



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - N° do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

3 - CPF da vítima: 303.727.494-10

4 - Nome completo da vítima: Marcos Vinícius Pereira Ramos

MORTE

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

5 - Nome completo:	6 - CPF:
Marcos Vinícius Pereira Ramos	703.727.494-10
7 - Profissão:	8 - Endereço:
Moto Boy	Rua Desenvolvimento Resid. Andorinha
9 - Número:	10 - Complemento:
365	-
11 - Bairro:	12 - Cidade:
Bon Vista	Paraná
13 - Estado:	14 - CEP:
PR	55000000
15 - E-mail:	16 - Tel. (DDI):
marcospf43@gmail.com	(182) 99907-2300

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 comprovação anexo (ANEXAR CóPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

- REUSO INFORMAR R\$1,00 A R\$1.000,00 R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 SEM RENDA R\$1.001,01 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 (Sóvenez para os bancos abaixo. Ativar uma opção)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Bradesco (237)

Itaú (341)

Banco do Brasil (001)

Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 3086

CONTA: 47931

(Inserir o dígito de verificação)

(Inserir o dígito de verificação)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(Inserir o dígito de verificação)

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

12 - 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 0.194/74), 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 do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada com 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 0.194/74.

Declaro que esta autorização não significa privativa concorrência 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:	<input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (ex-Cas.) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo	24 - Data da abertura da vítima:			
25 - Grau de Parentesco com a vítima:	26 - Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:			
28 - Vítima <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não tem filhos?	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: <input type="checkbox"/> Falecidos:	30 - Vítima deixou nascituro (menor de 24 meses): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: <input type="checkbox"/> Falecidos:	33 - Vítima deixou pais/avós/vós? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

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

34
Assinatura
Representante Legal
Data: 01/01/2019
CPF: 303.727.494-10

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)

40 - Local e Data,

Paraná

Marcos Vinícius P. Ramos

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FP5.001 V002/2019

38 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

43 - Assinatura do Procurador (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



INSC EST. N° 18.1.001.0014398-2

ATENDEMENTO: RUA FR. CANECA - NM. - 00152 - MAURICIO DE SASS
AU-CARUARU-PE-55002-930
DADOS DO CLIENTE:

		MATRÍCULAS
CYBELL FATALINI PEREIRA RAMOS		3838641912 Agosto/2019
R. DESENVOLVIMENTO - RESIDENCIAL ANDORTIBA, N. 00305 - RESIDENCIAL ANDORTIBA CANHARU	55000-000	
INSCRIÇÃO: 041-015-130-03012-000-GRUPO ECONOMICO TECNICO INDUSTRIAL	10-04-2017	
TIPO DE CONSUMO:		
DATA LEITURA INICIAL	DATA LEIT. ATUAL	TIPO DE CONSUMO (AE)
01/08/2019	13/08/2019	REDETA-HD - H-MED150

AQUA:
 LEIT ANT: 373 CONSUMO: 8
 LEIT ATU: TAXA HIRINA
 LEIT FAT: 385 ESGOTO:
 LEIT ANT: 100 VOLUME: 4.
 LEIT ATU: 100
 LEIT FAT: 100

HISTÓRICO DE CONSUMO
REFERÊNCIA CONSUMO

PARÂMETROS	NÚMERO DE AMPLASTAS			
	FAIS	PORT	ANALISES	ATENDEN.
TURBIDEZ	169	169	95	
COR APARENTE	169	169	58	
CLORO RESIDUAL	169	169	169	
COLIF. TOTais	169	169	164	
E.Coli	169	169	169	

NOTA: 08 /08 Qualidade de Água: www.companhia.com.br

OBS.: (1)COLIFORMES TOTais AUSÊNCIA 95% DAS AMPLASTAS 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 INICIADEORES DAS CONDIÇÕES ASSOCIADAS AO ASPECTO VISUAL DA ÁGUA

DESCRICAo DOS SERVIÇOS CONSUMO TOTAL(R\$)

AQUA
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)
CONSUMO DE ÁGUA 8,43 44,85

ESGOTO 80,00 % DO VALOR DE ÁGUA
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)
CONSUMO DE ESGOTO 8,43 35,26
MULTA P/ IMPORTEILIDADE 07/2019 1,83
JUROS DE MORA 06/2019 0,30

20m	79,34	1,65	1,31
	79,34	1,65	1,31

VENIMENTO: 25/09/2019 TOTAL A PAGAR: 81,47

MENSAGEM:
IDENTIFIQUE OS EXISTENCIAS DE 1 NATURAES PENDENTES, 10



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 Devidoria: 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 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 COAF.²

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESEGUERO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APPLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILICITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.513/98.

Pelo exposto, eu Josélene Ferreira Macêdo

Inscrito (a) no CPF/CNPJ 540 974 874 , 84, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Marcos Vinícius Pereira Ramos Inscrito (a) no CPF sob o N° 703 722 494 , 10,

do sinistro de DPVAT cobertura invalidez da Vítima Marcos Vinícius Pereira Ramos,

Inscrito (a) no CPF sob o N° 703 722 494 , 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 à 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. 289 do Código Penal.

Endereço:	<u>Rua Antônio Neto, 29</u>	Número:	<u>29</u>	Complemento:	<u></u>
Bairro:	<u>Petrópolis</u>	Cidade:	<u>Porto Alegre</u>	Estado:	<u>RS</u>
E-mail:	<u>muscedo1984@gmail.com</u>	CEP:	<u>55032-210</u>	Tel.(DDD):	<u>(51) 99907-7180</u>

Local e Data:

Paraná 30/06/2019

Assinatura do Declarante



HOSPITAL REGIONAL DO AGreste EMERGÊNCIA



1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: MARCOS VINICILUS 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: 27/05/2018 00:05

Méjico-MÉJICO PLANTONISTA

Querela Principal / HDA-

Queda Principal: RDA
Puedo trabajar dentro si se da la licencia para
MISCE y el tenor de la licencia es de
un año en un solo eng. e tiene P 49
Co. Lel P x 300 hs @ \$102 u/interior

Exame Físico: A súbito e c/ f (M/F)
RAIO-X: 07/05/19 Mm na crural bixa
ANEXOS: Dr. Werner Savio
Dr. FCTC100-518
União Minas Gerais, Inversa
0226 | CRM-BA 31.99

Diag. Provisória: ~~Doença Geral~~ A

Persons reported as persons who may
present as such.

Prescrição:

Dieta:

四

Horatio

- M&M 2000
- 0034.1000 - 1 IV 2006
- 00212.1000 - 2 IV 2006
- As above continuing

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

RELATÓRIO OPERATÓRIO

Unidade de saúde: HOSPITAL REGIONAL DO AGreste

Paciente: MARCOS VINICIUS PEREIRA RAMOS N° Registro: 339248

Clinica: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA N° 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 CIRÚRGICO 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 CIRÚRGICO

Dr. Oberdan Ribeiro
Ortopedia Traumatologia
CRP-PE 1004



...CONTINUING THE SERIES
A HISTORY OF THE CO-OPERATION OF THE

FICHA DE ANESTESIA

N 208775

八三

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

BLOCO CIRÚRGICO

Attnud. 512161

REGISTRO N° 339.248

PACIENTE: Jairson Vinícius Pereira Ramer REGISTRO N° 339.248
SALA CIRÚRGICA N° 02 DATA 27/10/19
CIRURGIA: Fistula de Piloncito CIRURGIÃO: DR. M. V. Verdam
ANESTESIA: Requi ANESTESIOLOGISTA: DR. F. Guana

QUANT.	ESPECIFICAÇÃO	PREÇO		QUANT.	ESPECIFICAÇÃO	PREÇO	
		UNIT.	TOTAL			UNIT.	TOTAL
C	Oxigênio				Aguilha Descartável		
C	Água Destilada				Aguilha para Pendura		
	Atropina				Aguilha para Requi		
I	Bupivacaína <i>Pirada</i>				Atadura Gessada		
L	Cefazolina 1g			L	Atadura Crepon		
	Clonidina				Cateter para Oxigênio		
D	Desametasona 4mg				Cateter para Venopunção		
	Diclofenaco				Coletor de Urina Aberto		
L	Dipirona				Coletor de Urina Fechado		
I	Etiléfrina				Dreno		
	Glicose 50%			5	Eletrodo p/ Monitorização		
	Lidocaína				Equipo para Sangue		
	Metoclopramida				Equipo para Soro		
	Neostamina				Fio Cat Gut Cromado		
	Promelatina				Fio Gal Gut Simples		
	Ranitidina				Fio de Aço		
L/H	Ringer co Lactato				Fio de Algodão		
L/H	Soro Fisiológico			I	Fio de Nylon 3,0		
	Soro Glicosado				Fio de Polipropileno		
	Succinato de Estriol			II	Gase 7,5x7,5		
F	Tenoxicam			I	Lâmina de Bisturi 34/11		
I	<i>Uniclassifica</i>				Luvas Estéreis 7,0		
				I	Luvas Estéreis 7,5		
				I	Luvas Estéreis 8,0		
				I	Seringa 5ml		
				I	Seringa 10ml		
					Seringa 20ml		
					Sonda de Foley		
					Sonda Endotraqueal		
					Sonda Nasogástrica		
					Sonda Uretal		
					Tubo para Aspiração		
				I	<i>com fitas</i>		
SUBTOTAL				SUBTOTAL			
				TOTAL			

Observação: No caso de serem utilizados outros ítems especificá-los

~~Assinatura do Cintilante~~

Daniela Reis Lourenço
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: Mônica Vivaldo Pereira Ramaes

Nº do Registro: 339243

Clínica: Ob 1004

Nº do Leito

Operador: D Felipe furoles

1º Assistente:

2º Assistente:

Instrumentador:

Anestesia:

Anestesiata:

Duração:

Data da Operação:

Início:

Término:

Diagnóstico Pré-Operatório:

Inflama da pecta (E)

Diagnóstico Pós-Operatório:

O mesmo

Operação Proposta:

fixar o anel de fatura da pecta (E)

Operação Realizada:

A mesma

DESCRIÇÃO DO ATO OPERATÓRIO

- 1) Reente em decúbito dorsal sem anest.
- 2) Anatomia + exposição do anel
- 3) Incisão para dentro à pecta (E)
- 4) Divulgar por planos
- 5) Alargamento de fatura da pecta (E)
- 6) Fixação com alça de K + cateter
- 7) Larotomia em JFO.1X
- 8) Fechar por planos
- 9) Curativos

Unidade de Saúde: HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE
Número do Leito: 1004
Data da Operação: 06/06/10



COOPERATIVA DOS MÉDICOS
ANESTESIOLOGISTAS DO INTERIOR DE PR

FICHA DE ANESTESIA

N 209987

VALOR

NAME	Marcus Viana Pereira Lima			33.924,15	VIS
HOSPITAL	Hospital Regional de Agudos			20	9.50
DIA/MÊS/ANO				05/11/19	
DIAGNÓSTICO PRINCIPAL				65	170
DIAGNÓSTICO FUS-OPERACIONAL				90	70
OPERAÇÃO PROPOSTA				DATA	
Fratura de fíbula					
6 Meio					

OPERAÇÃO PROPOSTA:
Tratamento da Fratura de fíbula

A proposta

9.50
X
CNA-31m
66.151 NR

SOBRE 99 / 21.160

SEGURO

11.160
socorro

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

SECRETARIA DO ESTADO DE PERNAMBUCO
CONSUMO DE MEDICAMENTOS E MATERIAIS EM CIRURGIAS
HOSPITAL REGIONAL DO AGreste *cal.*

BLOCO CIRÚRGICO			012161				
PACIENTE: <u>maia Amélia P. Dornes</u>			REGISTRO N° <u>339278</u>				
SALA CIRÚRGICA N° <u>06</u>			DATA <u>06/06/16</u>				
CIRURGIA: <u>IT - Curry Fnal Pettit</u>			CIRURGÃO: <u>Dr. Felipe Guedes</u>				
ANESTESIA: <u>Rogério</u>			ANESTESIOLOGISTA: <u>Dr. Roberto</u>				
QUANT.	ESPECIFICAÇÃO	PREÇO		QUANT.	ESPECIFICAÇÃO	PREÇO	
		UNIT.	TOTAL			UNIT.	TOTAL
01	Oxigênio			04	Aguilha Descartável	01	
02	Água Destilada	11			Aguilha para Pendura		
01	Atropina	11		01	Aguilha para Raqui		
01	Bupivacaína				Atadura Gessada		
02	Cefazolina 1g			03	Atadura Crepon	10	
	Clonidina			01	Cateter para Oxigênio		
01	Desametasona 4mg				Cateter para Venopunção		
	Diclofenaco				Coletor de Urina Aberto		
02	Dipirona				Coletor de Urina Fechado		
01	Etilerfina				Drano		
	Glicose 50%			05	Eletrodo p/ Monitorização	11	
	Lidocaína				Equipo para Sangue		
	Metoclopramida			01	Equipo para Soro		
	Neostigmina				Fio Cat Gut Cromado		
	Prometazina				Fio Cat Gut Simples		
	Ranitidina			01	Fio de Aço <i>luzinha</i>	10	
02	Ringer co Lactato	1			Fio de Algodão		
03	Soro Fisiológico	1		02	Fio de Nylon	20	
	Soro Glicosado				Fio de Polipropileno		
	Succinato de Estriol			08	Gase 7,5x7,5	11	
	Tenoxicam			01	Lâmina de Bisturi	24	
01	<i>Electron</i>			02	Luvas Estéreis 7,0	5	
01	<i>Proxavel</i>			05	Luvas Estéreis 7,5	5	
01	<i>Moll & d'ion</i>			05	Luvas Estéreis 8,0	5	
				02	Seringa 5ml	1	
				02	Seringa 10ml	1	
				02	Seringa 20ml	1	
					Sonda de Folev		
					Sonda Endotraqueal		
					Sonda Nasogástrica		
					Sonda Uretal		
					Tubo para Aspiração		
					<i>luzinha</i> 00	1	
				03	<i>zorra dup</i>	11	
				01	<i>clavulano dup</i>		
					<i>azul 4011</i>	1	
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 Júnior

Prontuário: _____

Data: 27/05/19

Hora: _____

DIAGNÓSTICO:

Fratura de patela esquerda

AMBULATÓRIO DE EGRESSO - INFORMAÇÕES ADICIONAIS:

Ponto de alta da ortopedia sob orientação do Dr. Marcelo Coqueiro.

Retornar ao ambulatório da ortopedia 25 dias após esse lapso de tempo.

TRATAMENTO REALIZADO:

Tratamento cirúrgico da fratura de patela esquerda

Alta Hospitalar: Data: 10/06/19

Hora: _____

R+Dr. marcelo Coqueiro
CRM: 11201

Ass. do Médico e CRM
Carimbo

MARCOS VINICIUS PEREIRA RAMOS

01/07/1988

ID: 339248

Male

21 Years

HOSPITAL REGIONAL DO AGreste

Joaíba - 2.000m

Ac. N°

ID: 339248

Acc. 23/07/2019

Acc. fin. 28/07/2019

Age: 31

Age: 28-38

PERFIL

ESQ

10 cm

R

ESQ

Frame: [1] 1 / 1
Zoom: 18.67%
Window/Level: 4.0652/0.93
Pixel:

CR (1702x2302)

MARCOS VINICIUS PEREIRA RAMOS

01/07/1988

ID: 339248

Male

21 Years

HOSPITAL REGIONAL DO AGreste

Joaíba - 2.000m

Ac. 1º

Acc. 23/07/2019

Age: 31

Age: 28-38

PERFIL

ESQ

10 cm

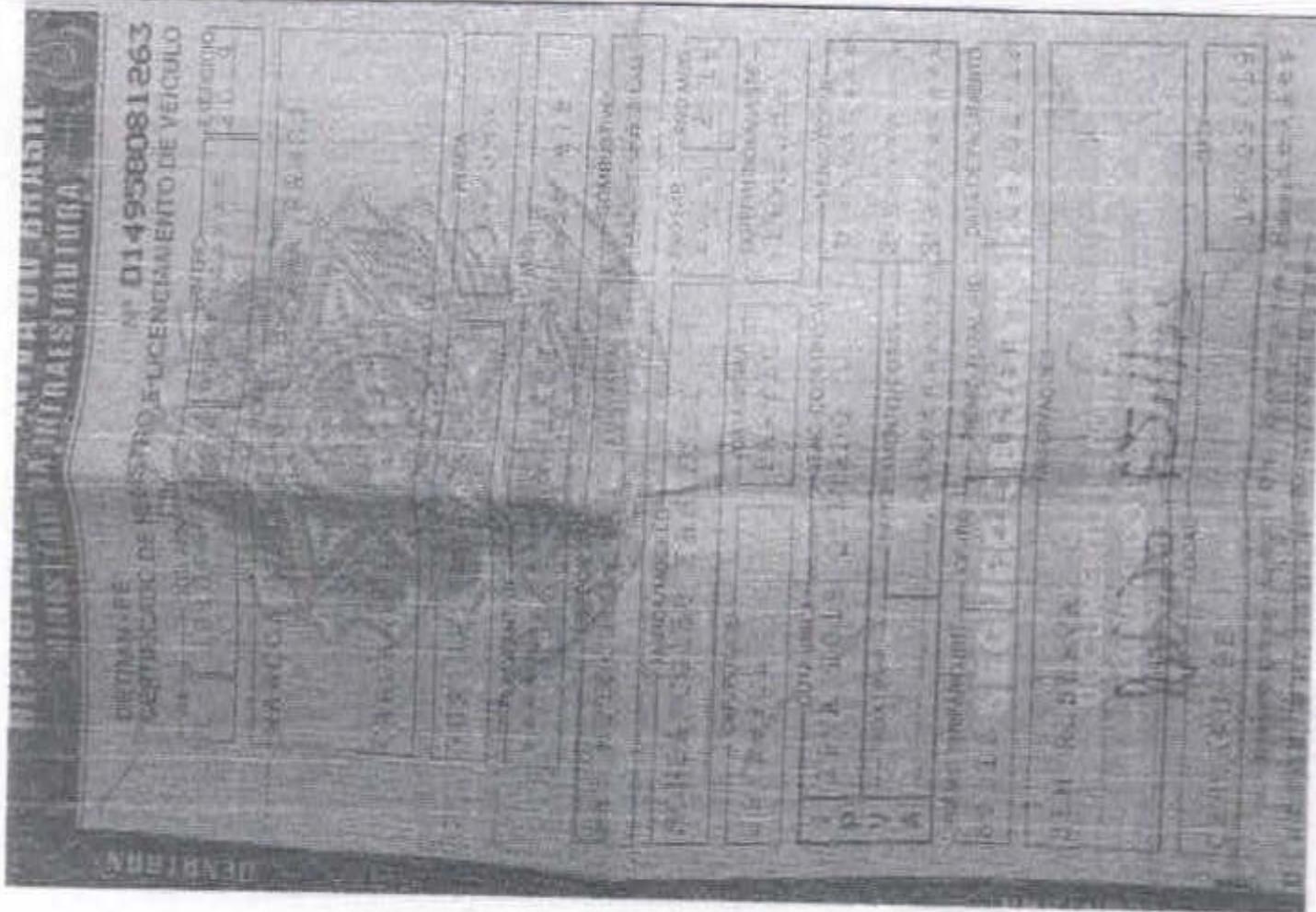
R

Frame: [1] 1 / 1
Zoom: 18.67%
Window/Level: 4.0652/0.93
Pixel:

CR (1702x2302)

Série N° 2
Lateral





Informações sobre o veículo

Place: 01V-3546

Chassis: 9C29C1400000557473

Espécie/ Tipo: PAS / MOTOCICLETA

Contributor: ALCOHOL

Марсъ / Моделъ: HONDA/CST160 FAN FISH

Annals Entomological Society of America [Vol. 34]

Capacitació/ Recerca/ Càlculs: 2 / 0 / 1d

Cannabis: Safety

Características VERMELHA

www.bmrc.org.cn | 中国生物医学工程学会

Observações

- 40 RESTRIÇÕES

VEÍCULO ATENDE A RESOLUÇÃO 373/2011 CONTRAN - PLACAS REFEITAS

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

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DE PATELA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (DESBRIDAMENTO). 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

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DE PATELA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (DESBRIDAMENTO). 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

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, 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



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, 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



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, 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.
------------------------------	---

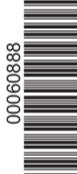
O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

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



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, 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, 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 cartório ou ASL:

3 - CPF da vítima:

403.727.494.50

4 - Nome completo da vítima:

Marcos Vinícius Pereira Ramos

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VITIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 45/2012

5 - Nome completo:

Marcos Vinícius Pereira Ramos

6 - CPF:

403.727.494.50

7 - Profissão:

Moto Boy

11 - Bairro:

Boa Vista

15 - E-mail:

marcos.vinicius@ymail.com

8 - Endereço:

Av. Desenvolvimento Resid. Andorinha

12 - Cidade:

Paraná

13 - Estado:

9 - Número:

365

10 - Complemento:

-

14 - CEP:

55000-000

16 - Tel. (DDD):

(81) 33907-7180

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VITIMA/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:

 RECUZO 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 BANCARIOS:

 BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR) CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Ativite uma opção) Bradesco (237) Banco do Brasil (001) Itaú (341) Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 3056

(Inserir o digito de verific.)

CONTA: 47931

(Inserir o digito de verific.)

 CONTA CORRENTE (Inserir os bancos)

Nome de BANCO: _____

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(Inserir o digito de verific.)

(Inserir o digito de verific.)

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/membillio 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 ABSÉNCIA 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 cross-exame da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidade 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, as 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 certa 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:	<input type="checkbox"/> Solteiro	<input type="checkbox"/> Casado (no Civil)	<input type="checkbox"/> Divorciado	<input type="checkbox"/> Separado judicialmente	<input type="checkbox"/> Viúvo	24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima:	26 - Vítima deixou companheiro(a):	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:		
28 - Vítima <input type="checkbox"/> Sim não tem filhos?	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: <input type="checkbox"/> Sim Falecidos: <input type="checkbox"/> Não	30 - Vítima deixou nascituro (ausente)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima tive irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: <input type="checkbox"/> Sim Falecidos: <input type="checkbox"/> Não	33 - Vítima deixou pais/mãe vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devidamente, a indenização do Seguro DPVAT, por morte, aqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer emissão de 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

Banco: Bradesco
Agencia: 237
Número: 47931
Data: 01/01/2012

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

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

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

40 - Local e Data,

Paraná
Marcos Vinícius P. Ramos

38 - 1º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPL.001 V002/2019

43 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

44 - Assinatura do Procurador (se houver)

vias CAIXA

LOTERIAS CAIXA - Série Loterias CAIXA

LATINA ECONOMICA FEDERAL

SAC: 0998 / 25.9301
DND/0037 0998 / 25.7424

276 30146661-2
03/01/2013 HORA DE 09:09:36
LOT: 15.019404-6 IENR: 025933
LOCAL/END: CARUARU
AG. VENCIMENTO: 30/01 CEDERTEF: 707315366

COMPROMISSO DE DEPÓSITO EM DINHEIRO
3036 011 00007001 1
MARCOS VINICIUS P RAMOS

VIA: 00 : 11,00

DEPÓSITO REALIZADO COM SUCESSO, A PREVISÃO
DO CRÉDITO NA CONTA 1 DE ATÉ 30 MINUTOS
276 30146661-2

1º VIA

1793

LATINA ECONOMICA FEDERAL

LOTERIAS CAIXA - Série Loterias CAIXA

LATINA ECONOMICA FEDERAL

100% sorteio de segunda-feira à quinta-feira

276 30146661-4

03/01/2013 HORA DE 09:06:54
LOT: 15.019404-6 IENR: 025933
LOCAL/END: CARUARU
AG. VENCIMENTO: 30/01 CEDERTEF: 707315366

COMPROMISSO DE ABERTURA DA POCO SALDO FACIL

NOME: MARCOS VINICIUS PINTO da RIBEIRO
ADERENCIA: 0010
OPERACAO: 013
CONTAS-DV: 000.000.007.001-1
DATA DA ABERTURA: 03/01/2013

LOTERIAS CAIXA

276 30146661-4

1º VIA

Boletim de Ocorrência



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
PÓLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
POSTO POLICIAL DO HOSPITAL REGIONAL DO AGreste - 00º CIRCUÍTICO
CARUARU

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N°. 19E2106000528

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

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia 26/10/2019 às 23:00

Fato ocorrido no endereço: MUNICÍPIO DE CARUARU, 1, RUA MANOEL DE ABREU, ESQUINA COM A AVENIDA CAIUCA. - Bairro: CARUCA - 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:
VEÍCULO (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): MARCOS VINICIUS PEREIRA RAMOS
VEÍCULO (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): DESCONHECIDO

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

DESCONHECIDO (não presente no plantão) - Sexo: Desconhecido
Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

MARCOS VINICIUS PEREIRA RAMOS (presente no plantão) - Sexo: Masculino
Mãe: MARIA JOSE PEREIRA RAMOS Pai: ANTONIO FERNANDO RAMOS MAGALHÃES Data de Nascimento: 17/1996
Naturalidade: CARUARU / PERNAMBUCO / BRASIL
Documentos: 188824770001/MEXIPE (RG), 7687769410 (CPF), 07093419081 (CNH) Estado Civil: SOLTEIRO(A)
Endereço: 27, GRAU INCOMPLETO Profissão: MOTOCYCLIST
Telefones Celulares:
- 81998287760
Endereço Residencial: MUNICÍPIO DE CARUARU, 1, RUA DESENVOLVIMENTO, 368, PERTO DO BAR DA PIABA. - CEP: 54.000-000 BORA VIETRA - CARUARU/PERNAMBUCO/BRASIL

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

MOTOCICLETA (VEÍCULO) 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: MOTOQUELETA/HONDA/CB 150 FAN MAX ESD1 Objeto apreendido: Não
Cor: VERMELHA - Quantidade: 1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)
Placa: DVV3848 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: 1B1678788 Chassi: 8GZK01880EN687478
Ano Fabricação/Modelo: COMBUSTIVEL ALCOOL/GASOL
2014/2014

MOTOCICLETA DESCONHECIDA (VEÍCULO) de propriedade do(s) Sr(s) DESCONHECIDO, que estava em posse do

file:///C:/Users/inv/infopolixml/B0EPreview.html

26/10/2019

Boletim de Ocorrência

Página 1 de 2

(a) S/(n) DESCONHECIDO

Categoria/Marca/Modelo: MOTOQUELETA/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 CAIÇARA E PETROPÓLIS NO CRUZAMENTO DA AVENIDA CAIÇARA E RUA MANOEL DE ABREU, FOI COLIDIDO POR UMA OUTRA MOTOCICLETA DESCONHECIDA QUE APÓS A COLISÃO TOMOU RUMO IGNORADO E NÃO SABIDO E A VÍTIMA FALOU QUE A COLISÃO OCORreu NA RODA DIANTEIRA DE SUA MOTO E COM O FATO FOI AO BÔLO 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 ÓRGÃO DA OCORRÊNCIA DE NÚMERO 19002200588 QUE CONSTAR TAMBÉM QUE A VÍTIMA FOI TRANSPORTADA PARA ESTA UNIDADE HOSPITALAR ONDE RECEBEU OS NÚMEROS DE ATENDIMENTO E PRONTUÁRIO: 512167 E 338242, ONDE FOI ENCAMINHADO AO SETOR CIRÚRGICO, FICANDO NAS DEPENDÊNCIAS DESTA UNIDADE POR CERCA DE 16 DIAS.

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

Marcos Vinícius P. Ramos
MARcos VINICIUS PEREIRA
RAMOS
(VITIMÁ)

B.O. registrado por: ANTONIO JOSE RIBEIRO SOARES - Matrícula: 201004-6



3190607687

Boletim de Ocorrência



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
POSTO POLICIAL DO HOSPITAL REGIONAL DO AGreste - 90º CIRCUNSCRIÇÃO
CARUARU

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N°: 19E2106000528

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

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia 23/10/2019 às 22:00

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

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

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:
VEÍCULO (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): MARCOS VINICIUS PEREIRA RAMOS.
VEÍCULO (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
Endereço: 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: 17/10/1988
Naturalidade: CARUARU / PERNAMBUCO / BRASIL
Documentos: 310002672886/MEX/PE (RG), 70372749416 (CPF), 07093418033 (CRM) Estado Civil: SOLTEIRO(A)
Endereço: 2º. GRAU INCOMPLETO Profissão: MOTOBOY
Telefones Celulares:
219388381793

Endereço Residencial: MUNICÍPIO DE CARUARU, 1, RUA DESENVOLVIMENTO, 368, PERTO DO BAR DA PIASA. - CEP: 54.000-000 - BAIRRO: BOA VISTA - CARUARU/PERNAMBUCO/BRASIL

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

MOTOCICLETA (VEÍCULO) 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 150FAN MAX EDI Objeto apreendido: Não
Cor: VERMELHA - Quantidade: 1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)
Placa: GYV8548 (PERMANECERAM NÃO INFORMADO) Renavam: 181876736 Chassi: 8GDKC168MEH587478
Ano Fabricação/Modelo: 2014/2014 Combustível: ALCOOL/GASOL

MOTOCICLETA DESCONHECIDA (VEÍCULO) de propriedade do(s) S/(A) DESCONHECIDO que estava em posse do

file:///C:/Users/inv/infopolice/EPreview.html

23/10/2019

Boletim de Ocorrência

Página 2 de 2

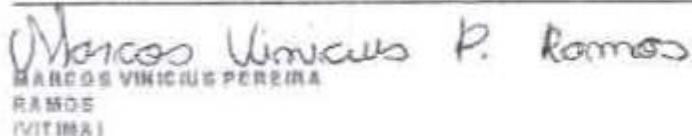
(a) S/(A) DESCONHECIDO

Categoria/Marca/Modelo: MOTOCICLETA/NÃO INFORMADO Objeto apreendido: Não
Unidade: 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 PETROPÓLIS E NO CRUZAMENTO DA AVENIDA CAIUCA E RUA MANOEL DE ABREU, FOICOLIDIDO POR UMA OUTRA MOTOCICLETA DESCONHECIDA QUE APÓS A COLISÃO TOMOU RUMO IGNORADO E NÃO BATEDE A VÍTIMA FALOU QUE A COLISÃO OCORREU NA RODA DIANTEIRA DE SUA MOTO E COM O FATO FOI AO SOLO E LÁ SENTIU DOR NA Perna esquerda e desmaiou e acordou com a chegada de uma equipe do SAMU e para constar apresenta uma declaração daquele orgão da ocorrência de número 1808240888 que consta também que a vítima foi transportada para esta unidade hospitalar onde recebeu os números de atendimento e prontuário: #121267 e 339242, onde foi encaminhado ao setor cirúrgico, ficando nas dependências desta unidade por cerca de 16 dias.

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


MARcos VINICIUS PEREIRA
RAMOS
(VITIMA)

H. O. registrado por: ANTONIO JOSE RIBEIRO SOARES - Matrícula: 381001-6



317-607687



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO

POSTO POLICIAL DO HOSPITAL REGIONAL DO AGreste - 90º CIRCUNSCRIÇÃO CARUARU

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N°. 19E2106000528

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

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

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE CARUARU, 1, RUA MANOEL DE ABREU, ESQUINA COM A AVENIDA CAIUGA.** - Bairro: **CAIUGA - 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:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): MARCOS VINICIUS PEREIRA RAMOS

VEÍCULO: (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** Nk: **MARIA JOSE PEREIRA RAMOS**
Pai: **ANTONIO FERNANDO RAMOS MAGALHÃES** Data de Nascimento: **1/7/1998** Naturalidade: **CARUARU / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **210882672988/MEX/PE (RG), 70372748410 (CPF), 07083419083 (CNH)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **2º GRAU INCOMPLETO** Profissão: **MOTOBOM** Telefones Celulares: **- 81999351793**

Endereço Residencial: **MUNICÍPIO 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 (VEÍCULO) 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: **GYV3548** (PERNAMBUCO NÃO INFORMADO) Renavam: **101076788** Chassi: **9C2KC1880EH1587478**
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 VITIMA 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 APÓS A COLISÃO TOMOU RUMO IGNORADO E NÃO SABIDO EA VITIMA 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 OCORRÊNCIA DE NUMERO 1905260569 QUE CONSTAR TAMBÉM QUE A VITIMA FOI TRANSPORTADA PARA ESTA UNIDADE HOSPITALAR ONDE RECEBEU OS NUMEROS DE ATENDIMENTO E PRONTUARIO: 512157 E 339248, ONDE FOI ENCAMINHADO AO SETOR CIRÚRGICO, 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

