

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: 09/08/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 675,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MARCUS VINNICIUS SANTANA GONCALVES

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00648

CONTA: 000000155395-5

Nr. da Autenticação 3D3C836E2497DA29

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: 27/07/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.700,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MARCUS VINNICIUS SANTANA GONCALVES

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00648

CONTA: 000000155395-5

Nr. da Autenticação 93B05EAA063B7C69

compesa

CNPJ 09.769.035/0001-64

INSC. EST. Nº 18.1.001.001439

ENDIMENTO: PRAÇA N. SRA. ROSARIO - NUM. - 00585 - CENTRO JAB
JABOTACAO DOS GUARARAPES PE 54110-150

DADOS DO CLIENTE
MARIA CLAUDIA CIPRIANO DE ARCANJO MATRÍCULA: 96125428 / Abr/2019
RESIDENCIAL
R. JARDIM QUITANDINHA, N. 250 - SOCORRO JABOTACAO DOS GUARARAPES PE 54150-560
SERICAO: 079.120.610.1215.000 GRUPO:6 DEB. AUTOMATICO: 0961254

ESTACAO ÁGUA	SITUAÇÃO ESGOTO	RESIDENCIAL	QUANTIDADE DE ECONOMIAS	PÚBLICA
TIPO	POTENCIAL	COMERCIAL	INDUSTRIAL	
ODÔMETRO 10190699	DATA LEIT. ANTERIOR 30/03/2019	DATA LEIT. ATUAL 9/04/2019	TIPO DE CONSUMO (A) REAL	

LEIT. ANT: 627 CONSUMO: 0
LEIT. ATU: 627
LEIT. FAT: 627

DEPARTAMENTO DE SANITARIO
CONTROLE DE QUALIDADE

11/03/2019

Estado Ceará

Av. Bento Freitas, 71

HISTÓRICO DE CONSUMO

REFERENCIA CONSUMO

DATA	VALOR	PARAMETROS	NÚMERO DE AMOSTRAS			
			EXIG.	PORT.	ANALISES REALIZ.	ATEN A LE
3/2019	00	TURBIDEZ	64	64	64	64
2/2019	00	COR APARENTE	64	64	64	51
2019	00	CLORO RESIDUAL	64	64	64	66
2018	05	COLIF. TOTAIS	64	64	64	66
2/2018	06	C. (00)	64	64	64	66

DIA: 02

Qualidade de Água: www.compesa.com.br

5.: (1)COLIFORMES TOTAIS AUSENCIA 95% DAS AMOSTRAS EXAMINADA
DOS PARAMETROS COFIFORMES TOTAIS, ESCHERICHIA COLI E CLORO
RESIDUAL SAO INDICADORES DAS CONDIÇOES SANITARIAS DA AGUA
DOS PARAMETROS COR E TURBIDEZ SAO INDICADORES DAS CONDIÇOES
SOCIADAS AO ASPECTO VISUAL DA AGUA

ESCRITAO DOS SERVICOS

CONSUMO TOTAL(R\$)

DATA P/IMPONTEUALIDADE 03/2019

0,24

DATA CORTADO DEC. 18.251/94 04/2019

12,39



ANS - n° 34.488-5

Directora Técnica Médica
Dr. *Maria de Lourdes C. de Araujo*
CREASPE-3367



VENCIMENTO
25/05/2019

10

CDU ENCLAVI HADDE BE + CTC RECIEVE BE CIDA | CIPRES

RAFAEL HENRIQUE OLIVEIRA ALMEIDA PIRES - 7910075719004
R PRUDENTE DE MORAIS 409 CASA
HIPODROMO
RECIFE - PE

VENCIMENTO
25/05/2019



32 14536021 04525 00000002777 10 080519

DEPARTAMENTO DE SINISTRO
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

01 AGO 2019

Omnia Seguradora S.A.
Av. Rui Barbosa, 715 - Lt. 5
Recife - PE

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
 PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

 Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capital e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

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

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

Pelo exposto, eu Sheila de Oliveira Moura
 inscrito (a) no CPF/CNPJ 633376654,20, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário
Marcos Vinícius Santana Gonçalves inscrito (a) no CPF sob o Nº 703619384,03
 do sinistro de DPVAT cobertura Transalidez da Vítima Marcos Vinícius S. Gonçalves
 inscrito (a) no CPF sob o Nº 703619384,03, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

Recuso informar

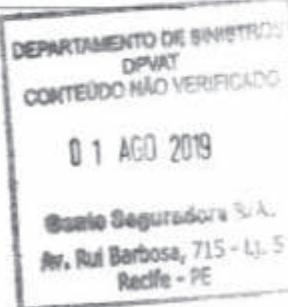
Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço:	<u>Rua Prudente de Moraes</u>	Número:	<u>6109</u>	Complemento:	<u>-</u>	
Bairro:	<u>Hipódromo</u>	Cidade:	<u>Recife</u>	Estado:	<u>PE</u>	
E-mail:					CEP:	<u>52041-730</u>
					Tel.(DDD):	<u>(81) 30828465</u>

Local e Data: Recife, 29/07/2019

Sheila de Oliveira Moura

Assinatura do Declarante



DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

Eu, Marcos Vinícius da Silva,
 RG nº 7168053, data de expedição 21/08/2007
 Órgão SOS, portador do CPF nº 063 623 884 96,
 com domicílio na cidade de Jaboatão, no Estado de
Pernambuco, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Rua Sete Quedas, nº 459,
 complemento Socorro, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
 mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima
Marcos Vinícius Santana Gonçalves, cujo o condutor era
Marcos Vinícius Santana Gonçalves.
 Veículo: Moto Modelo: Honda NXR 150 ST Ano: 2009
 Placa: VHO-2547 Chassi: 9E2UD04209R021677
 Data do Acidente: 18/09/2018

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
 DPVAT
 CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
 11 AGO 2019

@seu Seguradora S/A.
 Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5
 Recife - PE

Local e Data: Jaboatão 14-03-2019

Marcos Vinícius da Silva
 Assinatura do Declarante

Marcos Vinícius Santana Gonçalves
 Assinatura do Condutor

(caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

CARTÓRIO DO REGISTRO CIVIL E NOTAS DO 1º DISTRITO DO JABOATÃO DOS GUARAPAPES - PE
 Rua Alberto Barreto, 13 - Centro - Jaboatão dos Guarapapes - PE - Fones: (81) 3481-3999 / 3481-8346
 CEP: 54110-000 - Email: cetrcjg@justica.mtpe.gov.br

Reconheço por autenticidade a firma indicada de **MARCIO JOAO 1017 DA SILVA, MARCUS VINICIUS SANTANA GONCALVES**,
 lançada em minha presença, em **14 de março de 2019**,
 no **1º DISTRITO DO JABOATÃO DOS GUARAPAPES**.

Em testemunho: **Adriana Maria de Souza Santana (oficial)**
 Valor total R\$ 9,58
 Válido somente com o selo: 0075861.QF07201401.01251 e
 0075861.JV802701901.01251

REGISTRO DO REGISTRO CIVIL E NOTAS DO 1º DISTRITO DO JABOATÃO DOS GUARAPAPES - PE
DISTRITO

Consulte a autenticidade em www.tjpe.jus.br/infodigital

HOSPITAL DOM HELDER CAMARA

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 18/09/2018 15:16

	Nome Paciente: MARCUS VINNICIUS SANTANA GONCALVES
	Cód. Paciente:
	Data de Nascimento: 19/05/1993
	Sexo: Masculino
	Idade: 25
	Senha: 0043
	Convênio:
	Atendimento:
	SAME:

Periodo: 18/09/2018 15:22 - 18/09/2018 15:29

IONEIDE CANDIDO DE ALENCAR - COREN: 398356 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

Prioridade: URGENCIA - AMARELO

Cor:  AMARELO

Queixa Principal: PCT PRVENIENTE DO HOF, SENHA: 5515970. COM RELATO DE DOR EM 2 PDD, COM FRATURA EXPOSTA. APOS COLISAO MOTO X CARRO. HA + OU - 2 HORAS
PCT ENCONTRAVA - SE DE CAPACETE E NAO SE ENCONTRAVA ALCOOLIZADO.

Observação: NEGA HAS, DM E ALERGIA MEDICAMENTOSA

Fluxograma sintoma: TRAUMA

iscriminador(es): - DOR MODERADA (4-7/10)

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Sinais Vitais Lidos: - PAD: 80.00 MMHG
- PAS: 120.00 MMHG

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

01 AGO 2019

Geste Seguradora S/A.
Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5
Recife - PE

Acolhido(a) por: IONEIDE CANDIDO DE ALENCAR - COREN: 398356 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 18/09/2018 15:29



HOSPITAL METROPOLITANO DOM HELDER CAMARA



Dom Helder Câmara

Atendimento: 457618

Senha da Classificação:

0043

Data e Hora: 18/09/2018 15:36

Paciente: 109203 MARCUS VINNICIUS SANTANA GONCALVE Sexo: MASCULINO
 Data do Nascimento: 19/05/1993 Idade: 25 anos Convenio: 2 SUS/SIA AMB/URG
 Nome da Mãe: KATIA CRISTINA SANTANA GONCALVES Nome do Pai: JOAO GONCALVES BEZERRA
 Estado Civil: SOLTEIRO Nome do Médico: IJACIEL SOARES DE OLIVEIRA CRM: 17726
 Endereço: RUA JARDIM CANDEIAS 225 Bairro: SOCORRO
 Cidade/UF: JABOATAO DOS GUARARAPES PE Usuário Atendimento: GISELEMSS
 RG (Identidade): 9044318 SDS/PE Data de Emissão:
 CPF (Cadastro de Pessoa Física): 70361938403 Fone: 985283978
 Cartão SUS: 708609541912189 Data de Emissão CRN:

Altura: _____

Temperatura: _____

Hora: _____

RESUMO DE TRATAMENTO

Queixa Principal

*Painel metral de falso autochônico sobre
falso dentro em pé esquerdo, e*

Exame Físico

*B66 lote 2AA
lesão curto - contuso em região plantar da
2º, 3º e 4º PDD
Neuromotor (+)*

Hipótese Diagnóstico

*Fratura exposta de 2º PDD, e
falso de pé esquerdo.*

Conduta Terapêutica

Indento ao Bloco.

Prescrição Médica

*1) Cefotetano 2g TAD 30
2) SAT (+) VAT*

DEPARTAMENTO DE SINISTROS

DPVAT

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

01 AGO 2019

Qualis Seguradora S/A.
Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5
Recife - PE

EM CASO DE INTERNAÇÃO FAVOR INFORMAR

UNIDADE:
LEITO DO PACIENTE:

Carimbo/Médico

AO BLOCO

FICHA DE INTERNAÇÃO DO PACIENTE

Atendimento do Paciente: 457624

Data e Hora do Atendimento: 18/09/2018 15:47

Usuário do Atendimento: DAYENESS

Convênio: SUS - INTERNACAO

Nome do Paciente: MARCUS VENNICE SANTANA GONCALVES

Prontuário: 109203

Nome da Mãe: KATIA CRISTINA SANTANA GONCALVES

Nome do Pai: JOAO GONCALVES BEZERRA

Data do Nascimento: 19/05/1993

Idade: 25 anos Sexo: MASCULINO

Estado Civil: SOLTEIRO

RG: 9044318

SDS/PE Data Emissão:

CPF: 70361938403

Certidão de Nascimento:

Data Emissão:

Naturalidade:

Escolaridade: FUNDAMENTAL 5A A 8A INCOMPLETO

Carteira Nacional SUS: 708609541912189

Ocupação Habitual: OUTROS

Endereço: RUA JARDIM CANDEIAS

225 SOCORRO

Cidade: JABOATAO DOS GUARARAPES

PE CEP: 54160970

Fone: 985283978

DADOS DO ATENDIMENTO

Origem: CR- HOSP OTAVIO DE FREITAS

Médico: IJACIEL SOARES DE OLIVEIRA

CRM: 17726

Specialidade: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Acomodação: BLOCO CIRURGICO - RPA

Leito: LEITO 11

HDH - Hospital Dom Helder
Evângela C. Dias de Souza
1 SET. 2018

TERMO DE RESPONSABILIDADE

Autorizo a internação do paciente acima mencionado no HOSPITAL DOM HELDER CAMARA, bem como os tratamentos clínicos e cirúrgicos (intervenção cirúrgica, anestesias, transfusões, exames de sangue, ou qualquer outro tipo de exame médico laboratorial) que se fizerem necessários para o diagnóstico, tratamento, cura e o bem estar do paciente.

Cabo de Santo Agostinho, 18/09/2018

Assinatura e R.G. do Responsável:

SUMÁRIO DE ALTA

Condições de Alta: Melhorado

Diagnóstico: lombalgia aguda com envolvimento da raiz lombossacra bilateral

Procedimento: Extrato Diagnóstico: Fratura do 1º PDD

Ata em: 1 / 1 / 1 Hora: conduta: fio K

Médico e C.R.M:

Responsável pela retirada do paciente - Nome:

Assinatura e R.G:

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

01 AGO 2019

Brasile Seguradora S/A,
Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5
Recife - PE

HISTÓRIA CLÍNICA

Identificação

Nome: Mauri Venner Sautôn Fauelle Registro: _____ Nº Atendimento: 105.303
Idade: 35 Sexo: M Estado Civil: _____ Cor: _____ Acompanhante: () Sim - () Não
Clínica: Onco Enfermaria: TRW Leito: _____ Ocupação: _____

Queixa Principal e Duração: Trans diante em si mesmo

História da Doença Atual: Painel sobre trans diante em si mesmo
desgudo; perda de apetite local.

Interrogatório Sintomatológico: Dor e desgudo em 2, 3 e 4º PDE
com sangramento local.

DEPARTAMENTO DE SINISTROS

DPVAT

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

01 AGO 2019

Brasão Seguradora S/A.
Av. Ruf Barbosa, 715 - Lj. 5
Recife - PE

FICHA DE ANESTESIA

Data

Acomodação

10/08/18 5451

Sexo: M Cor: Pd Idade: 25 Risco: IE

Nome do Anestesista: VINYAL, GILBERTO

Nome do Cirurgião: VANDA, ANE

Datação Pré-anestésica: 10/08/2018

Urgência: Nenhuma

Observação: Nenhum exame de rotina expõe m PC D.

Tempo: 20h 19m

D₂ 100%L₂ 0

Liquidos

SaO₂: 100%ETCO₂: 35

ECG: 110/110

240

220

200

180

160

140

120

100

80

60

40

20

0

Anotações

Drogas Usadas	Quantidade
propofol	100mg
xiol 25%	4ml
buti pranide	15mg
morfina	20mg
etoperidol	25
dipirona	25
dicodam 50mg	25
etomid	2ml

Técnica Anestésica: Rodamontana
na Punc 16m-
hor poromaculona
em espaco L5-L4
em apita de
gruver n° 25
Ler D e eloro.
sonni

Monitorização	<input type="checkbox"/> BIS
<input checked="" type="checkbox"/> Cardioscópio	<input type="checkbox"/> Temperatura
<input checked="" type="checkbox"/> Oxímetro	<input type="checkbox"/> Swan-Ganz
<input checked="" type="checkbox"/> PNI	<input type="checkbox"/> Analisador Gases
<input type="checkbox"/> Sonda Vesical	<input type="checkbox"/> PVC
<input type="checkbox"/> Capnógrafo	<input type="checkbox"/> Estimulador de Nervo
<input type="checkbox"/> Estet. Pré-Cordial	<input type="checkbox"/> Linha Arterial
<input type="checkbox"/> Outros	<input type="checkbox"/> Volemia IBP Plus

Encaminhado	<input type="checkbox"/> Acordado
	<input type="checkbox"/> Sonolento
	<input type="checkbox"/> Intubado
Destino	<input type="checkbox"/> SRPA
	<input type="checkbox"/> Apart/Ent.
	<input type="checkbox"/> UTI
	<input type="checkbox"/> Externo

Intercorrência: NÃO SIM

Descrever: —

Observações: —

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DIPAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

01 AGO 2019

Gato Seguradora S/A,
Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5
Recife - PE

Assinatura do Anestesista

Ricardo



GERÊNCIA DE ENFERMAGEM
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM - CENTRO CIRÚRGICO

1 - IDENTIFICAÇÃO:

1 - IDENTIFICAÇÃO:
Nome: Marcus Vinícius Santana SIS Data: 18/09/18 Hora: 16:55 Registro: 109303
Leito: _____ Peso: _____ Altura: _____

2. EQUIPE MÉDICA:

Cirurgião: Dr. Eduardo 2º Auxiliar: Instrumentador:

Auxiliar: _____

Auxiliar: _____ 3 - DADOS DA CIRURGIA: **Fratura de 2º PDD** Início: **18:10** Término: **19:20**
Início: **18:15** Término: **19:00**

A - PRÉ-OPERATÓRIO:

4 - PRE-OPERATÓRIO

Estado Geral:	<input type="checkbox"/> Bom	<input type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Cura	<input type="checkbox"/> Coma
Nível de Consciência:	<input checked="" type="checkbox"/> Orientado	<input type="checkbox"/> Consciente	<input type="checkbox"/> Sonolento	
Respiração:	<input checked="" type="checkbox"/> Espontânea	<input type="checkbox"/> Entubado	<input type="checkbox"/> Tracheostomizado	
	<input type="checkbox"/> Síntese	<input type="checkbox"/> Não		

Tricotomia: _____ () Sim
Chegou no CC em uso de: _____

5 - TRANS-OPERATÓRIO:

Posição: Fowler () Lateral () Dorsal () Ventral () Peça Cirúrgica: Sim ()
Banco de Sangue () Laboratório () Radiologia () Aspirador ()

5.1 - EQUIPAMENTOS:

Oxímetro de Pulso	(<input checked="" type="checkbox"/>)	Monitor Cardíaco	(<input checked="" type="checkbox"/>)	Artroscópio	(<input type="checkbox"/>)	Microscópio	(<input type="checkbox"/>)
Coelhão Térmico	(<input type="checkbox"/>)	Bisturi Ultrasônico	(<input type="checkbox"/>)	Intensificador	(<input type="checkbox"/>)	Nº ()
Bisturi Elétrico	(<input type="checkbox"/>)	Local da Placa	(<input type="checkbox"/>)				
Carro de Anestesia	(<input checked="" type="checkbox"/>)	Diprofusor	(<input type="checkbox"/>)				
Ap. Video	(<input type="checkbox"/>)	Bomba de Infusão	(<input type="checkbox"/>)				
Oxigênio	(<input type="checkbox"/>)	Inicio	_____	Término	_____		
Protocolo	(<input type="checkbox"/>)	Inicio	_____	Término	_____		
Gás Carbônico	(<input type="checkbox"/>)	Inicio	_____	Término	_____		

Outros:

5.1 - PROCEDIMENTOS:

Câmla Gastroesofágica:	Sim (<input type="checkbox"/>)	Não (<input type="checkbox"/>)	Palpação:	Sim (<input type="checkbox"/>)	Não (<input type="checkbox"/>)
Sonda Vesical de Demora:	Sim (<input type="checkbox"/>)	Não (<input type="checkbox"/>)	Sonda Gástrica:	Sim (<input type="checkbox"/>)	Não (<input type="checkbox"/>)
Drenagem (Tipo e Local):	Sim (<input type="checkbox"/>)	Não (<input type="checkbox"/>)			
Curativo (Tipo e Local):	Sim (<input type="checkbox"/>)	Não (<input type="checkbox"/>)			

E 2 - MEDICAÇÕES E MATERIAIS USADOS:

ANESTESIA: _____ CIRURGIA: _____ DEPARTAMENTO DE SI-
DRAVAT

~~anexado ao protocolo~~

6 - OBSERVAÇÕES:

7 - PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATO

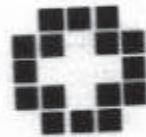
Paciente: Acordado () Narcose () Endovenoso () UTI () Apt. ()
 Encaminhado para: SRPA () S. Intensiva () LICOR () *Milanezi*

Data: 18/09/18 Hora: 19:10 Enfermeira: Rafaela Circulante: ✓  COREN - PE 255.190 T

ANSWER

COD. 300

DIAGNÓSTICO Nome: <i>Haneus Winnieus Santana</i> Procedimento Cirúrgico: <i>POI 40. evm. Frat. PeD</i>		Registro: <i>109.203</i>	Leito:	
		Data: <i>18/09/19</i>	Hora:	
		INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM		
		HORÁRIOS		
1. Ansiedade 2. Ventilação prejudicada <input checked="" type="checkbox"/> 3. Padrão de eliminação urinária <input checked="" type="checkbox"/> Diminuído <input type="checkbox"/> Aumentado	<input type="checkbox"/> Encorajar verbalização dos sentimentos e medos <input type="checkbox"/> Proporcionar apoio emocional <input type="checkbox"/> Dar informação ao paciente e familiares <input type="checkbox"/> Outros			
	<input type="checkbox"/> Manter decúbito elevado <input type="checkbox"/> Aspirar vias aéreas superiores de <u> </u> / <u> </u> h <input type="checkbox"/> Ensinar o paciente a tossir de forma eficaz <input type="checkbox"/> Manter o paciente em posição de Fowler <input checked="" type="checkbox"/> Anotar horário/valor de queda da saturação, FC e FR <input checked="" type="checkbox"/> Instalar <input checked="" type="checkbox"/> manter <input checked="" type="checkbox"/> Anotar oximetria de pulso <input type="checkbox"/> Outros			
	<input type="checkbox"/> Registrar frequência, volume e aspecto da diurese de <u> </u> / <u> </u> h <input type="checkbox"/> Estimular eliminação por meios físicos (ligar torneira, compressas frias no abdômen).			
	<input type="checkbox"/> Colocar o paciente em posição de Fowler <input type="checkbox"/> Orientar o aumento da ingestão hídrica <input type="checkbox"/> Registrar-se: <input type="checkbox"/> Dor ao urinar <input type="checkbox"/> Abaulamento em região suprapúbica <input type="checkbox"/> Ausência de diurese espontânea <input type="checkbox"/> Outros			
	<input checked="" type="checkbox"/> Verificar qual posição adequada do paciente no pós anestésico <input checked="" type="checkbox"/> Avaliar a localização e a intensidade da dor <input checked="" type="checkbox"/> Reavaliar a dor após 30 min. Da administração da medicação <input checked="" type="checkbox"/> Identificar fatores desencadeantes da dor <input checked="" type="checkbox"/> Registrar características e intensidade da dor <input type="checkbox"/> Outros			
	<input checked="" type="checkbox"/> Descrever características da lesão <input checked="" type="checkbox"/> Realizar curativo de <u>24</u> / <u>24</u> h <input type="checkbox"/> Realizar mudança de decúbito de <u> </u> / <u> </u> h <input type="checkbox"/> Medir decúbito de dreno de <u> </u> / <u> </u> h <input type="checkbox"/> Manter curativo oclusivo por <u> </u> h <input type="checkbox"/> Outros		DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT CONSIDERADO NÃO VERIFICADO	
	6. Sangramento <input type="checkbox"/> Local: _____ <input checked="" type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Severo		<input type="checkbox"/> Aferir pressão arterial de <u> </u> / <u> </u> h <input type="checkbox"/> Manter decúbito: _____ <input type="checkbox"/> Realizar curativo compressivo <input type="checkbox"/> Outros	
	7. Imobilidade no leito prejudicada <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Pinçar dreno ao transportar paciente <input type="checkbox"/> Avaliar mobilização do dreno (Tracionado) <input type="checkbox"/> Manter repouso no leito em posição: <input type="checkbox"/> Outros	



HOSPITAL
DOM HELDER CÂMARA



1. Identificação

Nome: João Vitor Góes Leito da SRPA: 05
data: 18/10/18 Hora: 14:10 Registro: 10-202
Leito de origem: _____

2. Procedimento cirúrgico

Cirurgia: Ressecção de foliculoma da mama
Tipo de anestesia: RAQUE
Equipe: Dr. Eduardo Góes Anestesista: Dr. Luiz

3. Admissão

Estado geral: Bom Regular Torporoso Grave
Respiração: Espontânea Assistida não invasiva Entubado Traqueostomizado
Sonda: SVD SNG SNE
Acesso Vênoso Periférico: Não Sim Onde: MSD
Acesso Venoso Central: Não Sim Onde: _____
Drenos: não sim Onde: _____
Sinais vitais: PA: 123 x 85 mmHg FR: — p/min FC: 57 p/min SaPO2: 99%
Glasgow: _____

4. Monitorização

SSV/ Horário	15'	30'	60'	1:30 h	2:00 h	3:00 h
PA	123 x 85	120 x 88	120 x 88	118 x 96	115 x 84	115 x 86
FR	—	—	—	—	—	—
FC	57	67	60	61	62	64
SaPO2	98%	98%	96%	93%	95%	96%
Glasgow	—	—	—	—	—	—

5. Intercorrências/observações:

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

01 AGO 2019

Gato Seguradora S/A.
Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5
Recife - PE

6. Alta da SRPA

Sinais vitais: PA: 124 x 86 FC: 51 FR: — SaPO2: 93% Glasgow: —

Destino: Enfermaria UTI Emergência Ambulatório Residência

Data: 18/10/18 Horário: 22:30 Responsável pelo encaminhamento: —

Assinatura do médico: —

ACIENTE:	Marcus Vinícius Santana Gonçalves			DATA:	15/09/18
IRURGIÃO:	Dr. Edilson			RG:	169203
NESTESISTA:	Dr. Cinthia			AUXILIAR:	
IRURGIA:	Anestesiologico Cráneo 2º PDD			ANESTESIA:	Raqui
STRUMENTADOR:	Kadu			COORDENAÇÃO DO BLOCO:	Ruana
IRCOLANTE:	Dr. Leal			HORARIO INICIAL:	18:20
INFERMEIRA:	Kadu			HORARIO FINAL:	
DESCRÍÇÃO MATERIAL USADO EM SALA					
AGULHAS					
13X4.5	25X7	25X8	40X12		
CARDIOPLEGICA	STIMPLEX	RAQUI 25	RAQUI 27		
ATADURAS					
CREPE 10CM	CREPE 15CM	CREPE 20CM	CREPE 30CM		
GESSADA 10CM	GESSADA 15CM	GESSADA 20CM			
CANULAS					
TRAQUEOST 7.0	TRAQUEOST 7.5	TRAQUEOST 8.0	TRAQUEOST 8.5		
TRAQUEOST 9.0					
CATETER					
NASAL	CENTRAL PVC	EPIDURAL 16	SUBCLAVIA 16		
PERIDURAL 17	JELCO 18	JELCO 16	JELCO 15		
JELCO 20	JELCO 22	JELCO 24			
LIMPADORES					
CLIP 100	CLIP 200	CLIP 300	CLIP 400		
CURATIVOS					
ADAPTIC	KERLIX	PURILON	TELA MARLEX		
EQUIPOS					
BOMBA	BOMBA FOTO	PISANGUE	P/SORO MACRO		
EXTENSORES					
20CM	40CM	60CM	120CM		
LAMINAS					
BISTURI 11	BISTURI 12	BISTURI 15	BISTURI 20		
BISTURI 22	BISTURI 24	DERMATOMO 6			
LUVAS					
LUVA 7.0	LUVA 7.5	LUVA 8.0	LUVA 8.5		
SERINGAS					
1ML	3ML	5ML	10ML		
20ML	60ML	60ML CATETER			
AVENTAL CIRUR	B5. COLOSTOMIA	COMPRESSAS	CAPA P/ VIDEO		
COLET. ABERTO	COLET. FECHADO	CONEXÃO 2VIAS	CONEXÃO 4VIAS		
ELETRODOS	FILTRO UMIDIF.	GAZES	GELFOAM		
KIT CIRURGICO	LATEX	TORNEIRA 3VIAS	PRESERV. URINA		
SCALP 21	SCALP 23	TRANSOFIX	TRANS. PRESSAO		

DESCRÍÇÃO MATERIAL USADO EM SALA			
DRENOS			
KHER 8	KHER 10	KHER 12	KHER 14
KHER 18	SUCCAO 3.2	SUCCAO 4.8	SUCCAO 6.4
BLAKER 19FR	BLAKER 24FR	TORAX 20	TORAX 26
TORAX 28	TORAX 30	TORAX 32	TORAX 36
SONDAS			
ENTERAL 10	ENTERAL 12		
ASPIRACAO 10	ENDOTRAQ. 2.0	ENDOTRAQ. 2.5	ENDOTRAQ. 3.0
ENDOTRAQ. 3.5	ENDOTRAQ. 4.0	ENDOTRAQ. 4.5	ENDOTRAQ. 5.0
ENDOTRAQ. 5.5	ENDOTRAQ. 6.0	ENDOTRAQ. 6.5	ENDOTRAQ. 7.0
ENDOTRAQ. 7.5	ENDOTRAQ. 8.0	ENDOTRAQ. 8.5	ENDOTRAQ. 9.0
FOLEY 3VIAS 14	FOLEY 3VIAS 16	FOLEY 3VIAS 18	FOLEY 3VIAS 20
FOLEY 2VIAS 08	FOLEY 2VIAS 08	FOLEY 2VIAS 10	FOLEY 2VIAS 12
FOLEY 2VIAS 14	FOLEY 2VIAS 16	FOLEY 2VIAS 18	FOLEY 2VIAS 20
NASO 10	NASO 12	NASO 14	NASO 16
NASO 18	NASO 20	NASO 22	URETRAL 4
URETRAL 6	URETRAL 8	URETRAL 10	URETRAL 12
URETRAL 14	URETRAL 16	URETRAL 18	URETRAL 20
FIOS CIRÚRGICOS			
ALGODAO 0	ALGODAO 2-0	ALGODAO 3-0	FITA CARDIACA
CROMADO 0	CROMADO 1	CROMADO 2-0	CROMADO 3-0
CROMADO 4-0	SIMPLES 2-0	SIMPLES 3-0	SIMPLES 4-0
SIMPLES 5-0	NYLON 2-0	NYLON 3-0	NYLON 4-0
NYLON 5-0	NYLON 6-0	NYLON 8-0	NYLON 9-0
NYLON 10-0	POLIESTER 2	POLIESTER 2-0	POLIESTER 3-0
POLIESTER 4-0	POLIESTER 5	PROLENE 0	PROLENE 2
PROLENE 2-0	PROLENE 3-0	PROLENE 4-0	PROLENE 5-0
VICRYL 0	VICRYL 1	VICRYL 2-0	VICRYL 3-0
VICRYL 4-0	CERA PISSO	MARCAPASSO	VALVEKIT
SEDA 2-0	SEDA 3-0	MONOCRYL 3-0	MONOCRYL 4-0
SURGIGEL 5X75	ACO 1	ACO 4	ACO 5
	DEPARTAMENTO DE SINISTRA		
	DPVAT		
	CONTEUDO NAO VERIFICADO		
			COD. 38407

01 AGO 2019



HOSPITAL
DOM HELDER CÂMARA



IDENTIFICAÇÃO INSTRUMENTAL

1. Identificação

Nome: Walter Vincius Santana Data: 18/09/18 Registro: 109.203
Convenção: SUS Leito: _____ Hora: 16:55

2. Equipe médica:

Cirurgião: Dra. Eduardo 1º auxiliar: _____
Anestesista: Dr. Cinthia Instrumentador: Rodrigo
Circulante: Wells

EVOLUÇÃO CLÍNICA

Nome: Maria Vanna Janete Gonçalves Registro: 109.203

Clínica: Onco Enfermaria: 720 / unid Leito:

Data/Hora	Observações
18/09/18 16:05	# Adm nove
	Paciente admitido em nove levado obrigado a deitar onto ventre em 2, 3 e 4 PDE e fralda exposta de 2º PDS.
	Col. fundo 100 cugos.
19/09/18 08:00	# Entopediatra FO com bom aspecto Paciente sem queixas CD: alta hospitalar.
19/09/18	Paciente em 1º DPO de trat. cirúrg. (ret. 2º PDS) em FGB, concorrente, orientado, corado, hidratado, eupneico, afibril, sem exsudatos da boca VZ, limpações (+), medicinação CPN, Naloxido Crimissos, recole alta com manutenção.
	DEPARTAMENTO DE SISTEMAS DPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO 01 AGO 2019 Gama Seguradora S/A. Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5 Recife - PE

Ficha de Cirurgia Descritiva

o de Cirurgia : 37920
Paciente : 109203
Convênio Atend. : 1
Leito : 672
Dt. Início :

Pré-Operatório :
Pós-Operatório :

Procedimento: 0408060638

Convênio: 001
Anestesia: 05

Sala : 0005 SALA 05
MARCUS VINICIUS SANTANA GONCALVES
SUS - INTERNACAO
LEITO 11
Dt. Fim : 18/09/2018 19:11

Atendimento : 457624
Carteira :
Idade : 25 Anos

Procedimentos

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LUXAÇÃO / FRATURA-LUXAÇÃO METATARSO INTER-FALANGE
(PRINCIPAL)
SUS - INTERNACAO
RAQUI ANESTESIA

Equipe Médica

14508 EDUARDO JOSE FARIAS DE QUEIROZ
14690 CYNTHIA NASCIMENTO LEAL

DR. EDUARDO JOSE FARIAS DE QUEIROZ
Evângela C. Dias de Souza

1 SET/2018

Descrição Cirúrgica :

FRATURA EXPOSTA GRAVE DO PE
CHANCE DE INFECÇÃO NECROSE

01. DEBRIDAMENTO CIRÚRGICO METICULOSO
02. LIMPEZA EXAUSTIVA COM SF0,9%
03. SUTURA DE FERIMENTOS EM OUTROS DEDOS DO PE
04. INCISAO POSTERIOR EM 2PDD MEDIANA APX 3CM
05. DEBRIDAMENTO POR PLANOS
06. REDUCAO DE FRATURA
07. PASSAGEM DE FIO DE K 1.5MM INTRAMEDULAR PARA REDUCAO
08. SUTURA POR PLANOS
09. CURATIVO

Descrição Complementar

Achados Cirúrgicos:

DR(A) : EDUARDO JOSE FARIAS DE QUEIROZ
CRM : 14508

DATA	LOCAL DO CORPO	QUANTIT
19/09/18	P ¹ D	1

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
01 AGO 2019
Ganto Seguradora S/A.
Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5
Recife - PE

Resumo de Alta Hospitalar

PACIENTE: MARCUS VINNICIUS SANTANA GONÇALVES

REGISTRO: 109203

IDADE:[Status]

DATA ADMISSÃO: 18/09/2018

DATA ALTA: 19/09/2018

1) Diagnósticos Definidos:

FRATURA DO 2 PDD

2) Conduta/ Procedimentos Realizados:

FIO K

3) Prescrição Para Domicílio: Em anexo

4) Informações Complementares:

1) MANTER MEMBRO ELEVADO DURANTE REPOUSO

2) FAZER COM FREQUÊNCIA MOVIMENTOS DE FLEXÃO E EXTENSÃO JOELHO, QUADRIL E TORNOZELO

3) DEAMBULAR COM AUXÍLIO DE MULETAS AXILARES (CARGA ZERO SOBRE O MEMBRO OPERADO)

4) NA PISAR COM O MEMBRO OPERADO

5) RETIRAR PONTOS COM 15 DIAS

6) RETORNO AO AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA EM 02 SEMANAS

Programação Após Alta:

ambulatório de Egresso Sim () Data da Consulta: ____/____/2017
Não ()

[Gerente]

Assinatura do Médico e Carimbo

Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco – SES /PE
Fundação Professor Martiniano Fernandes – IMIP Hospitalar
Hospital Metropolitano Sul – Dom Helder Câmara
Rodovia BR 101 Sul – KM 95, CEP 54.510-000
Cabo de Santo Agostinho – PE

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

01 AGO 2019

Gazze Seguradora S/A.
Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5
Recife - PE



(81) 3183 0149

Telefone para marcar consulta de
retorno ambulatorial no HDH.



DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
01 AGO 2019
Ganto Seguradora S/A.
Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5
Recife - PE

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190458239 **Cidade:** Recife **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARCUS VINNICIUS SANTANA **Data do acidente:** 18/09/2018 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A
GONCALVES

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 05/08/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DO 2º DEDO DO PÉ DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE (LIMPEZA MECÂNICA CIRÚRGICA + DEBRIDAMENTO + FIOS DE KIRSCHNER) E ALTA MÉDICA. (P9 P13 P14)

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO 2º DEDO PÉ DIREITO.

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 MODERADO DO 2º DEDO DO PÉ DIREITO.

Documentos complementares:

Observações:

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
Dedos da pé-Perda funcional completa de qualquer um dos dedos do pé	10 %	Em grau médio - 50 %	5%	R\$ 675,00
		Total	5 %	R\$ 675,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190458239 **Cidade:** Recife **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARCUS VINNICIUS SANTANA **Data do acidente:** 18/09/2018 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A
GONCALVES

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 22/07/2020

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DO 2º DEDO DO PÉ DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE (LIMPEZA MECÂNICA CIRÚRGICA + DEBRIDAMENTO + FIOS DE KIRSCHNER) E ALTA MÉDICA. (P9 P13 P14)

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO PÉ DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida: Não

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADO DO PÉ DIREITO.

Documentos complementares:

Observações: @P1 - REANÁLISE CONCLUÍDA COM O PAGAMENTO COMPLEMENTAR DE MAIS 40% PARA A QUANTIFICAÇÃO DA SEQUELA DO PÉ DIREITO, CONFORME RELATÓRIO MÉDICO DE 15/07/2020 ASSINADO PELO DR. JOÃO RICARDO - CRM ILEGÍVEL - PE

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos pés	50 %	Em grau leve - 40 %	20%	R\$ 2.700,00
		Total	20 %	R\$ 2.700,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190458239 **Cidade:** Recife **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARCUS VINNICIUS SANTANA **Data do acidente:** 18/09/2018 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A
GONCALVES

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 05/08/2019

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DO 2º PODODÁCTILO DO PÉ DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE (LIMPEZA MECÂNICA CIRÚRGICA + DEBRIDAMENTO + FIOS DE KIRSCHNER) E ALTA MÉDICA. (P9 P13 P14)

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO PÉ DIREITO.

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 MODERADO DO PÉ DIREITO.

Documentos complementares:

Observações:

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
Dedos da pé-Perda funcional completa de qualquer um dos dedos do pé	10 %	Em grau médio - 50 %	5%	R\$ 675,00
Total			5 %	R\$ 675,00

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE: Marcus Vinícius Santana Gonçalves, brasileiro(a), estado civil solteiro, CI/ RG nº 9044318 505 CPF/MF sob nº 703.619.384-03, residente e domiciliado à rua Rua Sordim Quitandinha, nº 250, Bairro: Sacura, Cidade: Jaboatão, Estado: PE, CEP: 54150560, Telefone: 986810743.

OUTORGADO(S): SHEILA DE OLIVEIRA MOURA, brasileira, inscrito(a) no CPF/MF sob nº 633.376.654-20, com endereço profissional à Prudente de Moraes, nº 409, bairro do Hipódromo, cidade de Recife, estado de Pernambuco, Cep.: 52.041-730.

PODERES: Concede poderes especiais ao outorgado para: Enviar documentos, receber correspondências, solicitar informações por escrito ou por telefone, ter acesso ao número do sinistro, acompanhar o andamento do sinistro e apresentar documentos referentes ao sinistro, junto à Seguradora Líder, Seguradoras conveniadas à Líder DPVAT e a Susep, bem como tratar de documentos, concordar ou não com o que se faça necessário junto aos Órgãos de Saúde (Hospitais, Policlínicas e UPA's), bem como aos Órgãos de atendimento Pré-hospitalar (Corpo de Bombeiros e SAMU) do Estado de Pernambuco, referente ao processo de Zona do Sol, ocorrido em 18/09/2018.

Obs.: É de responsabilidade do outorgante a veracidade das informações e documentos apresentados e disponibilizados ao outorgado.

Jaboatão, 14 de Março de 2019.



x Marcus Vinícius Santana Gonçalves
OUTORGANTE

Reconhecer firma por autenticidade

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

01 AGO 2019

Santo Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 715 - L. 5
Recife - PE



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0261724/19

Vítima: MARCUS VENNICKIUS SANTANA GONCALVI

CPF: 703.619.384-03

CPF de: Próprio

Data do acidente: 18/09/2018

Titular do CPF: MARCUS VENNICKIUS SANTANA GONCALVES

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médica-hospitalar
Documentos de identificação

SHEILA DE OLIVEIRA MOURA : 633.376.654-20

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

MARCUS VENNICKIUS SANTANA GONCALVES : 703.619.384-03

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.
- 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.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 01/08/2019
Nome: SHEILA DE OLIVEIRA MOURA
CPF: 633.376.654-20

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 01/08/2019
Nome: Marta Marinho dos Santos
CPF: 492.294.514-87

SHEILA DE OLIVEIRA MOURA

Marta Marinho dos Santos

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, 02 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190458239

Vítima: MARCUS VENNICE SANTANA GONCALVES

Data do Acidente: 18/09/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: SHEILA DE OLIVEIRA MOURA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MARCUS VENNICE SANTANA GONCALVES

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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, 16 de Agosto de 2019

**Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3190458239**

Vítima: MARCUS VENNICKIUS SANTANA GONCALVES

Data do Acidente: 18/09/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: SHEILA DE OLIVEIRA MOURA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), MARCUS VENNICKIUS SANTANA GONCALVES

Informamos que o pagamento da indenização o Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 675,00

Dano Pessoal: Dedos da pé-Perda funcional completa de qualquer um dos dedos do pé 10%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 10%) 5,00%

Valor a indenizar: 5,00% x 13.500,00 = R\$ 675,00

Recebedor: **MARCUS VENNICKIUS SANTANA GONCALVES**

Valor: **R\$ 675,00**

Banco: **104**

Agência: **648**

Conta: **00000155395-5**

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



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:

703 619 384 03

Marcus Vinícius Santana Gonçalves

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo:

Marcus Vinícius Santana Gonçalves

6 - CPF:

703 619 384 03

7 - Profissão:

motorista

8 - Endereço:

Rua Jordin Aitaudinho, 250

9 - Número:

250

11 - Bairro:

Socorro

12 - Cidade:

Saboeiras

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

34150 560

15 - E-mail:

16 - Tel. (DDD):

986830743

DADOS CADASTRAIS

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

RECUSO INFORMAR
 SEM RENDA

R\$1.00 A R\$1.000,00
 R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

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

AGÊNCIA: 0648

CONTA: 55539 5

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: CONTA:

(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.

INVALIDEZ PERMANENTE

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):

DEPARTAMENTO DE ENVESTIGAÇÕES

DPVAT

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

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 à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e gravidade das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, 51º, 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.

Ar. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5

Recife - PE

MORTE

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 Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deu à luz (nascer): Sim Não 31 - Vítima Sim Não teve irmãos? 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

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

NÃO ALFABETIZADO

34
Impressão
digital da
vítima ou
beneficiário
não alfabetizado

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

40 - Local e Data,

Ribeirão Preto, 29/07/2019

Marcus Vinícius Santana Gonçalves

38 - 1º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

TESTEMUNHAS

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:

703 619 384 03

Marcus Vinícius Santana Gonçalves

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo:

Marcus Vinícius Santana Gonçalves

6 - CPF:

703 619 384 03

7 - Profissão:

motorista

8 - Endereço:

Rua Jordin Aitaudinho, 250

10 - Complemento:

11 - Bairro:

Socorro

12 - Cidade:

Saboeiras

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

34150 560

15 - E-mail:

—

16 - Tel. (DDD):

986830743

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

RECUSO INFORMAR
 SEM RENDA

R\$1.00 A R\$1.000,00
 R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

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

AGÊNCIA: 0648

(Informar o dígito se existir)

CONTA: 35539 5

(Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(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.

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):

DEPARTAMENTO DE ENVESTIGAÇÕES

DPVAT

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

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.

01/06/2019

Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5

Recife - PE

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 à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e gravidade das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, 51º, 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) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

Sim Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos:

Sim

Não

29 - Se tinha filhos, informar

Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deu à

nascer (vai 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 ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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

38 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

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

39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

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

40 - Local e Data:

Ribeirão Preto, 29/07/2019

Marcus Vinícius Santana Gonçalves

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)



538456
88026142419
310458239

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 006ª CIRCUNSCRIÇÃO - CORDEIRO - DP6ªCIRC DIM/2ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N°. 19E0096001283

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **25/02/2019** às **10:00**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado), que aconteceu no dia 18/9/2018 às 11:30

Este endereço no endereço: **AV. SAO MIGUEL - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL** Próximo a: **BAIRRO DE**

Fato ocorrido no endereço: AV. SAO MIGUEL - RECIFE/PE/BRASIL - CEP: 50170-000 - FONE: (81) 3211-1000 - FAX: (81) 3211-1001 - E-MAIL: AFEGAROS@RECIFE.PERNAMBUCO.BR

AFOGADOS (BAIRRO), 01

Resposta(s) envolvida(s) na ocorrência:

CONDUTOR DE ASTRA DESCONHECIDO (AUTOR \ AGENTE)
MÁRCIO JOÃO LUIZ DA SILVA (OUTRO)
MARCUS VINÍCIUS SANTANA GONÇALVES (VITIMA)

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

0.1 AGO 2019

Castro Seguradores S/A
Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5
Bacile - PE

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): MARCUS VENNICIUS SANTANA GONCALVES

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

MARCUS VINNICIUS SANTANA GONÇALVES (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **KÁTIA CRISTINA SANTANA GONÇALVES** Pai: **JACÓ GONÇALVES BEZERRA** Data de Nascimento: **19/5/1993** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**
Residencial: **RUA JARDIM QUITANDINHA, Nº 250, SOCORRO - JABOATÃO DOS GUARARAPES/PERNAMBUCO/BRASIL**

MÁRCIO JOÃO LUIZ DA SILVA (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Naturalidade: **NÃO INFORMADO /**
BRASIL

CONDUTOR DE ASTRA DESCONHECIDO (não presente ao plantão) - Sexo: **Desconhecido** Naturalidade: **NÃO
BRASILEIRO / BRASIL**

o(s) nome(s) do(s) objeto(s) envolvido(s)

HONDA/NXR 150 BROS KHO-2547 (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **MÁRCIO JOÃO LUIZ DA SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **MARCUS VENNICKIUS SANTANA GONÇALVES**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **AMARELA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **KHO-2547** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)

Complemento / Observação

INFORMA A VITIMA QUE SEGUIA PELA LOCALIDADE PILOTANDO A MOTOCICLETA HONDA/NXR 150 BROS, COR AMARELA, ANO 2009, PLACA KHO-2547, DE PROPRIEDADE DE MÁRCIO JOÃO LUIZ DA SILVA QUANDO FOI COLIDIDO POR UM VEÍCULO GM/ASTRA DE PLACA E CONDUTOR NÃO IDENTIFICADOS VINDO A SER SOCORRIDO PARA O HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS E DE IMEDIATO TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL DOM HÉLDER CÂMARA CONFORME ATENDIMENTO N° 457618.

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

» *Marcus Vinnicius Santana Gonçalves*
MARCUS VINNICIUS SANTANA GONÇALVES
(VITIMA)

B.O. registrado por: **ALVARO DO REGO VALENÇA JUNIOR** - Matricula: **272728-5**



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:

703 619 384 03

Marcus Vinícius Santana Gonçalves

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo:

Marcus Vinícius Santana Gonçalves

6 - CPF:

703 619 384 03

7 - Profissão:

motorista

8 - Endereço:

Rua Jordin Aitaudinho,

9 - Número:

250

10 - Complemento:

11 - Bairro:

Socorro

12 - Cidade:

Saboeiras

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

34150 560

15 - E-mail:

16 - Tel. (DDD):

986830743

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

RECUSO INFORMAR
 SEM RENDA

R\$1.00 A R\$1.000,00
 R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

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

AGÊNCIA: 0648

CONTA: 55539 5

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(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.

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):

DEPARTAMENTO DE ENVESTIGAÇÕES

DPVAT

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

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 à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e gravidade das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, 51º, 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.

Ar. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5

Recife - PE

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

Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deu à

nasceu?

Sim

Não

31 - Vítima

Sim

Não

32 - Se tinha irmãos, informar

Vivos: Falecidos:

33 - Vítima deixou

Sim

Não

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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

38 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data,

Ribeirão Preto, 29/07/2019

Marcus Vinícius Santana Gonçalves

39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

TESTEMUNHAS

HOSPITAL DOM HELDER CAMARA

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 18/09/2018 15:16

	Nome Paciente: MARCUS VINNICIUS SANTANA GONCALVES
	Cód. Paciente:
	Data de Nascimento: 19/05/1993
	Sexo: Masculino
	Idade: 25
	Senha: 0043
	Convênio:
	Atendimento:
	SAME:

Periodo: 18/09/2018 15:22 - 18/09/2018 15:29

IONEIDE CANDIDO DE ALENCAR - COREN: 398356 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

Prioridade: URGENCIA - AMARELO

Cor:  AMARELO

Queixa Principal: PCT PRVENIENTE DO HOF, SENHA: 5515970. COM RELATO DE DOR EM 2 PDD, COM FRATURA EXPOSTA. APOS COLISAO MOTO X CARRO. HA + OU - 2 HORAS
PCT ENCONTRAVA - SE DE CAPACETE E NAO SE ENCONTRAVA ALCOOLIZADO.

Observação: NEGA HAS, DM E ALERGIA MEDICAMENTOSA

Fluxograma sintoma: TRAUMA

iscriminador(es): - DOR MODERADA (4-7/10)

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Sinais Vitais Lidos: - PAD: 80.00 MMHG
- PAS: 120.00 MMHG

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

01 AGO 2019

Geste Seguradora S/A.
Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5
Recife - PE

Acolhido(a) por: IONEIDE CANDIDO DE ALENCAR - COREN: 398356 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 18/09/2018 15:29