

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
DEPARTAMENTO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1485415452

MARIO JARDOLIN DE ARAUJO

DOC. IDENTIDADE / GRS. EMISSOR / UF
2923963 SDS PE

CPF 386.058.134-15 DATA NASCIMENTO 04/09/1966

FILIAÇÃO
ANTONIO FERREIRA FILHO
MARIA JOSE SIQUEIRA

PERMANÊNCIA
ACQ. CAT. HAB.
HABITUAÇÃO

Nº REGISTRO 00556750633 VALIDADE 27/09/2023 DATA EMISSÃO 04/06/1996

OBSERVAÇÕES

Mario Jardolín de Araújo
ASSINATURA DO TITULAR

LOCAL
CARUARU, PE DATA EMISSÃO 20/08/2017

[Assinatura]
Oscar Antonio Sousa Ribeiro
Diretor Presidente
DEPARTAMENTO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO

94188543540
28265929256

PERNAMBUCO

ARUANA SEGURADORA
29 JUL 2013

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PE Nº 014804953716
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA ODD. RENAVAM N.N.T.R.C. EXERCÍCIO
1 980961645 ***** 2019

NOME
AGOSTINHO ANTONIO SOUZA SILVA

BREJO DA MADRE DE DEUS-PE

CPF / CNPJ PLACA
088.297.704-00 KJX2996

PLACA ANT. / UF CHASSI
***** / PE 9C2JC30708R670071

ESPECIE TIPO COMBUSTIVEL
PAS / MOTOCICLETA GASOLINA

MARCA / MODELO ANO FAB. ANO MOD.
HONDA / CG 125 FAN 2008 2008

CAP. / POT. / CIL. CATEGORIA COR PREDOMINANTE
2P / 124CL PARTIC PRETA

I P V A	COTA ÚNICA		VENC. COTA ÚNICA	VENC. / COTAS
	IPVA 2019 QUITADO		1*	*****
	FAIXA I.P.V.A.	PARCELAMENTO / COTAS	2*	*****
	1	*****	3*	*****

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) IOF (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO
80.11 0.32 84.58 03/04/19

OBSERVAÇÕES

SEM RESERVA
NÃO VALE PARA TRANSFERÊNCIA

LOCAL DATA
BREJO DA MADRE DE DEUS 06/04/19

Roberto Carlos Moreira Fontelles
DIRETOR PREVIDENTE DETRAN/PE

ARUANA SEGURODORA
29 JUL 2019

ARUANA**SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS****INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS****ID****IDENTIFICAÇÃO**

VÍTIMA MARCANDOS ALVES FEITOSA BARROS
DATA DO ACIDENTE 04.05.2013 CPF DA VÍTIMA 333 337 424-80
PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO MARIO JANDOIR DE ARAUJO
QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR () VÍTIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM A VÍTIMA É _____
ENDEREÇO DO PORTADOR RUA COLOMBIA
Nº 43 COMPLEMENTO _____ BAIRRO MAURICIO DE NASSAU
CIDADE CARIARU UF PE CEP 55012-560
E-MAIL M5SEGURO@GMAIL.COM TELEFONE (81) 9.9832-9777
9.8216-6977

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- (X) REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
(X) CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
(X) CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
(X) NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL) QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA
(X) BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
(X) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
(X) AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TALS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
() PROCURAÇÃO E CIRCULAR 445 (NO CASO DO REPRESENTANTE SER PROCURADOR)

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- () REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
() CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
() NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
() AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TALS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
() PROCURAÇÃO E CIRCULAR 445 (NO CASO DO REPRESENTANTE SER PROCURADOR)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- VALORES DE INDENIZAÇÃO**
- MORTE = R\$ 13.500,00
 - INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
 - DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.
- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA
• COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
• PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO APRESENTADA

DATA _____

IDENTIDADE _____

ASSINATURA _____

RESPONSÁVEL PELA DIGITALIZAÇÃO NA SEGURADORA

DATA _____

NOME _____

ASSINATURA _____

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190451544 **Cidade:** Jataúba **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARCONDES ALVES FEITOSA BARROS **Data do acidente:** 04/05/2019 **Seguradora:** BANESTES SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 05/08/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DE TÍBIA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS). ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DE MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Documentos complementares:

Observações: PÁG 4/5_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 funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190451544 **Cidade:** Jataúba **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARCONDES ALVES FEITOSA BARROS **Data do acidente:** 04/05/2019 **Seguradora:** BANESTES SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 16/10/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DE TÍBIA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS).

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida: Sim

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DE MEMBRO INFERIOR DIREITO.

**Documentos
complementares:**

Observações: @1

CONFORME DOCUMENTO MÉDICO, COM DATA DE 17/09/2019, EMITIDA PELO DR. NILTON PEREIRA DE BARROS, CRM No. 10660, DO HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE. (PÁGINA 7)

APÓS FEITA REVISÃO DA AMD REALIZADA EM 06/08/2019, EVIDENCIAMOS QUE A SEQUELA JÁ FOI INDENIZADA CONFORME TABELA PREVISTA EM LEI VIGENTE.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190451544 **Cidade:** Jataúba **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARCONDES ALVES FEITOSA BARROS **Data do acidente:** 04/05/2019 **Seguradora:** BANESTES SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 06/08/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DE TÍBIA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS). ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DE MEMBRO INFERIOR DIREITO.

**Documentos
complementares:**

Observações: PÁG 4/5_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 funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190451544 **Cidade:** Jataúba **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARCONDES ALVES FEITOSA BARROS **Data do acidente:** 04/05/2019 **Seguradora:** BANESTES SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 16/10/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DE TÍBIA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS).

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida: Sim

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DE MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Documentos complementares:

Observações: @1

CONFORME DOCUMENTO MÉDICO, COM DATA DE 17/09/2019, EMITIDA PELO DR. NILTON PEREIRA DE BARROS, CRM No. 10660, DO HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE. (PÁGINA 7)

APÓS FEITA REVISÃO DA AMD REALIZADA EM 06/08/2019, EVIDENCIAMOS QUE A SEQUELA JÁ FOI INDENIZADA CONFORME TABELA PREVISTA EM LEI VIGENTE.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
DEPARTAMENTO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1485415452

MARIO JARDOLIN DE ARAUJO

DOC. IDENTIDADE / GRS. EMISSOR / UF
2923963 SDS PE

CPF 386.058.134-15 DATA NASCIMENTO 04/09/1966

FILIAÇÃO
ANTONIO FERREIRA FILHO
MARIA JOSE SIQUEIRA

PERMANÊNCIA
ACQ. CAT. HAB.
HABITUAÇÃO

Nº REGISTRO 00556750633 VALIDADE 27/09/2023 DATA EMISSÃO 04/06/1996

OBSERVAÇÕES

Mario Jardolín de Araújo
ASSINATURA DO TITULAR

LOCAL
CARUARU, PE DATA EMISSÃO 28/08/2017

[Assinatura]
Oscar Antonio Sousa Ribeiro
Diretor Presidente
DEPARTAMENTO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO

94188543540
28265929256

PERNAMBUCO

ARUANA SEGURADORA
29 JUL 2013



Secretaria Municipal de Saúde
Unidade Mista Ana Argemira Correia



Resumo do Atendimento de Pacientes

Paciente: MARCONDES ALVES FEITOSA BARROS

CNS/Registro: 900000000050844

Sexo: M Data de Nascimento: 20/04/1988

Profissão: Trabalhadores agropecuários polivalentes e trabalhadores assemelhados

Filiação: Mãe: SONIA MARIA ALVES FEITOSA

Pat: SEBASTIÃO DE MELO BARROS

Endereço: SÍTIO OITIS

Nº BREJO DA MADRE DE DEUS - PE

Nº do Atendimento	Data do Atendimento	Diagnostico Provisorio	IDADE
1 0000505892	04/05/2019	VITIMA DE COLISÃO COM MOTO <i>On</i>	31 ANO(S)

ARUANA SEGURADORA
29 JUL 2019



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
FUNDAÇÃO DE SAÚDE AMAURY DE MEDEIROS - FUSAM
HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

Usuário da Internação
MARIAESS



513858

SUMÁRIO DE ADMISSÃO E ALTA

1 - Identificação do Paciente - Data Int.: 31/05/2019 09:53 Atendimento: 513858 Nº AIH: _____

Nome: MARCONDES ALVES FEITOSA BARROS

Prontuário: 338029

Data Nasc.: 20/04/1988

Idade: 31

Sexo:

MASCULINO

Cor: PARDAS

Religião:

CPF: 11331742480

RG: 9349266

CNS: 702402514719027

Endereço: SÍTIO CITI

Nº: 0

Bairro: ZONA RURAL

Cidade: BREJO DA MADRE DE DEUS

Estado: PE

CEP: 55172973

Fone: 96107716

Profissão: AGRICULTOR

Nome da Mãe: SÔNIA MARIA ALVES FEITOSA

Nome do Conjuge:

Nome:

Parentesco:

RG:

Fone:

2 - Internar Para

Clínica: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Unidade de Internação: ORTOPEDIA

Leito: ORTOPEDIA 55

Diagnóstico Inicial

(Constante do Laudo Médico):

CID: _____

Procedimento Solicitado:

CÓD.: _____

Procedimento Realizado:

CÓD.: _____

3 - Atendimento Médico

Méd. Laudo Ass./Carimbo	Cirurgião Ass./Carimbo	1º Aux. Cirurg. Ass./Carimbo	Ass./Carimbo 2º Aux. Cirurg.	Anestesiista Ass./Carimbo	Méd. Assist. Ass./Carimbo

4 - Procedimentos Especiais

- ☐ MUDANÇA DE PROCEDIMENTOS
- ☐ DIÁRIA DE UTI
- ☐ DIÁRIA DE ACOMPANHANTE
- ☐ VACINA ANTI RH
- ☐ USO DE DERIVADOS DE SANGUE
- ☐ USO DE PRÓTESE, ORTESE
- ☐ USO DE FATORES DE COAGULAÇÃO
- ☐ USO DE OXIGENADORES
- ☐ NUTRIÇÃO PARENTERAL

5 - História Clínica

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO

MOTIVO DE ALTA

DATA DE INTERNAMENTO	DATA DE ALTA	DIAS DE HOSPITALIZAÇÃO
31/05/2019 09:53		



COOPERATIVA DOS MÉDICOS
ANESTESIOLOGISTAS DO INTERIOR DE RJ

FICHA DE ANESTESIA

N 221259

NOME: Mariândes Alves Feitosa REGISTRO: 338029 CATEGORIA: SUS
HOSPITAL: M R A SEXO: ☒ F ☐ M COF. RAC. 34 IDADE: 15 ANOS DATA: 13/06/13

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: Prat de afecção de Tórax

PESO: 88 kg PA: 150 x 90 mm Hg FC: 110 BPM RESPIRAÇÃO: 20 IRM: F

DIAGNÓSTICO FISIOPATOLÓGICO

CODIGO CIRURGIA

FORTE

OPERAÇÃO PROPOSTA

Prat cirúrgico de fratura de
tórax

OPERAÇÃO REALIZADA

o mesmo

15:30 16:30 17:30

100 200 300 400 500 600

15:30 16:30 17:30

DRUGAS	QTD	QUANTIDADE
1) Diazepam	2g	
2) Remif	75 mg	
3) midz	35 mg	
4) morfina	80 mg	
5) bupiv	13 mg	
6) de ka	10 mg	
7) clonazepam	2g	
8) naloxona	4 mg	
9) lorazepam	40 mg	

TECNICA ANESTESICA: Raqui s/ intub

punção paravertebral C3-L4, c/
agulha Suroide nº 27, s/ intub

INDICAÇÃO DA OPERAÇÃO

DURAÇÃO DA ANESTESIA

☒ ECG ☐ CAPNÓGRAFO ☐ PVL ☐
☐ O. VESIGAL ☐ TEMPERATURA ☐
☐ LINHA ARTERIAL ☐ MONITOR DO BISTÓMIO CÉREBRAL

ARUANA SEGURODORA
29 JUL 2013

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

Unidade de Saúde: HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

Paciente:	Murilo de Alencar Furtado	Nº do Registro:	338029
Clinica:	Ortopedia	Nº do Leito:	
Operador:	Wyllson Gonç. de Lima		
1º Assistente:		2º Assistente:	
Instrumentador:		Anestesista:	
Anestesista:		Duração:	
Data da Operação:		Início:	Término:

Diagnóstico Pre-Operatório:

fratura de fêmur do joelho

Diagnóstico Pós-Operatório:

Operação Proposta:

Operação Realizada:

Osteossíntese e redução da fratura

DESCRIÇÃO DO ATO OPERATÓRIO

A) Ref. em IDH no joelho

Anestesia e sedação

Operação de corte de pele

Anestesia cutânea e infiltração

Anestesia por bloqueio de nervos e infiltração

Osteossíntese com parafusos e placa metálica de fixação

Lavagem com solução antisséptica

Redução da fratura e aplicação de gesso

Placa DCT 4,5 + parafusos 5,0 + 6,0 mm + 02 pontos

9) osteossíntese de fratura de fêmur

10) curativos

11) sutura de joelho

12) alta

Dr. WYLLSON GONÇALVES DE LIMA
 ORTOPEDISTA
 29 JUL 2013



Dr. Gustavo

LIBÓRIO

CRM 15582 / TEOT 13985

ORTOPEDIA - CIRURGIA DO TRAUMA - RECONSTRUÇÃO E ALONGAMENTO ÓSSEO



ORTOP

ORTOPEDIA ESPECIALIZADA DO AGRESTE

Material de Sntes
Evoluiu com Mxpreta
Chaveiros e Defect de
foz. Menado

FISIOTERAPIA:

✓

ARIANA SEGURADORA
16 OUT 2019

Dr. Gustavo Libório
TRAUMA-RECONSTRUÇÃO
CRM 15582-TEOT 13985
TITULAR SBOT/ISSOT/ASAM

DATA DA ALTA MÉDICA:

03/10/19

DR. GUSTAVO LIBÓRIO
ORTOPEDIA/TRAUMA
RECONSTRUÇÃO

CRM 15582 - TEOT 13985

Dr. Gustavo Libório
TRAUMA-RECONSTRUÇÃO
CRM 15582-TEOT 13985
TITULAR SBOT/ISSOT/ASAM

3/10/19

Av. Agamenon Magalhães Nº 1116 - Maurício de Nassau
Caruaru-PE
81.3136.2983 / 9 9783.3052 TIM

ortop.agreste@hotmail.com



Dr. Gustavo

LIBÓRIO

CRM 15582 / TEOT 13985



ORTOP

ORTOPEDIA ESPECIALIZADA DO AGRESTE

ORTOPEDIA - CIRURGIA DO TRAUMA - RECONSTRUÇÃO E ALONGAMENTO ÓSSEO

LAUDO MÉDICO (DPVAT)

NOME/CPF:

113317-424-80

MOMENES ALVES FERREIRA PMS

LOCAL / DATA DO ACIDENTE

Fernandópolis - PE / 07/05/19

DATA DA CIRURGIA:

0 29/09/19

Dr. Gustavo Libório
TRAUMA - RECONSTRUÇÃO
CRM 15582 - TEOT 13985
TITULAR SEÇÃO SETOR 00001

HISTÓRIA CLÍNICA:

Acidente motocicleta com
fratura osso na perna
tratamento cirurgia

111

Av. Agamenon Magalhães Nº 1116 - Maurício de Nassau
Caruaru-PE ortop.agreste@hotmail.com
81.3136.2983 / 9 9783.3052 TIM



513223

SUMÁRIO DE ADMISSÃO E ALTA

1 - Identificação do Paciente Data Int.: 31/05/2019 09:53 Atendimento: 513658 Nº AIH: 3

Nome: MARCONDES ALVES FEITOSA BARRO

Prontuário: 338029

Data Nasc.: 20/04/1983

Idade: 37

Sexo: MASCULINO

Cor: PARD

Religião:

CPF: 11331742480

RG: 9349266

CNS: 702402514719027

Endereço: SÍTIO-DITI

Nº: 0

Bairro: ZONA RURAL

Cidade: BREJO DA MADRE DE DEUS

Estado: PE

CEP: 55172973

Fone: 96107716

Profissão: AGRICULTOR

Nome da Mãe: SÔNIA MARIA ALVES FEITOSA

Nome do Conjugue:

Nome:

Parentesco:

RG:

Fone:

2 - Internar Para

Clinica: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Unidade de Internação: ORTOPEDIA

Leito: ORTOPEDIA 55

Diagnóstico Inicial

(Constante do Laudo Médico):

CID:

Procedimento Solicitado:

COD:

Procedimento Realizado:

COD:

3 - Atendimento Médico

Méd. Laudo Ass./Carimbo	Cirurgião Ass./Carimbo	1º Aux. Cirurg. Ass./Carimbo	Ass./Carimbo 2º Aux. Cirurg.	Anestesista Ass./Carimbo	Méd. Assist. Ass./Carimbo

4 - Procedimentos Especiais

- ☐ MUDANÇA DE PROCEDIMENTOS
- ☐ DIÁRIA DE UTI
- ☐ DIÁRIA DE ACOMPANHANTE
- ☐ VACINA ANTI RH
- ☐ USO DE DERIVADOS DE SANGUE
- ☐ USO DE PRÓTESE, ORTESE
- ☐ USO DE FATORES DE COAGULAÇÃO
- ☐ USO DE OXIGENADORES
- ☒ NUTRIÇÃO PARENTERAL

5 - História Clínica

ARIANA SECUNDARIA

16 OUT 2019

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO

MOTIVO DE ALTA

DATA DE INTERNAMENTO	DATA DE ALTA	DIAS DE HOSPITALIZAÇÃO
31/05/2019 09:53		

N 221259

FICHA DE ANESTESIA

Amendes, Aires, Ectora

HRA

338029 SUS

110 31 15 30 13/06/19

front de fusão de tórax

88 150 90 140 20 20

o mesmo

to unguento de front de tórax

o mesmo

15.30 16.30 17.30

1000 ml 1000 ml 1000 ml

1500 ml 1500 ml

- 1) celazepam 20
- 2) barbit 15 mg
- 3) midaz 30 mg
- 4) morfin 80 mg
- 5) clorbut 13 mg
- 6) fentanyl 10 mg
- 7) dipriona 20
- 8) nauxam 4 mg
- 9) clonidina 40 mg

Rogon 1/2 intex
puncão paramédico 12-14, 15
unidade Serrão 12-14, 15 intex

ARMADA SEGURADORA
29 JUL 2019

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

Unidade de Saúde: HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

Paciente:

MARCOS ALVES FURTADO

Clínica:

Oftalmologia

Procedimento:

Alargamento da base da íris

1º Assistente:

2º Assistente:

Instituição:

Assistente:

Anestesia:

Duração:

Data da Operação:

Mês:

Ano:

Deposição em Operação:

Folha de Anestesia

Operação Proposta:

Unidade de Saúde:

Operação Realizada:

Operação de Alargamento da Base da Íris

DESCRIÇÃO DO ATO OPERATÓRIO

1) Pré-anestesia local

2) Anestesia tópica

3) Anestesia de corpo inteiro

4) Anestesia regional

5) Anestesia por bloqueio de nervos

6) Anestesia por bloqueio de nervos

7) Anestesia por bloqueio de nervos

8) Anestesia por bloqueio de nervos

9) Anestesia por bloqueio de nervos

10) Anestesia por bloqueio de nervos

11) Anestesia por bloqueio de nervos

12) Anestesia por bloqueio de nervos

13) Anestesia por bloqueio de nervos

14) Anestesia por bloqueio de nervos

15) Anestesia por bloqueio de nervos

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
 29 JUL 2013

29 JUL 2013

VENDEDOR/INSTRUMENTADOR

3000

PARAFUSOS DE INTERFERENCIA

PARAFUSOS CAVILADOS

QUANT. LOTE
QUANT. LOTE
QUANT. LOTE

STERILE EO

Validade: 2018-12

Lot: HA17034-1M

Apresentação: 5.0g - 10 mesh

STERILE EO

Validade: 2018-12

Lot: HA17034-1M

Apresentação: 5.0g - 10 mesh

HA17-91

HA17-91

MATERIAL

ESPECIFICAÇÃO

QUANT.

LOTE

Hospital

Convênio

Cidade

Nome do paciente

Médico

Membro Operado: Tibia D

Data da Cirurgia: 12/06/14



Estado do Encaminhamento: 51 - Pernambuco
 CEP: 52.060-210 - Recife - PE
 CNPJ: 24.261.657/0001-27 Insc. Est. 18.1.901.0740000-8
 Fones: (35) 3288-6554 / 3441-6966 Fax: (81) 3256-6781

CONTROLE DE MATERIAIS UTILIZADOS EM CIRURGIA
 Nº 059454 (RQ-06)
 2ª Via Cirúrgica

RECEITUÁRIO

Unidade:

Nome:

Registro Nº

Clinica:

Enfermria:

paciente em
tratamento
com a penicilina
glicosilada mantida
apostada do tratamento
por mais 60 dias
2094

Data

Dr. Nelson Pereira do Amaral
Oria
CRM 10.553

Médico - CRM

O primeiro Cigarro é uma passagem para o vício
Elaida Monteiro de Souza

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASI: 3190431544 3 - CPF da vítima: 333.357.424-80 4 - Nome completo da vítima: MARCONDES ALVES FEITOSA BARROS

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

5 - Nome completo: MARCONDES ALVES FEITOSA BARROS 6 - CPF: 333.357.424-80
7 - Profissão: RECLUSO 8 - Endereço: SI OLITAS 9 - Número: 40 10 - Complemento:
11 - Bairro: SI OLITAS 12 - Cidade: PREZO DA MADRE DE DEUS 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55370-000
15 - E-mail: MISSAGUARDADORA@GMAIL.COM 16 - Tel.(DDD)-93.92469777 339832-9727

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:
☒ RECLUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 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 as bancas abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: CONTA:
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: BANCO DO BRASIL - 003
AGÊNCIA: 1666 7 CONTA: 32.036 9
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

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

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

Pelo motivo assinado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

34

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

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

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: CARUARU - PE 16 de Agosto de 2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

03/07/2019

BANCO DO BRASIL

12:44:05

166610472

SEGUNDA VIA

0059

COMPROVANTE DE DEPOSITO EM CONTA CORRENTE
EM DINHEIRO

CLIENTE: MARCONDES A F BARROS

AGENCIA: 1666-7

CONTA:

32.026-9

DATA

03/07/2019

NR. DOCUMENTO

16.661.047.200.059

VALOR DINHEIRO

~~100.000~~

VALOR TOTAL

~~100.000~~

NR. AUTENTICACAO

3.9BB.5AD.E22.58C.448

LEIA NO VERSO COMO CONSERVAR ESTE DOCUMENTO,
ENTRE OUTRAS INFORMACOES.

ARUANA SEGURADORA

16 ABO 2019

DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

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

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 0800-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

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

Eu, AGOSTINHO ANTONIO BOUSA SILVA
RG nº 7876357, data de expedição 37/08/2005
Órgão S.D.S. PE, portador do CPF nº 088.297.704-00
com domicílio na cidade de BREJO DA N DE DEUS, no Estado de
PERNAMBUCO, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
RUA ARAÇA SÃO DOMINGO, nº 40
complemento CASA, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima
MARCONDES ALVES FEITOSA BARROS, cujo o condutor era
MARCONDES ALVES FEITOSA BARROS
Veículo: MOTO Modelo: HONDA CG 725 FAN Ano: 2008
Placa: K72 2996 Chassi: 9C2JC3070BR670071
Data do Acidente: 04/05/2019

Local e Data: SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE 04-07-2019

Agostinho Antonio Souza Silva
Assinatura do Declarante

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



TABELIONATO DE NOTAS E PROTESTO

Tabelfão: ISAAC AÉCIO FREITAS MIRANDA
Av. Tito Sbaiz Aragão, 174 - Centro
Santa Cruz do Capibaribe-PE - Fone: (81) 3731-9789

Reconheço por AUTENTICIDADE 1 firma(s) de: (1) AGOSTINHO
ANTONIO SOUZA SILVA
Dou fe. Santa Cruz do Capibaribe, 04/07/2019 - Total: 4,91.
Em Testemunho _____ da verdade
Juliana Monario de Souza - Escrevente
Selo(s): 0159487.0GP06201901 03990
* Consulte autenticidade em: www.tjpa.jus.br/salodigital.



ARUANA SEGURADORA
29 JUL 2019



AVENIDA GROS CABOÇA - NÚM. 1367 - SANTO AMARO RECIFE PE
CEP: 50040-000. Fone: (081) 0800 081 0195
Inscrição Estadual: 18.1.001.0014398-2
CNPJ: 08.769.035/0001-64
Qualidade da Água: www.compesa.com.br

Nº Documento: 2019056336914

Escritório: CARUARU

FATURA MENSAL DE ÁGUA E ESGOTO

MARIA JOSE DE SIQUEIRA ARAUJO
R COLOMBIA, N. 00043 - MAURICIO DE NASSAU CARUARU PE 55012-260
INSCRIÇÃO: 041.541.339.0189.000

GRUPO: 3

OPÇÃO DÉB. AUTOMÁTICO: 00633691.4

LIGADO	FACTIVEL	DATA DE INÍCIO	DATA DE FIM	TIPO DE CONSUMO	VOLUME
A03PD02937	25/04/2019	25/05/2019		REAL /	
ÁGUA					
LEIT. ANT.: 1632	CONSUMO: 15				
LEIT. ATUAL: 1647					
LEIT. ENT.: 1647					
ESGOTO					
LEIT. ANT.: 1632					
LEIT. ATUAL: 1647					
LEIT. ENT.: 1647					

HISTÓRICO DE CONSUMO

PERÍODO	CONSUMO
04/2019	15/
03/2019	19/
02/2019	17/
01/2019	6/
12/2018	13/
11/2018	20/
MÉDIA	15/

PARÂMETROS	EXIG. PELA PORT. MS 3.814/11	ANÁLISES REALIZADAS	ATENÇÃO À REGISTRAÇÃO
TURBIDEZ	166	166	166
COR APARENTE	166	166	166
CLORO RESIDUAL	166	166	166
COLIFORMES TOTAIS	166	166	166
E.Coli	166	166	166

OBSERVAÇÕES: (1) COLIFORMES TOTAIS AUSÊNCIA EM 25% 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 E TARIFAS

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS E TARIFAS	CONSUMO POR FAIXA	VALOR R\$
ÁGUA		
RESIDENCIAL 001 UNIDADE		
ATE 10 M3 - R\$ 41,30 (POR UNIDADE)	10 M3	41,30
11 M3 A 20 M3 - R\$ 4,74 POR M3	5 M3	23,70
MULTA P/IMPONTUALIDADE 04/2019		1,34

DESCRIÇÃO	BASE DE CÁLCULO	PERCENTUAL (%)	VALOR DO IMPOSTO
PIS	65,00	1,65	1,07
COFINS	65,00	7,63	4,94

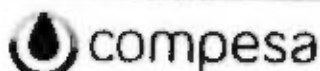
05/06/2019

TOTAL A PAGAR: 66,34

IDENTIFICAMOS A EXISTÊNCIA DE 2 FATURA(S) PENDENTES, NO TOTAL DE R\$ 167,33. REGULARIZE SEU DÉBITO E EVITE A NEGA-TIVAÇÃO E SUSPENSÃO DO FORNECIMENTO DE ÁGUA.

Emitido por: INTERNET

Emitido em: 05/06/2019



ATENDIMENTO: 0800-0810195
SAZAMENTOS: 0600-0810185

05/06/2019

CÓDIGO DE BARRAS

82850000000-0 66340018041-0 00633691401-5 05201970003-5



Arpe Agência de Regulação de Pernambuco

0800-2813844

00633691.4

05/2019-7

TOTAL A PAGAR:

66,34

VIA COMPESA

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECABEB/DOCORIGINAL.ASP?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

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

¹ Superintendência de Seguros Privados - SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras - COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu MARIO LAMBOIR DE ARAUJO inscrito (a) no CPF/CNPJ 386.058.334 / 25 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário MARCONDES ALVES FEITOSA BARROS inscrito (a) no CPF sob o Nº 113.317.424 / 80 do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima MARCONDES ALVES FEITOSA BARROS inscrito (a) no CPF sob o Nº 113.317.424 / 80, 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 COLOMBIA</u>		Número <u>213</u>	Complemento
Bairro <u>MURICIO DE MASCAL</u>	Cidade <u>CARUA RU</u>	Estado <u>PE</u>	CEP <u>55012-260</u>
E-mail <u>MARIO.LAMBOIR@EMAIL2.COM</u>		Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD) <u>81 3332 9772</u>

CARUA RU de 22 de Julho de 2017
Local e Data

Mario Lamboir de Araujo
Assinatura do Declarante

ARJANA SEGURADORA
29 JUL 2017

**CELPE****NOTA FISCAL - FATURA - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA**

Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife - PE CEP 50062-902
CNPJ 10.438.332/0001-58 | Insc. Est. 150005943-03 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE

MARCELA MARIA SOUZA SILVA

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

SILVIO S. M.

CPF: 007.420.184-95 RUA: 1637 ZURUBUBA

Cidade: PEQUENA RUA

BREJO DA MADEIRA L. DEUS P.L.
55176-000**CLASSIFICAÇÃO**B1 RESIDENCIAL
BAIXA RENDA COM NIS**CONTA CONTRATO**

7002919332

MESUNHO

06/2019

DATA DE VENCIMENTO

14/06/2019

DATA DE VENCIMENTO

09/07/2019

TOTAL A PAGAR (R\$)

30,96

Nº DA NOTA FISCAL	DATA	VALOR
066042320	14/06/2019	30,96

APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA INSTALAÇÃO
07082019	20105057	517111

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo até 30 kWh	30,000000	0,18506108	5,55
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	67,000000	0,31724757	21,26
Adesão ao Programa AMARELA			0,37
Contrib. Imp. Pública Municipal			3,21
Multa por atraso-NF 081184042 - 09/05/19			0,48
Juros por atraso-NF 081184042 - 09/05/19			0,08
Atualização ASPM-NF 081184042 - 08/05/19			0,07

TOTAL DA FATURA

30,96

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	DATA	LEITURA	DATA	LEITURA	Nº DE DIAS	CONSTANTE	ABASTE	CONSUMO (kWh)
5000495	CAT	28-05-2019	6.423,05	01-06-2019	6.539,00	28	1,00000		97,00

HISTÓRICO DE CONSUMO

Mês/Ano	Consumo (kWh)
JUN 18	57
JUL 18	78
AGO 18	75
SET 18	66
OCT 18	74
NOV 18	71
DEZ 18	78
JAN 19	65
FEB 19	68
MAR 19	68
ABR 19	62

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
ICMS	27,37	0,57
PIS	27,37	0,57
COFINS	27,37	0,57

COMPENSAÇÃO DE CONSUMO

COMPENSAÇÃO DE CONSUMO	VALOR (R\$)	VALOR (R\$)
Geração de Energia	12,00	48,71%
Transmissão	1,40	5,44%
Distribuição (Celpe)	8,02	31,20%
Perdas de Energia	0,94	3,65%
Recarga Social	0,98	3,81%
Taxas	0,25	0,97%
TOTAL	27,37	100%

TARIFAS APLICADASConsumo Ativo até 30 kWh
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh**RESERVA ADICIONAL**

1832 8029 8402 1904 2376 0013 2014 1452

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Registre-se em nosso site para receber a nota fiscal eletrônica. A nota fiscal eletrônica é emitida em nome da CELPE. Para mais informações, consulte o site www.celpe.com.br. O cliente é responsável por verificar a validade da nota fiscal eletrônica emitida. A nota fiscal eletrônica é emitida em nome da CELPE. Para mais informações, consulte o site www.celpe.com.br. O cliente é responsável por verificar a validade da nota fiscal eletrônica emitida. A nota fiscal eletrônica é emitida em nome da CELPE. Para mais informações, consulte o site www.celpe.com.br. O cliente é responsável por verificar a validade da nota fiscal eletrônica emitida.

As tarifas são geradas pela Companhia Energética de Pernambuco (CELPE) e são aplicadas sobre o consumo de energia elétrica. As tarifas são geradas pela Companhia Energética de Pernambuco (CELPE) e são aplicadas sobre o consumo de energia elétrica. As tarifas são geradas pela Companhia Energética de Pernambuco (CELPE) e são aplicadas sobre o consumo de energia elétrica.

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

CONSUMO	Nº DE INTERRUPÇÕES	TEMPO TOTAL (min)	TEMPO MÁXIMO (min)	TEMPO MÍNIMO (min)
DIÁRIO	0,00	11,10	22,20	11,10
SEMANAL	0,00	7,70	15,40	7,70
ANUAL	0,00	0,00	0,00	0,00

NÍVEL DE TENSÃO

TENSÃO NOMINAL (V)	NÍVEL DE TENSÃO (V)	NÍVEL DE TENSÃO (V)
220	220	220

Linha de Renda: 15,00 R\$ - Valor de Energia por Unidade de Consumo: R\$ 13,00

ARUANA SEGURADORA
29 JUL 2019



192

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins, em atenção ao pedido do Sr (a)

Marcos Aurélio Alves Feitosa Barros

CPF: 113.317.424-80 RG: 9.349.288/SDS-PE, que
consta nos registros de ocorrências do SAMU REGIONAL AGRESTE,
atendimento realizado por este serviço ao mesmo com ID - ID: 0221,
no dia 04/05/2019 às 14:40 h Endereço:

PE 160

Ponto de Referência: Em frente ao posto de Ozul

Bairro: Cobal Cidade: Jataúba - PE

Queixa: Acidente de moto

tendo sido enviada a: USP, que prestou atendimento a
vítima no local, transportando-a para o hospital:

Unidade Mista Ana Angélica Correia

Se liberado no local: _____

Recusou atendimento: _____

De acordo com o registro de informações do SAMU, foram realizados no (a)
paciente os seguintes procedimentos:

Calagem cervical; imobilização padrão, imo-
bilização de membros; punção venosa
periférica; monitorização cardíaca / oximetria

Jataúba, 27 de Maio de 2019.

Thaiza Millena Oliveira Bezerra
Enfermeira

GOEN-PE 477.356

Thaiza Millena Oliveira Bezerra

Coordenadora

SAMU Base Jataúba

ARUANA SEGURADORA
29 JUL 2019

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 333.337.424-80 3 - CPF da vítima: 333.337.424-80 4 - Nome completo da vítima: MARCONDES ALVES FEITOSA BARROS

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

5 - Nome completo: MARCONDES ALVES FEITOSA BARROS 6 - CPF: 333.337.424-80
7 - Profissão: RECUSO 8 - Endereço: SI OLITAS 9 - Número: 10 - Complemento:
11 - Bairro: JARDIM OLITAS 12 - Cidade: BREJO DA MADRE DE DEUS - 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55370-000
15 - E-mail: mseguro.lider@brb.com.br 16 - Tel. (DDD): 85.9246.8911 17 - Tel. (DDD): 85.9246.8911

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\$1.00 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)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: CONTA:
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)
☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: BANCO DO BRASIL - RJ
AGÊNCIA: 1666 7 CONTA: 32.026 9
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

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

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.394/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discordo do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

34

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

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

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

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, CARVALHO - PE 22 de Junho de 2019

X MARCONDES ALVES FEITOSA BARROS

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 111ª CIRCUNSCRIÇÃO - JATAÚBA - DP111ªCIRC
DINTER1/17ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E0201000291**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **04/07/2019** às **12:16**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **4/5/2019** no período da **Tarde**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE JATAUBA, 1, RODOVIA PE 160. PRÓXIMO AO POSTO OZAEI - Bairro: CENTRO - JATAUBA/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **RODOVIA ESTADUAL**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR / AGENTE)
AGOSTINHO ANTONIO SOUZA SILVA (OUTRO)
CLAUDENI MARIA DE SOUSA (TESTEMUNHA)
MARCONDES ALVES FEITOSA BARROS (VÍTIMA)



Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **MARCONDES ALVES FEITOSA BARROS**

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

MARCONDES ALVES FEITOSA BARROS (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **SÔNIA MARIA ALVES FEITOSA** Pai: **SEBASTIÃO DE MELO BARROS** Data de Nascimento: **20/4/1988** Naturalidade: **SUMÉ / PARAIBA / BRASIL** Documentos: **9349268/SDS/PE (RG), 11331742480 (CPF)** Estado Civil: **AMASIADO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **AGRICULTOR(A)** Telefones Celulares: **- 999208328**

Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE BREJO DA MADRE DE DEUS, 1, SÍTIO OITIS, ZONA RURAL DE BREJO DA MADRE DE DEUS - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - BREJO DA MADRE DE DEUS/PERNAMBUCO/BRASIL**

AGOSTINHO ANTONIO SOUZA SILVA (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **NÃO INFORMADO** / PERNAMBUCO / BRASIL

Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE BREJO DA MADRE DE DEUS, 1 - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - BREJO DA MADRE DE DEUS/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

CLAUDENI MARIA DE SOUSA (não presente ao plantão) - Sexo: **Feminino** Mãe: **NÃO INFORMADO** / PERNAMBUCO / BRASIL

Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE BREJO DA MADRE DE DEUS, 1, SÍTIO OITIS, ZONA RURAL DE BREJO DA MADRE DE DEUS - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - BREJO DA MADRE DE DEUS/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **AGOSTINHO ANTONIO SOUZA SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **MARCONDES ALVES FEITOSA BARROS**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 125** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRETA** - Quantidade: **01 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **KJZ2996** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: **980961845** Chassi: **9C2JC3070BR670071**
Ano Fabricação/Modelo: **2008/2008** Combustível: **GASOLINA**
Descrição: **HONDA CG 125 FAN**

Complemento / Observação

COMPARECEU A ESTA DEPOL. A PESSOA DE MARCONDES ALVES FEITOSA, DEVIDAMENTE QUALIFICADO NESTE BOE, O QUAL PASSOU A DECLARAR A ESTE POLICIAL DE PLANTÃO QUE: NO DIA 04 DE MAIO DO ANO EM CURSO, PERÍODO DA TARDE RETORNAVA DO CONGO PARAIBA PARA SUA CASA NA CIDADE DE BREJO DA MDE DE DEUS MAIS PRECISAMENTE NO SÍTIO M OITIS, PILOTANDO A MOTOCICLETA NESTE DESCRITA NAS MARGENS DA PE 160, E JÁ NESTE MUNICÍPIO JATÁUBA PRÓXIMO AO POSTO DE COMBUSTÍVEL DE OZAEI, COLIDIU COM UM VEÍCULO CROSFOX DE COR PRATA, PORÉM NÃO FORA ANOTADA A PLACA E NEM IDENTIFICADO SEU CONDUTOR QUE IGNOROU O OCORRIDO SEGUINDO SEM PRESTAR O DEVIDO SOCORRO A VÍTIMA, POIS ESTA AO COLIDIR COM O REFERIDO VEÍCULO CAIU E COM AQUELA SOFREU FRATURAS NOS MEMBROS SUPERIORES E INFERIORES DIREITO, SENDO ENTÃO ACIONADO O SAMU PARA OS PRIMEIROS SOCORROS, QUE APÓS A IMOBILIZAÇÃO DEVIDA O SOCORRERAM PARA A UNIDADE MISTA LOCAL, E DEVIDO AS LESÕES SOFRIAS MARCONDES FOI TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE NA CIDADE DE CARUARU.

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

MARCONDES ALVES FEITOSA BARROS
(VITIMA)

B.O. registrado por: **FABIO COELHO DE ARAUJO** - Matrícula: **150525-4**





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 111ª CIRCUNSCRIÇÃO - JATAÚBA - DP111ªCIRC
DINTER1/17ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E0201000291**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **04/07/2019** às **12:16**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **4/5/2019** no período da **Tarde**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE JATAUBA, 1, RODOVIA PE 160. PRÓXIMO AO POSTO OZAEI - Bairro: CENTRO - JATAUBA/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **RODOVIA ESTADUAL**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR \ AGENTE)
AGOSTINHO ANTONIO SOUZA SILVA (OUTRO)
CLAUDENI MARIA DE SOUSA (TESTEMUNHA)
MARCONDES ALVES FEITOSA BARROS (VÍTIMA)



Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): **MARCONDES ALVES FEITOSA BARROS**

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

MARCONDES ALVES FEITOSA BARROS (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: SÔNIA MARIA ALVES FEITOSA Pai: SEBASTIÃO DE MELO BARROS Data de Nascimento: 20/4/1988 Naturalidade: SUMÉ / PARAIBA / BRASIL Documentos: 9349268/SDS/PE (RG), 11331742480 (CPF) Estado Civil: AMASIADO(A) Escolaridade: 1º. GRAU INCOMPLETO Profissão: AGRICULTOR(A) Telefones Celulares: 999206328

Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE BREJO DA MADRE DE DEUS, 1, SÍTIO OITIS, ZONA RURAL DE BREJO DA MADRE DE DEUS - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - BREJO DA MADRE DE DEUS/PERNAMBUCO/BRASIL**

AGOSTINHO ANTONIO SOUZA SILVA (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: , Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE BREJO DA MADRE DE DEUS, 1 - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - BREJO DA MADRE DE DEUS/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

CLAUDENI MARIA DE SOUSA (não presente ao plantão) - Sexo: Feminino Mãe: , Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE BREJO DA MADRE DE DEUS, 1, SÍTIO OITIS, ZONA RURAL DE BREJO DA MADRE DE DEUS - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - BREJO DA MADRE DE DEUS/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **AGOSTINHO ANTONIO SOUZA SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **MARCONDES ALVES FEITOSA BARROS**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 125** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRETA** - Quantidade: **01 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **KJZ2996** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: **980961645** Chassi: **9C2JC3070BR670071**
Ano Fabricação/Modelo: **2008/2008** Combustível: **GASOLINA**
Descrição: **HONDA CG 125 FAN**

Complemento / Observação

COMPARECEU A ESTA DEPOL. A PESSOA DE MARCONDES ALVES FEITOSA, DEVIDAMENTE QUALIFICADO NESTE BOE, O QUAL PASSOU A DECLARAR A ESTE POLICIAL DE PLANTÃO QUE: NO DIA 04 DE MAIO DO ANO EM CURSO, PERÍODO DA TARDE RETORNAVA DO CONGO PARAIBA PARA SUA CASA NA CIDADE DE BREJO DA MDRE DE DEUS MAIS PRECISAMENTE NO SÍTIO M OITIS, PILOTANDO A MOTOCICLETA NESTE DESCRITA NAS MARGENS DA PE 160, E JÁ NESTE MUNICÍPIO JATUBA PRÓXIMO AO POSTO DE COMBUSTÍVEL DE OZAEI, COLIDIU COM UM VEÍCULO CROSFOX DE COR PRATA, PORÉM NÃO FORA ANOTADA A PLACA E NEM IDENTIFICADO SEU CONDUTOR QUE IGNOROU O OCORRIDO SEGUINDO SEM PRESTAR O DEVIDO SOCORRO A VÍTIMA, POIS ESTA AO COLIDIR COM O REFERIDO VEÍCULO CAIU E COM AQUELA SOFREU FRATURAS NOS MEMBROS SUPERIORES E INFERIORES DIREITO, SENDO ENTÃO ACIONADO O SAMU PARA OS PRIMEIROS SOCORROS, QUE APÓS A IMOBILIZAÇÃO DEVIDA O SOCORRERAM PARA A UNIDADE MISTA LOCAL, E DEVIDO AS LESÕES SOFRIAS MARCONDES FOI TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE NA CIDADE DE CARUARU.

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

MARCONDES ALVES FEITOSA BARROS
(VÍTIMA)

B.O. registrado por: **FABIO COELHO DE ARAUJO** - Matrícula: **150525-4**





2 - Nº do sinistro ou ASL:	3 - CPF da vítima:	4 - Nome completo da vítima:
	113.317.424-80	MARCONDES ALVES FEITOSA BARROS

5 - Nome completo: MARCONDES ALVES FELIÇA BARROS				6 - CPF: 313.317.424-80	
7 - Profissão: RECUSO		8 - Endereço: SÍTIO OLITAS		9 - Número: 10	
10 - Complemento:					
11 - Bairro: SÍTIO OLITAS		12 - Cidade: DREXO DA MADRE DE DEUS		13 - Estado: PE	
14 - CEP: 55370-000					
15 - E-mail: mssseguro.donacio@gmail.com				16 - Tel.(DDD): 85.9246.6841 8599332-9422	

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

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por Invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestação, caso discorde do seu conteúdo.

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

Azienda da testimoniare

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

03/07/2019 - BANCO DO BRASIL - 12:44:05
166610472 SEGUNDA VIA 0059
COMPROVANTE DE DEPOSITO EM CONTA CORRENTE
EM DINHEIRO

CLIENTE: MARCONDES A F BARROS
AGENCIA: 1666-7 CONTA: 32.026-9

DATA 03/07/2019
NR. DOCUMENTO 16.661.047.200.059
VALOR DINHEIRO *16.661,04*
VALOR TOTAL *16.661,04*

NR. AUTENTICACAO 3.9BB.5AD.E22.58C.448
LEIA NO VERSO COMO CONSERVAR ESTE DOCUMENTO,
ENTRE OUTRAS INFORMACOES.

ARUANA SEGURADORA
29 JUL 2019

Rio de Janeiro, 16 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190451544

Vítima: MARCONDES ALVES FEITOSA BARROS

Data do Acidente: 04/05/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: MARIO JANDOIR DE ARAUJO

Assunto: REANÁLISE DO PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MARCONDES ALVES FEITOSA BARROS

Após revisão da Análise Médica Documental ou perícia em 16/10/2019, verificou-se que a lesão permanente apresentada já foi adequadamente indenizada, nos termos da Lei nº 6.194, de 1974, não tendo sido identificado agravamento da invalidez permanente da vítima, ou nova lesão permanente decorrente do mesmo acidente de trânsito.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para você



Rio de Janeiro, 31 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190451544

Vítima: MARCONDES ALVES FEITOSA BARROS

Data do Acidente: 04/05/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: MARIO JANDOIR DE ARAUJO

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), MARCONDES ALVES FEITOSA BARROS

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\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Recebedor: MARCONDES ALVES FEITOSA BARROS

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 001

Agência: 000001666-7

Conta: 0000032026-9

Tipo: CONTA CORRENTE

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



Rio de Janeiro, 15 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190451544

Vítima: MARCONDES ALVES FEITOSA BARROS

Data do Acidente: 04/05/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: MARIO JANDOIR DE ARAUJO

Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO

Senhor(a), MARCONDES ALVES FEITOSA BARROS

Comunicamos que o banco indicado para recebimento do Seguro DPVAT rejeitou o depósito por problemas nos dados informados e, com isso, não foi possível concluir o seu pagamento.

Para nova tentativa de depósito, será necessário o envio de novo formulário de Autorização de Pagamento com os dados bancários atualizados e devidamente assinado.

O formulário está disponível no nosso site e deverá ser entregue na ARUANA SEGURADORA S/A, ponto de atendimento onde o pedido do Seguro DPVAT foi feito.

O prazo de 30 (trinta) dias para pagamento do Seguro PVAT foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber o documento solicitado. Caso 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, 31 de Julho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190451544

Vítima: MARCONDES ALVES FEITOSA BARROS

Data do Acidente: 04/05/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: MARIO JANDOIR DE ARAUJO

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MARCONDES ALVES FEITOSA BARROS

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

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 27/08/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MARCONDES ALVES FEITOSA BARROS

BANCO: 001

AGÊNCIA: 01666-7

CONTA: 000000032026-9

Nr. da Autenticação 28B856B44EEED48D

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0256883/19

Vítima: MARCONDES ALVES FEITOSA BARROS

CPF: 113.317.424-80

Seguradora: BANESTES SEGUROS S/A

Data do acidente: 04/05/2019

Titular do CPF: MARCONDES ALVES
FEITOSA BARROS

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

MARIO JANDOIR DE ARAUJO : 386.058.134-15

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

MARCONDES ALVES FEITOSA BARROS : 113.317.424-80

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 29/07/2019
Nome: MARIO JANDOIR DE ARAUJO
CPF: 386.058.134-15

MARIO JANDOIR DE ARAUJO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 29/07/2019
Nome: Josyelli de Oliveira Cabral
CPF: 054.598.464-55

Josyelli de Oliveira Cabral

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0256883/19

Número do Sinistro: 3190451544

Vítima: MARCONDES ALVES FEITOSA BARROS

CPF: 113.317.424-80

Seguradora: BANESTES SEGUROS S/A

Data do acidente: 04/05/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: MARCONDES ALVES
FEITOSA BARROS

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 16/10/2019
Nome: MARIO JANDOIR DE ARAUJO
CPF: 386.058.134-15

MARIO JANDOIR DE ARAUJO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 16/10/2019
Nome: ABENILDA MARIA BARBOSA
CPF: 028.384.474-40

ABENILDA MARIA BARBOSA

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE (Vítima beneficiária)

NOME: MARCONDES ALVES FEITOSA BARROS
IDENTIDADE: 9349268, CPF: 113 317 424-80

EST.CIVIL: SOLTEIRO, PROFISSÃO: AGRICULTOR

ENDEREÇO: ST OITIS N: 70

BAIRRO: ZONA RURAL

CIDADE: BREJO DA M DE DEUS, UF: PE

OUTORGADO (Procurador)

NOME: MARIO JANDOIR DE ARAUJO

RG: 2.923.963 SDS/PE, CPF: 386.058.134-15, EST.CIVIL: SOLTEIRO

PROFISSÃO: AUTONOMO.

END: RUA COLOMBIA N°43, BAIRRO: MAURICIO DE NASSAU, CIDADE: CARUARU, UF: PE.

Feio presente instrumento particular de procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me a seguradora líder dos consorcio do seguro DPVAT, a fim de dar entrada no pedido de indenização referente ao seguro obrigatório DPVAT da

VÍTIMA: MARCONDES ALVES FEITOSA BARROS
CPF: 113 317 424-80, COBERTURA: INVALIDEZ

Data do acidente: 04/05/2019

Marcodes Alves Feitosa Barros

ASSINATURA DO OUTORGANTE (VITIMA/BENEFICIÁRIO)

Reconhecer firma por autenticidade

BREJO DA M DE DEUS, 03 de JULHO de 2019

Local e data:

CARTÓRIO ÚNICO (TABELIONATO, REGISTRO DE IMÓVEIS, PROTESTO E TÍTULOS)

Av. Getúlio Vargas, nº 277 - Centro - Brejo da Madre de Deus - PE - Tel.: (81) 3747-1213

Reconheço Por Autenticidade a firma de MARCONDES ALVES FEITOSA BARROS

Doc. Fé. 03/07/2019 09:32:41 ROSEANA MARIA LIRA
VIEIRA DE OLIVEIRA - TABELIA - Emol. R\$ 3,39
TSNR R\$ 0,80 FERC R\$ 0,40 FERM R\$ 0,04 FUNSEG R\$ 0,08
ISS R\$ 0,20 - Total R\$ 4,91



Telo: 0073437, BR106201902.00068

*Consulte autenticidade em: www.tpo.gov.br

Cartório Único Ofício
Brejo da Madre de Deus - PE
(81) 3747-1213

GUANA SEGRADORA
29 JUL 2019

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190451544 **Cidade:** Jataúba **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARCONDES ALVES FEITOSA BARROS **Data do acidente:** 04/05/2019 **Seguradora:** BANESTES SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 06/08/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DE TÍBIA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS). ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DE MEMBRO INFERIOR DIREITO.

**Documentos
complementares:**

Observações: PÁG 4/5_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 funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190451544 **Cidade:** Jataúba **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARCONDES ALVES FEITOSA BARROS **Data do acidente:** 04/05/2019 **Seguradora:** BANESTES SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 16/10/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DE TÍBIA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS).

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida: Sim

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DE MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Documentos complementares:

Observações: @1

CONFORME DOCUMENTO MÉDICO, COM DATA DE 17/09/2019, EMITIDA PELO DR. NILTON PEREIRA DE BARROS, CRM No. 10660, DO HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE. (PÁGINA 7)

APÓS FEITA REVISÃO DA AMD REALIZADA EM 06/08/2019, EVIDENCIAMOS QUE A SEQUELA JÁ FOI INDENIZADA CONFORME TABELA PREVISTA EM LEI VIGENTE.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190451544 **Cidade:** Jataúba **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARCONDES ALVES FEITOSA BARROS **Data do acidente:** 04/05/2019 **Seguradora:** BANESTES SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 05/08/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DE TÍBIA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS). ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DE MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Documentos complementares:

Observações: PÁG 4/5_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 funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA MARCANDOS ALVES FEITOSA BARROS
 DATA DO ACIDENTE 04.05.2013 CPF DA VÍTIMA 333 337 424-80
 PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO MARIO JANDOIR DE ARAUJO
 QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR () VÍTIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM A VÍTIMA É _____
 ENDEREÇO DO PORTADOR RUA COLOMBIA
 Nº 43 COMPLEMENTO _____ BAIRRO MAURICIO DE NASSAU
 CIDADE CARIARU UF PE CEP 55012-560
 E-MAIL M55EGURO@ANDGIL@GMAIL.COM TELEFONE (81) 9.9832-9777
9.8216-6977

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- (X) REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- (X) CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- (X) CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- (X) NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL) QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA
- (X) BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- (X) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- (X) AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TALS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- () PROCURAÇÃO E CIRCULAR 445 (NO CASO DO REPRESENTANTE SER PROCURADOR)

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- () REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
- () NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- () AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TALS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- () PROCURAÇÃO E CIRCULAR 445 (NO CASO DO REPRESENTANTE SER PROCURADOR)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- VALORES DE INDENIZAÇÃO**
- MORTE = R\$ 13.500,00
 - INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
 - DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.
- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA
 - COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
 - PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO APRESENTADA

DATA _____

IDENTIDADE _____

ASSINATURA _____

RESPONSÁVEL PELA DIGITALIZAÇÃO NA SEGURADORA

DATA _____

NOME _____

ASSINATURA _____

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190451544 **Cidade:** Jataúba **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARCONDES ALVES FEITOSA BARROS **Data do acidente:** 04/05/2019 **Seguradora:** BANESTES SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 16/10/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DE TÍBIA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS).

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida: Sim

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DE MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Documentos complementares:

Observações: @1

CONFORME DOCUMENTO MÉDICO, COM DATA DE 17/09/2019, EMITIDA PELO DR. NILTON PEREIRA DE BARROS, CRM No. 10660, DO HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE. (PÁGINA 7)

APÓS FEITA REVISÃO DA AMD REALIZADA EM 06/08/2019, EVIDENCIAMOS QUE A SEQUELA JÁ FOI INDENIZADA CONFORME TABELA PREVISTA EM LEI VIGENTE.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PE Nº 014804953716
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA ODD. RENAVAM N.N.T.R.C. EXERCÍCIO
1 980961645 ***** 2019

NOME
AGOSTINHO ANTONIO SOUZA SILVA

BREJO DA MADRE DE DEUS-PE

CPF / CNPJ PLACA
088.297.704-00 KJX2996

PLACA ANT. / UF CHASSI
***** / PE 9C2JC30708R670071

ESPECIE TIPO COMBUSTIVEL
PAS / MOTOCICLETA GASOLINA

MARCA / MODELO ANO FAB. ANO MOD.
HONDA / CG 125 FAN 2008 2008

CAP. / POT. / CIL. CATEGORIA COR PREDOMINANTE
2P / 124CL PARTIC PRETA

I P V A	COTA ÚNICA		VENC. COTA ÚNICA	VENC. / COTAS
	IPVA 2019 QUITADO		1ª	*****
	FAIXA I.P.V.A.	PARCELAMENTO / COTAS	2ª	*****
	1	*****	3ª	*****

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) IOF (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO
80.11 0.32 84.58 03/04/19

OBSERVAÇÕES

SEM RESERVA
NÃO VALE PARA TRANSFERÊNCIA

LOCAL DATA
BREJO DA MADRE DE DEUS 06/04/19

Roberto Carlos Moreira Fontelles
DIRETOR PREVIDENTE DETRAN/PE

ARUANA SEGURODORA
29 JUL 2013

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO

EC-5



marcondes Alves Feitosa Barros

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 9.349.268

DATA DE EXPEDIÇÃO 05/12/2013

NOME << MARCONDES ALVES FEITOSA BARROS >>

FILIAÇÃO << SEBASTIÃO DE MELO BARROS >>
<< SÔNIA MARIA ALVES FEITOSA >>

NATURALIDADE SUMÉ - PB

DATA DE NASCIMENTO 20/04/1988

DOC. ORIGEM << 069922 01 55 1988 1 00004 521 >>

CPF 0003654 41 CAMALAU-PB >>

113.317.424-80

DELEGADO DE POLÍCIA GERAL DO I.D.

F-58 15.758 - 4431

MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal do Brasil

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO NO CPF
(Válido somente com documento de identificação.)

Nº do CPF: 113.317.424-80

Nome: MARCONDES ALVES FEITOSA BARROS

Data de Nascimento: 20/04/1988

Comprovante emitido às 08:55:32 do dia
15/03/2011 (hora e data de Brasília)

Código de Controle do Comprovante:
A9A9.447A.8FCA.92B5

Dígito Verificador: 00

A autenticidade deste comprovante deverá

ARUANA SEGURODORA
29 JUL 2013

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE (Vítima beneficiária)

NOME: MARCONDES ALVES FEITOSA BARROS
IDENTIDADE: 9349268, CPF: 113 317 424-80
EST.CIVIL: SOLTEIRO, PROFISSÃO: AGRICULTOR
ENDEREÇO: ST OITIS N: 70
BAIRRO: ZONA RURAL
CIDADE: BREJO DA M DE DEUS, UF: PE

OUTORGADO (Procurador)

NOME: MARIO JANDOIR DE ARAUJO
RG: 2.923.963 SDS/PE, CPF: 386.058.134-15, EST.CIVIL: SOLTEIRO
PROFISSÃO: AUTONOMO.
END: RUA COLOMBIA N°43, BAIRRO: MAURICIO DE NASSAU, CIDADE: CARUARU, UF: PE.

Feio presente instrumento particular de procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me a seguradora líder dos consorcio do seguro DPVAT, a fim de dar entrada no pedido de indenização referente ao seguro obrigatório DPVAT da VÍTIMA: MARCONDES ALVES FEITOSA BARROS
CPF: 113 317 424-80. COBERTURA: INVALIDEZ

Data do acidente: 04/05/2019

Marcodes Alves Feitosa Barros

ASSINATURA DO OUTORGANTE (VITIMA/BENEFICIÁRIO)

Reconhecer firma por autenticidade

BREJO DA M DE DEUS, 03 de JULHO de 2019

Local e data:

CARTÓRIO ÚNICO (TABELIONATO, REGISTRO DE IMÓVEIS, PROTESTO E TÍTULOS)

Av. Getúlio Vargas, nº 277 - Centro - Brejo da Madre de Deus - PE - Tel.: (81) 3747-1213

Reconheço Por Autenticidade a firma de MARCONDES ALVES FEITOSA BARROS
Doc. nº. 03/07/2019 09:32:41 ROSEANA MARIA LIRA
VIEIRA DE OLIVEIRA - TABELIA - Enol. R\$
3,39 TSMR R\$ 0,80 FERC R\$ 0,40 FERM R\$ 0,04 FUNSEG
R\$ 0,08 ISS R\$ 0,20 - Total R\$ 4,91



Telo: 0073437, BR106201902.00068

*Consulte autenticidade em: www.tpo.gov.br

Cartório Único Ofício
Brejo da Madre de Deus - PE
(81) 3747-1213

GUANA SEGRADORA
29 JUL 2019

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0256883/19

Vítima: MARCONDES ALVES FEITOSA BARROS

CPF: 113.317.424-80

Seguradora: BANESTES SEGUROS S/A

Data do acidente: 04/05/2019

Titular do CPF: MARCONDES ALVES
FEITOSA BARROS

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

MARIO JANDOIR DE ARAUJO : 386.058.134-15

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

MARCONDES ALVES FEITOSA BARROS : 113.317.424-80

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 29/07/2019
Nome: MARIO JANDOIR DE ARAUJO
CPF: 386.058.134-15

MARIO JANDOIR DE ARAUJO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 29/07/2019
Nome: Josyelli de Oliveira Cabral
CPF: 054.598.464-55

Josyelli de Oliveira Cabral

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0256883/19

Número do Sinistro: 3190451544

Vítima: MARCONDES ALVES FEITOSA BARROS

CPF: 113.317.424-80

Seguradora: BANESTES SEGUROS S/A

Data do acidente: 04/05/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: MARCONDES ALVES
FEITOSA BARROS

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 16/10/2019
Nome: MARIO JANDOIR DE ARAUJO
CPF: 386.058.134-15

MARIO JANDOIR DE ARAUJO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 16/10/2019
Nome: ABENILDA MARIA BARBOSA
CPF: 028.384.474-40

ABENILDA MARIA BARBOSA

Rio de Janeiro, 31 de Julho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190451544

Vítima: MARCONDES ALVES FEITOSA BARROS

Data do Acidente: 04/05/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: MARIO JANDOIR DE ARAUJO

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MARCONDES ALVES FEITOSA BARROS

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, 15 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190451544

Vítima: MARCONDES ALVES FEITOSA BARROS

Data do Acidente: 04/05/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: MARIO JANDOIR DE ARAUJO

Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO

Senhor(a), MARCONDES ALVES FEITOSA BARROS

Comunicamos que o banco indicado para recebimento do Seguro DPVAT rejeitou o depósito por problemas nos dados informados e, com isso, não foi possível concluir o seu pagamento.

Para nova tentativa de depósito, será necessário o envio de novo formulário de Autorização de Pagamento com os dados bancários atualizados e devidamente assinado.

O formulário está disponível no nosso site e deverá ser entregue na ARUANA SEGURADORA S/A, ponto de atendimento onde o pedido do Seguro DPVAT foi feito.

O prazo de 30 (trinta) dias para pagamento do Seguro PVAT foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber o documento solicitado. Caso 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, 31 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190451544

Vítima: MARCONDES ALVES FEITOSA BARROS

Data do Acidente: 04/05/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: MARIO JANDOIR DE ARAUJO

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), MARCONDES ALVES FEITOSA BARROS

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\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Recebedor: MARCONDES ALVES FEITOSA BARROS

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 001

Agência: 000001666-7

Conta: 0000032026-9

Tipo: CONTA CORRENTE

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



Rio de Janeiro, 16 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190451544

Vítima: MARCONDES ALVES FEITOSA BARROS

Data do Acidente: 04/05/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: MARIO JANDOIR DE ARAUJO

Assunto: REANÁLISE DO PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MARCONDES ALVES FEITOSA BARROS

Após revisão da Análise Médica Documental ou perícia em 16/10/2019, verificou-se que a lesão permanente apresentada já foi adequadamente indenizada, nos termos da Lei nº 6.194, de 1974, não tendo sido identificado agravamento da invalidez permanente da vítima, ou nova lesão permanente decorrente do mesmo acidente de trânsito.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 333.337.424-80 3 - CPF da vítima: 333.337.424-80 4 - Nome completo da vítima: MARCONDES ALVES FEITOSA BARROS

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

5 - Nome completo: MARCONDES ALVES FEITOSA BARROS 6 - CPF: 333.337.424-80
7 - Profissão: RECUSO 8 - Endereço: SI OLITAS 9 - Número: 10 - Complemento:
11 - Bairro: JARDIM OLITAS 12 - Cidade: BREJO DA MADRE DE DEUS - 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55370-000
15 - E-mail: mseguro.lider@br.com 16 - Tel. (DDD): 85.9246.8941 17 - Tel. (DDD): 85.9246.8941

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\$1.00 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):
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: CONTA:
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)
☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: BANCO DO BRASIL - RJ
AGÊNCIA: 1666 7 CONTA: 32.026 9
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

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

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discordo do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

34

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

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

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

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, CARVALHO - PE 22 de Junho de 2019

X MARCONDES ALVES FEITOSA BARROS

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

03/07/2019 - BANCO DO BRASIL - 12:44:05
166610472 SEGUNDA VIA 0059
COMPROVANTE DE DEPOSITO EM CONTA CORRENTE
EM DINHEIRO

CLIENTE: MARCONDES A F BARROS
AGENCIA: 1666-7 CONTA: 32.026-9

DATA 03/07/2019
NR. DOCUMENTO 16.661.047.200.059
VALOR DINHEIRO *16.661,04*
VALOR TOTAL *16.661,04*

NR. AUTENTICACAO 3.9BB.5AD.E22.58C.448
LEIA NO VERSO COMO CONSERVAR ESTE DOCUMENTO,
ENTRE OUTRAS INFORMACOES.

ARUANA SEGURADORA
29 JUL 2019



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 111ª CIRCUNSCRIÇÃO - JATAÚBA - DP111ªCIRC
DINTER1/17ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E0201000291**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **04/07/2019** às **12:16**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **4/5/2019** no período da **Tarde**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE JATAUBA, 1, RODOVIA PE 160. PRÓXIMO AO POSTO OZAEI - Bairro: CENTRO - JATAUBA/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **RODOVIA ESTADUAL**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR \ AGENTE)
AGOSTINHO ANTONIO SOUZA SILVA (OUTRO)
CLAUDENI MARIA DE SOUSA (TESTEMUNHA)
MARCONDES ALVES FEITOSA BARROS (VITIMA)



Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): MARCONDES ALVES FEITOSA BARROS

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

MARCONDES ALVES FEITOSA BARROS (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: SÔNIA MARIA ALVES FEITOSA Pai: SEBASTIÃO DE MELO BARROS Data de Nascimento: 20/4/1988 Naturalidade: SUMÉ / PARAIBA / BRASIL Documentos: 9349268/SDS/PE (RG), 11331742480 (CPF) Estado Civil: AMASIADO(A) Escolaridade: 1º. GRAU INCOMPLETO Profissão: AGRICULTOR(A) Telefones Celulares: - 999208328

Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE BREJO DA MADRE DE DEUS, 1, SÍTIO OITIS, ZONA RURAL DE BREJO DA MADRE DE DEUS - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - BREJO DA MADRE DE DEUS/PERNAMBUCO/BRASIL**

AGOSTINHO ANTONIO SOUZA SILVA (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: , Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE BREJO DA MADRE DE DEUS, 1 - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - BREJO DA MADRE DE DEUS/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

CLAUDENI MARIA DE SOUSA (não presente ao plantão) - Sexo: Feminino Mãe: , Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE BREJO DA MADRE DE DEUS, 1, SÍTIO OITIS, ZONA RURAL DE BREJO DA MADRE DE DEUS - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - BREJO DA MADRE DE DEUS/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **AGOSTINHO ANTONIO SOUZA SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **MARCONDES ALVES FEITOSA BARROS**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 125** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRETA** - Quantidade: **01 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **KJZ2996** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: **980961845** Chassi: **9C2JC3070BR670071**
Ano Fabricação/Modelo: **2008/2008** Combustível: **GASOLINA**
Descrição: **HONDA CG 125 FAN**

Complemento / Observação

COMPARECEU A ESTA DEPOL. A PESSOA DE MARCONDES ALVES FEITOSA, DEVIDAMENTE QUALIFICADO NESTE BOE, O QUAL PASSOU A DECLARAR A ESTE POLICIAL DE PLANTÃO QUE: NO DIA 04 DE MAIO DO ANO EM CURSO, PERÍODO DA TARDE RETORNAVA DO CONGO PARAIBA PARA SUA CASA NA CIDADE DE BREJO DA MDR DE DEUS MAIS PRECISAMENTE NO SÍTIO M OITIS, PILOTANDO A MOTOCICLETA NESTE DESCRITA NAS MARGENS DA PE 160, E JÁ NESTE MUNICÍPIO JATAUBA PRÓXIMO AO POSTO DE COMBUSTÍVEL DE OZAEI, COLIDIU COM UM VEÍCULO CROSFOX DE COR PRATA, PORÉM NÃO FORA ANOTADA A PLACA E NEM IDENTIFICADO SEU CONDUTOR QUE IGNOROU O OCORRIDO SEGUINDO SEM PRESTAR O DEVIDO SOCORRO A VÍTIMA, POIS ESTA AO COLIDIR COM O REFERIDO VEÍCULO CAIU E COM AQUELA SOFREU FRATURAS NOS MEMBROS SUPERIOR E INFERIOR DIREITO, SENDO ENTÃO ACIONADO O SAMU PARA OS PRIMEIROS SOCORROS, QUE APÓS A IMOBILIZAÇÃO DEVIDA O SOCORRERAM PARA A UNIDADE MISTA LOCAL, E DEVIDO AS LESÕES SOFRIAS MARCONDES FOI TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE NA CIDADE DE CARUARU.

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

MARCONDES ALVES FEITOSA BARROS
(VITIMA)

B.O. registrado por: **FABIO COELHO DE ARAUJO** - Matrícula: **150525-4**





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 111ª CIRCUNSCRIÇÃO - JATAÚBA - DP111ªCIRC
DINTER1/17ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E0201000291**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **04/07/2019** às **12:16**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **4/5/2019** no período da **Tarde**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE JATAUBA, 1, RODOVIA PE 160. PRÓXIMO AO POSTO OZAEI - Bairro: CENTRO - JATAUBA/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **RODOVIA ESTADUAL**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR \ AGENTE)
AGOSTINHO ANTONIO SOUZA SILVA (OUTRO)
CLAUDENI MARIA DE SOUSA (TESTEMUNHA)
MARCONDES ALVES FEITOSA BARROS (VÍTIMA)



Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): MARCONDES ALVES FEITOSA BARROS

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

MARCONDES ALVES FEITOSA BARROS (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: SÔNIA MARIA ALVES FEITOSA Pai: SEBASTIÃO DE MELO BARROS Data de Nascimento: 20/4/1988 Naturalidade: SUMÉ / PARAIBA / BRASIL Documentos: 9349268/SDS/PE (RG), 11331742480 (CPF) Estado Civil: AMASIADO(A) Escolaridade: 1º. GRAU INCOMPLETO Profissão: AGRICULTOR(A) Telefones Celulares: 999206328

Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE BREJO DA MADRE DE DEUS, 1, SÍTIO OITIS, ZONA RURAL DE BREJO DA MADRE DE DEUS - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - BREJO DA MADRE DE DEUS/PERNAMBUCO/BRASIL**

AGOSTINHO ANTONIO SOUZA SILVA (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: , Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE BREJO DA MADRE DE DEUS, 1 - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - BREJO DA MADRE DE DEUS/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

CLAUDENI MARIA DE SOUSA (não presente ao plantão) - Sexo: Feminino Mãe: , Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE BREJO DA MADRE DE DEUS, 1, SÍTIO OITIS, ZONA RURAL DE BREJO DA MADRE DE DEUS - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - BREJO DA MADRE DE DEUS/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **AGOSTINHO ANTONIO SOUZA SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **MARCONDES ALVES FEITOSA BARROS**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 125** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRETA** - Quantidade: **01 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **KJZ2996** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: **980961645** Chassi: **9C2JC3070BR670071**
Ano Fabricação/Modelo: **2008/2008** Combustível: **GASOLINA**
Descrição: **HONDA CG 125 FAN**

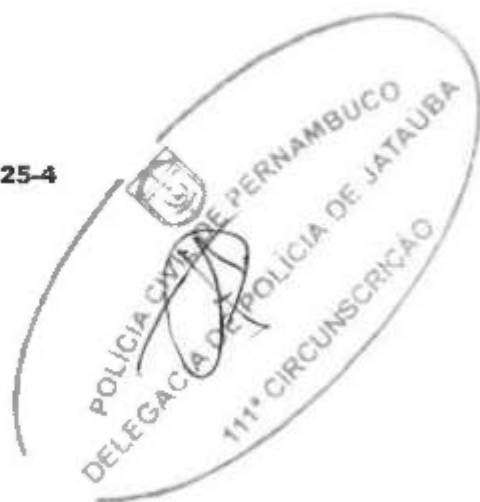
Complemento / Observação

COMPARECEU A ESTA DEPOL. A PESSOA DE MARCONDES ALVES FEITOSA, DEVIDAMENTE QUALIFICADO NESTE BOE, O QUAL PASSOU A DECLARAR A ESTE POLICIAL DE PLANTÃO QUE: NO DIA 04 DE MAIO DO ANO EM CURSO, PERÍODO DA TARDE RETORNAVA DO CONGO PARAIBA PARA SUA CASA NA CIDADE DE BREJO DA MDRE DE DEUS MAIS PRECISAMENTE NO SÍTIO M OITIS, PILOTANDO A MOTOCICLETA NESTE DESCRITA NAS MARGENS DA PE 160, E JÁ NESTE MUNICÍPIO JATUBA PRÓXIMO AO POSTO DE COMBUSTÍVEL DE OZAEI, COLIDIU COM UM VEÍCULO CROSFOX DE COR PRATA, PORÉM NÃO FORA ANOTADA A PLACA E NEM IDENTIFICADO SEU CONDUTOR QUE IGNOROU O OCORRIDO SEGUINDO SEM PRESTAR O DEVIDO SOCORRO A VÍTIMA, POIS ESTA AO COLIDIR COM O REFERIDO VEÍCULO CAIU E COM AQUELA SOFREU FRATURAS NOS MEMBROS SUPERIORES E INFERIORES DIREITOS, SENDO ENTÃO ACIONADO O SAMU PARA OS PRIMEIROS SOCORROS, QUE APÓS A IMOBILIZAÇÃO DEVIDA O SOCORRERAM PARA A UNIDADE MISTA LOCAL, E DEVIDO AS LESÕES SOFRIAS MARCONDES FOI TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE NA CIDADE DE CARUARU.

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

MARCONDES ALVES FEITOSA BARROS
(VÍTIMA)

B.O. registrado por: **FABIO COELHO DE ARAUJO** - Matrícula: **150525-4**





2 - Nº do sinistro ou ASL:	3 - CPF da vítima: 113.317.424-80	4 - Nome completo da vítima: MARCONDES ALVES FEITOSA BARROS
----------------------------	--------------------------------------	--

5 - Nome completo: MARCONDES ALVES FEITOSA BARROS				6 - CPF: 313.357.324-80	
7 - Profissão: RECUSO		8 - Endereço: SIOITIS		9 - Número: 10	
11 - Bairro: SITIO OITIS		12 - Cidade: DREXO DA MADRE DE DEUS		13 - Estado: PE	
14 - CEP: 55370-000				15 - Tel.(DDD): 85.3246.6941	
15 - E-mail: MISSAGUARDANOVATO@GMAIL.COM				16 - Tel.(DDD): 85.3246.6941	

FPS.001 W002/2019



192

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins, em atenção ao pedido do Sr (a)

Marcos Aurélio Alves Feitosa Barros

CPF: 113.317.424-80 RG: 9.349.288/SDS-PE, que
consta nos registros de ocorrências do SAMU REGIONAL AGRESTE,
atendimento realizado por este serviço ao mesmo com ID - ID: 0221,
no dia 04/05/2019 às 14:40 h Endereço:

PE 160

Ponto de Referência: Em frente ao posto de Ozul

Bairro: Cobal Cidade: Jataúba-PE

Queixa: Acidente de moto

tendo sido enviada a: USP, que prestou atendimento a
vítima no local, transportando-a para o hospital:

Unidade Mista Ana Angélica Correia

Se liberado no local: _____

Recusou atendimento: _____

De acordo com o registro de informações do SAMU, foram realizados no (a)
paciente os seguintes procedimentos:

Colar cervical; imobilização padrão, imo-
bilização de membros; punção venosa
periférica; monitorização cardíaca / oximetria

Jataúba, 27 de Maio de 2019.

Thaiza Millena Oliveira Bezerra
Enfermeira

GOEN-PE 477.356

Thaiza Millena Oliveira Bezerra

Coordenadora

SAMU Base Jataúba

ARUANA SEGURADORA
29 JUL 2019

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 27/08/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MARCONDES ALVES FEITOSA BARROS

BANCO: 001

AGÊNCIA: 01666-7

CONTA: 000000032026-9

Nr. da Autenticação 28B856B44EEED48D

**CELPE****NOTA FISCAL - FATURA - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA**

Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife - PE CEP 50062-902
CNPJ 10.438.332/0001-58 | Insc. Est. 10005943-03 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE

MARCELA MARIA SOUZA SILVA

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

SILVIO S. M.

CPF: 007.420.184-95 NIS: 16372080506

Cidade: PELOTA ARI

BREJO DA MADEIRA, LULA DEUS PL
55176-000**CLASSIFICAÇÃO**B1 RESIDENCIAL
BAIXA RENDA COM NIS**CONTA CONTRATO**

7002919332

MESUNDO

06/2019

DATA DE VENCIMENTO

14/06/2019

DATA DE VENCIMENTO

09/07/2019

TOTAL A PAGAR (R\$)

30,96

Nº DA NOTA FISCAL

066042320

DATA

14/06/2019

DATA

14/06/2019

APRESENTAÇÃO

07082019

Nº DO CLIENTE

20105943

Nº DA INSTALAÇÃO

517111

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo até 30 kWh	30,000000	0,16506108	6,66
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	67,000000	0,31724757	21,26
Adesão em Renda AMARELA			0,37
Contrib. Imp. Pública Municipal			3,21
Multa por atraso-NF 081184042 - 09/05/19			0,48
Juros por atraso-NF 081184042 - 09/05/19			0,08
Atualização ASPM-NF 081184042 - 08/05/19			0,07

TOTAL DA FATURA

30,96

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	DATA	LEITURA	DATA	LEITURA	Nº DE DIAS	CONSTANTE	ABASTE	CONSUMO (kWh)
5000495	CAT	28-05-2019	6.423,05	01-06-2019	6.539,00	28	1,00000		97,00

HISTÓRICO DE CONSUMO

Médias em kWh

JUN-19	57
MAR-19	78
ABR-19	75
MAR-19	66
FEV-19	74
JAN-19	71
DEZ-18	78
NOV-18	72
OUT-18	65
SET-18	68
AGO-18	68
JUL-18	68
JUN-18	62

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

BÁSIS DE CÁLCULO

BÁSIS DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPÓSTO
ICMS	27,37	0,57
PIS	27,37	0,57
COFINS	27,37	0,57

COMPENSAÇÃO DE CONSUMO

Geração de Energia

COMPENSAÇÃO DE CONSUMO	RS	VALOR	%
Geração de Energia	RS	1,22	48,71%
Transmissão	RS	1,49	5,44%
Distribuição (Celpe)	RS	8,02	29,20%
Perdas de Energia	RS	9,94	10,45%
Recarga Soturna	RS	0,98	2,24%
Tratamento	RS	0,25	0,82%
TOTAM	RS	27,37	100%

TARIFAS APLICADAS

Consumo Ativo até 30 kWh

Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh

RESERVA AD. FISCAL

1832 8029 8402 1904 2376 6013 2014 1452

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Registre-se em nosso site para receber a nota fiscal eletrônica. A nota fiscal eletrônica é emitida em nome da CELPE. Para mais informações, consulte o site www.celpe.com.br. O cliente é responsável por manter a conta em dia, evitando atrasos e multas. Para mais informações, consulte o site www.celpe.com.br. O cliente é responsável por manter a conta em dia, evitando atrasos e multas. Para mais informações, consulte o site www.celpe.com.br.

As tarifas são geradas pela Companhia Energética de Pernambuco (CELPE) e são aplicadas de acordo com a tarifa aprovada pelo Conselho de Regulação de Energia Elétrica (CRECEL). Para mais informações, consulte o site www.celpe.com.br.

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPTÕES

CONSUMO	Nº DE ANOS	LEITURA ANUAL	LEITURA TRIMESTRAL	LEITURA SEMESTRAL
BAIXA RENDA	6,00	11,00	22,50	44,50
BAIXA RENDA	6,00	7,00	13,50	27,50
BAIXA RENDA	6,00	6,00	12,00	24,00

Linha de Renda: 15,00

Renda - Valor de Energia em Unid. de Serviço de Contribuição - R\$ 13,00

NÍVEL DE TENSÃO

TENSÃO NOMINAL (V)	LEITURA DE TENSÃO (V)	LEITURA DE TENSÃO (V)
220	220	220

ARUANA SEGURADORA
29 JUL 2019



AVENIDA GROS CABOJA - NUM. 1367 - SANTO AMARO RECIFE PE
CEP: 50040-000. Fone: (081) 0800 081 0195
Inscrição Estadual: 18.1.001.0014398-2
CNPJ: 08.769.035/0001-64
Qualidade da Água: www.compesa.com.br

Nº Documento: 2019056336914

Escritório: CARUARU

FATURA MENSAL DE ÁGUA E ESGOTO

MARIA JOSE DE SIQUEIRA ARAUJO
R COLOMBIA, N. 00043 - MAURICIO DE NASSAU CARUARU PE 55012-260
INSCRIÇÃO: 041.541.339.0189.000

GRUPO: 3

OPÇÃO DDB. AUTOMÁTICO: 00633691.4

LIGADO	FACTIVEL	DATA DE INÍCIO	DATA DE FIM	TIPO DE CONSUMO
A03PD02937	25/04/2019	25/05/2019		REAL /
ÁGUA	CONSUMO: 15	ESGOTO	VOLUME: 0	
LEIT. ANT.: 1632		LEIT. ANT.:		
LEIT. ATUAL: 1647		LEIT. ATUAL:		
LEIT. ENT.: 1647		LEIT. FAT.:		

HISTÓRICO DE CONSUMO

REFERÊNCIA/CONSUMO	CONSUMO
04/2019	15/
03/2019	19/
02/2019	17/
01/2019	6/
12/2018	13/
11/2018	20/
MÉDIA	15/

PARÂMETROS	EXIG. PELA PORT. MS 3.814/11	ANÁLISES REALIZADAS	ATENÇÃO À REGISTRAÇÃO
TURBIDEZ	166	166	166
COR APARENTE	166	166	166
CLORO RESIDUAL	166	166	166
COLIFORMES TOTAIS	166	166	166
E.Coli	166	166	166

OBSERVAÇÕES: (1) COLIFORMES TOTAIS AUSÊNCIA EM 25% 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 E TARIFAS

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS E TARIFAS	CONSUMO POR FAIXA	VALOR R\$
ÁGUA		
RESIDENCIAL 001 UNIDADE		
ATE 10 M3 - R\$ 41,30 (POR UNIDADE)	10 M3	41,30
11 M3 A 20 M3 - R\$ 4,74 POR M3	5 M3	23,70
MULTA P/IMPONTUALIDADE 04/2019		1,34

DESCRIÇÃO	BASE DE CÁLCULO	PERCENTUAL (%)	VALOR DO IMPORTE
PIS	65,00	1,65	1,07
COFINS	65,00	7,63	4,94

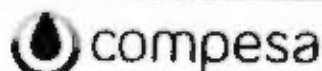
05/06/2019

TOTAL A PAGAR: 66,34

IDENTIFICAMOS A EXISTÊNCIA DE 2 FATURA(S) PENDENTES, NO TOTAL DE R\$ 167,33. REGULARIZE SEU DÉBITO E EVITE A NEGA-TIVAÇÃO E SUSPENSÃO DO FORNECIMENTO DE ÁGUA.

Emitido por: INTERNET

Emitido em: 05/06/2019



ATENDIMENTO: 0800-0810195
VAZAMENTOS: 0600-0810185

05/06/2019

CÓDIGO DE BARRAS

82850000000-0 66340018041-0 00633691401-5 05201970003-5



AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

Arpe Agência de Regulação de Pernambuco

0800-2813844

00633691.4

05/2019-7

TOTAL A PAGAR:

66,34

VIA COMPESA

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECABEB/DOCORIGINAL.ASPK7TIPO=1&CODIGO=29636>

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

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

¹ Superintendência de Seguros Privados - SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras - COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu MARIO LAMBOIR DE ARAUJO inscrito (a) no CPF/CNPJ 386.058.334 / 25 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário MARCONDES ALVES FEITOSA BARROS inscrito (a) no CPF sob o Nº 113.317.424 / 80 do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima MARCONDES ALVES FEITOSA BARROS inscrito (a) no CPF sob o Nº 113.317.424 / 80, 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 COLOMBIA</u>		Número <u>213</u>	Complemento
Bairro <u>MURICIO DE NASCIMENTO</u>	Cidade <u>CARUA RU</u>	Estado <u>PE</u>	CEP <u>55012-260</u>
E-mail <u>MARIO.LAMBOIR@EMAIL2.COM</u>		Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD) <u>81 3332 9772</u>

CARUA RU de 22 de Julho de 2017
Local e Data

Mario Lamboir de Araujo
Assinatura do Declarante

ARJANA SEGURADORA
29 JUL 2017

DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

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

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 0800-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

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

Eu, AGOSTINHO ANTONIO BOUSA SILVA
RG nº 7876357, data de expedição 37/08/2005
Órgão S.D.S. PE, portador do CPF nº 088.297.704-00
com domicílio na cidade de BREJO DA N DE DEUS, no Estado de
PERNAMBUCO, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
RUA ARAA SÃO DOMINGO, nº 40
complemento CASA, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima
MARCONDES ALVES FEITOSA BARROS, cujo o condutor era
MARCONDES ALVES FEITOSA BARROS
Veículo: MOTO Modelo: HONDA CG 725 FAN Ano: 2008
Placa: K72 2996 Chassi: 9C2JC3070BR670071
Data do Acidente: 04/05/2019

Local e Data: SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE 04-07-2019

Agostinho Antonio Souza Silva
Assinatura do Declarante

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



TABELIONATO DE NOTAS E PROTESTO

Tabelfão: ISAAC AÉCIO FREITAS MIRANDA
Av. Tito Stabile Araújo, 174 - Centro
Santa Cruz do Capibaribe-PE - Fone: (81) 3731-9789

Reconheço por AUTENTICIDADE 1 firma(s) de: (1) AGOSTINHO
ANTONIO SOUZA SILVA
Dou fe. Santa Cruz do Capibaribe, 04/07/2019 - Total: 4.91
Em Testemunho _____ da verdade
Juliana Monário de Souza - Escrevente
Selo(s): 0159487.0GP06201901 03990
* Consulte autenticidade em: www.tjpa.jus.br/salodigital



ARUANA SEGURADORA
29 JUL 2019

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASI: 3190431544 3 - CPF da vítima: 333.357.424-80 4 - Nome completo da vítima: MARCONDES ALVES FEITOSA BARROS

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

5 - Nome completo: MARCONDES ALVES FEITOSA BARROS 6 - CPF: 333.357.424-80
7 - Profissão: RECLUSO 8 - Endereço: SI OLITAS 9 - Número: 40 10 - Complemento:
11 - Bairro: SI OLITAS 12 - Cidade: PREZO DA MADRE DE DEUS 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55370-000
15 - E-mail: MISSAGUARDADORA@GMAIL.COM 16 - Tel.(DDD)-Nº: 83.92464977
17 - E-mail: 3399332-9727

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:
☒ RECURSO INFORMAR ☐ R\$1.00 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 as bancas abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: CONTA:
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: BANCO DO BRASIL - 003
AGÊNCIA: 1666 7 CONTA: 32.036 9
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

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

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

Pelo motivo assinado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestação, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

34

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

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

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: CARUARU - PE 16 de Agosto de 2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

03/07/2019

BANCO DO BRASIL

12:44:05

166610472

SEGUNDA VIA

0059

COMPROVANTE DE DEPOSITO EM CONTA CORRENTE
EM DINHEIRO

CLIENTE: MARCONDES A F BARROS

AGENCIA: 1666-7

CONTA:

32.026-9

DATA

03/07/2019

NR. DOCUMENTO

16.661.047.200.059

VALOR DINHEIRO

~~100.000~~

VALOR TOTAL

~~100.000~~

NR. AUTENTICACAO

3.9BB.5AD.E22.58C.448

LEIA NO VERSO COMO CONSERVAR ESTE DOCUMENTO,
ENTRE OUTRAS INFORMACOES.

ARUANA SEGURADORA

16 ABO 2019



Secretaria Municipal de Saúde
Unidade Mista Ana Argemira Correia



Resumo do Atendimento de Pacientes

Paciente: MARCONDES ALVES FEITOSA BARROS

CNS/Registro: 900000000050844

Sexo: M Data de Nascimento: 20/04/1988

Profissão: Trabalhadores agropecuários polivalentes e trabalhadores assemelhados

Filiação: Mãe: SONIA MARIA ALVES FEITOSA

Pat: SEBASTIÃO DE MELO BARROS

Endereço: SÍTIO OITIS

Nº BREJO DA MADRE DE DEUS - PE

Nº do Atendimento	Data do Atendimento	Diagnostico Provisorio	IDADE
1 0000505892	04/05/2019	VITIMA DE COLISÃO COM MOTO Ou	31 ANO(S)

ARUANA SEGURADORA
29 JUL 2019



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
FUNDAÇÃO DE SAÚDE AMAURY DE MEDEIROS - FUSAM
HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE



SUMÁRIO DE ADMISSÃO E ALTA

Usuário da Internação
MARIAESS



513858

1 - Identificação do Paciente - Data Int.: 31/05/2019 09:53 Atendimento: 513858 Nº AIH: _____

Nome: MARCONDES ALVES FEITOSA BARROS

Prontuário: 338029

Data Nasc.: 20/04/1988

Idade: 31

Sexo:

MASCULINO

Cor: PARDAS

Religião:

CPF: 11331742480

RG: 9349266

CNS: 702402514719027

Endereço: SÍTIO CITI

Nº: 0

Bairro: ZONA RURAL

Cidade: BREJO DA MADRE DE DEUS

Estado: PE

CEP: 55172973

Fone: 96107716

Profissão: AGRICULTOR

Nome da Mãe: SÔNIA MARIA ALVES FEITOSA

Nome do Conjuge:

Nome:

Parentesco:

RG:

Fone:

2 - Internar Para

Clínica: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Unidade de Internação: ORTOPEDIA

Leito: ORTOPEDIA 55

Diagnóstico Inicial

(Constante do Laudo Médico):

CID: _____

Procedimento Solicitado:

CÓD.: _____

Procedimento Realizado:

CÓD.: _____

3 - Atendimento Médico

Méd. Laudo Ass./Carimbo	Cirurgião Ass./Carimbo	1º Aux. Cirurg. Ass./Carimbo	Ass./Carimbo 2º Aux. Cirurg.	Anestesiista Ass./Carimbo	Méd. Assist. Ass./Carimbo

4 - Procedimentos Especiais

- ☐ MUDANÇA DE PROCEDIMENTOS
- ☐ DIÁRIA DE UTI
- ☐ DIÁRIA DE ACOMPANHANTE
- ☐ VACINA ANTI RH
- ☐ USO DE DERIVADOS DE SANGUE
- ☐ USO DE PRÓTESE, ORTESE
- ☐ USO DE FATORES DE COAGULAÇÃO
- ☐ USO DE OXIGENADORES
- ☐ NUTRIÇÃO PARENTERAL

5 - História Clínica

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO

MOTIVO DE ALTA

DATA DE INTERNAMENTO	DATA DE ALTA	DIAS DE HOSPITALIZAÇÃO
31/05/2019 09:53		

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

Unidade de Saúde: HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

Paciente:	Motomido Aluis Furtado	Nº do Registro:	338029
Clinica:	Ortopedia	Nº do Leito:	
Operador:	Wyllson Gonç. de Lima	1º Assistente:	
Instrumentador:		2º Assistente:	
Anestesista:		Anestesista:	
Anestesista:		Duração:	
Data da Operação		Início:	
		Término:	

Diagnóstico Pre-Operatório:

fratura deslocada do punho

Diagnóstico Pós-Operatório:

Operação Proposta:

Operação Realizada:

Osteossintese e placa + parafusos

DESCRIÇÃO DO ATO OPERATÓRIO

A) Ref. em IDH no punho

Anestesia e sedação

Operação de curar a fratura

Anestesia cirúrgica - nível epidural

Anestesia por punção de punho e fratura e 1. Colar de

Osteossintese com parafusos e placa metálica de punho e fratura

Anestesia de 50% de punho

Redução cirúrgica e fratura de punho e fratura de

01. Placa DCT 4,5 + parafusos 5,06 + 02. punho

Gravidade

3) Osteossintese de punho e fratura

10) curativo

11) punho de punho

12) 10% de punho

DI WYLLSON GONÇALVES DE LIMA
 ORTOPEDISTA
 29 JUL 2013

**Ortomédica**

CONSORCIO ORTOMÉDICO LTDA

Estrada do Encarnamento, 61 - Parnamirim

CEP: 52.060-210 - Recife - PE

CNPJ: 24.061.657/0001-27 Insc. Est. 18.1.001.0140089-5

Fones: (81) 3268-8554 / 3441-6966 Fax: (81) 3269-6781

338029

**CONTROLE DE MATERIAIS
UTILIZADOS EM CIRURGIA**

(RQ-06)

Nº 059054

2ª Via Cliente

Hospital ARAConvênio: TACCidade: CarnaurNome do Paciente: Marcos Mendes Alves Teixeira BarrosData da Cirurgia: 13/06/19Médico: DR. Wilson GomesMembro Operado: Tibia D

MATERIAL	ESPECIFICAÇÃO	QUANT.	LOTE
- Placa DCP 4.5		01	
CF 285173-3 00203090-A			
- Enxerto Ósseo		02	
CF 167508-6			

HAP-91

HAP-91 - HAP-91 - HAP-91

Apresentação: 5.0g - 10 meshLote: HA17034-1MValidade: 2019-12**STERILE EO****HAP-91**

HAP-91 - HAP-91 - HAP-91

Apresentação: 5.0g - 10 meshLote: HA17034-1MValidade: 2019-12**STERILE EO**PARAFUSOS
CANULADOS

QUANT.

LOTE

PARAFUSOS DE
INTERFERÊNCIA

Nº

QUANT.

LOTE

Cura

VENDEDOR/INSTRUMENTADOR:

Le BezizEX 10/06/19
SEGURADORA
29 JUL 2019



Dr. Gustavo

LIBÓRIO

CRM 15582 / TEOT 13985

ORTOPEDIA - CIRURGIA DO TRAUMA - RECONSTRUÇÃO E ALONGAMENTO ÓSSEO



ORTOP

ORTOPEDIA ESPECIALIZADA DO AGRESTE

Material de Sntes
Evoluiu com Mxpreta
Chavilhas e Reactor
FOX. MENADO

FISIOTERAPIA:

✓

ARIANA SEGURADORA
16 OUT 2019

Dr. Gustavo Libório
TRAUMA-RECONSTRUÇÃO
CRM 15582-TEOT 13985
TITULAR SBOT/ISSOT/ASAM

DATA DA ALTA MÉDICA:

03/10/19

DR. GUSTAVO LIBÓRIO
ORTOPEDIA/TRAUMA
RECONSTRUÇÃO

CRM 15582 - TEOT 13985

Dr. Gustavo Libório
TRAUMA-RECONSTRUÇÃO
CRM 15582-TEOT 13985
TITULAR SBOT/ISSOT/ASAM

3/10/19

Av. Agamenon Magalhães Nº 1116 - Maurício de Nassau
Caruaru-PE
81.3136.2983 / 9 9783.3052 TIM

ortop.agreste@hotmail.com



Dr. Gustavo

LIBÓRIO

CRM 15582 / TEOT 13985



ORTOP

ORTOPEDIA ESPECIALIZADA DO AGRESTE

ORTOPEDIA - CIRURGIA DO TRAUMA - RECONSTRUÇÃO E ALONGAMENTO ÓSSEO

LAUDO MÉDICO (DPVAT)

NOME/CPF:

113317-424-80

MOMENES ALVES FERREIRA PMS

LOCAL / DATA DO ACIDENTE

Ferreira - PE / 07/05/19

DATA DA CIRURGIA:

0 29/09/19

Dr. Gustavo Libório
TRAUMA - RECONSTRUÇÃO
CRM 15582 - TEOT 13985
TITULAR SEÇÃO SETOR 00001

HISTÓRIA CLÍNICA:

Acidente motocicleta com
fratura osso na perna
tratamento cirurgia

111

Av. Agamenon Magalhães Nº 1116 - Maurício de Nassau
Caruaru-PE
81.3136.2983 / 9 9783.3052 TIM

ortop.agreste@hotmail.com



513223

SUMÁRIO DE ADMISSÃO E ALTA

1 - Identificação do Paciente Data Int.: 31/05/2019 09:53 Atendimento: 513658 Nº AIH: 8

Nome: MARCONDES ALVES FEITOSA BARRO

Prontuário: 338029

Data Nasc.: 20/04/1983

Idade: 37

Sexo: MASCULINO

Cor: PARD

Religião:

CPF: 11331742480

RG: 9349266

CNS: 702402514719027

Endereço: SÍTIO-DITI

Nº: 0

Bairro: ZONA RURAL

Cidade: BREJO DA MADRE DE DEUS

Estado: PE

CEP: 55172973

Fone: 96107716

Profissão: AGRICULTOR

Nome da Mãe: SÔNIA MARIA ALVES FEITOSA

Nome do Conjugue:

Nome:

Parentesco:

RG:

Fone:

2 - Internar. Para

Clínica: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Unidade de Internação: ORTOPEDIA

Leito: ORTOPEDIA 55

Diagnóstico Inicial

(Constante do Laudo Médico):

CID:

Procedimento Solicitado:

COD.:

Procedimento Realizado:

COD.:

3 - Atendimento Médico

Méd. Laudo Ass./Carimbo	Cirúrgico Ass./Carimbo	1º Aux. Cirurg. Ass./Carimbo	Ass./Carimbo 2º Aux. Cirurg.	Anestesista Ass./Carimbo	Méd. Assist. Ass./Carimbo

4 - Procedimentos Especiais

- ☐ MUDANÇA DE PROCEDIMENTOS
- ☐ DIÁRIA DE UTI
- ☐ DIÁRIA DE ACOMPANHANTE
- ☐ VACINA ANTI RH
- ☐ USO DE DERIVADOS DE SANGUE
- ☐ USO DE PRÓTESE, ORTESE
- ☐ USO DE FATORES DE COAGULAÇÃO
- ☐ USO DE OXIGENADORES
- ☒ NUTRIÇÃO PARENTERAL

5 - História Clínica

ARIANA SECUNDORA

16 OUT 2019

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO

MOTIVO DE ALTA

DATA DE INTERNAMENTO

DATA DE ALTA

DIAS DE HOSPITALIZAÇÃO

31/05/2019 09:53

N 221259

FICHA DE ANESTESIA

Amendes, Aires, Ectora

H R A

338029 SUS

110 31 15 30 13/06/19

front de fusão de tórax

88 150 90 140 20 20

o mesmo

to unguento de front de tórax

o mesmo

15.30 16.30 17.30

1000 ml 1000 ml 1000 ml

1500 ml 1500 ml

- 1) celazepam 20
- 2) baral 15 mg
- 3) midaz 3.2 mg
- 4) morfo 80 mg
- 5) clorbut 13 mg
- 6) fide 10 mg
- 7) dipriona 20
- 8) nauxam 4 mg
- 9) clonidina 40 mg

Ragou 1/2 intese
puncão paramédico 13-14, 15
unidade Serrinha 13-14, 15

ARMADA SEGURADORA
29 JUL 2019

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

Unidade de Saúde: HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

Paciente:

MARCOS ALVES FURTADO

Clínica:

Otorrinolaringologia

Procedimento:

Miotomia Laser de Fimex

1º Assistente:

2º Assistente:

Infermeiro(a):

Anestesiado:

Anestesia:

Duração:

Data da Operação:

Mês:

Ano:

Deposição em Operação:

Folha de Anestesia em Anexos

Unidade de Saúde:

Operação Proposta:

Operação Realizada:

Otorrinolaringologia - Fimex

DESCRIÇÃO DO ATO OPERATÓRIO

1) Pré-anestesia com oxigênio

2) Anestesia com Fimex

3) Anestesia com Fimex

4) Anestesia com Fimex

5) Anestesia com Fimex

6) Anestesia com Fimex

7) Anestesia com Fimex

8) Anestesia com Fimex

9) Anestesia com Fimex

10) Anestesia com Fimex

11) Anestesia com Fimex

12) Anestesia com Fimex

13) Anestesia com Fimex

14) Anestesia com Fimex

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
 29 JUL 2013

29 JUL 2013

VENDEDOR/INSTRUMENTADOR

3000

PARAFUSOS DE INTERFERENCIA

PARAFUSOS CAVILADOS

QUANT. LOTE
QUANT. LOTE
QUANT. LOTE

STERILE EO

Validade: 2019-12

Lot: HA17034-1M

Apresentação: 5.0g - 10 mesh

STERILE EO

Validade: 2019-12

Lot: HA17034-1M

Apresentação: 5.0g - 10 mesh

HA17-91

HA17-91

MATERIAL

ESPECIFICAÇÃO

QUANT.

LOTE

Hospital

Convênio

Cidade

Nome do paciente

Médico

Membro Operado: Tibia D

Data da Cirurgia: 19/06/14



Estado do Encaminhamento: 51 - Pernambuco
 CEP: 52.060-210 - Recife - PE
 CNPJ: 24.261.657/0001-27 Insc. Est: 18.1.901.0740000-8
 Fones: (35) 3288-6554 / 3441-6966 Fax: (35) 3256-6781

CONTROLE DE MATERIAIS UTILIZADOS EM CIRURGIA
 Nº 059454 (RQ-06)
 2ª Via Cirúrgica

RECEITUÁRIO

Unidade:

Nome:

Registro Nº

Clinica:

Enfermria:

paciente em
tratamento
com a penicilina
glicolato mantido
apostado do tubat
por mais 60 dias
2094

Dr. Nelson Pereira do Amaral
Oria
CRM 10.000

Data

Médico - CRM

O primeiro Cigarro é uma passagem para o vício
Elaida Monteiro de Souza

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO

EC-5



marcondes Alves Feitosa Barros

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 9.349.268

DATA DE EXPEDIÇÃO 05/12/2013

NOME << MARCONDES ALVES FEITOSA BARROS >>

FILIAÇÃO << SEBASTIÃO DE MELO BARROS >>
<< SÔNIA MARIA ALVES FEITOSA >>

NATURALIDADE SUMÉ - PB

DATA DE NASCIMENTO 20/04/1988

DOC. ORIGEM << 069922 01 55 1988 1 00004 521 >>

CPF 0003654 41 CAMALAU-PB >>

113.317.424-80

Assinatura: [Assinatura]

Carimbo: [Carimbo]

Carimbo: [Carimbo]

F-58 15.758 - 4431

MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal do Brasil

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO NO CPF
(Válido somente com documento de identificação.)

Nº do CPF: 113.317.424-80

Nome: MARCONDES ALVES FEITOSA BARROS

Data de Nascimento: 20/04/1988

Comprovante emitido às 08:55:32 do dia
15/03/2011 (hora e data de Brasília)

Código de Controle do Comprovante:
A9A9.447A.8FCA.92B5

Dígito Verificador: 00

A autenticidade deste comprovante deverá

ARUANA SEGURODORA
29 JUL 2013