

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: 06/05/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: LUIZ GUSTAVO HIPOLITO SILVA MARCONE

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03487

CONTA: 00000047151-7

Nr. da Autenticação 0A0A240F18772FFF

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200155349 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LUIZ GUSTAVO HIPOLITO SILVA MARCONE **Data do acidente:** 27/10/2019 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 30/04/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DA TÍBIA ESQUERDA

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações: EVOLUÇÃO MÉDICA NA PÁGINA 1

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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200155349 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LUIZ GUSTAVO HIPOLITO SILVA MARCONE **Data do acidente:** 27/10/2019 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 30/04/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DA TÍBIA ESQUERDA

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações: EVOLUÇÃO MÉDICA NA PÁGINA 1

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

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

2 - Nº dn sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

708.232.024-88 *Wuiz Gustavo H. Silva Marcone*

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 45/2012

5 - Nome completo: *Wuiz Gustavo H. Silva Marcone* 6 - CPF: *708.232.024-88*
 7 - Profissão: *Recuse* 8 - Endereço: *R. Raimunda Gonzaga de Souza 141* 9 - Número: *10* 10 - Complemento:
 11 - Bairro: *Mangabeira* 12 - Cidade: *Jeçó Resaca* 13 - Estado: *PI* 14 - CEP: *58000-000*
 15 - E-mail: *duartesilvacdm@outlook.com* 16 - Telef/ODI: *(83) 98663-4900*

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:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> 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: *3487* CONTA: *47154*

(informar o dígito se existir)

(informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Peço minuto assinalado, voluntário e prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter a avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discordar da sua conclusão.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado /no Civil/ Divorciado Separado/Judicialmente Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): Sim Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Sim Não 30 - Vítima deixou Sim Não 31 - Vítima Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Sim Não 33 - Vítima deixou Sim Não
 teve filhos? Vivos: Falecidos: nasciturus (varascer): Não teve irmãos? Vivos: Falecidos: pais/avos vivo? Não

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

34.

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

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

38 - 1º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data,

José Pessoa - PB 30/03/2020
X WUZ GUSTAVO NILOSO SILVA

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

卷之三

“I am very fond of the sun,” said the King, “but I have never seen it.”

卷之三十一

63-73075

卷之三

新華社 13.2.15電

卷之三

1995-1996-1997 PEAKS

姓名：王树山年龄：1981 年阳历生日：1981-01-01

COMPROVANTE DE ARRENDAMENTO DE IMÓVEL

© 2014 The Authors. Journal compilation © 2014 Association for Child and Adolescent Mental Health.

卷之三十一

我先去一下，你，我上

1988-0000-000-000-0000

• 1966-1971 • 1972-1973 • 1974-1975 • 1976-1977 • 1978-1979 • 1979-1980 • 1980-1981

自傳

卷之三

卷之三

4329 170-29 VIA

卷之三

三

LUIZ GUSTAVO HIPÓLITO SILVA MARCONE

卷之三

JIMMY LIMA MARCONE
CLAUICY JANE HIPOLITO DA SILVA MARCONE

卷之三

EDUCAÇÃO PESSOAL

卷之三

CERT. NASC N°3.550 - LIVA-5 - FLS.350 - CARTORIO 7º JOÃO
PESSOA-PB

卷之三

5

卷之三

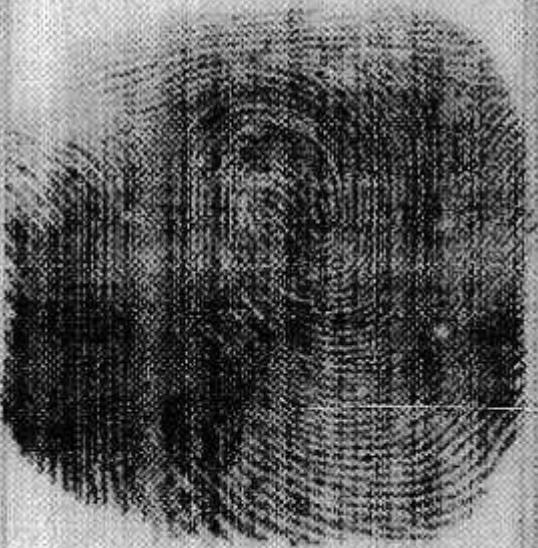
REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARÁ

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
ASSISTÊNCIA PÚBLICA ESTADUAL

DEPARTAMENTO DE POLÍCIA
DE INVESTIGAÇÃO

P-005



Louig Gustavo H. S. Hancon

CARTERA DE IDENTIDADE

LAVADO MECANICO ALTA

longitud media 10 cm.

21/10/13

25/10/13

Industria exporta la Parcha Liquefada.
O. 200 g

longitud

100 g + Reducción menor + licuadora batidora

O. 200 g + 100 g

100 g + 100 g + 100 g + 100 g

longitud media de medida de medida que se aplica
parcha con la otra parte de la parcha que se aplica
para obtener una mayor cantidad de parcha
también se aplica con la otra parte de la parcha
que se aplica con la otra parte de la parcha

ORIENTACION ALTA

medida media

medida

30

medida media medida media medida media medida media

Dr. Thosse F. Soledad

26/10/13



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 02687.01.2020.1.00.401

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 02687.01.2020.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na integra: Á(s) 10:27 horas do dia 11 de março de 2020, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Central de Policia Civil de João Pessoa - Setor de Boletim de Ocorrência, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Policia Civil Roberta Gouveia Neiva, matrícula 1560913, e lavrado por José Rodrigues da Silva Junior, Agente de Investigação, matrícula 1550888, ao final assinado, compareceu **Luiz Gustavo Hipolito Silva Marcone**, CPF nº 708.232.024-88, RG nº 4341170 SSP/PB, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), profissão Estudante, filho(a) de Glacyjane Hipolito da Silva Marcone e Jimmy Lima Marcone, natural de João Pessoa/PB, nascido (a) em 10/06/2001 (18 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Anisio Borges Monteiro de Melo, Nº 90, complemento casa , bairro Mangabeira, tendo como ponto de referência Próximo Ao Mercado de Mangabeira, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98624-6768.

Dados do(s) Fatos:

Local: Avenida João Câncio da Silva, Xx, João Pessoa/PB, bairro Manaíra; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 27/10/19 12:00h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO**.

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

Que Conduzia o veiculo HONDA/CG 160 FAM ESDI 2016, ano/mod 2016 , Cor: Vermelha, PLACA: QFQ1876/PB - Chassi: 9C2KC2200GR079719, registrara no nome de José Romualdo da Silva - CPF: 092.399.504-86 na Av. João Câncio -B. Manaíra- João Pessoa/PB quando foi surpreendido por outro veiculo, não identificado que não respeitou a placa de PARE, da rua paralela, vindo a colidir na lateral esquerda, do veiculo em que o noticiante conduzia, fazendo com que o mesmo caísse ao solo, onde foi socorrido pelo Corpo de Bombeiro onde foi conduzido ao Hospital de Emergência e Trauma e logo após transferido para o Complexo Hospitalar Gov. Tarcisio Buriti , sendo diagnosticado com fratura exposta da perna esquerda, conforme LAUDO MEDICO emitido pelo Dr. Thales F. Seabra - CRM 7124 /PB

Sendo o que havia a constar, cientificado(a) o(a) declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lida e achada conforme, expeço a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

João Pessoa/PB, 11 de março de 2020.

JOSE RODRIGUES DA SILVA JUNIOR
Agente de Investigação

LUIZ GUSTAVO HIPOLITO SILVA MARCONE
Noticiante

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 12 de Maio de 2020

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3200155349

Vítima: LUIZ GUSTAVO HIPOLITO SILVA MARCONE

Data do Acidente: 27/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), LUIZ GUSTAVO HIPOLITO SILVA MARCONE

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 anatômica 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: **LUIZ GUSTAVO HIPOLITO SILVA MARCONE**

Valor: **R\$ 2.362,50**

Banco: **104**

Agência: **000003487**

Conta: **0000047151-7**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

