



Rio de Janeiro, 03 de Setembro de 2014

Carta nº: 5017277

A/C: VALDEMIR MARCOS DA SILVA

Sinistro: 2014737984
Vitima: VALDEMIR MARCOS DA SILVA
Data Acidente: 20/12/2013
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site www.dpvatsegurodotransito.com.br, ou ligue para o SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site www.dpvatsegurodotransito.com.br, não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

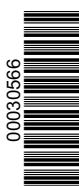
- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do inicio ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à CIA EXCELSIOR DE SEGUROS de origem onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,





Seguradora Líder · DPVAT

Rio de Janeiro, 22 de Setembro de 2014

Carta nº: 5151538

A/C: VALDEMIR MARCOS DA SILVA

Sinistro: 2014737984
Vítima: VALDEMIR MARCOS DA SILVA
Data Acidente: 20/12/2013
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

Em relação sinistro acima referenciado, comunicamos que após análise da documentação apresentada, foi detectada a necessidade de informações complementares, razão pela qual está sendo interrompido o prazo regulamentar para o pagamento da indenização.

Pedimos aguardar novo pronunciamento o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as averiguações cabíveis.

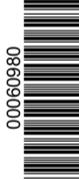
Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.dpvatsegurodotransito.com.br.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do inicio ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Nome do(a) Examinado(a): Valdemir Marcos da Silva
Endereço do(a) Examinado(a): Rua Barão de Caruaru, 8
Muribara São Lourenço da Mata PE CEP: 54720-683
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SDS / PE] 5425805
Data local do exame: [03/10/2014] Recife [PE]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)

Fratura de tibia e fibula esquerda. Presença de fixador externo em perna esquerda. Movimentos do tornozelo esquerdo e joelho esquerdo preservados.

a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação?

(X) Sim () Não

Caso a resposta seja "Não", favor NÃO preencher os demais campos abaixo, exceto o das observações (item V(*)), se necessário

b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico?

(X) Sim () Não

Caso a resposta seja "Não", prosseguir SOMENTE se houver alguma correlação entre a queixa e o histórico do acidente, justificando-a nas observações (item V(*))

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações.

Tratado fratura de tibia de membro inferior esquerdo com fixador externo em dezembro de 2013 e trocado por outro fixador no dia junho de 2014. Evolui com osteomielite tendo sido internado novamente em maio de 2014 e recebido tratamento com atb venoso por aproximadamente 30 dias. Traz raio-x de controle do mes de junho que mostra ausencia de forcacao de calo osseo.

III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)?

(X) Sim () Não

Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

Ausencia de consolidacao de ossea ate o momento.

Caso a resposta seja "Não", concluir dentre as opções no item IV "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item IV opções "b" ou "c"

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

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

() "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

() "Sem sequela permanente"

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

() "Exame não permite conclusão"

Vide motivo do impedimento no campo das observações

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

Região Corporal (Sequela):

Região Corporal (Sequela):

membro inferior esquerdo

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

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

Região Corporal (Sequela):

Região Corporal (Sequela):

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

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

c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações (*).

() Total = "100% da IS"

V. (*) 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

Victor Borba

**Dr. Victor Borba
CREMEPE 21266**

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: 09/10/2014

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 4.725,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: VALDEMIR MARCOS DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00876

CONTA: 00000107391-0

Nr. da Autenticação 7A1B40305D3237D8

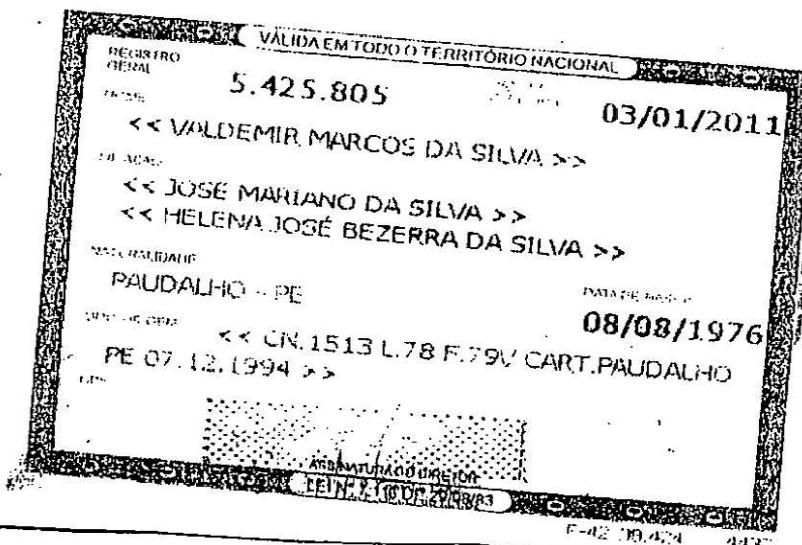
DOCUMENTOS DE IDENTIFICAÇÃO

100403



SAFE SEG SERVIÇOS
20 AGO. 2014

CNPJ: 10.494.859/0001-58
Inscrição Municipal: 402.069-3





Recife, 20 de Agosto de 2014.

À

SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT.

Rua Senador Dantas, 74/15º andar - Centro
Rio de Janeiro – RJ
CEP: 20.031-205

A/C.: Srª Sonia Faro

Ref.: Análise do Processo de Invalidez

OUTROS



Conforme solicitado remetemos os originais do processo abaixo relacionado, para solicitar o **cadastro completo por essa Seguradora**, pois o sistema apresenta uma crítica que já existe sinistro pago, cadastrado sob o número 2014048891, para essa vítima referente ao acidente que ocorreu em 20/10/2013, porém a vítima sofreu outro acidente em 20/12/2013 e ficou com outras sequelas.

Por favor, não cancelar os honorários da Reguladora para esse sinistro.

Estamos à disposição para quaisquer esclarecimentos que sejam necessários, bem como, aguardamos o parecer de V.Sa(s) e a devolução do respectivo processo.

VÍTIMA: VALDEMIR MARCOS DA SILVA
SINISTRO PARCIAL: ASP-696213/2014
SEGURADORA: EXCELSIOR - 5690
DEPENDÊNCIA: 101
NATUREZA: INVALIDEZ
DATA DA RECLAMAÇÃO: 08/08/2014
DATA DO ÚLTIMO DOCUMENTO: 20/08/2014



Atenciosamente,
Amanda Oliveira
Francisco David Pires Rebouças
CIA EXCELSIOR DE SEGUROS LTDA

Rio de Janeiro, 08/09/2014
DPVAT/SIN - 14439/2014

Para: Cia. Excelsior de Seguros

A/C:SAFE Seg Serviços Téc. Auxiliares de Seguros LTDA / Sr. ANTONIO EDUARDO GONÇALVES DE RUEDA

REF: Prosseguimento de Regulação - Workflow

Devolvemos o(s) processo(s) abaixo relacionado(s), para devidas providências quanto ao prosseguimento da(s) regulação(ões) através do SIS-DPVAT-Sinistros, obedecendo todo o fluxo sistêmico.

Alertamos que todos os documentos dos processos (novos ou complementares) a serem encaminhados a Recall, deverão seguir com os seus respectivos capeantes anexados.

Informamos que o(s) sinistro(s) abaixo foi(ram) recadastrado(s), atribuindo nova numeração, conforme segue.

Sinistro(s)	Cad. Anterior	Vítima(s)
2014/737984	ASP-696213/2014	Valdemir Marcos da Silva

Atenciosamente



Cristina Grasso
Gerente de Sinistro

P- 200/003674/2014-002

KS

Anexo: conf. texto

Usuário: amanda.braga.101 Alterar

Nova Ação Total
DAMS
Invalidez
Morte
Nova Aviso Provisional
DAMS
Invalidez
Morte
Complementar Aviso
Filtro
Buscar Processo
Lista de Sinistros
Legenda
Em distribuição na ponta
Em análise na ponta
Encaminhamento à digitalizadora correta
Aguardando digitalização / prioritário
Em execução em prestador de serviços
Em análise interna
Pendente com reclamante
Raprogramação de esquamento
Finalizado
Ações
Reabrir

Nº do sinistro:	Vítima:	20/10/2013
Nome da Vítima:	Vítima:	valdemir marcos da silva
CPF da Vítima:	Data de nascimento:	08/08/1976
CPF de b:	CPF:	026.097.314-93
Sinistro Referência		
Type de Cadastral de Ação	Vítima	Data do sinistro: 20/12/2013
CPF/RP/Ident.	C	Número do sinistro: 2014048891
NATUREZA		
DADOS DA		
Titular do C	Seguradora: 5690	Sequência: 001
	Natureza: Invalidez Parcial	Dependência: 101
	Código de Regulação: Pago	1976
		2013
Já existe o sinistro acima cadastrado por essa Seguradora. Verificar.		
<input type="button" value="Cancelar"/> <input type="button" value="Fechar"/>		



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, VALDEMIR MARCOS DA SILVA, portador da carteira de identidade nº 5425805 e inscrito no CPF/MF sob o nº 026097314-93, residente e domiciliado na RUA BR DE CARUARU, 8 - MURIBARA, Cidade SÃO LOURENÇO MATA, Estado PE, 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 estabelecimento do IML no município da minha residência; ou

O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Lider DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

Valdemir marcos da Silva

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação



Local e data



SOLICITAÇÃO DE REANÁLISE



VALDEMIR MARCOS DA SILVA, CPF nº 026.097.314-93 e sinistro nº 2014/737984, venho através desta solicitar uma reanálise no processo ora mencionado por discordar do valor da indenização de R\$ 4.725,00, onde realizei perícia na rua Marques do Erval, Edf. Príncipe Nassau, bairro da Boa Vista, Recife/PE, pois a perícia realizada não se encontra de acordo com minha situação, pois sofri duas fraturas expostas da tibia, passando por dois tratamentos cirúrgicos, conforme laudos anexados, e hoje me encontro com dificuldade de andar desde a época do acidente que foi em dezembro de 2013, sem força na perna devido as fraturas. Segue em anexo para uma reanálise, laudo médico comprovando minha debilidade.

São Lourenço da Mata, 13 de outubro de 2014.

Valdemir marcos da Silva
VALDEMIR MARCOS DA SILVA





Nº DO SINISTRO 2014737984

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do beneficiário da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, VALDEMIR MARCOS DA SILVAPORTADOR(A) DO RG Nº 5425805EXPEDIDO POR SOSEM 03/01/11 E

CPF 026097304993 /CNPJ 000000000000000000, PROFISSÃO
 E RENDA MENSAL DE R\$ 1.300,00 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO
 SEGURO DPVAT DA VÍTIMA mesmo, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO
 DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.



Para evitar a reprogramação de um pagamento, lembre-se:

EXCELSIOR SEGUROS

SEGURO DPVAT

SAFE SEG SERVIÇOS

08 AGO. 2014

CNPJ: 10.494.670/0001-58
Escritório Municipal: 402.069-3

- 1) Os seguintes documentos não devem, de forma nenhuma, ser apresentados: **07 AGO. 2014**
- Conta salário e/ou benefício;
- Conta pessoa jurídica;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for o titular;
- Conta tipo FÁCIL: atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta-POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidades Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$2000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (não será aceita proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- 2) O CPF do beneficiário/vítima não pode estar inválido, pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL - www.receita.fazenda.gov.br);
- 3) O CPF da conta informada para depósito não pode ser diferente do CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistro.

CRÉDITO EM CONTA-CORRENTE (ACEITAS CONTAS DE TODOS OS BANCOS)

BANCO _____ AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-CORRENTE _____

CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO BRADESCO

BANCO 237 • AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA _____

CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO DO BRASIL

BANCO 001 • AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA _____

CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO ITAÚ

BANCO 341 • AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA _____

CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DA CAIXA ECONÔMICA FEDERAL

BANCO 104 • AGÊNCIA 0876 (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA 0107391-0

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ACIMA DESCRIAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

LOCAL _____ DATA _____ / _____ / _____

ASSINATURA DO(A) BENEFICIÁRIO (A)

Valdemir marcos da Silva

ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.
 - Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvtsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.

CAIXA
Caixa Econômica Federal

AUTO-ATENDIMENTO - AG MARCOS FREIRE 249
DATA: 03/02/2014 HORA: 14:05:57
TERMINAL: 09171014 CONTROLE: 891710140159
FICOU DEUS
COMPROVANTE PROVISÓRIO DE
DEPÓSITO EM DINHEIRO.

CONTA CREDITADA: 0076.013.00107391-0
NOME: VALDEMIR MARCOS DA SILVA
VALOR TOTAL EM DINHEIRO: 2,00

NUMERO DO ENVELOPE: 8946100587
NUMERO DE CONTROLE: A Inv 14-034336524
A confirmação do depósito será feita pelo lançamento do valor na conta do favorecido após a abertura do envelope e a verificação dos valores contidos.

Informações, reclamações, sugestões e elogios
SAC CAIXA: 0800-726 0101
Ouvintoria da CAIXA: 0800-725 7474
www.caixa.gov.br

SAFE SEG SERVIÇOS
08 AGO. 2014
CNPJ: 10.494.859/0001-58
Inserido Atualizado - 192.060-6

**GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLICIA DA 006A. CIRCUNSCRICAO -
CORDEIRO**

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N°. 14E0096005979

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 07/08/2014 às 07:30

ACIDENTE DE TRANSITO COM VITIMA NAO FATAL - Doloso (Consumado) que aconteceu no dia 20/12/2013 às 19:30

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE SAO LOURENCO DA MATA, 91, PONTE DE SAO LOURENCO - Bairro: CENTRO - SAO LOURENCO DA MATA/PERNAMBUCO/BRASIL** - Ponto de Referência: **PONTE**
Local do Fato: **VIA PUBLICA / SAO LOURENCO EM CIMA DA PONTE - Próximo: NAO INFORMADO**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

VALDEMIR MARCOS DA SILVA (VITIMA)

BOLETIM DE OCORRENCIA

SAFE SEG SERVIÇOS
08 AGO. 2014

1004026



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

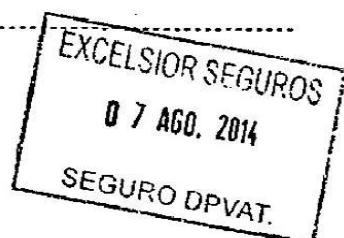
VALDEMIR MARCOS DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: HELENA JOSE BEZERRA DA SILVA Pai: JOSE MARIANO DA SILVA Data de Nascimento: 08/01/1976 Naturalidade: PAUDALHO / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 9429889/SDS/PE (RG), 92688731493 (CPF) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 2º GRAU COMPLETO Profissão: AUTONOMO(A) Residencial: CARUARU - SAO LOURENCO DA MATA/PERNAMBUCO/BRASIL Próximo a: BAIRRO DE MURIBARA (BAIRRO), 8 - CEP: 56000-000 - Bairro: MURIBARA - SAO LOURENCO DA MATA/PERNAMBUCO/BRASIL

Complemento / Observação

INFORMA A VITIMA QUE ESTAVA PILOTANDO A MOTOCICLETA HONDA NX 150 BROS KS DE COR VERMELHA ANO 2011/2011 COMBUSTIVEL ALCOOL /GASOLINA COM RENAVAM 372478249 DE PROPRIEDADE DO SENHOR EDNALDO PEREIRA DA SILVA E DE PLACA PEK-1499/PE QUANDO OUTRA MOTOCICLETA DE PLACA E MARCA, MODELO E PROPRIETARIO DESCONHECIDOS EM CIMA DA PONTE DE SAO LOURENCO DA MATA FEZ UMA MANOBRA NA SUA FRENTES E O" CORTOU" ULTRAPASSOU A MOTOCICLETA PELA MANOBRA NAO CONSEGUIU EVITAR A COLISAO PELO IMPACTO CAIU NO CHAO SENDO SOCORRIDO POR POPULARES PARA A EMERGENCIA DO HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS ONDE RECEBEU OS CUIDADOS NECESSARIOS

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

Valdemir marcos da silva.
**VALDEMIR MARCOS DA SILVA
(VITIMA)**



Chlorophyll a/b ratio of 0.85 indicates a high degree of senescence.

1993-1994 学年第二学期期中考试卷 高二历史

卷之三

• • • • •

Digitized by srujanika@gmail.com

Early 2000s - 4 weeks old

卷之三

在這段時間內，我還沒有機會到處走走，但這段時間內，我已經開始對中國文化有了一定的了解。我開始閱讀《論語》、《孟子》等經典著作，並開始研究中國歷史和哲學。我還開始學習中文，並開始寫中文文章。我開始對中國文化有了一定的了解。我開始閱讀《論語》、《孟子》等經典著作，並開始研究中國歷史和哲學。我還開始學習中文，並開始寫中文文章。

19. *Leucosia* *leucostoma* *leucostoma* *leucostoma*

B.O. registrado por: Andre Araújo - ANDRE CAVALCANTI ARAUJO - MAT.: 221367-2 - Matrícula:
221367-2





Eu, VALDEMIR MARCOS DA SILVA,

RG nº 5425805, data de expedição 03/01/11, Órgão SDS,

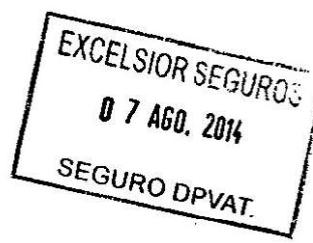
CPF nº 026097314-93 venho perante a este instrumento declarar que não posso comprovar endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>RUA SR DE CARUARU</u>
Número	<u>8</u>
Apto / Complemento	<u>-</u>
Bairro	<u>MURIBARA</u>
Cidade	<u>SAN LOURENCO DA MATA</u>
Estado	<u>PE</u>
CEP	
Telefone de Contato	<u>(81) 3082 8465</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: _____

Assinatura do Declarante: Valdemir marcos da silva





1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Atendimento: 202433

Prontuário: 477754

Nome: VALDEMIR MARCOS DA SILVA

Data Nasc.: 08/08/1976 Idade: 37

Sexo: MASCULINO

Cor: PARDA

CPF:

RG:

CNS:

Religião:

Endereço: QUARTA TRAVESSA BARAO DE CARUARU

Nº: 1

Bairro: MURIBARA

Cidade: SAO LOURENCO DA MATA

Estado: PE

CEP: 54720335

Fone: 83148368

Celular:

Acompanhante:

Profissão:

Nome da Mãe: HELENA JOSE BEZERRA DA SILVA

Nome do Conjugue:

Clinica: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

2 - ATENDIMENTO

Data: 20/12/2013 21:58 Médico: MEDICO PLANTONISTA

Queixa Principal / HDA:

Paciente vítima de Acidente automobilístico / Monociclistas há aproximadamente 1 hora.
não consumo de bebida alcoólica. Nega desmaio / vômito. Relembra dor em couro cabeludo.

Exame Físico:

PA: _____ FC: _____ FR: _____

EGR, concomente, orientado, eupneico, midratação

to Lesão contuso em couro cabeludo
(frontal e parietal esquerdo)

AVC: RCR em ST RNF G/S

AR: HV + AHT leve/intermitente SI RA

AOB: frágil, sem peritonismo, incisão à proximidade

Escleroseções em membros inferiores, principalmente HIE

Diag. Provisório:

Traumatismo

* TAE crânio

* Radiografia

* Analgesia / midratação

Rondouta: sutura em exôncio + Curativo
compreensivo. Encomenda à Traumatoologia.

Prescrição: RMV

Dieta:

SAFE SEG SERVIÇOS

Data

08 AGO. 2014

Horário

H.O.F. - TOMOGRAFIA

CNPJ: 10.494.859/0001-53

TIPO DE EXAME: Crânio

DATA: 20/12/13

Inscrição Municipal: 402.000

ASS:

EXCFISIOSEGURADOS

07 AGO. 2014

SEGURADO DPVAT.

PROTESTE

DR. JOSÉ KARIMAI
CRM-PE 16125

HOSPITAL OTÁVIO DE FREITAS

EMERGÊNCIA



3 - Evolução / Exames

21/08/13	01:00	+ 807
Vítima de acidente motociclistico		
Fracura em punho esq. Rx: fratura do Caráce de dor no punho (+) onda de punho		
Anatomia: frisoamento fundo fôrme no punho (E) +		
Exame: ausculta: auscultação periférica distal (pulso) (+)		
Cirurgia: Internado p/ cirurgia		

Termo de Responsabilidade de Alta a Pedido

Dr. Cesar Lopes dos Santos () Paciente () Familiar
TRAUMATOLOGIA / ORTOPÉDIA
CRM 18484

Responsabilizo-me pela imediata retirada do paciente desse hospital, bem como tenho absoluto conhecimento sobre todas as consequências que esse ato possa acarretar.

Nome: _____ RG: _____

Endereço: _____ Tel.: _____

Data: _____ / _____ / _____ Assinatura

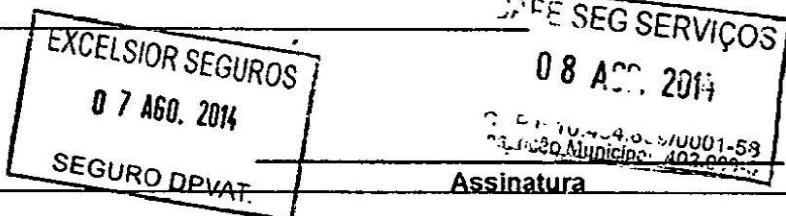
Autorização de Procedimento

() Paciente () Familiar

Nome: _____ RG: _____

Endereço: _____ Tel.: _____

Procedimento: _____ JAFÉ SEG SERVIÇOS



08 AGO. 2014

UFSCAR - 4.0 - 00001-58
Município: 403.000

Assinatura

Diag. Definitivo:

Destino do Paciente

() Alta () Cirurgia () Óbito () Evadiu-se () Termo de Alta a Pedido

() Transferência: () Internamento _____

Condição de Alta

() Curado () Melhorado () Inalterado () Óbito

Data: _____ / _____ / _____ Hora: _____ Médico: _____ CRM: _____

HOSPITAL GERAL OTÁVIO DE FREITAS

RELATÓRIO DA OPERAÇÃO

DATA:	08/08/2014	Nº DO REGISTRO:	10000159
DATA:	08/08/2014	Nº DO LEITO:	10000159
DATA:	08/08/2014	2º ASSISTENTE:	
DATA:	08/08/2014	ANESTESISTA:	Dra. F.
DATA:	08/08/2014	DURAÇÃO:	
DATA:	08/08/2014	INÍCIO:	
DATA:	08/08/2014	FIM:	
ATÉMICO PREOPERATÓRIO:	Pronto Atendimento São Bernardo		
ATÉMICO PÓS-OPERAÇÃO:			
DESCRIÇÃO PRINCIPAL:	Intervento cirúrgico de remoção de tumor de base nasal.		
ATENÇÃO REALIZADA:			
DESCRICAÇÃO DO ATC OPERATÓRIO		EXCESSO DE TIROS 07 AGO. 2014 SEGURADO PRAT	
Atividade cirúrgica realizada:		SAFF SEG SERVICES 08 AGO. 2014 C.R.J. 10.434.8-9/0001-59	



SES
HOSPITAL OTÁVIO DE FREITAS

Pernambuco End. Rua Aprígio Guimarães S/N Tejipió-Recife-PE PABX 31828500

RECEITUÁRIO/REQUISIÇÃO DE EXAMES

Nome: Valdemir mano Série _____
Registro: _____

Clinica: _____ Procedência: _____

ao INSS

b panini amea que -
sinto Prudeautore de tiver
(E fôr - fôr - fôr - fôr - em
degrauz / 13. Nesta Porma -
meia aposta do Trabalho

M 84.0

SAFE SEG SERVIÇOS

15 OUT. 2014

CNPJ: 10.494.859/0001-58
Inscrição Municipal: 402.069-3

DOCUMENTAÇÃO MÉDICO HOSPITALAR



10040

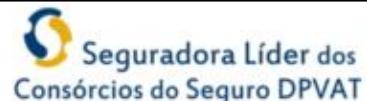
Dr. Tarciso Dya
Traumato Ortopedico
CRM 10531

Médico-CRM

Data: 25/08/14

075-HOF.

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 2014737984 **Cidade:** São Lourenço da Mata **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: VALDEMIR MARCOS DA SILVA **Data do acidente:** 20/12/2013 **Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 22/09/2014

Valoração do IML: 0

Diagnóstico: TRAUMA EM MIE

Resultados terapêuticos: DOR E LIMITAÇÃO DE MOVIMENTOS

Sequelas permanentes: DEBILIDADE FUNCIONAL

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das MIE 25%

sequelas:

Documentos complementares:

Observações:

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

PRESTADOR

AMORIM E MATTOS SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS LT

Nome do médico: JOSE ARTUR FIALHO AMORIM

CRM do médico: 52.31474-2

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 2014737984 **Cidade:** São Lourenço da Mata
Vítima: VALDEMIR MARCOS DA SILVA **Data do acidente:** 20/12/2013
Natureza: Invalidez Permanente
Seguradora: CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

PARECER

Diagnóstico: Fratura de tibia e fíbula esquerda

Descrição do exame médico pericial: Presença de fixador externo em perna esquerda. Movimentos do tornozelo esquerdo e joelho esquerdo preservados.

Resultados terapêuticos: Tratado fratura de tibia de membro inferior esquerdo com fixador externo em dezembro de 2013 e trocado por outro fixador no dia junho de 2014. Evolui com osteomielite tendo sido internado novamente em maio de 2014 e recebido tratamento com atb venoso por aproximadamente 30 dias.

Sequelas permanentes: Dano médio em MIE

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 03/10/2014

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Victor Borba

CRM do médico: 21266

UF do CRM do médico: PE

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 médio - 50%	35 %	R\$ 4.725,00
Total			35 %	R\$ 4.725,00

PRESTADOR

SAUDESEG Sistemas de Saude Ltda.

Médico revisor: GALDINO LEONARDO

CRM do médico: 17727

UF do CRM do médico: PE

Assinatura do médico: