

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190443653 **Cidade:** Bayeux **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** MARCOS DOMINGOS DE ANDRADE **Data do acidente:** 09/08/2018 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 30/07/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA PROXIMAL DO FÊMUR DIREITO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:** Sem sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** NOS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

**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 |
|-----------------------------|--|--|-----------|-----------------------|
|                             |  | Total  | 0 %       | R\$ 0,00              |

# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0250075/19

**Vítima:** MARCOS DOMINGOS DE ANDRADE

**CPF:** 027.332.584-19

**Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

**Data do acidente:** 09/08/2018

**Titular do CPF:** MARCOS DOMINGOS DE ANDRADE

**CPF de:** Próprio

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

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

### THIAGO DE ATAIDE BRANDAO : 072.139.414-02

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

### MARCOS DOMINGOS DE ANDRADE : 027.332.584-19

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](http://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: 23/07/2019  
Nome: THIAGO DE ATAIDE BRANDAO  
CPF: 072.139.414-02

THIAGO DE ATAIDE BRANDAO

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 23/07/2019  
Nome: LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO  
CPF: 114.261.744-03

LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO

---

**Rio de Janeiro, 25 de Julho de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190443653**

**Vítima: MARCOS DOMINGOS DE ANDRADE**

**Data do Acidente: 09/08/2018**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: THIAGO DE ATAIDE BRANDAO**

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), MARCOS DOMINGOS DE ANDRADE**

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

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

|                                 |                       |                            |              |
|---------------------------------|-----------------------|----------------------------|--------------|
| Nº do sinistro ou ASL:          | CPF da vítima:        | Nome completo da vítima:   |              |
|                                 | 027.332.584-19        | MARCOS DOMINGOS DE ANDRADE |              |
| Nome completo:                  |                       | CPF:                       |              |
| MARCOS DOMINGOS DE ANDRADE      |                       | 027.332.584-19             |              |
| Profissão:                      | Endereço:             | Número:                    | Complemento: |
|                                 | Rua Marcelino Bombosa | 73                         |              |
| Bairro:                         | Cidade:               | Estado:                    | CEP:         |
| Brasília                        | Bayeux                | PB                         | 58305-000    |
| E-mail:                         | Tel. (DDD):           |                            |              |
| presidencia@bandasantana.sdo.br | (83) 98650-5733       |                            |              |

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

**DADOS CADASTRAIS**

RENDAMENTO MENSAL:

|   |  |  |   |
|---|--|--|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR | <input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00             | <input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00 |
| <input type="checkbox"/> SEM RENDA                  | <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 | <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00        |

**DADOS CADASTRAIS**

INDICAR O TIPO DE BANCARIA E A OPÇÃO DE CONTA ASSINALAR UMA OPÇÃO DE CONTA

|   |   |
|---|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)  | <input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos) |
| <input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341)<br><input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104) | Nome do BANCO: _____                                      |
| AGÊNCIA: 1911 CONTA: 00039411   | 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.

**DECLARAÇÃO DE AUTÊNCIA DE AVALIAÇÃO DE INVALIDEZ PERMANENTE**

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

☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias da data do acidente.

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 quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não signifique prejuízo com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

**DECLARAÇÃO DE AUTÊNCIA DE AVALIAÇÃO DE INVALIDEZ PERMANENTE**

DECLARAÇÃO DE AUTÊNCIA DE AVALIAÇÃO DE INVALIDEZ PERMANENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: \_\_\_\_\_

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: \_\_\_\_\_

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Vivos: Falecidos: nascituro (vai nascer)? ☐ 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.

**TESTEMUNHAS**

1ª Nome: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

2ª Nome: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

Local e Data: Bayeux PB 17/07/19

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

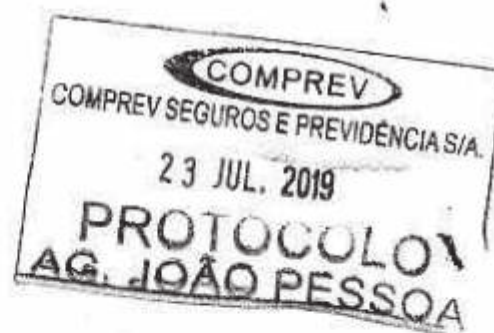
(\*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): \_\_\_\_\_

Assinatura do Representante Legal (se houver) Assinatura do Procurador (se houver)

(\*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.





23 JUL. 2019

**PROTOCOLO**  
**AG. JOÃO PESSOA**

**POLÍCIA CIVIL DA PARAÍBA**

DELEGACIA GERAL DA POLÍCIA CIVIL

PRIMEIRA SUPERINTENDÊNCIA REGIONAL DE POLÍCIA CIVIL

QUARTA DELEGACIA SECCIONAL DE POLÍCIA CIVIL

5ª DELEGACIA DISTRITAL – BAYEUX - PB



**NATUREZA DA OCORRÊNCIA: ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO**

**Data e Hora do Registro do B.O:** 06/12/2018 às 14h57min.,

**Local do fato:** Bayeux-PB.

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL nº 4174/ 2018**

**NOTICIANTE**

**MARCOS DOMINGOS DE ANDRADE**, brasileiro, natural de João Pessoa-PB, filho de José Domingos de Andrade e Maria de Sousa Andrade, com 42 anos, nascido em 02.06.1976, união estável, técnico em refrigeração, sabendo assinar, RG 2.193.649-2ª via/SSP/PB e CPF 027.332.584-19, residente a rua Marcelino Barbosa 13, Brasília, Bayeux/PB. ( por trás da antiga empresa METRO), fone 98738-5488.

**HISTÓRICO DO FATO.**

**NOTIFICANDO:QUE**, por volta das 15h30min., do dia 09.08.2018, conduzia a **MOTO** marca **HONDA CG 125 TITAN KS**, cor **vermelha**, ano e modelo **2001/2001**, placa **MOP-0183/PB**, chassi nº **9C2JC30101R104418**, em nome de **IVAN CARLOS NUNES DE MORAIS**, trafegando pela rua Sete de Setembro, centro, Bayeux-PB, foi surpreendido pela colisão na moto provocado por uma **CARRÊTA** e condutor não identificados, onde do impacto o notificante foi acidentado e desmaiou e, quando voltou a si, já estava internado no **HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA DA CAPITAL**, sendo submetido a avaliação médica; **QUE**, o notificante **NÃO DESEJA REPRESENTAR CRIMINALMENTE** contra o motorista infrator, apenas registra este BO, a fim de dar entrada no **SEGURO DPVAT**. Por este motivo veio notificar o fato.

Assinatura da Notificante:

*Marcos Domingos de Andrade*

Assinatura Policial: Josénildo de Lima Cardoso, escrivão, mat. 135.662-3.

Autoridade Policial: DPC. LUIZ EDUARDO MONTENEGRO.

**ATENÇÃO:** Art. 299 do CPB: "Omitir, em documento público ou particular, declaração que dele devia constar, ou nele inserir ou fazer inserir declaração falsa ou diversa da que devia ser escrita, com o fim de prejudicar direito, criar obrigação ou alterar a verdade sobre fato juridicamente relevante: Pena - reclusão, de 01 (um) a 05 (cinco) anos, e multa, se o documento é público, e reclusão de um a três anos, e multa, se o documento é particular."

**CARTÓRIO ÂNGELA CAETANO**  
2º Ofício Notarial  
Angela Maria C. Caetano  
Rosângela C. Caetano Miranda  
OAB/PB 1232-2009  
AV. TIRADENTES 318, BAYEUX-PB, CENTRO / CEP: 56100-001 - Fone: (33) 3232-2209  
Reconheço, como autêntica e verdadeira, a(s) FIMEST(IST) do(s):  
MARCOS DOMINGOS DE ANDRADE  
Em test.de verdade, Bayeux-PB 06/12/2018 17:00:39  
Rosângela Caetano C. Meireles - Substituta  
[2018-005809] EMPL:R\$ 19,48 FAPEN:R\$ 0,20 FEPU:R\$ 1,90 ISS:R\$ 0,47  
SELO DIGITAL: AN796588-512K  
Confira a autenticidade em <https://selodigital.tipb.jus.br>



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

|   |                       |                            |              |
|---|-----------------------|----------------------------|--------------|
| Nº do sinistro ou ASL:  | CPF da vítima:        | Nome completo da vítima:   |              |
|   | 027.332.584-19        | MARCOS DOMINGOS DE ANDRADE |              |
| REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS DO ACIDENTADO E DO SEU(S) VÍTIMA(BENEFICIÁRIO(S)) CIRCULAR INSE-19-45/2012 |                       |                            |              |
| Nome completo:  |                       | CPF:                       |              |
| MARCOS DOMINGOS DE ANDRADE  |                       | 027.332.584-19             |              |
| Profissão:  | Endereço:             | Número:                    | Complemento: |
|   | Rua Marcelino Bombosa | 73                         |              |
| Bairro:   | Cidade:               | Estado:                    | CEP:         |
| Brasília  | Bayeux                | PB                         | 58305-000    |
| E-mail:   | Tel. (DDD):           |                            |              |
| presidencia@bandasantana.sdo.br   | (83) 98650-5733       |                            |              |

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

**DADOS CADASTRAIS**

RENDA MENSAL:

|   |  |  |   |
|---|--|--|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR | <input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00             | <input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00 |
| <input type="checkbox"/> SEM RENDA                  | <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 | <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00        |

**DADOS CADASTRAIS**

INDICAR O TIPO DE BANCARIA DE DEPOSITO E ASSINALAR UMA OPÇÃO DE CONTA:

|   |   |
|---|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)  | <input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos) |
| <input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341)<br><input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104) | Nome do BANCO: _____                                      |
| AGÊNCIA: 1911 CONTA: 00039411   | 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.

**DECLARAÇÃO DE AUTÊNCIA DE AVALIAÇÃO DE INVALIDEZ PERMANENTE**

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

☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias da data do acidente.

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 quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não signifique prejuízo com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

**DECLARAÇÃO DE AUTÊNCIA DE AVALIAÇÃO DE INVALIDEZ PERMANENTE**

DECLARAÇÃO DE AUTÊNCIA DE AVALIAÇÃO DE INVALIDEZ PERMANENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: \_\_\_\_\_

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: \_\_\_\_\_

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Vivos: Falecidos: nascituro (vai nascer)? ☐ 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.

**TESTEMUNHAS**

1ª Nome: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

2ª Nome: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

Local e Data: Bayeux PB 17/07/19

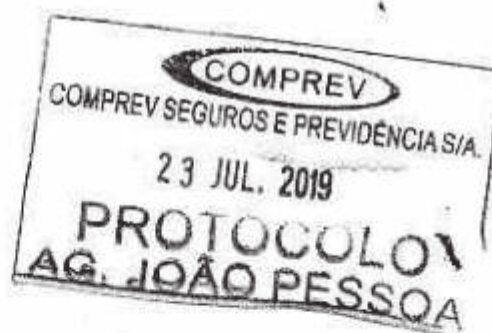
Nome: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

(\*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): \_\_\_\_\_

Assinatura do Representante Legal (se houver) Assinatura do Procurador (se houver)

(\*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.





AV. ORESTES LISBOA, sn - PEDRO GONDIM - CNES: 123312 - Tel.: 8332165700

Boletim de Atendimento: 1100291


**Identificação do paciente**

|                                   |   |  |
|-----------------------------------|---|--|
| ID<br>1314641                     | Nome<br>MARCOS DOMINGOS DE ANDRADE  | Sexo<br>Masculino                      |
| Data de nascimento<br>02/06/1976  | Idade<br>42 anos 2 meses 7 dias   | Estado civil<br>Religião<br>Prontuário |
| Mãe<br>MARIA DE SOUSA ANDRADE     | Pai<br>JOSE DIMINGOS DE ANDRADE   |  |
| Escolaridade                      | Responsável (Parentesco)<br>MARIA DE FATIMA FERREIRA MENDONCA - ESPOSO(A) |  |
| DDD Móvel<br>83                   | Fone Móvel<br>986690223   | DDD Fixo<br>Fone Fixo                  |
| Tipo documento<br>RG (IDENTIDADE) | Número documento<br>2193649   | Nº Cns<br>698000515705561              |
| Local de procedência<br>BAYEUX    | Tipo<br>MUNICÍPIO   | UF<br>PB                               |
| Email                             | Naturalidade<br>JOAO PESSOA   | CBO/R                                  |

**Endereço**

|                 |                                   |                    |                                 |
|-----------------|-----------------------------------|--------------------|---------------------------------|
| CEP<br>58307235 | Município de residência<br>BAYEUX | UF<br>PB           | Logradouro<br>MARCELINO BARBOSA |
| Número<br>3     | Complemento                       | Bairro<br>BRASILIA |                                 |

**Admissão**

|                                    |  |   |
|------------------------------------|--|---|
| Data e Hora<br>09/08/2018 18:10:45 | Número da pulseira<br>1000006095429              | Convênio<br>SUS                               |
| Especialidade<br>CIRURGIA GERAL    | Clinica  |   |
| Classificação de risco             | Origem do paciente<br>OUTRA UNIDADE DE SAUDE     |   |
| Caráter de atendimento             | Motivo do atendimento<br>ACIDENTE DE MOTOCICLETA | Detalhe do acidente<br>MOTOCICLETA X CAMINHAO |

**Indicadores e Transporte**

|                                  |                       |                           |               |
|----------------------------------|-----------------------|---------------------------|---------------|
| Caso policial<br>Não             | Plano de saúde<br>Não | Veio de ambulância<br>Não | Trauma<br>Não |
| Meio de transporte<br>AMBULANCIA | Quem transportou      |                           |               |

**Sinais Vitais**

|              |       |             |
|--------------|-------|-------------|
| PA<br>X mmHg | Pulso | Temperatura |
|--------------|-------|-------------|

**Exames complementares**

Raio X [] Sangue [] Urina [] TC [] Liquor [] ECG [] Ultrasonografia []

Dados clínicos

Diagnóstico

Atendido por  
ANA CARLA FELICIANO DA SILVA

CID

Tempo  
01min 33seg




# CAGEPA

COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTOS DA PARAIBA  
Rua Feliciano Almeida, 228 - Jaguaribe João Pessoa - PB  
CEP: 58.015-670 - CNPJ: 09.123.854/0001-87

|  |
|--|
| PARA CONTATO COM A CAGEPA<br>INFORME ESTE NÚMERO |
| MATRICULA  |
| 6010881  |
| REFERÊNCIA                                       |
| JUN/2019   |

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA/ESGOTO E SERVIÇOS

MARCOS DOMINGOS DE ANDRADE  
RUA MARCELINO BARBOSA, 13 - BRASILIA BAYEUX PB  
58305-000

| Inscrição            | SMI   | Quantidade de Economias |           |            |        | Responsável |
|----------------------|-------|-------------------------|-----------|------------|--------|-------------|
|                      |       | Residencial             | Comercial | Industrial | Estudo |             |
| 002.005.140.0250.000 | (000) | 1                       | 0         | 0          | 0      |             |

| Hidrômetro | Data de Instalação | Localização    | Situação Água | Situação Esgoto |
|------------|--------------------|----------------|---------------|-----------------|
| Y15N626864 | 13/07/2015         | JARDIM CORTADO | POTENCIAL     |                 |

| ANTERIOR  | ATUAL | CONSUMO (M <sup>3</sup> )    | NÚM DE DIAS | PROXIMA LEITURA |
|---|-------|------------------------------|-------------|-----------------|
| 576   | 576   | 0                            | 28          | 11/07/2019      |
| HIST. CONS./ANOR. LEIT. QUALID. ÁGUA-ANEXO 20 PORT. 05/2017 MS. |       |                              |             |                 |
| MAI/2019  | 0     | PARAMETROS                   | EXIG.       | ANALIS.         |
| ABR/2019  | 0     | TURBIDEZ                     | 0           | 0               |
| MAR/2019  | 0     | CLORO                        | 0           | 0               |
| FEV/2019  | 0     | COL. TERMOT                  | 0           | 0               |
| JAN/2019  | 0     | COR                          | 0           | 0               |
| DEZ/2018  | 0     | COL. TOTAIS                  | 0           | 0               |
| MEDIA(M)  | 6     | DADOS REFERENTES A: ABR/2019 |             |                 |

DATA DA IMPRESSÃO: 12/06/2019

HORA DA IMPRESSÃO: 09:09:45

DESCRIÇÃO

ÁGUA

ESGOTO

PARCELAMENTO DE DÉBITOS, PARCELA 03/12

CONSUMO TOTAL(R\$)

48,31



VALOR APROXIMADO DE TRIBUTOS: R\$ 0,00 PIS E CONFINS. LEI 12.741/12

VENCIMENTO: 26/06/2019

Total a Pagar:

R\$ 48,31



CONDIÇÃO DE LEITURA: REALIZADA

CONDIÇÃO DO FATURAMENTO: SEM CONSUMO

TIPO DE TARIFA: 1

INFORMAÇÕES GERAIS:

SR. USUÁRIO: EM 31/05/2019, REGISTRAMOS QUE V.SA. ESTAVA EM DÉBITO.  
O. COMPAREÇA AOS POSTOS DE ATENDIMENTO PARA REGULARIZAR. CASO TENHA PAGO APÓS A DATA INDICADA, DESCONSIDERE.



CAGEPA

| MATRICULA | REFERÊNCIA | VENCIMENTO | TOTAL A PAGAR |
|-----------|------------|------------|---------------|
| 6010881   | JUN/2019   | 26/06/2019 | R\$ 48,31     |

8267000000 1 48310010002 1 00601088101 6 06201950003 2







CTC RECIFE PE PL7  
LACERDA SANTANA ADVOCACIA  
RUA AFONSO CAMPOS, 82  
CENTRO  
58013-380 JOAO PESSOA PB



7213512820 65851 00000002129 30 210319

Referência

MARCO /2019

Telefone

( 83 ) 3221-8265

Vencimento

03/04/2019

Total a pagar

R\$ 352,53

Resumo da sua fatura



OI FIXO

R\$ 211,36

OI FIXO

PACOTE DE MINUTOS FIXO-FIXO LOCAL

PACOTE DE MINUTOS LONGA DISTANCIA COM 31

211,36



OI VELOX

R\$ 66,82

OFERTA VELOX E SERVICOS DE BANDA LARGA

ASSINATURA VELOX

66,82



EXCEDENTES, OUTROS SERVICOS E TAXAS

R\$ 74,35

LIGACOES FIXO-FIXO

LIGACOES FIXO-MOVEL

73,98  
0,37

COMPREV  
COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S.A.  
23 JUL. 2019  
PROTOCOLO  
AG. JOAO PESSOA

Desde 06 de novembro de 2016 foi incluído o número 9  
à frente dos celulares dos DDDs 41,  
42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 51, 53, 54 e 55  
passando ao formato: (DDD) 9xxxx-xxxx.

Mais informações em [www.oi.com.br/9digito](http://www.oi.com.br/9digito).

TELEMAR NORTE LESTE S/A  
CNPJ: 33.000.118/0012-21 - INSC. ESTADUAL:  
16.064.797-5  
AV PRES EPITACIO PESSOA, 660 - JOAO PESSOA - PB  
CEP: 58040-000  
MATRIZ CNPJ: 33.000.118/0001-79

LACERDA SANTANA ADVOCACIA  
TELEFONE/CONTRATO: 32218265 C.J.: 0 SU: 5  
CONTA 03/2019 LOCAL 3268 DV 2

84660000003-4 52530024030-2 31032660322-5 18265051903-2



FATURA: 1100038940715  
VENCIMENTO: 03/04/2019  
VALOR A PAGAR: R\$ 352,53

CÓDIGO PARA DÉBITO AUTOMÁTICO: 121100146276

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://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

**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/BIBLIOTECASWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP 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 COAF<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. <sup>2</sup> 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 Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Thiago de Araúze Brandão  
Inscrito (a) no CPF/CNPJ 072.139.474 / 02 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Marcos Domingos de Andrade Inscrito (a) no CPF sob o Nº 027.332.584 / 19

do sinistro de DPVAT cobertura medida da Vítima Marcos D. de Andrade

Inscrito (a) no CPF sob o Nº 027.332.584 / 19 conforme determinação da Circular SUSEP nº 445/12

Declaro Profissão: \_\_\_\_\_ Renda: \_\_\_\_\_ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

**COMPREV**  
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.  
e apresento os documentos comprobatórios:  
23 JUL. 2019

**PROTOCOLO**

**AO JOÃO PESSOA**

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider, que o endereço informado é verdadeiro e que apresento 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 Afonso Campos</u>              | Número: <u>82</u>          | Complemento: _____               |
| Bairro: <u>centro</u>                           | Cidade: <u>João Pessoa</u> | Estado: <u>PB</u>                |
| E-mail: <u>previdenciado@laboratorio.sob.br</u> | CEP: <u>58013-380</u>      | Tel.(DDD): <u>(83) 3232-0304</u> |

Local e Data: João Pessoa/PB 22/07/19

Thiago de Araúze Brandão  
Assinatura do Declarante



## Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Ivan Carlos Nunes de Moraes,

RG nº 1.632.896, data de expedição 10/04/94,

Órgão SSP/PB, portador do CPF nº 021.805.224-36, com

domicílio na cidade de Bayeux, no Estado de

Pernambuco, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

Rua Maralino Brasileiro, nº 73,

complemento \_\_\_\_\_, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

mentionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a

vítima Marcos Domingos de Andrade, cujo o condutor era

Marcos Domingos de Andrade.

Veículo: Moto Honda

Modelo: CG 125 Titan RS

Ano: 2001

Placa: NUOP-0183

Chassi: 9C2JC 30101R104418

Data do Acidente: 09/08/19

Local e Data: Bayeux/PB 05/07/19

\* Ivan Carlos Nunes de Moraes  
Assinatura do Declarante (guim)

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

 **CARTÓRIO ÂNGELA CAETANO**  
2º Ofício Notarial  
Av. LIBERDADE, 496 - BAYEUX-PB, CENTRO / CEP: 58306-900 - Fone: (35) 3253-2209

**TABELA**  
Angela Meloires C. Caetano  
Angela Meloires C. Caetano  
Angela Meloires C. Caetano  
Angela Meloires C. Caetano

Reconhecido como autêntica e verdadeira. At: 05/07/2019  
IVAN CARLOS NUNES DE MORAES  
En testada verdade, Bayeux-PB 05/07/2019 15:04h  
Rosanele Caetano C. Neireles - Substituta  
12419-0028102EML:01 #191 FIMFEND: 0,29 FEPJAN 1,93 ISS:04 0,  
SELO DIGITAL: A1055660-MIZ5  
Confira a autenticidade em <https://salvador.inf.br>





GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA  
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE  
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA  
DIVISÃO MÉDICA



## LAUDO MÉDICO

### INFORMAÇÕES PESSOAIS

|                    |                            |
|--------------------|----------------------------|
| NOME DO PACIENTE   | MARCOS DOMINGOS DE ANDRADE |
| DATA DE NASCIMENTO | 02/06/76                   |
| NOME DA MÃE        | MARIA DE SOUZA ANDRADE     |

### DADOS EXTRAÍDOS

|                        |  |
|------------------------|--|
| BOLETIM DE ENTRADA N.º | 1.100.291                                    |
| DATA DO ATENDIMENTO    | 09/08/18                                     |
| HORA DO ATENDIMENTO    | 18:10  |
| MOTIVO DO ATENDIMENTO  | ACIDENTE DE MOTOCICLETA                      |
| DIAGNÓSTICO (S)        | FRATURA DE GRANDE TROCANTER DE FÊMUR DIREITO |
| CID 10                 | S72.1  |

### AVALIAÇÃO INICIAL:

Dados extraídos do Boletim de Entrada. Paciente foi atendido neste Serviço, vítima de acidente de motocicleta, referindo dor intensa em região coxo-femural direita. Trauma isolado de quadril direito. Consciente e orientado. Glasgow 15. Presença de fratura de grande trocanter direito, com desvio mínimo. Indicação de tratamento conservador.

### EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX de coxa direita  
RX de bacia  
RX coxo-femural direita

### RESULTADOS DOS EXAMES:

Fratura de grande trocanter de fêmur direito.

### TRATAMENTO:

Tratamento conservador da fratura.

ALTA HOSPITALAR: 09/08/18  
DATA DA EMISSÃO: 12/11/18

Dr. José de Almeida Braga  
CRM: 2329/PB

**ATENÇÃO:** Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para: DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO e CONTINUIDADE.

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

23 JUL. 2019

PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA









# HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR F

## PRESCRIÇÃO MÉDICA

Data: 09/08/2018  
Unidade: FIC  
Bolin: 100000



|                           |                     |           |   |         |               |                     |
|---------------------------|---------------------|-----------|---|---------|---------------|---------------------|
| Nome:                     | DATA de             | Idade     | Sexo                                      | Nº      | Nº Prescrição | Data Prescrição     |
| MARCO DOMINGOS DE ANDRADE | 07/05/1976          | 42a 2m 7d | MASCULINO                                 | 1700291 |               | 09/08/2018 10:25:00 |
| Motivo do Atendimento     | Enfermidade / Lesão |           | Validade da Prescrição                    |         |               |                     |
| Tratamento                | Medicamento         |           | 09/08/2018 18:25:00 - 10/08/2018 18:25:00 |         | Sede          |                     |

| Nome do medicamento | Dose | Q.M. | Orientação de Uso | Via de | Voloc. Fm. | Pos | Agracamento |
|---------------------|------|------|-------------------|--------|------------|-----|-------------|
| 1 PARACETOL         | 0,5  |      |                   |        |            |     |             |

FRANCISCO DE ASSIS PREZAS  
CRM 5303

09 de Agosto de 2018

Assinatura e Rubrica do Profissional  
Dr. Francisco de Assis Prezas  
Cirurgia Geral e UTA  
CRM-5303



GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA  
SECRETARIA ESTADUAL DA SAÚDE  
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SEN. HUMBERTO LUCENA



### CARTÃO DE RETORNO

PACIENTE: MARCOS DOMINGOS B  
Amoroso

DATA DO ATENDIMENTO: 29/08/18

Nº PRONTUÁRIO: \_\_\_\_\_ FICHA: \_\_\_\_\_

MÉDICO (CARIMBO): \_\_\_\_\_

DIAGNÓSTICO: Fratura do fêmur

PROCEDIMENTO: com drenagem

SEMPRE QUE RETORNAR AO HOSPITAL É  
NECESSÁRIO APRESENTAR ESTE CARTÃO

DR. ANDRÉ ROQUE DE OLIVEIRA  
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA  
CRM 12.121 - TCM 12.121

F(NG).APC.035-1

| DATA DE RETORNO | ESPECIALIDADE | TURNOS | SALA |
|-----------------|---------------|--------|------|
| 16/08           | ORT           | 1h     |      |
|                 |               |        |      |
|                 |               |        |      |
|                 |               |        |      |
|                 |               |        |      |
|                 |               |        |      |
|                 |               |        |      |
|                 |               |        |      |
|                 |               |        |      |
|                 |               |        |      |
|                 |               |        |      |

F(NG).APC.035-1



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

DI/P38



*Marcos Domingos de Andrade*

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

**COMPREV**

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

23 JUL. 2019

**PROTOCOLO**

**AG. JOÃO PESSOA**

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2.193.649 - 2 VIA DATA DE EXPEDIÇÃO 26/01/2011

NOME MARCOS DOMINGOS DE ANDRADE

FILIAÇÃO JOSÉ DOMINGOS DE ANDRADE  
MARIA DE SOUSA ANDRADE

NATURALIDADE JOÃO PESSOA-PB DATA DE NASCIMENTO 02/06/1976

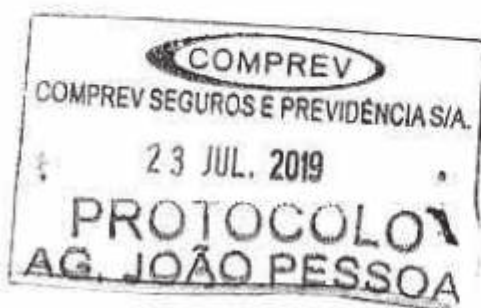
DOO ORIGEM CASAM N.1418 FLS.55 LIV.A02

CARTÓRIO 1 BAYeux-PB

OFF 027.332.584-19

ASSINATURA DO CRIADOR

LEI Nº 7.118 DE 28/08/83







# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190443653 **Cidade:** Bayeux **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** MARCOS DOMINGOS DE ANDRADE **Data do acidente:** 09/08/2018 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 30/07/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA PROXIMAL DO FÊMUR DIREITO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:** Sem sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** NOS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

**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 |
|-----------------------------|--|--|-----------|-----------------------|
|                             |  | Total  | 0 %       | R\$ 0,00              |