



CAROLINA QUEIROZ
FISIOTERAPEUTA

FICHA DE AVALIAÇÃO FISIOTERAPÊUTICA

NOME: MARCUS FERNANDO NOGUEIRA LIMA

DATA DE NASCIMENTO: 12/05/1972 SEXO: M

PROFISSÃO: PROFESSOR

ENDEREÇO: RUA PROFESSOR ANTONIO AUSTRAGESILO N 180

BAIRRO: CORDEIRO

CIDADE: RECIFE/PE

TELEFONE: 81-

MÉDICO SOLICITANTE: DR. ELIANE DE BARROS (CRM 21390) ELIAS PAIM (CRM 20029)

DIAGNÓSTICO MÉDICO: FRATURA EXPOSTA DE TORNOZELO (ESQUERDO)

TRATAMENTO FISIOTERAPÊUTICO: Realizou tratamento cirurgico; cinesioterapia, eletroterapia, analgesia.

Declaro para fins que as respostas prestadas por mim nesta ficha são expressamente verdadeiras e estou ciente de todo procedimento a se realizado.

Local: Recife


Ana Carolina Q. Freitas
Fisioterapeuta
CREFITO - 200591-F

Assinatura fisioterapêutica



ATA DE FREQUÊNCIA – FISIOTERAPIA



Nº SESSÕES	DATA	ASSINATURA
1	25/01/21	[assinatura]
2	27/01/21	[assinatura]
3	28/01/21	[assinatura]
4	29/01/21	[assinatura]
5	01/02/21	[assinatura]
6	03/02/21	[assinatura]
7	05/02/21	[assinatura]
8	08/02/21	[assinatura]
9	10/02/21	[assinatura]
10	12/02/21	[assinatura]
11	22/02/21	[assinatura]
12	24/02/21	[assinatura]
13	26/02/21	[assinatura]
14	01/03/21	[assinatura]
15	03/03/21	[assinatura]
16	05/03/21	[assinatura]
17	08/03/21	[assinatura]
18	10/03/21	[assinatura]
19	12/03/21	[assinatura]
20	15/03/21	[assinatura]
21	17/03/21	[assinatura]
22	19/03/21	[assinatura]
23	22/03/21	[assinatura]
24	24/03/21	[assinatura]
25	26/03/21	[assinatura]
26	29/03/21	[assinatura]
27	31/03/21	[assinatura]
28	01/04/21	[assinatura]
29	05/04/21	[assinatura]
30	07/04/21	[assinatura]
31		
32		
33		
34		
35		
36		
37		
38		
39		
40		

Ana Carolina

Ana Carolina G. Freitas
Fisioterapeuta
CREFITO - 200591-F

RELATÓRIO DE FREQUÊNCIA DE ATENDIMENTO

PACIENTE: MARCUS FERNANDO NOGUEIRA LIMA/CPF: 779.673.304-63

FISIOTERAPEUTA: LUIS AUGUSTO MENDES FONTES/CREFITO 252359-F

DATA	VISTO PROFISIONAL	VISTO PACIENTE
11/12/2020	Luis Mendes Fisioterapeuta CREFITO: 252359-F	<i>Marcus Lima</i>
15/12/2020	Luis Mendes Fisioterapeuta CREFITO: 252359-F	<i>Marcus Lima</i>
17/12/2020	Luis Mendes Fisioterapeuta CREFITO: 252359-F	<i>Marcus Lima</i>
18/12/2020	Luis Mendes Fisioterapeuta CREFITO: 252359-F	<i>Marcus Lima</i>
22/12/2020	Luis Mendes Fisioterapeuta CREFITO: 252359-F	<i>Marcus Lima</i>
12/01/2021	Luis Mendes Fisioterapeuta CREFITO: 252359-F	<i>Marcus Lima</i>
14/01/2021	Luis Mendes Fisioterapeuta CREFITO: 252359-F	<i>Marcus Lima</i>
19/01/2021	Luis Mendes Fisioterapeuta CREFITO: 252359-F	<i>Marcus Lima</i>
21/01/2021	Luis Mendes Fisioterapeuta CREFITO: 252359-F	<i>Marcus Lima</i>
22/01/2021	Luis Mendes Fisioterapeuta CREFITO: 252359-F	<i>Marcus Lima</i>

Luis Mendes
Luis Mendes
Fisioterapeuta
CREFITO: 252359-F

COMPANHIA SIA
16 JUN 2022
PROTOCOLO
AGENCIA REGISTRO

PARA: Marcus Fernando Nogueira Lima

SOLICITO

Fisioterapia 20 sessões de

Justificativa: Fratura exposta tornozelo esquerdo e rigidez articular

11/12/2020



Dra. Eliana Santa Clara
Médica do Trabalho
CRM-PE 21390



ELIANA DE BARROS JERONIMO SANTA CLARA
Médica do Trabalho
CRM PE 21390





HOSPITAL DE FRATURAS

REGISTRO: 0834908 - 22/01/2021 às 15:24h
ATENDIMENTO EM: Ambulatório

PRONTUÁRIO/PACIENTE: 000139454 - **MARCUS FERNANDO NOGUEIRA LIMA** SEXO: (M)
NASCIMENTO: 12/05/1972 (48 anos)
CONVÊNIO: 059-COMSAUDE/ENFER MATRÍCULA: 0088528200

FISIOTERAPIA

Recife, 22 de Janeiro de 2021

- 20 SESSÕES

HD: FRATURA EXPOSTA TORNOZELO ESQUERDO E RIGIDEZ ARTICULAR

CID: S82

****REABILITAÇÃO, GANHO DE DORSIFLEXÃO, PROPRIOCEPÇÃO, FORTALECIMENTO MUSCULAR

Dr. Elias Paim Leonel
Cirurgia do Pé e Tornozelo
CRM-PE 20029

Dr.(a) **ELIAS PAIM LEONEL**
CRM: 20029-PE

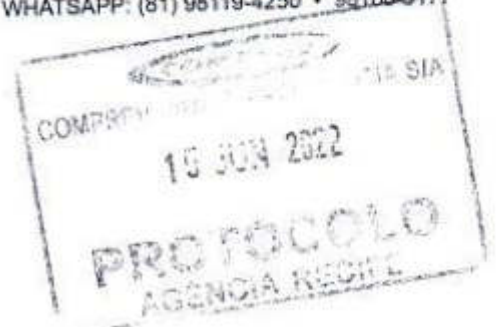
Cirurgia da Coluna Vertebral: Dr. PAULO MELO
Cirurgia do Pé e Tornozelo: Dr. ELIAS PAIM
Cirurgia do Quadril: Dr. JOSÉ LEAL JUNIOR e Dr. JORGE ACOSTA
Cirurgia do Ombro, Braço e Cotovelo: Dr. TIAGO JUSTO
Outras Especialidades: OSTEOPOROSE, TRATAMENTO DE FRATURAS, PROCEDIMENTOS VIDEOARTROSCÓPICOS E MICROCIURGIAS.

Ortopedia Pediátrica: Dra. ELIANE BURITY e Dr. ELIAS PAIM
Cirurgia do Joelho: Dr. JOAQUIM BEZERRA
Cirurgia da Mão: Dra. SANDRA ANDRADE e Dra. RENATA LEAL
Cirurgia da Mão/Traumatologia: Dr. GABRIEL CAMPOS

CLÍNICA DE FRATURAS E REABILITAÇÃO LTDA
R. JOÃO FERNANDES VIÉIRA, 644 - BOA VISTA - RECIFE/PE
EMERGÊNCIA 24 HORAS: (81) 3423-2399

CONSULTAS • CIRURGIAS • INTERNAMENTOS • UTI

MARCAÇÃO DE CONSULTAS: (81) 3217-2452
WHATSAPP: (81) 98119-4250 • 98160-9177



PARA: Marcus Fernando Nogueira Lima

SOLICITO

Tomografia Computadorizada do Tornozelo Esquerdo

Justificativa: Fratura exposta tornozelo esquerdo

17/11/2020



Dra. Eliana Santa Clara
Médica do Trabalho
CRM-PE 21.390 / RQE-3157

ELIANA DE BARROS JERONIMO SANTA CLARA
Médica do Trabalho
CRM PE 21390



Fatura Individual

CLINICA DE FRATURAS E REABILITACAO

RUA JOAO FERNANDES VIEIRA, Nº 644 RECIFE-PE
 CNPJ: 10.797.579/0001-19 Fone: 8134232399

Fatura: **578928 (P)**
 Emissão: 17/11/2020
 Vencimento: 17/11/2020
 Página: 1

Informações do Paciente

Registro: **0825696** Leito: URGEN Clínica: ORTOPEDIA
 Paciente: MARCUS FERNANDO NOGUEIRA LIMA
 Identidade: 4230855 C.P.F.: 77967330463 Data Nasc.: 12/05/1972 Idade: 48
 Motivo Saída: ALTA MELHORADO
 Endereço: RUA PROFESSOR ANTONIO AUSTREGESILO

Tipo: TOTAL

Prontuário: 000139454
 Data Entrada: 17/11/2020
 Hora Entrada: 21:37
 Data Saída: 18/11/2020
 Hora Saída: 01:37

CORDEIRO, RECIFE - PE
 50630620 Telefone: 8188000121

Número: 180 Complemento:
 Responsável: MARCUS FERNANDO NOGUEIRA LIMA Telefone: (81)8800-0121

Período de 17/11/2020 a 18/11/2020

Atendimento: CLINICO
 Médico: 023019-THIAGO DANILLO RODRIGUES DE ALMEIDA
 Observação:

Informações do Convênio

Convênio: 001-PARTICULAR
 Plano:
 Matrícula:
 Guia:

Sub-Plano:
 Senha:
 Validade:

Consumo do Paciente

CÓDIGO	DESCR:ÇÃO	CÓD. AMB/TUSS	QUANTIDADE	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL
	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA				250,00
	SUB-TOTAL				250,00
	TOTAL DE DESCONTOS				0,00
	TOTAL GERAL				250,00

Relação de Débitos

FATURA (578928)	250,00
TOTAL A RECEBER	250,00





PREFEITURA DO
RECIFE
SECRETARIA DE FINANÇAS

NFSE

Número da Nota
00015950

Data e Hora de Emissão
18/11/2020 09:43:38

Código de Verificação
WVHB.AYD3

Nota Fiscal de Serviços Eletrônica

PRESTADOR DE SERVIÇOS



HOSPITAL
DE FRATURAS

CPF/CNPJ: **10.797.579/0001-19**

Inscrição Municipal: **003.548-3**

Nome/Razão Social: **CLINICA DE FRATURAS E REABILITACAO LTDA**

Endereço: **RUA JOAO FERNANDES VIEIRA 644 - BOA VISTA - CEP: 50050-245**

Município: **Recife**

UF: **PE**

E-mail: **clinicafraturas@veloxmail.com.br**

TOMADOR DE SERVIÇOS

Nome/Razão Social: **MARCUS FERNANDO NOGUEIRA LIMA**

CPF/CNPJ: **779.673.304-63**

Inscrição Municipal: **----**

Endereço: **R Professor Antônio Austregésilo 180, 1º andar - Cordeiro - CEP: 50630-620**

Município: **Recife**

UF: **PE**

E-mail: **----**

DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

ATENDIMENTO MEDICO HOSPITALAR PARA O MESMO
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA

VALOR TOTAL DO SERVIÇO - R\$ 250,00

Código da Atividade Prestada

8610101 - ATIVIDADES DE ATEND HOSPITALAR, EXC PRONTO-SOCORRO E UNIDADES P/ ATEND A URGÊNCIAS

04.03 - Hospitais, clínicas, laboratórios, sanatórios, manicômios, casas de saúde, prontos socorros, ambulatórios e congêneres.

Deduções (R\$)	Desconto Incond. (R\$)	Base de Cálculo (R\$)	%Quota (%)	Valor do ISS (R\$)	Crédito p/ IPTU (R\$)
0,00	0,00	250,00	4,00%	10,00	3,00

OUTRAS INFORMAÇÕES

- Esta NFS-e foi emitida com respaldo nas Leis 17.407/2008 e 17.408/2008.
- O ISS referente a esta NFS-e foi recolhido em 10/12/2020.
- O crédito gerado por esta NFS-e foi disponibilizado em 10/12/2020.





DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO

Nº DA	093.11.2020
DATA	02.12.2020

Atendendo ao requerimento da Sra. **CARMEM LÚCIA FERREIRA CARNEIRO NOGUEIRA LIMA**, portadora do Documento de Identidade nº **4368262** SDS/PE e inscrita no CPF/MF sob o nº **021.570.454-14**, declaramos que consta em nossos arquivos a ocorrência de nº **S -902843**, que no dia 17 de novembro de 2020, o paciente Sr. **MARCUS FERNANDO NOGUEIRA LIMA**, portador do Documento de Identidade nº **4230855** SDS/PE e inscrito no CPF/MF sob o nº **779.673.304-63**, foi atendido por nosso Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU Metropolitano do Recife, vítima de colisão em acidente de trânsito envolvendo moto com moto, por volta das 19h40, na Rua Gomes Taborda, no cruzamento com a Rua Xavier Sobrinho, imediações ao Henrique Cell, no bairro Prado, Recife-PE e, sendo direcionado para a Clínica de Fraturas Recife, 02 de dezembro de 2020.

Dr. Sérgio Parente Costa

Gerente de Informação e Avaliação

SAMU Metropolitano - Recife



Dr. Sergio Parente Costa
Gerente de Informação e Avaliação
SAMU Metropolitano do Recife





HOSPITAL
DE FRATURAS

REGISTRO: 0829192 - 10/12/2020 às 15:17h
ATENDIMENTO EM: Ambulatório

PRONTUÁRIO/PACIENTE: 000139454 - **MARCUS FERNANDO NOGUEIRA LIMA** SEXO: (M)
NASCIMENTO: 12/05/1972 (48 anos)
CONVÊNIO: 059-COMSAUDE/ENFER MATRÍCULA: 0088528200

LAUDO MÉDICO

PACIENTE MASCULINO, 48 ANOS, COM HISTÓRIA DE FRATURA EXPOSTA DE TORNOZELO E LESÃO LIGAMENTAR, FOI SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO NO DIA 17/11/2020 PARA COLOCAÇÃO DE FIXADOR EXTERNO E DIA 25/11/2020 PARA A FIXAÇÃO DEFINITIVA DA FRATURA. APRESENTA NECROSE EXTENSA DE PELE NO TORNOZELO E DEISCÊNCIA DE FERIDA OPERATÓRIA. APRESENTA BOA EVOLUÇÃO AO TRATAMENTO DE OXIGENIOTERAPIA HIPERBÁRICA, MAS NECESSITA CONTINUIDADE DO TRATAMENTO. À DISPOSIÇÃO

CID: S82 / S93.2

Recife, 10 de Dezembro de 2020

Dr. Elias Paim Leonel
Cirurgia do Pé e Tornozelo
CRM-PE 20029

Dr.(a) **ELIAS PAIM LEONEL**
CRM 20029-PE

Cirurgia da Coluna Vertebral: Dr. PAULO MELO
Cirurgia do Pé e Tornozelo: Dr. ELIAS PAIM
Cirurgia do Quadril: Dr. JOSÉ LEAL JUNIOR e Dr. JORGE ACOSTA
Cirurgia do Ombro, Braço e Cotovelo: Dr. TIAGO JUSTO
Outras Especialidades: OSTEOPOROSE, TRATAMENTO DE FRATURAS, PROCEDIMENTOS VIDEOARTROSCÓPICOS E MICROCIRURGIAS.

Ortopedia Pediátrica: Dra. ELIANE BURITY e Dr. ELIAS PAIM
Cirurgia do Joelho: Dr. JOAQUIM BEZERRA
Cirurgia da Mão: Dra. SANDRA ANDRADE e Dra. RENATA LEAL
Cirurgia da Mão/Traumatologia: Dr. GABRIEL CAMPOS

CLÍNICA DE FRATURAS E REABILITAÇÃO LTDA
R. JOÃO FERNANDES VIÉIRA, 644 - BOA VISTA - RECIFE/PE
EMERGÊNCIA 24 HORAS: (81) 3423-2399

CONSULTAS • CIRURGIAS • INTERNAMENTOS • UTI

MARCAÇÃO DE CONSULTAS: (81) 3217-2452
WHATSAPP: (81) 98119-4250 • 98160-9177



HOSPITAL DE FRATURAS

REGISTRO: 0838939 - 22/02/2021 às 14:51h
ATENDIMENTO EM: Ambulatório

PRONTUÁRIO/PACIENTE: 000139454 - **MARCUS FERNANDO NOGUEIRA LIMA** SEXO: (M)
NASCIMENTO: 12/05/1972 (48 anos)
CONVÊNIO: 059-COMSAUDE/ENFER MATRÍCULA: 0088528200

LAUDO MÉDICO

PACIENTE MASCULINO, 48 ANOS, COM HISTÓRIA DE FRATURA EXPOSTA DE TORNOZELO E LESÃO LIGAMENTAR, FOI SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO NO DIA 16/11/2020 PARA COLOCAÇÃO DE FIXADOR EXTERNO E DIA 25/11/2020 PARA A FIXAÇÃO DEFINITIVA DA FRATURA. EM REAVALIAÇÃO HOJE, PACIENTE APRESENTA BOA EVOLUÇÃO, PORÉM AINDA NÃO SUFICIENTE PARA RETORNAR ÀS ATIVIDADES HABITUAIS. ASSIM, DEVERÁ PERMANECER AFASTADO DE SUAS ATIVIDADES HABITUAIS POR PELO MENOS MAIS 60 (SESSENTA) DIAS, À DISPOSIÇÃO

CID: S82 / S93.2

Recife, 22 de Fevereiro de 2021


Dr. (a) ELIAS PAIM LEONEL
CRM 20029-PE

Dr. Elias Paim Leonel
Cirurgia do Pé e Tornozelo
CRM-PE 20029

Cirurgia da Coluna Vertebral: Dr. PAULO MELO
Cirurgia do Pé e Tornozelo: Dr. ELIAS PAIM
Cirurgia do Quadril: Dr. JOSÉ LEAL JUNIOR e Dr. JORGE ACOSTA
Cirurgia do Ombro, Braço e Cotovelo: Dr. TIAGO JUSTO
Outras Especialidades: OSTEOPOROSE, TRATAMENTO DE FRATURAS, PROCEDIMENTOS VIDEOARTROSCÓPICOS E MICROCIRURGIAS.

Ortopedia Pediátrica: Dra. ELIANE BURITY e Dr. ELIAS PAIM
Cirurgia do Joelho: Dr. JOAQUIM BEZERRA
Cirurgia da Mão: Dra. SANDRA ANDRADE e Dra. RENATA LEAL
Cirurgia da Mão/Traumatologia: Dr. GABRIEL CAMPOS

CLÍNICA DE FRATURAS E REABILITAÇÃO LTDA
R. JOÃO FERNANDES VIÉIRA, 644 - BOA VISTA - RECIFE/PE
EMERGÊNCIA 24 HORAS: (81) 3423-2399

CONSULTAS • CIRURGIAS • INTERNAMENTOS • UTI

MARCAÇÃO DE CONSULTAS: (81) 3217-2452
WHATSAPP: (81) 98119-4250 • 98160-9177

RELATÓRIO CIRÚRGICO



Paciente: Marcus Fernando Nogueira Lima

Data cirurgia: 17/11/2020

Cirurgião: Elias Paim Leonel

1º Aux.: José Leal Júnior

2º Aux.: Adlay Danielly

Anestesista.: Andrea

Anestesia tipo: Raqui + sedação

Instrumentador: Juliana + Gabriela

Diagnóstico: Fratura exposta grave de tornozelo

Cirurgia: Trat cirúrgico de Fratura de tornozelo + Extensos ferimentos, desbridamento e rotação de retalho

Diagnóstico pós operatório: o mesmo

Descrição: Após procedimentos anestésicos, feito antissepsia com clorexidina degermante e SF, após pintado membro com solução alcoólica de clorexidina, então colocação de campos estéreis. Lavagem copiosa do merimento maleolar medial com grande exposição de todo maléolo medial, luxado e com lesão completa do ligamento deltoíde, completamente exposto. Ampliada lesão proximal e distalmente, nova lavagem. Observada lesão osteoligamentar gravíssima devido à luxação completa tibio-társica. Colocação de segunda luva estéril em toda equipe, então feitas mini incisões anteriores na tibia e colocação de dois pinos de Schanz 4.5mm cônicos. Montada primeira barra anterior na tibia. Então passado pino de Schanz 4.5mm através da tuberosidade do calcâneo com mini-incisões, montados conectores e mais duas barras com montagem "em delta". Realizadas manobras de redução da fratura sob fluoroscopia, até alinhamento anatômico, então fixado sistema. Para cobertura osteoligamentar, realizada rotação de retalho fascio-cutâneo. Lavagem das incisões perfazendo total de 12L de SF, suturas com 5 fios de nylon 3.0, 4 fios de Nylon 2.0, curativo. Após liberação anestésica, a paciente foi conduzida à recuperação em boas condições gerais e boa perfusão distal. Utilizadas 20 compressas cirúrgicas

- Rx controle mostrou boa redução da fratura e bom posicionamento do fixador externo
- OPME: Fixador externo tubo a tubo com 3 barras, 2 conectores barra-barra, 4 conectores barra Schanz, 3 pinos de Schanz

Dr. Elias Paim Leonel
Cirurgia do Pé e Tornozelo
CRM-PE 20029

Dr. Elias Paim Leonel
Médico Ortopedista e Traumatologista
CRM PE 20029 / TEOT 10990
Ortopedia Pediátrica
Pé & Tornozelo

RELATÓRIO DE FREQUÊNCIA DE ATENDIMENTO

PACIENTE: MARCUS FERNANDO NOGUEIRA LIMA/CPF: 779.673.304-63

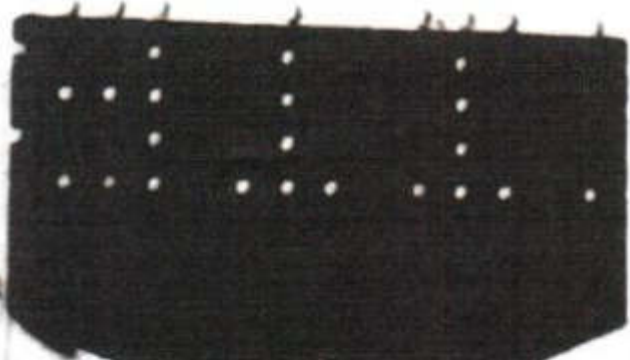
FISIOTERAPEUTA: LUIS AUGUSTO MENDES FONTES/CREFITO 252359-F

DATA	VISTO PROFISIONAL	VISTO PACIENTE
11/12/2020	Luis Mendes Fisioterapeuta CREFITO: 252359-F	<i>[Handwritten signature]</i>
15/12/2020	Luis Mendes Fisioterapeuta CREFITO: 252359-F	<i>[Handwritten signature]</i>
17/12/2020	Luis Mendes Fisioterapeuta CREFITO: 252359-F	<i>[Handwritten signature]</i>
18/12/2020	Luis Mendes Fisioterapeuta CREFITO: 252359-F	<i>[Handwritten signature]</i>
22/12/2020	Luis Mendes Fisioterapeuta CREFITO: 252359-F	<i>[Handwritten signature]</i>
12/01/2021	Luis Mendes Fisioterapeuta CREFITO: 252359-F	<i>[Handwritten signature]</i>
14/01/2021	Luis Mendes Fisioterapeuta CREFITO: 252359-F	<i>[Handwritten signature]</i>
19/01/2021	Luis Mendes Fisioterapeuta CREFITO: 252359-F	<i>[Handwritten signature]</i>
21/01/2021	Luis Mendes Fisioterapeuta CREFITO: 252359-F	<i>[Handwritten signature]</i>
22/01/2021	Luis Mendes Fisioterapeuta CREFITO: 252359-F	<i>[Handwritten signature]</i>

[Handwritten signature]
Luis Mendes
Fisioterapeuta
CREFITO: 252359-F

COMPANHIA SIA
15 JUN 2022
PROTOCOLO
AGENCIA REGIFL

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL



MARCELO SILVA

CARTEIRA DE IDENTIDADE

COMPRESA SIA SIA
 15 JUN 2022
 PROTOCOLO
 AGENCIA RECEBE

COMPRESA SIA SIA
 01 JUN 2022
 PROTOCOLO
 AGENCIA RECEBE

4.230.855

DATA
EXPIRAÇÃO

26/11/2015

<< **MARCUS FERNANDO NOGUEIRA LIMA** >>

FLACAO

<< **MARCOS ANTONIO NOGUEIRA LIMA** >>

<< **MARIA DE LOURDES FONSECA LIMA** >>

NATURALIDADE

DATA DE NASCIMENTO

RECIFE - PE

12/05/1972

DOC ORIGEM

<< 074195 01 55 2015 2 00064 082

002261154

CARUARU-PE >>

CPF

779.673.304-63

Área Patrulha C.O. Alcoforado

Delegada de Polícia - Gerente IIIB

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

1515026050312152408.6617479

F-69 42.356

- 4322

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3220033161 **Cidade:** Recife **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARCUS FERNANDO NOGUEIRA **Data do acidente:** 17/11/2020 **Seguradora:** USEBENS SEGUROS S/A
LIMA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 17/06/2022

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DO TORNOZELO ESQUERDO COM LESÃO LIGAMENTAR.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIXADOR EXTERNO) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO TORNOZELO 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 MODERADA DO TORNOZELO
ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações: PÁGINAS 04, 09, 10, 11 E 12.

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 completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
		Total	12,5 %	R\$ 1.687,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3220033161 **Cidade:** Recife **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARCUS FERNANDO NOGUEIRA LIMA **Data do acidente:** 17/11/2020 **Seguradora:** USEBENS SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 17/06/2022

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DO TORNOZELO ESQUERDO COM LESÃO LIGAMENTAR.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIXADOR EXTERNO) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO TORNOZELO 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 MODERADA DO TORNOZELO ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações: PÁGINAS 04, 09, 10, 11 E 12.

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 completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0018106/22

Vítima: MARCUS FERNANDO NOGUEIRA LIMA

CPF: 779.673.304-63

Seguradora: USEBENS SEGUROS S/A

Data do acidente: 17/11/2020

Titular do CPF: MARCUS FERNANDO
NOGUEIRA LIMA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

MARCUS FERNANDO NOGUEIRA LIMA : 779.673.304-63

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: 15/06/2022
Nome: MARCUS FERNANDO NOGUEIRA LIMA
CPF: 779.673.304-63

MARCUS FERNANDO NOGUEIRA LIMA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 15/06/2022
Nome: Rebeka Vitória Ursulino da Silva
CPF: 137.332.474-00

Rebeka Vitória Ursulino da Silva

BANCO DO BRASIL S.A.

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: Doc - Transferencia para conta em outro banco

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001

AGÊNCIA: 1912

CONTA: 611000

DATA DA TRANSFERENCIA:

24/06/2022

NUMERO DO DOCUMENTO:

PAG_8129963

VALOR TOTAL:

1.687,50

TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MARCUS FERNANDO NOGUEIRA LIMA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 01606

CONTA: 000000072472

Número da Autenticação

B52BBAF3FEB5BBF2

Rio de Janeiro, 28 de Junho de 2022

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3220033161

Vítima: MARCUS FERNANDO NOGUEIRA LIMA

Data do Acidente: 17/11/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), MARCUS FERNANDO NOGUEIRA LIMA

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\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um tornozelo 25%	
Graduação: Em grau médio 50%	
% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%	
Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 =	R\$ 1.687,50

Recebedor: **MARCUS FERNANDO NOGUEIRA LIMA**

Valor: **R\$ 1.687,50**

Banco: **237**

Agência: **000001606-3**

Conta: **0000072472-6**

Tipo: **CONTA CORRENTE**

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.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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: 779 673 304-63 4 - Nome completo da vítima: MARCUS FERNANDO VAGUEIRA LIMA

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 612/2021

5 - Nome completo: MARCUS FERNANDO VAGUEIRA LIMA 6 - CPF: 779 673 304-63

7 - Profissão: _____ 8 - Endereço: RUA PROFESSOR AUGUSTO GESSIVO 9 - Número: 150 10 - Complemento: _____

11 - Bairro: CORDEIRO 12 - Cidade: RECIFE 13 - Estado: PE 14 - CEP: _____

15 - E-mail: _____ 16 - Tel.(DDD): _____

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR DE 18 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 POLIPANCA (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: BRADESCO (237)
 AGÊNCIA: 1606 CONTA: 72472 6
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

Atenção! Campo de preenchimento obrigatório para vítima e/ou beneficiário menor de idade representado.
 Na qualidade de representante legal, autorizo a coleta e o tratamento dos dados cadastrais e bancários do menor de idade, ora indicado, nos limites que forem necessários para o processamento do pedido do Seguro DPVAT e posterior indenização/reembolso do Seguro DPVAT, podendo compartilhar tais dados com terceiros com os quais tenha legitimidade, se necessário, para fins de análise e liquidação do pedido de indenização/reembolso do Seguro DPVAT.

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 qualquer resultado que constatare a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

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 resíduo (ao nascer)? 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 restituir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34 - 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 _____

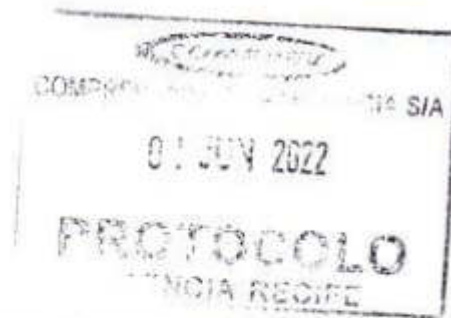
40 - Local e Data, RECIFE 28/05/2022

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver) _____ 43 - Assinatura do Procurador (se houver) _____

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) _____



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 013ª CIRCUNSCRIÇÃO - MUSTARDINHA - DP13ªCIRC
DIM/4ªDESEC



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **22E0103000461**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **12/04/2022** às **09:46**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia **17/11/2020** às **18:00**

Fato ocorrido no endereço: **RUA GOMES TABORDA, 1** - Bairro: **PRADO** - **RECIFE/PERNAMBUCO**
/BRASIL - CEP: **50720-158** - Ponto de Referência: **ANTIGA HENRIQUE CELL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

VINICIUS GUILHERME SILVA SOUZA (AUTOR \ AGENTE)
MARCUS FERNANDO NOGEIRA LIMA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): VINICIUS GUILHERME SILVA SOUZA
VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): MARCUS FERNANDO NOGEIRA LIMA

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

MARCUS FERNANDO NOGEIRA LIMA (presente ao plantão) - Sexo: **Feminino** Mãe: **MARIA DE LOURDES FONSECA LIMA** Pai: **MARCUS ANTONIO NOGUEIRA LIMA** Data de Nascimento: **12/5/1972** Naturalidade: **RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **42308555/SDS/PE (RG)** Estado Civil: **CASADO(A)** Escolaridade: **3ª. GRAU COMPLETO** Profissão: **FUNCIONARIO PUBLICO ESTADUAL** Telefones Celulares: **- 81988000121**

VINICIUS GUILHERME SILVA SOUZA (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **ANECY JEANE DA SILVA** Pai: **MILTON DE AZEVEDO SOUZA JUNIOR** Data de Nascimento: **18/1/1999** Naturalidade: **RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL**
Endereço Residencial: **RUA MINISTRO MARCOS FREIRE, 145 - CEP: 55000-000 - Bairro: IPUTINGA - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL, SEM**

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

VEICULO.01 (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **MARCUS FERNANDO NOGEIRA LIMA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **MARCUS FERNANDO NOGEIRA LIMA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/XRE300** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Descrição: **DE PLACA PGL5527**

VEICULO.02 (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **VINICIUS GUILHERME SILVA SOUZA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **VINICIUS GUILHERME SILVA SOUZA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/XR250 TORNADO** Objeto apreendido: **Não**
Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Descrição: **NAO SOUBE INFORMAR A PLACA, NEM A COR**

Complemento / Observação

A VITIMA RELATA QUE NA HORA E DATA CITADAS NESTA, ESTAVA PARADO EM SUA MOTOCICLETA NA VIA MENCIONADA, QUANDO A MOTOCICLETA, CONDUZIDA PELO SENHOR VINICIUS GUILHERME COLIDIU NA TRASEIRA DE SUA MOTO. NESSA HORA SOFREU UM APAGAO. LOGO APOS, FOI SOCORRIDO PELO SAMU, AO HOSPITAL DE FRATURAS. A VITIMA SOFREU LESOES NO TORNOZELO ESQUERDO, FRATURA EXPOSTA E ROMPIMENTO DE LIGAMENTOS. E NADA MAIS DISSE DIGNO DE REGISTRO.

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


MARCUS FERNANDO NOGEIRA LIMA
(VITIMA)

B.O. registrado por: **ADILAILSON MARCELINO SANTOS DE SOUZA SILVA** - Matrícula: **221.176-9**
(Liberado em **12/04/2022 às 10:22**)


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: 779 673 304-63 4 - Nome completo da vítima: MARCUS FERNANDO VAGUEIRA LIMA

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 612/2021

5 - Nome completo: MARCUS FERNANDO VAGUEIRA LIMA 6 - CPF: 779 673 304-63

7 - Profissão: _____ 8 - Endereço: RUA PROFESSOR AUGUSTO GESSIVO 9 - Número: 150 10 - Complemento: _____

11 - Bairro: CORDEIRO 12 - Cidade: RECIFE 13 - Estado: PE 14 - CEP: _____

15 - E-mail: _____ 16 - Tel.(DDD): _____

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR DE 18 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 POLIPANCA (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: BRADESCO (237)
 AGÊNCIA: 1606 CONTA: 72472 6
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

Atenção! Campo de preenchimento obrigatório para vítima e/ou beneficiário menor de idade representado.
 Na qualidade de representante legal, autorizo a coleta e o tratamento dos dados cadastrais e bancários do menor de idade, ora indicado, nos limites que forem necessários para o processamento do pedido do Seguro DPVAT e posterior indenização/reembolso do Seguro DPVAT, podendo compartilhar tais dados com terceiros com os quais tenha legitimidade, se necessário, para fins de análise e liquidação do pedido de indenização/reembolso do Seguro DPVAT.

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 qualquer resultado que constatare a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA CONVÊNIO FAMILIAR

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 resíduo (ao nascer)? 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 restituir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34 - 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, RECIFE 28/05/2022

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver) _____ 43 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) _____ 43 - Assinatura do Procurador (se houver) _____



289 - R. DA CONCORDIA - URE
R. DA CONCORDIA 148
50010-520 RECIFE



PE 0056095



CTC RECIFE PE PL1

MARCUS FERNANDO NOGUEIRA LIMA
R PROFESSOR ANTONIO AUSTRAGESILO 180
CORDEIRO 50630-620 RECIFE

PE



7209036539026100000005609530250422

