

# 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: 000000047151-7

---

Nr. da Autenticação 0A0A240F18772FFF

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

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

## 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 **Data do acidente:** 27/10/2019 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A  
**MARCONÉ**

## 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 do sinistro ou ASL: 708.232.024-88 3 - CPF da vítima: 708.232.024-88 4 - Nome completo da vítima: Luiz Gustavo H. Silva Marcone

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 4/5/2012

5 - Nome completo: Luiz Gustavo H. Silva Marcone 6 - CPF: 708.232.024-88  
7 - Profissão: Recusado 8 - Empresa: R. Kaimunda Gonzaga de Souza 9 - Número: 41 10 - Complemento:  
11 - Bairro: Mangabeira 12 - Cidade: João Pessoa 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58000-000  
15 - E-mail: duarteasilva@outlook.com 16 - Tel (DDD): (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:  
☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.000,00 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): ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)  
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: \_\_\_\_\_  
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)  
AGÊNCIA: 3487 CONTA: 47151 7 AGÊNCIA: CONTA:

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 de 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.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter 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, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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 assinatura (ou nome)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora LIDER pagará, caso decida, a indenização do Seguro DPVAT por morte aos únicos 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 rogo/a pedido

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

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

38 - 1ª | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: João Pessoa - PB 20/03/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): Luiz Gustavo H. Silva Marcone

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

Trasmobillogista

Lojas

CAIXA ECONOMICA FEDERAL

Ata de abertura da Caixa Econômica Federal - 2013

13.334691-4

13/12/2013

13.334691-4

13.334691-4

13.334691-4

13.334691-4

13.334691-4

13.334691-4

COMPROVANTE DE ABERTURA DE FOLP CAIXA FACIL

NOME: LUIZ GUSTAVO HIRACLIO SILVA MACIEL

CPF: 3487

GERAÇÃO: 013

DATA DV: 000,000,000,000

DATA DA ABERTURA: 05/12/2013

LOJAS CAIXA

13.334691-4

12 VIA



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO  
GERAL

4 341 170 - 2ª VIA

DATA DE  
EXPIRAÇÃO

23/07/2019

NOME

LUIZ GUSTAVO HIPÓLITO SILVA MARCONE

FILIAÇÃO

JIMMY LIMA MARCONE

GLAUCY JANE HIPÓLITO DA SILVA MARCONE

NATURALIDADE

JOÃO PESSOA-PB

DATA DE NASCIMENTO

10/06/2001

DOC ORIGEM

CERT. NASC. Nº 3 550 - LIVA-5 - FLS. 350 - CARTÓRIO 7º JOÃO  
PESSOA-PB

CPF

708.232.024-88

João Pessoa - PB

*Adilson Lima*  
Adilson Lima  
Alcides Pereira Furtado

LEI Nº 7.118 DE 29/08/63

SECRETARIA DE JUSTIÇA DO ESTADO

8-

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

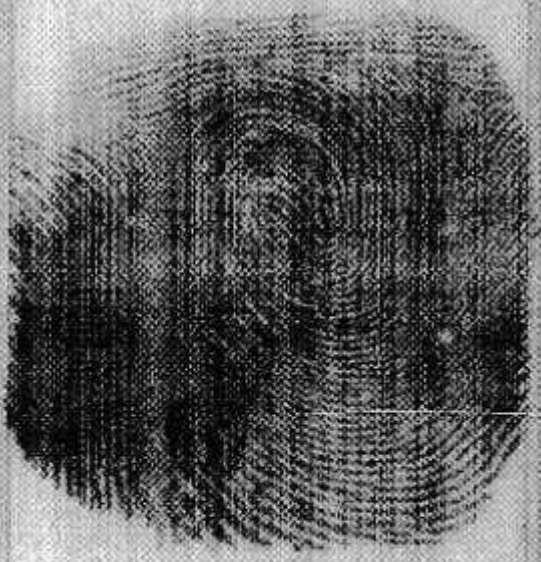
ESTADO DA PARAÍBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

P-005



*Edwig Guebara H. S. Marcondes*

CARTeira DE IDENTIDADE



LAUDO MÉDICO - SUMÁRIO DE ALTA

Luiz Carlos Gomes da Silva

22/10/19

25/11/19

Lesão aguda da Perna Esquerda  
O - 20 - 0

Sinais -

L.P.C. + Redução do tumor + fratura lateralizada  
Osteomielite + ALNCS

Exame: ☒ Visão ☒ Audição ☒ Palpação ☒ Percussão

Exame: ☒ Sinais ☒ Tatuagem ☒ Ressonância ☒ Tomografia

Exame de radiografia de crânio e coluna cervical  
fratura aguda da 12ª vértebra lombar, fratura  
aguda aguda de L12 + fratura aguda lateralizada  
fratura aguda de L12 + fratura aguda lateralizada  
fratura aguda de L12 + fratura aguda lateralizada  
fratura aguda de L12 + fratura aguda lateralizada

ORIENTAÇÃO DE ALTA

DIETA: ☒ Lúcul

REPOUSO

1. O QUEM DEVE SER RESPONSÁVEL PELA CUIDADO DO PACIENTE

MEDICAMENTOS PARA CASA: ALNCS + Opioide

REPOUSO

Dr. Thales S. Santos

Dr. Thales S. Santos

25/11/19





**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 íntegra: À(s) 10:27 horas do dia 11 de março de 2020, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor de Boletim de Ocorrência, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Roberta Gouvêa Neiva, matrícula 1560913, e lavrado por José Rodrigues da Silva Junior, Agente de Investigação, matrícula 1550888, ao final assinado, compareceu **Luiz Gustavo Hipólito Silva Marccone**, CPF nº 708.232.024-88, RG nº 4341170 SSP/PB, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), profissão Estudante, filho(a) de Glaucy Jane Hipólito da Silva Marccone e Jimmy Lima Marccone, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 10/06/2001 (18 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Anísio 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 Cândio da Silva, Xx, João Pessoa/PB, bairro Manaira; 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 veículo 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 Cândio -B. Manaira- João Pessoa/PB quando foi surpreendido por outro veículo, não identificado que não respeitou a placa de PARE, da rua paralela, vindo a colidir na lateral esquerda, do veículo em que o noticiante conduzia, fazendo com que o mesmo caísse ao solo, onde foi socorrido pelo Corpo de Bombeiros onde foi conduzido ao Hospital de Emergência e Trauma e logo após transferido para o Complexo Hospitalar Gov. Tarcísio Burity, 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

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

