Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Temp:
EG Reg, Consciente, orientado		
B. Respiratório		
MV+ em AHT SRA		
C: Circulatório	PA: X mm	Pulso: 73 bpm
RCL em 2T BUF SIS		
TOMOGRAFIA HR		
Data: _____		
Médico: _____		
Fonico: _____		

8

**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

1ª Via Fixa

Hospital H.R. 1700646 Convênio: SUS Cidade: Recife
Nome do Paciente: MAREIA SOUZA DO CARMO Data da Cirurgia: 18.11.19
Médico: DR. ASSIS + ALVIER Membro Operado: M.I.D

MATERIAL	ESPECIFICAÇÃO	QUANT.	LOTE
HASTE BLOQUEADA PARA TÍBIA	9x340	01	CA. 128
PARAFUSOS DE BLOQUEIO		05	4

Dr. André Alencar
Ortopedista

FATURADO

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: _____



Fones: (81) 3268-8554 / 3441-6966 Fax: (81) 3269-6781

1° Via Fixa

Membro Operado:

~~Dr. Arnold A. Goss
Chicago, Ill.~~

Lote: 003778 Código: F08 3 200
 SISTEMA DE FIMCAO OSSEA
 SARTORI - LINEPIX
 FEMUR/BACIA T 400 - KSTERL
 Feb./10/2018 Val./10/2023
 Registro Anvís N° 80083650031
 I Material ACO INOX/ALUMINIO
 P. Luiz Guilherme Sartori & Cia Ltda - EPP
 CNPJ: 04.861.623/0001-00 - Rio Claro/SP
 Tel: -55 19 3538-1910 info@sartori.ind.br
 -ZEO - R
 Feb./10/2018 Val./10/2023
 Registro Anvís N° 80083650026
 Material ACO INOX F138
 Luiz Guilherme Sartori & Cia Ltda - EPP
 CNPJ: 04.861.623/0001-00 - Rio Claro/SP
 Tel: -55 19 3538-1910 info@sartori.ind.br

ENTRADA

VENDEDOR/INSTRUMENTADOR:

HOSPITAL DA RESTAURACAO

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

MANCHESTER V2

Data de extra 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:		

Período: 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 INCOSNCIÊNCIA 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: - ESCLA COMA DE GLASGOW ADULTO: 15

NCR#

10111110
2363S TAC de l'Armée et Pol. Com-mun. P.

Les-Is
ECC - IS I & F-105.
INDICE
P.L. L'Armée
C.R. Alt. de NIR
Accomp. pour l'Armée de l'Air

~~Rita Mota
CAM: 19282-06
Medicina
Neurocirurgia~~

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

Data Impressão: 10/11/2019 21:34

Unidade de Saúde : HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

Paciente : *Manoel Souza do Carmo*

Nº do Registro : *1700646*

Clínica : *ORTOPEDIA*

Nº do Leito :

Operador : *Dr. Felipe Lerra;*

1º Assistente : *—*

2º Assistente : *—*

Instrumentador :

Anestesista : *Dra. Montona.*

Anestesia :

Duração :

Data da Operação : *11/11/13*

Início :

Fim :

Diagnóstico Pré-Operatório : *Fx de tibia*

Diagnóstico Pós-Operatório : *A mesma.*

Operação Proposta : *Intenimento cirurgico de fratura de tibia*

Operação Realizada : *Prima.*

DESCRIÇÃO DO ATO OPERATÓRIO

1. PC + com ODM sob raque-anestesia + sedação;
2. Assepsia + antiseptia + abertura de campo estéril;
3. Realizada incisão em formato oval + lavagem por plano + hemostasia + irrigação copiosa com SF 0,5% + redução cruenta + Fixação com FIBRILIZ LIGAMENT;
4. Realizada sutura por plano + curativo estéril;

Dr. Felipe Lerra
11/11/13

FICHA DE ANESTESIA

Data

11/11/11

HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

PERNAMBUCO

Paciente

MARCO ALOISIO DE CARVALHO Reg: 1700646

Sexo

M

Cor

Idade

32a

Risco

DE

CRM

24818

Nome do Anestesiista

MARCO ALOISIO DE CARVALHO

Nome do Cirurgião

FELIPE LESSA

Medicação Pré-anestésica

Ø

Urgência

☐ Não☐ Sim

Cirurgia

Tratamento cirúrgico de fratura dos ossos da perna

Horário

1:00

O₂N₂OSpO₂Sa O₂ 99 98 99 99ETCO₂

BPM RM RM

240

220

200

180

160

140

120

100

80

60

40

Anotações

20

Drogas Usadas

Quantidade

Propofol 20mg

Morfina 100mcg

alfaxolan 2g

dexmedetomidina 10mcg

dipirona 2g

ondansetrona 8mg

Técnica Anestésica

Requiescência
Pacient retilado
e monitorizado
arupria e antiis-
rupria, marcao
com bu midiam
em G-h com
agelhe de amirde
UG 100 clavo.

Monitorização

☒ Cardíaco☒ Oxímetro☒ PNI☐ Sonda Vesical☐ Capnógrafo☐ Elet. Pré-Cordial☐ Outros☐ BIS☐ Temperatura☐ Swan-Ganz☐ Analisador Gases☐ PVC☐ Estimulador de Nervo☐ Linha Arterial☐ Volemia IBP Plus

Encaminhado

☒ Acordado☐ Sono☐ Intubado

Destino

☒ SRPA☐ Apert. / Ent.☐ UTI☐ Externo

Interconência:

☒ Não☐ Sim

Descrever:

Observações:

Assinatura do Anestesiista:

Marcelo Cabral
Anestesiologista
CRM 22.518

COD. 0152



Unidade de Saúde: HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

Paciente: Marcos Souza de Lima

Nº do Registro: 1700646

Clínica: ORTOPEDIA

Nº do Leito: 604-3

Operador: Dr. Francisco de Jesus

1º Assistente: Dr. Thales Leal

2º Assistente: Dr. Alexandre

Instrumentador: Guilherme

Anestesista: Dr. Perillo

Anestesia:

Duração:

Data da Operação: 18/11/13

Início:

Fim:

Diagnóstico Pré-Operatório: Fratura de tíbia direita

Diagnóstico Pós-Operatório: A mesma

Operação Proposta: Tratamento cirúrgico de fratura de tíbia direita

Operação Realizada: A mesma

DESCRIÇÃO DO ATO OPERATÓRIO

1. Pac em dor sob bloqueio anestésico;
2. Anestesia + antiespasmódico + aplicação de compressas ativas;
3. Realizado incisão transpatelar + drenagem por planos + hemostasia + verificação local de entrada com incisão sob fluoroscopia + realizado perçagem do tubo ao capeta + perçagem de fio guia sob fluoroscopia;
4. Realizado fratura 8 x 8 + perçagem de haste intramedular (8 x 40) + realizado bloqueio com 03 parafusos distais e 02 bloqueios proximais;
5. Realizado irrigação com SF0,3% + sutura por planos + curativo extenso.

FICHA DE ANESTESIA

Data

18/11/19

HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

PERNAMBUCO

Paciente

MARCOS SAUVA DA SILVA

Sexo

M

Cor

P

Idade

33

Risco

1

CRM

Nome do Anestesiologista

DR. RANILSON NASCIMENTO

Nome do Cirurgião

DR. ALESSY FILHO

Medicação Pré-anestésica

1700646

Urgência

☒ Não☐ Sim

Cirurgia

Trcc protura T1 dia D

Horário

050

950

O₂N₂O

Líquidos

Ra O₂

100%

600

240

200

180

160

140

120

100

80

60

40

20

0

X

Antidotos

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

Drogas Usadas

Quantidade

cefazolina

2g

midazolam

5mg

fentanyl

50mg

clonazepam

12g

diprisona

2g

ondansetrona

4mg

lidocaína 1%

bupivacaína 0,5%

morphina

Técnica Anestésica

raqui anestesia: esp
ventado, assepsia e
antissepsia, punção
mediana, d10, r10
mediana, L3-L4
de 25G de Quincke
LAR ⊕ sangue ⊖

Monitorização

☒ Cardioscópio☒ Oxímetro☒ PNI☐ Sonda Vesical☐ Capnógrafo☐ Esfeto Pré-Cordial☐ Outros☐ BIS☐ Temperatura☐ Swan-Ganz☐ Analisador Gases☐ PVC☐ Estimulador de Nervo☐ Linha Arterial☐ Volémia IBP Plus

Encaminhado

☒ Acordado☐ Sonoletivo☐ Intubado

Destino

☒ SRPA☐ Apart. / Ent.☐ UTI☐ Externo

Intercorrência

☒ Não☐ Sim

Descrever

refere a dor a torção

Observações

Dr. Ranilson Nascimento
CRM 8612

Assinatura do Anestesiologista



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco



HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

PERNAMBUCO
GOVERNO DO ESTADO

Paciente

Enfermaria/Leito

Registro

EVOLUÇÃO CLÍNICA

10/11/19

23:00h

+ hemoglobina P
mar. febre e tosse e prurido
Rx - latam 1/3 uros
(122 AL)

Dr. Luis Felipe L. S. S.
Transcrição: 10/11/19
Cirurgia: 10/11/19
Oftalmologia: 10/11/19
Otorrinolaringologia: 10/11/19
Oncologia: 10/11/19
Ourologia: 10/11/19
Oftalmologia: 10/11/19
Otorrinolaringologia: 10/11/19
Oncologia: 10/11/19
Ourologia: 10/11/19

to. Baco cheio
Cefalosporina 1g - 12h
int. 500mg
int. 0,5mg 12h
Diphenhydramina 1g - 12h

Revisão médica
20.11.19

Guimarães



Paciente

Enfermaria/Leito

Registro

EVOLUÇÃO CLÍNICA

11/11/18

#Traumatologia#

- NOTA OPERATORIA -

Paciente com quadro de fratura de tíbia direita sendo submetido a procedimento cirúrgico por redução da fratura. Procedimento cirúrgico foi realizada em internação, paciente estando estável hemodinamicamente;

#Ch: 1. A SR;

2. Ao sexto sul após alta da SR;

3. VPM.

PROV. CIRÚRGICO
11/11/18
14:00h

11/11/18

#SRPA#

Paciente submetido a tratamento cirúrgico de fratura de tíbia com internação. Após o ato cirúrgico, paciente apresentando-se bem.

Exame: ECG, exames de laboratório, exames de imagem

Acr. RR 21 30 ± 5 FC 92

PA 140/90

AR M. A. H. A. Sat 96% O2

Medicamento administrado: paracetamol 500mg

PR: Alto SRPA



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



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 EXTENO 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)

Recebido em 15.11.19
curativo
16/11/19
Garcia
17/11/19
Garcia

Dr. Stanley Mepolito
MÉDICO
15/11/2019



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco

HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



PERNAMBUCO
GOVERNO DO ESTADO

Paciente

MARLOS SOUZA DO CARMO

Enfermaria/Leito

BC/SARA (MMA)

Registro

1700646

EVOLUÇÃO CLÍNICA

18/11/15

Traumatologia

10:56 Paciente com quadro de fratura de fíbula direita, sendo submetido a procedimento cirúrgico de redução de K/F; procedimento ocorreu sem intercorrência, paciente estável hemodinamicamente. Neurológico preservado;

CD: 1. A SR;

2. Assento em op. alta de SR;

3. VCU.

Dr. André Ricardo
Mendes
CRM 10.793

18/11/19 11-35

SARA

DESDE ADMISSÃO NA SARA, HOJE EM POI, PACIENTE EM EBB, EVOLUÇÃO (AA), RAMA OZ, ORIENTADO E MELH. GINÁSIOS.

* CD: 1) ALTA DA SARA

Sandy Scherb Steinberg
CRM PE 18.873

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 AMBULATORIAL COM DR FRANCISCO DE ASSIS, APÓS 21 DIAS

Dra. Simone Cristina
Ortopedia e Traumatologia
CRM/PE 27941

FRANCISCO STANLEY DAMAS NAPOLEAO - CRM: N°.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 N° 04/2002 do Ministério Público do Estado de Pernambuco.




EC-2

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO TAVARES RUHL



POLEGAR DIREITO



Marcos Souza do Carmo

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 10.017.691 DATA DE EXPEDIÇÃO 26/08/2014

NOME << MARCOS SOUZA DO CARMO >>

FILIAÇÃO << JOSÉ MARIANO DO CARMO >>
<< MARIA SOUZA DA SILVA >>

NATURALIDADE RECIFE - PE DATA DE NASCIMENTO 01/05/1986

DOC. ORIGINAL << 074617 01 55 1986 1 00050 207
0060817 76 RECIFE-PE >>

CRM 1564444-20 S. Camarã Leão
Delegado Especial do I.D.

ASSINATURA DO DIRETOR
LEI Nº 7.116 DE 29/08/63

F-62 21.690 - 4323



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 deste 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**

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTERIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSTO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACAO

Nome: **AGEMON JOSE DA SILVA**



DAC, DENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF: **1724300 SSP PE**

DT: **311.453.704-97** DATA NASCIMENTO: **01/06/1961**

PRACAO: **JOSE MIGUEL DA SILVA**
ELIETE MARIA DA SILVA

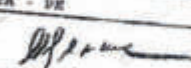
PERMISSAO: **AD** CAT. HAB: **AD**

IP REGISTRO: **03402840732** VALIDEZ: **09/01/2020** P. HABILITACAO: **30/06/1986**

DESCRIÇÕES



LOCAL: **PAULISTA - PE** DATA EMISSAO: **09/03/2015**



ASSINATURA DO EMISSOR: **89442570443**
PE064181820

DETRAN - PE (PERNAMBUCO)


VALIDA EM TODOS OS TERRITORIOS NACIONAIS
1019688680

VALIDA EM TODOS OS TERRITORIOS NACIONAIS
1019688680


EC-2

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO TAVARES RUHL



POLEGAR DIREITO



Marcos Souza do Carmo

CARTERA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 10.017.691 DATA DE EXPEDIÇÃO 26/08/2014

NOME << MARCOS SOUZA DO CARMO >>

FILIAÇÃO << JOSÉ MARIANO DO CARMO >>
<< MARIA SOUZA DA SILVA >>

NATURALIDADE RECIFE - PE DATA DE NASCIMENTO 01/05/1986

DOC. ORIGINAL << 074617 01 55 1986 1 00050 207
0060817 76 RECIFE-PE >>

CRIE Ver. Daniel do S. Carneiro Leão
Delegado Especial do IIR

ASSINATURA DO DIRETOR
LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

F-62 21.690 - 4323



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 deste 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**

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL			
MINISTÉRIO DAS CIDADES			
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO			
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO			
NOME		AGUIAR JOSE DA SILVA	
	DOC. IDENTIDADE / ORIG. EMISSOR / UF		1724300 BRP PE
	CIV	DATA NASCIMENTO	
	311.453.704-97	01/06/1961	
	FUNÇÃO		
JOSE MIGUEL DA SILVA			
KLEFFER MARIA DA SILVA			
PERMISSÃO	ACC	CAT. HAB.	
		AB	
Nº REGISTRO	VALIDADE	HABILITAÇÃO	
03402840732	09/01/2020	30/06/1986	
OBSERVAÇÕES			
A			
			
LOCAL	ASSINATURA DO PORTADOR		
PAULISTA - PE	DATA EMISSÃO		
	09/01/2015		
ASSINATURA DO EMISSOR		09442570443	
		PE064181920	
DETRAN - PE (PERNAMBUCO)			

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0056038/20

Vítima: MARCOS SOUZA DO CARMO

CPF: 709.508.054-24

Seguradora: COMPREV SEGURADORA S/A

Data do acidente: 10/11/2019

Titular do CPF: MARCOS SOUZA DO CARMO

CPF de: Próprio

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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

AGENOR JOSE DA SILVA

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: **709508054-24**
Nome do solicitante: **AGENOR JOSÉ DA SILVA** CPF do solicitante: **311453704-97**

DADOS PARA CONTATO

Tel. Celular: (**81**) **98517-1903** Tel. Comercial: () Tel. Residencial: ()
DDD DDD DDD
E-mail: **AGENORJSILVA@gmail.com**

INFORME A COBERTURA DO SEU PEDIDO

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

MOTIVO DA SOLICITAÇÃO

☒ DISCORDO DA NEGATIVA ☐ DISCORDO DO VALOR RECEBIDO ☐ DISCORDO 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: _____ (DESCREVER)

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

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

Paulista, 28 de Fevereiro, de 2020
Local e Data

Juan Silva - Procurador
Assinatura do solicitante ou de quem assina a 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

Seguradora: COMPREV SEGURADORA S/A

Data do acidente: 10/11/2019

Titular do CPF: MARCOS SOUZA DO CARMO

CPF de: Próprio

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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

AGENOR JOSE DA SILVA

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

Valoração 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 du RESOPOLIS, nº 310, bairro NSS DA CONCEIÇÃO, na cidade 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)Poli-clínicas, Upas, Samú, 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 OUTORGA 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
Belo, Paulo da Silveira Campos - Notário e Registrador
Ouv. de Paulista/PE: 2001/2020 12 20 37 Emul. RS 1.63 7581 RS
0.62 PERIC. RS 0.41 ISS. RS 0.08 PERM. 04 FURSE 0.08 CP 230
DEFICIO METRICAL DA SILVA - Escritório Administrativo
São Paulo 207552-9100 (2020) 04 00133
Consulte a autenticidade em: www.bre.gov.br/verificador
NOTA: Este documento é válido apenas para o ato notarial e registral nele mencionado. Não serve para fins de prova em juízo. A validade do documento é de 1 (um) ano, contada a partir da data de emissão.



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: MARCOS SOUZA DO CARMO

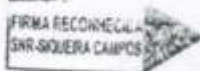
Nacionalidade brasileira, natural de: RECIFE/PE, estado
civil: SOLTEIRO, RG: 10017691, CPF/MF: 709.508.054-24
_____, Residente na
rua DURESOPOLIS, Nº 310, BAIRRO NSS DA CONCEIÇÃO
NA CIDADE DE: PAULISTA, ESTADO DE PERNAMBUCO.

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) Policlínicas, Upas, Samú e 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 e documentos apresentados e disponibilizados ao Outorgado.

Paulista, 19 de 02 de 2020



Marcos Souza do Carmo

OUTORGANTE

Reconhecer firma por autenticidade.



SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAL - 1º OFÍCIO
Bel. Paulo de Siqueira Campos - Notário e Registrador
Av. Marechal Floriano Pericó, 76 - CEP 53421-480 - Paulista/PE - Fone: (81) 3015-8881

NOTAS: Escrituras, Ata de Assembleia Geral, Protestos, Reconhecimento de Firma, Leilões, Autenticações, Etc.
Regime Geral de Tributos - RGT

Reconheço por autenticidade a firma MARCOS SOUZA DO CARMO.
Dou fé, Paulista/PE, 17/02/2020 10:35:05. Emol: R\$ 3,71; 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 COB02202002 01887



[Assinatura]

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 du RESOPOLIS, nº 310, bairro NSS DA CONCEIÇÃO, na cidade 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)Poli-clínicas, Upas, Samú, 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 OUTORGA 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
Belo, Paulo da Silveira Campos - Notário e Registrador
Ouv. de Paulista/PE: 2001/2020 10.20.37 Emul. RS 1.63.7581-R5
0.62 FERR. R5.0.41 ISS R5.0.48 FERR.04 FURSE.0.08 Op. 210
DEF.010 METR.04 FURSE.0.08 Op. 210
Selo 207552 R-CHC/2020/04/01/23
Consulte a autenticidade em: www.bre.gov.br/verificador
NOTA: Este documento é válido apenas para o uso que lhe foi destinado.
Assinatura:



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 NSS DA 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) Policlínicas, Upas, Samú e 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 e
documentos apresentados e disponibilizados ao Outorgado.

Paulista, 19 de 02 de 2020

FIRMA RECONHECIDA
SR. SIQUEIRA CAMPOS

Marcos Souza do Carmo

OUTORGANTE

Reconhecer firma por autenticidade.

SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAL - 1º OFÍCIO

Bel. Paulo de Siqueira Campos - Notário e Registrador

Av. Municipal Pastora/Pernambuco, 20 - CEP 53411-480 - Paulista/PE - Fone: (81) 3046000

Reconheço por autenticidade a firma MARCOS SOUZA DO CARMO
Doufe Paulista/PE 17/02/2020 10:35:05 Emol: R\$ 3,71, 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 COB02202002 01887

Consulte a autenticidade em: www.spe.jus.br/sistodigital



AA470216

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 NSS DA 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) Policlínicas, Upas, Samú e 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 e
documentos apresentados e disponibilizados ao Outorgado.

Paulista, 19 de 02 de 2020

FIRMA RECONHECIDA
SR. SIQUEIRA CAMPOS

Marcos Souza do Carmo

OUTORGANTE

Reconhecer firma por autenticidade.

SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAL - 1º OFÍCIO

Bel. Paulo de Siqueira Campos - Notário e Registrador

Av. Municipal, Fátima/Peçari, 20 - CEP 53411-480 - Paulista/PE - Fone: (51) 3046000

Reconheço por autenticidade a firma MARCOS SOUZA DO CARMO
Doufe Paulista/PE 17/02/2020 10:35:05 Emol: R\$ 3,71, 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 COB02202002 01887

Consulte a autenticidade em: www.spe.jus.br/sistodigital



AA470216

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0077600/20

Vítima: MARCOS SOUZA DO CARMO

CPF: 709.508.054-24

Seguradora: COMPREV SEGURADORA S/A

Data do acidente: 10/11/2019

Titular do CPF: MARCOS SOUZA DO CARMO

CPF de: Próprio

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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 03/03/2020
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-0056038/20

Vítima: MARCOS SOUZA DO CARMO

CPF: 709.508.054-24

Seguradora: COMPREV SEGURADORA S/A

Data do acidente: 10/11/2019

Titular do CPF: MARCOS SOUZA DO CARMO

CPF de: Próprio

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

Seguradora: COMPREV SEGURADORA S/A

Data do acidente: 10/11/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: MARCOS SOUZA DO CARMO

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

Seguradora: COMPREV SEGURADORA S/A

Data do acidente: 10/11/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: MARCOS SOUZA DO CARMO

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