

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 703.727.494-10 4 - Nome completo da vítima: Marcos Vinicius Pereira Ramos

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

5 - Nome completo: Marcos Vinicius Pereira Ramos 6 - CPF: 703.727.494-10
7 - Profissão: Moto Boy 8 - Endereço: Rua Desenvolvimento Resid. Andaraí 9 - Número: 365 10 - Complemento:
11 - Bairro: Boa Vista 12 - Cidade: Paruaru 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55000000
15 - E-mail: macedo_gf43@gmail.com 16 - Tel. (DDD): (81) 93307-2180

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

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

☒ CONTA POUPANÇA (Servente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 3066 CONTA: 47931 1
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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei nº 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no CNJ) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:
25 - Caso de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou ascendentes (pais/avós)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

35 - Nome legível de quem assina o pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina o pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina o pedido (a rogo)

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (doadorante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

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: 21/11/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MARCOS VINICIUS PEREIRA RAMOS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03016

CONTA: 000000047931-1

Nr. da Autenticação 4E4C45EF3DC694FB

ATENÇÃO: RUA PR CANECA - 1881 - 00152 - NAUICÍO DE SAUS

RUA CANECA - 55012-250

DADOS DO CLIENTE

MATRÍCULA

303641912 Ago/2019

CYBELL KATALINE PEREIRA RAMOS

R DESSENVOLVIMENTO - RESIDENCIAL ANDORINHA, N. 00305 - RESIDENC

IAL ANDORINHA CANAUA DE 55000-000

INSCRIÇÃO: 041-815-139-5001-000 GRUPO 12-RECEITA MATRÍCULA 310-04-012

MENSURAS

SABEDOR INTERIOR

DATA LIT ATUAL

TIPO DE CONSUMO (AR)

815000198

23/08/2019

12/08/2019

MÉDIA 10 - N MÉDIO

ÁGUA:

LEIT ANT: 373

CONSUMO: 8

ESGOTO:

LEIT ANT:

VOLUME: 8

LEIT ATU:

TAXA HÍDRA

LEIT ATU:

LEIT FAT: 385

LEIT FAT:

HISTÓRICO DE CONSUMO

REFERÊNCIA CONSUMO

07/2019 12 /12

08/2019 10 /10

09/2019 09 /09

04/2019 03 /03

03/2019 03 /03

02/2019 02 /02

MÉDIA: 08 /08

PARÂMETROS

NÚMERO DE AMPLAS

REAL POR ANALISES ATENDEN

MS 2.018/13 REAL 12 A LEGIS

TURBIDEZ

169

169

95

COR APARENTE

169

169

58

CLORO RESIDUAL

169

169

169

COLIF. TOTAIS

169

169

169

E. COLI

169

169

169

Qualidade de Água: www.compensa.com.br

OBS.: (1) COLIFORMES TOTAIS AUSÊNCIA 99% DAS AMOSTRAS EXAMINADAS

(2) OS PARÂMETROS COLIFORMES TOTAIS, ESCHERICHIA COLI E CLORO

RESIDUAL SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES SANITÁRIAS DA ÁGUA

(3) OS PARÂMETROS COR E TURBIDEZ SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES

ASSOCIADAS AO ASPECTO VISUAL DA ÁGUA

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS

CONSUMO

TOTAL(R\$)

ÁGUA

RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)

CONSUMO DE ÁGUA

8 M3

44,06

ESGOTO 80,00 % DO VALOR DE ÁGUA

RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)

CONSUMO DE ESGOTO

8 M3

35,26

Multa por IMPUNTUALIDADE 07/2019

1,83

JUROS DE NOVA 06/2019

0,30

R\$

79,34

1,05

1,31

VENCIMENTO:

25/09/2019

TOTAL A PAGAR:

81,47

MENSAGEM:

IDENTIFICANDO A EXISTÊNCIA DE 1 FATURAS PENDENTES, 10

ATENDIMENTO: RUA "K" CADEIA - 1691 - 00152 - IMBITUBA DE LASS
AV. CARUARU - PE 55012-210

DADOS DO CLIENTE

MATRÍCULA

105257672 Set/2019

JOSILENE FERREIRA MACEDO
R. ANTONIO NAVARRO, N. 00729 - PETROPOLIS CARUARU PE 55022-210

105257672-4 09/SET/2010

105257672-4 09/SET/2010

105257672-4 09/SET/2010

105257672-4 09/SET/2010

PARAMETROS	EXIG. PORT. MS 2.914/11	ANALISES REALIZ.	ATENDEMENTO 4 LEIGIS
TURBIDEZ	169	169	117
COM APARENTE	169	169	81
CLORO RESIDUAL	169	169	169
COLIF. TOTAIS	169	169	0
E. COLI	169	169	8

Qualidade de Água: www.compesa.com.br

DESCRICAÇÃO DOS SERVIÇOS

AGUA

RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)

CONSUMO DE AGUA

CONSUMO

TOTAL(R\$)

44,08

44,08

1,65

0,75

25/10/2019

TOTAL A PAGAR

44,08

54-685.859-4 09/SET/2010

JOSILENE FERREIRA MACEDO

JOSE FERREIRA DE LIMA

E LINDALVA FERREIRA FERREIRA

16/JAN/1971

CARUARU - PE

CARUARU - PE

CC: LV.8027/FLS.0078/N.010477

540974874/34 FLS 12419211997

8400-4 PROIBIDO PLASTIFICAR

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO PIAUÍ

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

Carreira de Identidade

JOSE FERREIRA DE LIMA

16/JAN/1971

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)

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

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 80 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ovidória: 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://www3.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/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 COAF².

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESEGURO. 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 Nº 9.733/98.

Pelo exposto, eu Josilene Ferreira Macedo

Inscrito (a) no CPF/CNPJ 540.934.874 / 34, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Marcos Vinicius Pereira Ramos inscrito (a) no CPF sob o Nº 703.727.494 / 10

do sinistro de DPVAT cobertura invalidez da vítima Marcos Vinicius Pereira Ramos

Inscrito (a) no CPF sob o Nº 703.727.494 / 10, 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 Líder-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 Antenor Nazario</u>	Número: <u>729</u>	Complemento: _____
Bairro: <u>Petropolis</u>	Cidade: _____	Estado: <u>PE</u>
E-mail: <u>mvmacedo@fz3@gmail.com</u>	CEP: <u>55032-210</u>	
		Tel. (DDD): <u>(81) 999077180</u>

Local e Data: Caruaru 30/09/2019

Josilene Ferreira Macedo
Assinatura do Declarante



HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE EMERGÊNCIA



1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Atendimento: 512157 Prontuário: 339248

Nome: MARCOS VINICIUS PEREIRA RAMOS
Data Nasc.: 01/07/1998 Idade: 20 Sexo: MASCULINO Cor: PARDA Religião:
CPF: 70372749410 RG: 210882672988 CNS:
Endereço: RUA DESIVOLVIMENTO Nº: 365
Bairro: BOA VISTA Cidade: CARUARU Estado: PE
CEP: 55024000 Fone: 993447052 Profissão:
Nome da Mãe: MARIA JOSE PEREIRA RAMOS
Acompanhante:
Motivo do Atendimento: ATT COM MOTOCICLETA
Clínica: CIRURGIA GERAL

2 - ATENDIMENTO

Data: 27/05/2019 00:05

Médico: MEDICO PLANTONISTA

Queixa Principal / HDA:

Acidente automobilístico com lesões múltiplas
na cabeça, tórax, membros superiores e inferiores
com lesões na pele e fraturas múltiplas

Exame Físico:

RAIO-X

Na antebraço e fêmur (R/P)
27/05/19 RAIO-X na coluna cervical
ANAMNESE: Dr. Wemner Sampaio
Cirurgião Minimamente Invasivo
CRM-PA 19.526 / CRM-BA 31.909

PA: _____ FC: _____ FR: _____

Diag. Provisório:

Fratura exposta do fêmur direito
Fratura exposta do antebraço direito
Lesões de pele

Prescrição:

Dieta: _____

Data

Horário

- MEB 25mg
- S032 1000ml IV 24h
- PP232 1000ml IV 24h
- Análise de urina

Dr. Thiago C. Silva
Cirurgião Traumatologista
CRM-PA 15410 / CRM-BA 15410

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

RELATÓRIO OPERATÓRIO

Unidade de saúde: HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

Paciente: MARCOS VINICIUS PEREIRA RAMOS

Nº Registro: 339248

Clínica: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Nº do leito:

Operador: DR OBERDAN RIBEIRO

1º Assistente:

2º Assistente:

Instrumentador:

Anestesista:

Anestesia: RAQUIANESTESIA

Duração:

Data da Operação:

27.05.19

Início: 5:00

Término: 6:00

Diagnóstico Pré-operatório: FRATURA EXPOSTA PATELA E

Diagnóstico Pós-operatório: O MESMO

Operação Proposta: TRATAMENTO CIRURGICO COM LIMPEZA + DESBRIDAMENTO CIRÚRGICO.

Operação Realizada: A MESMA

DESCRIÇÃO DO ATO OPERATÓRIO

1. PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL SOB ANESTESIA
2. ASSEPSIA + ANTISSEPSIA
3. APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS E NOVA DEGERMAÇÃO
4. OBSERVADO DEFORMIDADE EM MEMBRO COM FERIMENTO EM CONTINUIDADE COM FOCO FRATURÁRIO
5. AMPLIAÇÃO DO FERIMENTO INICIAL PARA MELHOR EXPOSIÇÃO, LIMPEZA E DESBRIDAMENTO
6. LAVAGEM ABUNDANTE COM SFO,9%
7. SUTURA COM APROXIMAÇÃO DOS BORDOS DA FERIDA
8. CURATIVO
9. AGUARDA 2º TEMPO CIRURGICO

Dr. Oberdan Ribeiro
Ortopedia/Traumatologia
CRM-PE 20664

SECRETARIA DO ESTADO DE PERNAMBUCO
CONSUMO DE MEDICAMENTOS E MATERIAIS EM CIRURGIAS
HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

BLOCO CIRÚRGICO *Atend. 512161*

PACIENTE: *João Vinícius Pereira Ramos* REGISTRO Nº *339248*

SALA CIRÚRGICA Nº *02* DATA *27/05/19*

CIRURGIA: *Artroscopia de joelho* CIRURGIÃO: *Dr. Alexandre*

ANESTESIA: *Raqui* ANESTESIOLOGISTA: *Dr. Ruan*

QUANT.	ESPECIFICAÇÃO	PREÇO		QUANT.	ESPECIFICAÇÃO	PREÇO	
		UNIT.	TOTAL			UNIT.	TOTAL
	Oxigênio				Aguha Descartável		
<i>1</i>	Água Destilada				Aguhas para Pendura		
	Atropina				Aguha para Raqui		
<i>1</i>	Bupivacaína <i>Perda</i>				Atadura Gessada		
<i>1</i>	Cefazolina 1g			<i>1</i>	Atadura Crepom		
	Clonidina				Cateter para Oxigênio		
<i>1</i>	Dezametasona 4mg				Cateter para Venopunção		
	Diclofenaco				Coletor de Urina Aberto		
<i>1</i>	Dipirona				Coletor de Urina Fechado		
<i>1</i>	Etilefrina				Dreno		
	Glicose 50%			<i>5</i>	Eletrodo p/ Monitorização		
	Lidocaína				Equipo para Sangue		
	Metoclopramida				Equipo para Soro		
	Neostigmina				Fio Cat Gut Cromado		
	Prometazina				Fio Cat Gut Simples		
	Ranitidina				Fio de Aço		
	Ringer co Lactato				Fio de Algodão		
<i>1</i>	Soro Fisiológico			<i>1</i>	Fio de Nylon <i>3.0</i>		
	Soro Glicosado				Fio de Polipropileno		
	Succinato de Estriol			<i>1</i>	Gase 7,5x7,5		
<i>1</i>	Tenoxicam			<i>1</i>	Lâmina de Bisturi <i>34/11</i>		
<i>1</i>	<i>ondastona</i>			<i>1</i>	Luvas Estéreis 7,0		
				<i>1</i>	Luvas Estéreis 7,5		
				<i>1</i>	Luvas Estéreis 8,0		
				<i>1</i>	Seringa 5ml		
				<i>1</i>	Seringa 10ml		
					Seringa 20ml		
					Sonda de Foie		
					Sonda Endotraqueal		
					Sonda Nasogástrica		
					Sonda Uretal		
					Tubo para Aspiração		
				<i>1</i>	<i>compressão</i>		
SUBTOTAL				SUBTOTAL			
				TOTAL			

Observação: No caso de serem utilizados outros itens especificá-los.

Assinatura do Cirurgião

Assinatura do Responsável pela Sala de Cirurgia

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

Unidade de Saúde: HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

Paciente: MIGUEL VILHES PEREIRA RAMOS

Nº do Registro: 339243

Clínica: Ortopedia

Nº do Leito

Operador: Dr. Felipe Mendes

1º Assistente:

2º Assistente:

Instrumentador: Dr. João Leão

Anestesiologista: Dr.

Anestesia: Propofol

Duração:

Data da Operação: 06/06/19

Início:

Término:

Diagnóstico Pré-Operatório:

Fratura da patela (R)

Diagnóstico Pós-Operatório:

O mesmo

Operação Proposta:

Tubo de fixação de fíbula da patela (R)

Operação Realizada:

A mesma

DESCRIÇÃO DO ATQ OPERATÓRIO

- 1) Rente em decubito dorsal sob anestesia
- 2) Anestesia + exposição de ferida
- 3) Incisão para acesso à patela (R)
- 4) Limpeza por plano
- 5) Redução de fratura da patela (R)
- 6) Fixação com pino de K + cerclagem
- 7) Lavagem com JF0,4
- 8) Fechar por plano
- 9) Curativo

Unidade de Saúde: Hospital Regional do Agreste
 Unidade e Especialidade: Ortopedia
 Data: 06/06/19



N 209987

FICHA DE ANESTESIA

548/2000

[illegible]

AGENTES	CONC.	QUANTIDADE	TECNICA ASSISTENCIAL
1) Ligeira	2 g		Papava com + de 100
2) Muito leve	2,5 g		Check - 1/2 - 1/4 - 1/8 - 1/16 - 1/32 - 1/64 - 1/128 - 1/256 - 1/512 - 1/1024 - 1/2048 - 1/4096 - 1/8192 - 1/16384 - 1/32768 - 1/65536 - 1/131072 - 1/262144 - 1/524288 - 1/1048576 - 1/2097152 - 1/4194304 - 1/8388608 - 1/16777216 - 1/33554432 - 1/67108864 - 1/134217728 - 1/268435456 - 1/536870912 - 1/1073741824 - 1/2147483648 - 1/4294967296 - 1/8589934592 - 1/17179869184 - 1/34359738368 - 1/68719476736 - 1/137438953472 - 1/274877906944 - 1/549755813888 - 1/1099511627776 - 1/2199023255552 - 1/4398046511104 - 1/8796093022208 - 1/17592186044416 - 1/35184372088832 - 1/70368744177664 - 1/140737488355328 - 1/281474976710656 - 1/562949953421312 - 1/1125899906842624 - 1/2251799813685248 - 1/4503599627370496 - 1/9007199254740992 - 1/18014398509481984 - 1/36028797018963968 - 1/72057594037927936 - 1/144115188075855872 - 1/288230376151711744 - 1/576460752303423488 - 1/1152921504606846976 - 1/2305843009213693952 - 1/4611686018427387904 - 1/9223372036854775808 - 1/18446744073709551616 - 1/36893488147419103232 - 1/73786976294838206464 - 1/147573952589676412928 - 1/295147905179352825856 - 1/590295810358705651712 - 1/1180591620717411303424 - 1/2361183241434822606848 - 1/4722366482869645213696 - 1/9444732965739290427392 - 1/18889465931478580854784 - 1/37778931862957161709568 - 1/75557863725914323419136 - 1/151115727451828646838272 - 1/302231454903657293676544 - 1/604462909807314587353088 - 1/1208925819614629174706176 - 1/2417851639229258349412352 - 1/4835703278458516698824704 - 1/9671406556917033397649408 - 1/19342813113834066795298816 - 1/38685626227668133590597632 - 1/77371252455336267181195264 - 1/154742504910672534362390528 - 1/309485009821345068724781056 - 1/618970019642690137449562112 - 1/1237940039285380274899124224 - 1/2475880078570760549798248448 - 1/4951760157141521099596496896 - 1/9903520314283042199192993792 - 1/19807040628566084398385987584 - 1/39614081257132168796771975168 - 1/79228162514264337593543950336 - 1/158456325028528675187087900672 - 1/316912650057057350374175801344 - 1/633825300114114700748351602688 - 1/1267650600228229401496703205376 - 1/2535301200456458802993406410752 - 1/5070602400912917605986812821504 - 1/10141204801825835211973625643008 - 1/20282409603651670423947251286016 - 1/40564819207303340847894502572032 - 1/81129638414606681695789005144064 - 1/162259276829213363391578010288128 - 1/324518553658426726783156020576256 - 1/649037107316853453566312041152512 - 1/1298074214633706907132624082305024 - 1/2596148429267413814265248164610048 - 1/5192296858534827628530496329220096 - 1/10384593717069655257060992658440192 - 1/20769187434139310514121985316880384 - 1/41538374868278621028243970633760768 - 1/83076749736557242056487941267521536 - 1/166153499473114484112975882535043072 - 1/332306998946228968225951765070086144 - 1/664613997892457936451903530140172288 - 1/1329227995784915872903807060280344576 - 1/2658455991569831745807614120560689152 - 1/5316911983139663491615228241121378304 - 1/10633823966279326983230456482242756608 - 1/21267647932558653966460912964485513216 - 1/42535295865117307932921825928971026432 - 1/85070591730234615865843651857942052864 - 1/170141183460469231731687303715884105728 - 1/340282366920938463463374607431768211456 - 1/680564733841876926926749214863536422912 - 1/1361129467683753853853498429727072845824 - 1/2722258935367507707706996859454145691648 - 1/5444517870735015415413993718908291383296 - 1/10889035741470030830827987437816582766592 - 1/21778071482940061661655974875633165533184 - 1/43556142965880123323311949751266331066368 - 1/87112285931760246646623899502532662132736 - 1/174224571863520493293247799005065324265472 - 1/348449143727040986586495598010130648530944 - 1/696898287454081973172991196020261297061888 - 1/1393796574908163946345982392040522594123776 - 1/2787593149816327892691964784081045188247552 - 1/5575186299632655785383929568162090376495104 - 1/11150372599265311570767859136324180752990208 - 1/22300745198530623141535718272648361505980416 - 1/44601490397061246283071436545296723011960832 - 1/89202980794122492566142873090593446023921664 - 1/178405961588244985132285746181186892047843328 - 1/356811923176489970

SECRETARIA DO ESTADO DE PERNAMBUCO
CONSUMO DE MEDICAMENTOS E MATERIAIS EM CIRURGIAS
HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE *Cal.*

BLOCO CIRÚRGICO 012161							
PACIENTE: <i>maia umius P. Ramos</i>				REGISTRO Nº <i>339248</i>			
SALA CIRÚRGICA Nº <i>06</i>				DATA <i>06/06/19</i>			
CIRURGIA: <i>TT: Curvy Fnal Petter</i>				CIRURGIÃO: <i>Dr. Felipe</i>			
ANESTESIA: <i>Raquis</i>				ANESTESIOLOGISTA: <i>Dr. Roberto</i>			
QUANT.	ESPECIFICAÇÃO	PREÇO		QUANT.	ESPECIFICAÇÃO	PREÇO	
		UNIT.	TOTAL			UNIT.	TOTAL
<i>01</i>	Oxigênio			<i>01</i>	Aguilha Descartável	<i>01</i>	
<i>03</i>	Água Destilada	<i>17</i>			Aguilha para Pendura		
<i>03</i>	Atropina	<i>17</i>		<i>01</i>	Aguilha para Raqui		
<i>01</i>	Bupivacaína				Atadura Gessada		
<i>02</i>	Cefazolina 1g			<i>03</i>	Atadura Crepom	<i>10</i>	<i>1</i>
	Clonidina			<i>01</i>	Cateter para Oxigênio		
<i>01</i>	Dezametasona 4mg				Cateter para Venopunção		
	Diclofenaco				Coletor de Urina Aberto		
<i>02</i>	Dipirona				Coletor de Urina Fechado		
<i>01</i>	Etilefrina				Drano		
	Glicose 50%			<i>05</i>	Eletrodo p/ Monitorização	<i>1</i>	
<i>01</i>	Lidocaína			<i>01</i>	Equipo para Sangue		
	Metoclopramida				Equipo para Soro		
	Neostigmina				Fio Cat Gut Cromado		
	Prometazina				Fio Gat Gut Simples		
	Ranitidina			<i>01</i>	Fio de Aço <i>Widman</i>	<i>20</i>	
<i>02</i>	Ringer co Lactato	<i>17</i>			Fio de Algodão		
<i>03</i>	Soro Fisiológico	<i>17</i>		<i>02</i>	Fio de Nylon	<i>20</i>	<i>1</i>
	Soro Glicosado				Fio de Polipropileno		
	Succinato de Estriol			<i>08</i>	Gase 7,5x7,5	<i>27</i>	<i>17</i>
	Tenoxicam			<i>01</i>	Lâmina de Bisturi	<i>27</i>	
<i>01</i>	<i>Flutamb</i>			<i>02</i>	Luvas Estéreis 7,0	<i>1</i>	
<i>01</i>	<i>Donovel</i>			<i>05</i>	Luvas Estéreis 7,5	<i>1</i>	
<i>01</i>	<i>mauxilon</i>			<i>02</i>	Luvas Estéreis 8,0	<i>1</i>	
				<i>02</i>	Seringa 5ml	<i>1</i>	
				<i>02</i>	Seringa 10ml	<i>1</i>	
				<i>02</i>	Seringa 20ml		
					Sonda de Folev		
					Sonda Endotraqueal		
					Sonda Nasogástrica		
					Sonda Uretal		
					Tubo para Aspiração		
				<i>03</i>	<i>Luvas dup</i>	<i>17</i>	
				<i>01</i>	<i>Luvas dup</i>	<i>17</i>	
					<i>Luvas dup</i>	<i>17</i>	
SUBTOTAL				SUBTOTAL			
				TOTAL			

Observação: No caso de serem utilizados outros itens especificá-los.

Assinatura do Cirurgião

Assinatura do Responsável pela Sala de Cirurgia

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE - HRA

RESUMO DE ALTA

Nome: Marcelo Vinícius Pereira Jato

Prontuário: _____

Data: 27 / 05 / 19

Hora: _____

DIAGNÓSTICO:

Fratura de patela esquerda

AMBULATÓRIO DE EGRESSO - INFORMAÇÕES ADICIONAIS:

Permanecer de alta da ortopedia sob orientação de Dr. Marcelo Cepêla.

Retornar ao ambulatório de ortopedia 15 dias após alta hospitalar.

TRATAMENTO REALIZADO:

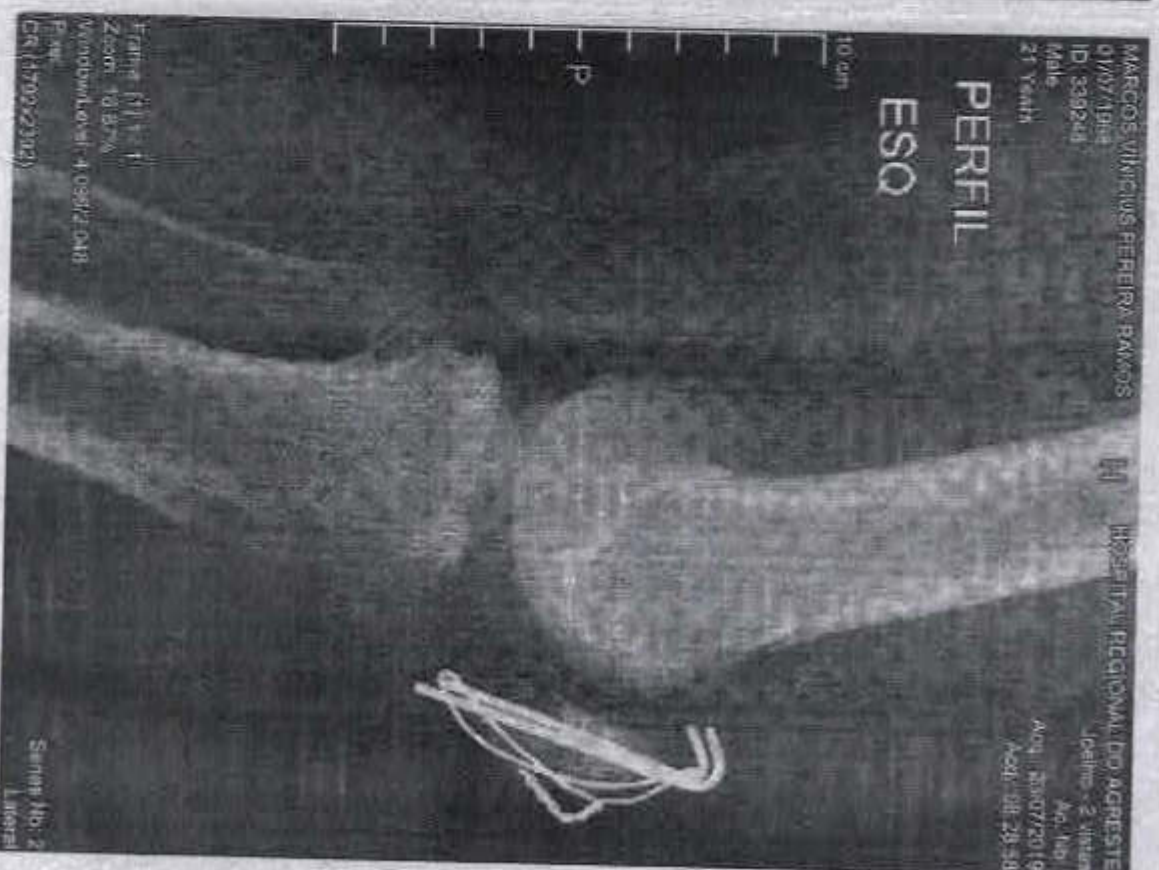
Tratamento cirúrgico de fratura de patela esquerda

Alta Hospitalar: Data: 10 / 06 / 19

Hora: _____

R. + Dr. Marcelo Cepêla
CRM: 11201

Ass. do Médico e CRM
Carimbo



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
 SECRETARIA DE SEGURANÇA NACIONAL
 DEPARTAMENTO DE CONTROLE DE PASSAGENS

MARCOS VINÍCIUS FERREIRA RAMOS

CPF: 210882672980 MEX PE
 DATA NASCIMENTO: 01/07/1998
 785.727.494-10

FUNÇÃO:
 ANTONIO FERRANDO RAMOS
 MAGALHÃES
 MARIA JOSE FERREIRA RAM
 OS

DATA DE EMISSÃO: 07/07/2018
 VALIDADE: 10/07/2019
 DATA DE VENCIMENTO: 23/07/2018

DEBENTURADO
 PASS

MARCOS VINÍCIUS FERREIRA RAMOS

LOCAL: CARUARU, PE
 DATA DE EMISSÃO: 09/08/2018

1827617608
 PERNAMBUCO

1827617608
 1827617608

ATENDIMENTO: RUA "K" CADEIA - 1691 - 00152 - MURICIA DE SAO
 CARUARU-PE 55022-210

DADOS DO CLIENTE

MATRICULA

105257672 Set/2019

JOSILENE FERREIRA MACEDO
 R ANTONIO NAVARRO, N. 00729 - PETROPOLIS CARUARU PE 55022-210

105257672-4 SET/2019 09/SET/2019

PARAMETRO	DATA DE ANTERIOR	DATA DE ATUAL	TIPO DE CONSUMO (LIT)
4110043774	10/09/2019	10/10/2019	MEDIA 100

AGUA:
 LEIT ANT: 331 CONSUMO: 5
 LEIT ATU: TAXA MINIMA
 LEIT FAT: 341

HISTORICO DE CONSUMO
 REFERENCIA CONSUMO

DATA	CONSUMO
08/2019	05
07/2019	09
06/2019	02
05/2019	05
04/2019	05
03/2019	04
MEDIA:	05

PARAMETROS	NUMERO DE AMOSTRAS		
	EXIG. PORT. MS 2.914/11	ANALISES REALIZ.	ATEENDEN. A LEGIS.
TURBIDEZ	169	169	117
COM APARENTE	169	169	81
CLORO RESIDUAL	169	169	169
COLIF. TOTAIS	169	169	0
E. COLI	169	169	8

Qualidade de Agua: www.compesa.com.br
 OBS.: (1) COLIFORMES TOTAIS AUSENCIA 95% DAS AMOSTRAS EXAMINADAS
 (2) OS PARAMETROS COLIFORMES TOTAIS, ESCHERICHIA COLI E CLORO
 RESIDUAL SAO INDICADORES DAS CONDIÇÕES SANITARIAS DA AGUA
 (3) OS PARAMETROS COM E TURBIDEZ SAO INDICADORES DAS CONDIÇÕES
 ASSOCIADAS AO ASPECTO VISUAL DA AGUA

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS

AGUA	CONSUMO	TOTAL (R\$)
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)	5 M3	44,08
CONSUMO DE AGUA		

CONSUMO	VALOR	VALOR	VALOR
44,08	1,65	0,75	
44,08	2,60	0,15	

VENCIMENTO: 25/10/2019 TOTAL A PAGAR: 44,08

IMPRESSÃO

54.685.859-4 09/SET/2019
 JOSILENE FERREIRA MACEDO
 JOSE FERREIRA DE LIMA
 E LINDALVA FERREIRA FERREIRA
 CARUARU - PE 16/JAN/1971
 CARUARU-PE
 CARUARU
 CC: LV.8027/FLS.0078/N.010477
 540974874/34 FIS 12419211997

8400-4 PROIBIDO PLASTIFICAR
 REIPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 ESTADO DO PIAUÍ
 SECRETARIA DE SEGURANÇA
 DEPARTAMENTO DE IDENTIDADE
 CARTEIRA DE IDENTIDADE
 JOSILENE FERREIRA MACEDO

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190607687 **Cidade:** Caruaru **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARCOS VINICIUS PEREIRA RAMOS **Data do acidente:** 26/05/2019 **Seguradora:** SANCOR SEGUROS DO BRASIL S. A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 12/11/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DE PATELA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (DESTRIDAMENTO). ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE JOELHO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DE JOELHO ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações: PÁG.2/4_CIRURGIA

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190607687 **Cidade:** Caruaru **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARCOS VINICIUS PEREIRA RAMOS **Data do acidente:** 26/05/2019 **Seguradora:** SANCOR SEGUROS DO BRASIL S. A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 12/11/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DE PATELA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (DESTRIDAMENTO). ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE JOELHO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DE JOELHO ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações: PÁG.2/4_CIRURGIA

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

Rio de Janeiro, 29 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190607687

Vítima: MARCOS VINICIUS PEREIRA RAMOS

Data do Acidente: 26/05/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSILENE FERREIRA MACEDO

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MARCOS VINICIUS PEREIRA RAMOS

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

Rio de Janeiro, 30 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190607687 Vítima: MARCOS VINICIUS PEREIRA RAMOS

Data do Acidente: 26/05/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSILENE FERREIRA MACEDO

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), MARCOS VINICIUS PEREIRA RAMOS

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Boletim de ocorrência	Apresentar o Registro de Ocorrência Policial, em cópia simples, com a data do acidente, o nome completo da vítima, os dados do veículo em que a vítima estava e o nome do proprietário, pois o entregue não possui todas as informações.
-----------------------	--

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,
Seguradora Líder-DPVAT
Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 05 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190607687 Vítima: MARCOS VINICIUS PEREIRA RAMOS

Data do Acidente: 26/05/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSILENE FERREIRA MACEDO

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), MARCOS VINICIUS PEREIRA RAMOS

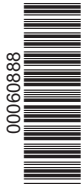
O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Boletim de ocorrência	Apresentar o Registro de Ocorrência Policial, original ou cópia autenticada, com a data do acidente, o nome completo da vítima, os dados do veículo em que a vítima estava e o nome do proprietário, pois o entregue não possui todas as informações.
-----------------------	---

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,
Seguradora Líder-DPVAT
Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 27 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190607687

Vítima: MARCOS VINICIUS PEREIRA RAMOS

Data do Acidente: 26/05/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSILENE FERREIRA MACEDO

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), MARCOS VINICIUS PEREIRA RAMOS

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um joelho 25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: MARCOS VINICIUS PEREIRA RAMOS

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000003016

Conta: 0000047931-1

Tipo: CONTA POUPANÇA

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASI: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

703.727.494.10 Marcos Vinicius Pereira Ramos

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 486/2012

5 - Nome completo: 6 - CPF: 703.727.494.10

7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento:

11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP:

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

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 - Profissão do Representante Legal:

19 - CPF 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: ☒ RECLUSO INFORMAR ☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

☒ CONTA POUPANÇA (somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (todas as opções)

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

AGÊNCIA: 3056 CONTA: 47931

(informar o dígito de validação) (informar o dígito de validação)

Autorizo a Seguradora LIDER a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total 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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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

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

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

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora LIDER para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discordo do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima: 25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: 28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: 30 - Vítima deixou rascunho (testamento)? ☐ Sim ☐ Não

31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora LIDER 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 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo): 35 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo):

36 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo): 37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo):

38 - 1ª Nome: 39 - 2ª Nome:

CPF: Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome: 40 - Local e Data:

CPF: Assinatura da testemunha

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (doador): 42 - Assinatura do Procurador (se houver):

43 - Assinatura do Representante Legal (se houver):

FPS 001 V002/2019



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
POSTO POLICIAL DO HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE - 90ª CIRCUNSCRICAO
CARUARU

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E2106000528

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 23/10/2019 às 11:14

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culpa (Consumado) que aconteceu no dia 20/5/2019 às 23:00

Fato ocorrido no endereço: MUNICIPIO DE CARUARU, 1, RUA MANOEL DE ABREU, ESQUINA COM A AVENIDA CAUCA. - Bairro: CAUCA - CARUARU/PERNAMBUCO/BRASIL.
Local do Fato: PRAIA

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:
DESCONHECIDO (AUTOR/AGENTE)
MARCOS VINICIUS PEREIRA RAMOS (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:
VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): MARCOS VINICIUS PEREIRA RAMOS
VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): DESCONHECIDO

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

DESCONHECIDO (não presente ao plantão) - Sexo: Desconhecido
Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

MARCOS VINICIUS PEREIRA RAMOS (presente ao plantão) - Sexo: Masculino
Mãe: MARIA JOSE PEREIRA RAMOS Pai: ANTONIO FERNANDO RAMOS MAGALHÃES Data de Nascimento: 17/1996
Naturalidade: CARUARU / PERNAMBUCO / BRASIL
Documentos: 218820472882MEXIPE (RG), 76372743410 (CPF), 07693419082 (CNH) Estado Civil: SOLTEIRO(A)
Escolaridade: 2º. GRAU INCOMPLETO Profissão: MOTORISTA
Tatagem Celular:
- 3199321782

Endereço Residencial: MUNICIPIO DE CARUARU, 1, RUA DESENVOLVIMENTO, 308, PERTO DO BAR DA PRAIA. - CEP: 55060-000 - Bairro: BOA VISTA - CARUARU/PERNAMBUCO/BRASIL

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): MARCOS VINICIUS PEREIRA RAMOS, que estava em posse do(a) Sr(a): MARCOS VINICIUS PEREIRA RAMOS

Categoria/Marca/Modelo: MOTOCICLETA/HONDA/CG 150 FAN MIX ESD1 Objeto apreendido: Não
Cor: VERMELHA - Quantidade: 1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)
Placa: 0YV3348 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: 181678789 Chassi: 9C2KC1890EN087478
Data Fabricação/Modelo: Condutores: ALDO GABOI
2014/2014

MOTOCICLETA DESCONHECIDA (VEICULO) de propriedade do(s) Sr(a): DESCONHECIDO, que estava em posse do

file:///C:/Users/inv\inv\policia\m\BOEPreview.html

23/10/2019

Boletim de Ocorrência

Página 2 de 2

(a) Sr(a): DESCONHECIDO

Categoria/Marca/Modelo: MOTOCICLETA/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO Objeto apreendido: Não
Quantidade: 1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)

Complemento / Observação

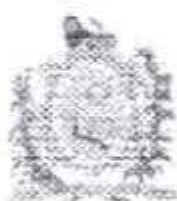
COMPARECEU A SEDE DO PLANTÃO DA POLÍCIA CIVIL A PESSOA DA VÍTIMA ONDE FALOU QUE ESTAVA TRABALHANDO E CONDUZINDO SUA MOTOCICLETA E FAZENDO O CAMINHO ENTRE OS BAIROS CAUCA E PETROPOLIS E NO CRUZAMENTO DA AVENIDA CAUCA E RUA MANOEL DE ABREU, FOI COLIDIDO POR UMA OUTRA MOTOCICLETA DESCONHECIDA QUE APOS A COLISÃO TOMOU RUMO IGNORADO E NÃO SABIDO E A VÍTIMA FALOU QUE A COLISÃO OCORREU NA RODA DIANTEIRA DE SUA MOTO E COMO FATO FOI AO SOLO E LA SENTIU DORES NA PERNA ESQUERDA E DESMAIOU E ACORDOU COM A CHEGADA DE UMA EQUIPE DO SAMU E PARA CONSTAR APRESENTA UMA DECLARAÇÃO DAQUELE ORÇÃO DA OCORRENCIA DE NUMERO 199828088 QUE CONSTAR TAMBEM QUE A VITIMA FOI TRANSPORTADA PARA ESTA UNIDADE HOSPITALAR ONDE RECEBEU OS NUMEROS DE ATENDIMENTO E PRONTUARIO: 812167 E 338248, ONDE FOI ENCAMINHADO AO SETOR CIRURGICO, FICANDO NAS DEPENDENCIAS DESTA UNIDADE POR CERCA DE 10 DIAS.

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

Marcos Vinicius P. Ramos
MARCOS VINICIUS PEREIRA
RAMOS
(VITIMA)

B.O. registrado por: ANTONIO JOSE RIBEIRO SOARES - Matrícula: 281004-6





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
POSTO POLICIAL DO HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE - 90ª CIRCUNSCRICAO
CARUARU

BOLETIM DE OCORRENCIA N°. 19E2106000528

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 23/10/2019 às 11:14

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia 23/10/2019 às 23:00

Fato ocorrido no endereço: MUNICIPIO DE CARUARU, 1, RUA MANOEL DE ABBRU, ESQUINA COM A AVENIDA CAUCA. - Bairro: CAUCA - CARUARU/PERNAMBUCO/BRASIL.
Local do Fato: PRAIA

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:
DESCONHECIDO (AUTOR (AGENTE))
MARCOS VINICIUS PEREIRA RAMOS (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:
VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): MARCOS VINICIUS PEREIRA RAMOS.
VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): DESCONHECIDO

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

DESCONHECIDO (não presente ao plantão) - Sexo: Desconhecido
Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

MARCOS VINICIUS PEREIRA RAMOS (presente ao plantão) - Sexo: Masculino
Mãe: MARIA JOSE PEREIRA RAMOS Pai: ANTONIO FERNANDO RAMOS MAGALHÃES Data de Nascimento: 12/1995
Naturalidade: CARUARU / PERNAMBUCO / BRASIL
Documentos: 210002478000000000 (RG), 70372749410 (CPF), 07093413000 (CNH) Estado Civil: SOLTEIRO(A)
Escolaridade: 2º. GRAU INCOMPLETO Profissão: MOTORISTA
Telefone Celular: 21930381793

Endereço Residencial: MUNICIPIO DE CARUARU, 1, RUA DESENVOLVIMENTO, 308, PERTO DO BAR DA PIAÇA. - CEP: 55.000-000 - Bairro: BOA VISTA - CARUARU/PERNAMBUCO/BRASIL

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): MARCOS VINICIUS PEREIRA RAMOS, que estava em posse do(a) Sr(a): MARCOS VINICIUS PEREIRA RAMOS

Categoria/Marca/Modelo: MOTOCICLETA HONDA/CG 180 PAN MIX ESDI Objeto apreendido: Não
Cor: VERMELHA - Quantidade: 1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)
Placa: GYV3548 (FERNAMBUCO) NÃO INFORMADO Renavam: 121376235 Chassi: SC3KC180EHC027478
Ano Fabricação/Modelo: Combustível: ALCOLICABOL

MOTOCICLETA DESCONHECIDA (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): DESCONHECIDO que estava em posse do

file:///C:/Users/linv/Infopol/BR/OEPreview.html

23/10/2019

Boletim de Ocorrência

Página 2 de 2

(a) Sr(a): DESCONHECIDO

Categoria/Marca/Modelo: MOTOCICLETA NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO Objeto apreendido: Não
Quantidade: 1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)

Complemento / Observação

COMPARECEU A SEDE DO PLANTÃO DA POLÍCIA CIVIL A PESSOA DA VÍTIMA ONDE FALOU QUE ESTAVA TRABALHANDO E CONDUZINDO SUA MOTOCICLETA E FAZENDO O CAMINHO ENTRE OS BAIROS CAIUÇA E PETHOPOLIS E NO CRUZAMENTO DA AVENIDA CAIUÇA E RUA MANOEL DE ABREU, FOI COLIDIDO POR UMA OUTRA MOTOCICLETA DESCONHECIDA QUE APÓS A COLISÃO TOMOU RUMO IGNORADO E NÃO SABIU E A VÍTIMA FALOU QUE A COLISÃO OCORREU NA RODA DIANTEIRA DE SUA MOTO E COMO FATO FOI AO SOLO E LA SENTIU DORES NA PERNA ESQUERDA E DESMAIOU E ACORDOU COM A CHEGADA DE UMA EQUIPE DO SAMU E PARA CONSTAR APRESENTA UMA DECLARAÇÃO BAQUELE ORÇÃO DA OCORRENCIA DE NUMERO 1908260968 QUE CONSTAR TAMBEM QUE A VÍTIMA FOI TRANSPORTADA PARA ESTA UNIDADE HOSPITALAR ONDE RECEBEU OS NUMEROS DE ATENDIMENTO E PRONTUÁRIO: 812187 E 338242, ONDE FOI ENCAMINHADO AO SETOR CIRURGICO, FICANDO NAS DEPENDENCIAS DESTA UNIDADE POR CERCA DE 16 DIAS.

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

Marcos Vinicius P. Ramos
MARCOS VINICIUS PEREIRA
RAMOS
(VÍTIMA)

B.O. registrado por: ANTONIO JOSE RIBEIRO SOARES - Matrícula: 281001-6



319-607687



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
POSTO POLICIAL DO HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE - 90ª CIRCUNSCRICAO CARUARU

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E2106000528

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 23/10/2019 às 11:14

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia 26/5/2019 às 23:00

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE CARUARU, 1, RUA MANOEL DE ABREU, ESQUINA COM A AVENIDA CAUCA.** - Bairro: **CAUCA - CARUARU/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **PRAIA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:
DESCONHECIDO (AUTOR/AGENTE)
MARCOS VINICIUS PEREIRA RAMOS (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:
VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): **MARCOS VINICIUS PEREIRA RAMOS**
VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**

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

DESCONHECIDO (não presente ao plantão) - Sexo: **Desconhecido** Nacionalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

MARCOS VINICIUS PEREIRA RAMOS (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **MARIA JOSE PEREIRA RAMOS**
Pai: **ANTONIO FERNANDO RAMOS MAGALHÃES** Data de Nascimento: **1/7/1998** Nacionalidade: **CARUARU / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **210882672988/MEX/PE (RG), 70372748410 (CPF), 07083419083 (CNH)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **2º. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **MOTOBOY** Telefone Celular: **- 81999351793**

Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE CARUARU, 1, RUA DESENVOLVIMENTO, 365, PERTO DO BAR DA PIABA.** - CEP: **0 -**
Bairro: **BOA VISTA - CARUARU/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **MARCOS VINICIUS PEREIRA RAMOS**, que estava em posse do(a) Sr(a): **MARCOS VINICIUS PEREIRA RAMOS**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 150 FAN MIX ESDI** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **OYV3548 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)** Renavam: **101076788** Chassi: **9C2K01880EH387478**
Ano Fabricação/Modelo: **2014/2014** Combustível: **ALCO/GASOL**

MOTOCICLETA DESCONHECIDA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Quantidade: **1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Complemento / Observação

COMPARECEU A SEDE DO PLANTÃO DA POLÍCIA CIVIL A PESSOA DA VÍTIMA ONDE FALOU QUE ESTAVA TRABALHANDO E CONDUZINDO SUA MOTOCICLETA E FAZENDO O CAMINHO ENTRE OS BAIRROS CAIUCA E PETROPOLIS E NO CRUZAMENTO DA AVENIDA CAIUCA E RUA MANOEL DE ABREU, FOI COLIDIDO POR UMA OUTRA MOTOCICLETA DESCONHECIDA QUE APOS A COLISÃO TOMOU RUMO IGNORADO E NÃO SABIDO EA VÍTIMA FALOU QUE A COLISÃO OCORREU NA RODA DIANTEIRA DE SUA MOTO E COM O FATO FOI AO SOLO E LA SENTIU DORES NA PERNA ESQUERDA E DESMAIOU E ACORDOU COM A CHEGADA DE UMA EQUIPE DO SAMU E PARA CONSTAR APRESENTA UMA DECLARAÇÃO DAQUELE ORGÃO DA OCORRENCIA DE NUMERO 1905260585 QUE CONSTAR TAMBEM QUE A VÍTIMA FOI TRANSPORTADA PARA ESTA UNIDADE HOSPITALAR ONDE RECEBEU OS NUMEROS DE ATENDIMENTO E PRONTUARIO: 512157 E 339248, ONDE FOI ENCAMINHADO AO SETOR CIRURGICO, FICANDO NAS DEPENDENCIAS DESTA UNIDADE POR CERCA DE 15 DIAS.

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

MARCOS VINICIUS PEREIRA RAMOS
(VITIMA)

B.O. registrado por: **ANTONIO JOSE RIBEIRO SOARES** - Matrícula: **381004-6**

