



07/07/2020

Número: **0019956-67.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção A da 9ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **21/04/2020**

Valor da causa: **R\$ 11.137,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
MARCOS SOUZA DO CARMO (AUTOR)		THIAGO FELIPE DIAS DE MELO (ADVOGADO) Rodrigo Alves Dias (ADVOGADO)	
TOKIO MARINE BRASIL SEGURADORA S.A. (REU)			
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
64269 935	07/07/2020 11:23	ANEXO 1	Outros (Documento)



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 04 de Março de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200097310

Vítima: MARCOS SOUZA DO CARMO

Data do Acidente: 10/11/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: AGENOR JOSE DA SILVA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MARCOS SOUZA DO CARMO

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

Carta nº 15573078





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 09 de Março de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200097310

Vítima: MARCOS SOUZA DO CARMO

Data do Acidente: 10/11/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: AGENOR JOSE DA SILVA

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), MARCOS SOUZA DO CARMO

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

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

Pag. 01373/01374 - carta_02 - INVALIDEZ

00060687



Carta nº 15592972





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 26 de Março de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200097310

Vítima: MARCOS SOUZA DO CARMO

Data do Acidente: 10/11/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: AGENOR JOSE DA SILVA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), MARCOS SOUZA DO CARMO

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: **MARCOS SOUZA DO CARMO**

Valor: **R\$ 2.362,50**

Banco: **104**

Agência: **000001581**

Conta: **0000039040-7**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - (Inclusão) tipo(s) de cobertura



DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)



INVALIDEZ PERMANENTE



MORTE

2 - Nome do segurado

3 - CPF do segurado

704.508.054-24

4 - Nome completo da vítima

MARCELO SILVA DE CARVALHO

REGISTRE TODAS AS INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR MUSEP Nº 445/2012

MARCELO SILVA DE CARVALHO

RUA BURESCILLIS

Nº DA CATEGORIA

Paulista

704.508.054-24

310

PC

53429-755

91-98517-1903

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

DADOS CADASTRAIS

6 - RENDIMENTO MENSAL DO TITULAR DA CONTA



RECEBIMENTO DE RENDIMENTO



SEM RENDIMENTO



ATÉ R\$ 1.000,00



DE R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 1.500,00



DE R\$ 1.501,00 ATÉ R\$ 2.000,00



ACIMA DE R\$ 2.000,00

7 - DADOS BANCÁRIOS



BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO



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

☒ CONTA POUPEIRA

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)



CONTA CORRENTE

Nome do BANCO:

AGÊNCIA

1581

CONTA

00039041

AGÊNCIA

CONTA

Assinatura

8 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE DÁDIO DO IMPL - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE



DECLARAÇÃO

9 - O segurado declara sob as penas da lei que não possui nenhuma outra cobertura de seguro DPVAT em vigor.

10 - O segurado declara sob as penas da lei que não possui nenhuma outra cobertura de seguro DPVAT em vigor.

11 - O segurado declara sob as penas da lei que não possui nenhuma outra cobertura de seguro DPVAT em vigor.

12 - O segurado declara sob as penas da lei que não possui nenhuma outra cobertura de seguro DPVAT em vigor.

13 - O segurado declara sob as penas da lei que não possui nenhuma outra cobertura de seguro DPVAT em vigor.

14 - O segurado declara sob as penas da lei que não possui nenhuma outra cobertura de seguro DPVAT em vigor.

15 - O segurado declara sob as penas da lei que não possui nenhuma outra cobertura de seguro DPVAT em vigor.

16 - O segurado declara sob as penas da lei que não possui nenhuma outra cobertura de seguro DPVAT em vigor.

17 - O segurado declara sob as penas da lei que não possui nenhuma outra cobertura de seguro DPVAT em vigor.

18 - O segurado declara sob as penas da lei que não possui nenhuma outra cobertura de seguro DPVAT em vigor.

19 - O segurado declara sob as penas da lei que não possui nenhuma outra cobertura de seguro DPVAT em vigor.

20 - O segurado declara sob as penas da lei que não possui nenhuma outra cobertura de seguro DPVAT em vigor.

21 - O segurado declara sob as penas da lei que não possui nenhuma outra cobertura de seguro DPVAT em vigor.

22 - O segurado declara sob as penas da lei que não possui nenhuma outra cobertura de seguro DPVAT em vigor.

23 - O segurado declara sob as penas da lei que não possui nenhuma outra cobertura de seguro DPVAT em vigor.

24 - O segurado declara sob as penas da lei que não possui nenhuma outra cobertura de seguro DPVAT em vigor.

25 - O segurado declara sob as penas da lei que não possui nenhuma outra cobertura de seguro DPVAT em vigor.

26 - O segurado declara sob as penas da lei que não possui nenhuma outra cobertura de seguro DPVAT em vigor.

27 - O segurado declara sob as penas da lei que não possui nenhuma outra cobertura de seguro DPVAT em vigor.

28 - O segurado declara sob as penas da lei que não possui nenhuma outra cobertura de seguro DPVAT em vigor.

29 - O segurado declara sob as penas da lei que não possui nenhuma outra cobertura de seguro DPVAT em vigor.

30 - O segurado declara sob as penas da lei que não possui nenhuma outra cobertura de seguro DPVAT em vigor.

31 - O segurado declara sob as penas da lei que não possui nenhuma outra cobertura de seguro DPVAT em vigor.

32 - O segurado declara sob as penas da lei que não possui nenhuma outra cobertura de seguro DPVAT em vigor.

33 - O segurado declara sob as penas da lei que não possui nenhuma outra cobertura de seguro DPVAT em vigor.

34 - O segurado declara sob as penas da lei que não possui nenhuma outra cobertura de seguro DPVAT em vigor.

35 - O segurado declara sob as penas da lei que não possui nenhuma outra cobertura de seguro DPVAT em vigor.

36 - O segurado declara sob as penas da lei que não possui nenhuma outra cobertura de seguro DPVAT em vigor.

37 - O segurado declara sob as penas da lei que não possui nenhuma outra cobertura de seguro DPVAT em vigor.

38 - O segurado declara sob as penas da lei que não possui nenhuma outra cobertura de seguro DPVAT em vigor.

39 - O segurado declara sob as penas da lei que não possui nenhuma outra cobertura de seguro DPVAT em vigor.

**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3200097310
Nome do(a) Examinado(a): Marcos Souza do Carmo
Endereço do(a) Examinado(a): R Duresopolis, 310
Nossa Senhora da Conceição Paulista PE CEP: 53429-755
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SEM DOCUMENTO /]
Data local do acidente: [10/11/2019]
Data local do exame: [16/03/2020] Goiânia [PE]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:

FRATURA EXPOSTA DOS OSSOS DA PERNA DIREITA

- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

Tratamento: PACIENTE FOI ATENDIDO NO DIA 10/11/2019 COM DIAGNÓSTICO DE FRATURA EXPOSTA DOS OSSOS DA PERNA DIREITA. O MESMO FOI SUBMETIDO A LIMPEZA, DESBRIDAMENTO, REGULARIZAÇÃO DE PARTES MOLES E FIXAÇÃO EXTERNA COM USO DE FIXADOR EXTERNO LINEAR PARA CONTROLE DE DANOS, REALIZADA A RETIRADA DO FIXADOR APOS 8 DIAS E FIXAÇÃO INTERNA COM HASTE INTRAMEDULAR TIBIAL MAIS PARAFUSOS CORTICAIS, RECEBEU ALTA APOS 48 HORAS. FOI ACOMPANHADO EM CARÁTER AMBULATORIAL E NÃO REALIZOU SESSÕES DE FISIOTERAPIA. NO MOMENTO ENCONTRA-SE EM ALTA ORTOPÉDICA.
Complicações: PACIENTE APRESENTA CICATRIZ EM FACE ANTERIOR DA PATELA EM SEU POLO INFERIOR DE 6 CM, MARCHA CLAUDICANTE COM NECESSIDADE DE USO DE MULETA CANADENSE.
Data da Alta: 12/11/2019

- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:

AO EXAME DO MEMBRO INFERIOR DIREITO: APRESENTA ATROFIA DA MUSCULATURA DA PERNA EM 2 CM, CICATRIZ EM FACE ANTERIOR DA PATELA EM SEU POLO INFERIOR DE 6 CM, DÉFICIT DE FORÇA FLEXORA DO TORNOZELO GRAU II, DIMINUIÇÃO DA EXTENSÃO DO TORNOZELO EM 25°, DIMINUIÇÃO DA FLEXÃO DO JOELHO EM 25°, MARCHA CLAUDICANTE COM NECESSIDADE DE USO DE MULETA CANADENSE, ATROFIA DA MUSCULATURA DA COXA EM 1,5 CM.

- IV. Nexo de casualidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

(X) Sim () Não

- V. Existe seqüela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)

(X) Sim () Não

- VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

**ATROFIA DA MUSCULATURA DA PERNA EM 2 CM
DÉFICIT DE FORÇA FLEXORA DO TORNOZELO GRAU II
DIMINUIÇÃO DA EXTENSÃO DO TORNOZELO EM 25°
DIMINUIÇÃO DA FLEXÃO DO JOELHO EM 25°
ATROFIA DA MUSCULATURA DA COXA EM 1,5 CM.**

Caso a resposta do item V seja "Não", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b"

- VII. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

- a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

() "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em _____ dias

() "Sem seqüela permanente"

(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

MEMBRO INFERIOR - Lado Direito

% do dano: () 10% residual (X) 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

- VIII. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

Assinatura d(a) Médico(a) Examinador(a)

Carimbo com Nome e CRM

Dr. Tiago Martins Ferreira
Dr. Tiago Martins Ferreira
Ortopedia e Traumatologia
RCS CRM-PB: 24411 CRM-PE
150.14830





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 034ª CIRCUNSCRIÇÃO - MARIA FARINHA - DP34ªCIR
DIME-DE-SEC

BULETIM DE Ocorrência Nº 19E0124001796

18/12/2019 13:41

19E0124001796 - TRANSITO COM VITIMA NA OFERTA DE POSSE CONSUMADA
18/12/2019 20:05

PAULISTA PERNAMBUCO BRASIL
ONIBUS DE PAU AMARELO
VIA PUBLICA

NOSSA SENHORA DO O
PROXIMO DA ENTRADA DO TERMINAL DE

19E0124001796 - 18/12/2019

MARCUS SOUZA DO CARMO (nao presente na plantao) - Masculino - MARIA SOUZA DA SILVA
MARCUS MARIANO DO CARMO - 15/11/1986 - OLINDA - PERNAMBUCO - BRASIL
190117891 SDS PE (RG) 70950805424 (CPF) 06454515824 (CNH) 190117891 SOLTEIRO(A) - 19/12/2019 - 19E0124001796
INCOMPLETO PEDREIRO(A)

IML PARA EXAME DE CORPO DELITO

RUA CARISOPOLIS, N. 310, RUA DO HOTEL CURIDÓ - PAULISTA PERNAMBUCO BRASIL
CÓDIGO DE ENDEREÇO: NOSSA SENHORA DO O (BAURO) - 50010-000 - BARRIO: NOSSA SENHORA DO O
PAULISTA PERNAMBUCO BRASIL - RUA DO HOTEL CURIDÓ

MARIA IZABEL NUNES DA SILVA (presente na plantao) - Feminino - MARIA IZABEL NUNES DA SILVA
190117891 SDS PE (RG) 06802491114 (CPF) 06802491114 (CNH) 190117891 SOLTEIRO(A) - 19/12/2019 - 19E0124001796
INCOMPLETO AUXILIAR DE SERVICOS GERAIS

MARIA IZABEL NUNES DA SILVA
OLINDA - PERNAMBUCO
DIVORCIADA(A)

IML PARA EXAME DE CORPO DELITO



Endereço: RUA DORISOPOLIS, Nº 310, RUA DO HOTEL CUPIDO - PAULISTA/PERNAMBUCO/BRASIL Proximo a
BAIRRO DE NOSSA SENHORA DO O (BAIRRO), 310 - CEP: 55000-000 - Bairro: NOSSA SENHORA DO O -
PAULISTA/PERNAMBUCO/BRASIL, RUA DO HOTEL CUPIDO

CONDUTOR DE VEÍCULO MOTOCICLETA (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino/Naturalidade: NÃO
INFORMADO - PERNAMBUCO - BRASIL

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

VEICULO MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a) **CONDUTOR DE VEÍCULO MOTOCICLETA**
 (que estava em posse do(a) Sr(a) **CONDUTOR DE VEÍCULO MOTOCICLETA**
 (que era Marcia Medeiros **MOTOCICLETA/SUZUKI/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido **NÃO**
 - **PRATA - Quantidade: (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa **KHX9133** - PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO

VEICULO MOTOCICLETA 01 (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a) **MARCOS SOUZA DO CARMO** (que estava
 em posse do(a) Sr(a) **MARCOS SOUZA DO CARMO**
 (que era Marcia Medeiros **MOTOCICLETA/HONDA-CG 125 FAN ES** Objeto apreendido **NÃO**
VERMELHA - Quantidade: (UNIDADE NÃO INFORMADA)

Placa **PGC8333** - PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO

Ano da Marca/Modelo **2013 2013**

Complemento / Observação

INFORMOU A VITIMA PAULA, QUE A VITIMA MARCOS VINHA CONDUZINDO SEU VEICULO MOTOCICLETA 01
ESTANDO A VITIMA PAULA IZABEL TAMBEM NO VEICULO MENCIONADO, NA PE-22, PAU AMARELO, NOSSA
SENHORA DO O, PAULISTA, PE, QUANDO FOI COLIDIDO PELO CONDUTOR DE VEICULO MOTOCICLETA,
ACONTECENDO A COLISAO DE FRENTE COM O VEICULO MOTOCICLETA 01, CAUSANDO FRATURA EXPOSTA
DE TIBIA DIREITA NA VITIMA MARCOS SOUZA, RESSALTANDO QUE A VITIMA MARCOS SOUZA, SE ENCONTRA
EM CASA SE RECUPERANDO DA FRATURA, QUE O REFERIDO FOI SOCORRIDO PARA O HOSPITAL DA
RESTAURAÇÃO, TENDO A VITIMA PAULA IZABEL FRATURA NA MÃO DIREITA, SENDO SOCORRIDA PARA O
HOSPITAL MIGUEL ARRAES. O AUTOR CONDUTOR DO VEÍCULO MOTOCICLETA NÃO FOI IDENTIFICADO PELAS
VITIMAS MARCOS SOUZA E PAULA IZABEL, SENDO TAMBEM SOCORRIDO PARA HOSPITAL NÃO
IDENTIFICADO. DIANTE DO EXPOSTO A VITIMA PAULA IZABEL SOLICITA PROVIDÊNCIAS.

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

PAULA IZABEL NUNES DA SILVA
(VITIMA)

Registro por **ANTONIO SIMOES DE ARRUDA NETO** Matrícula: **381052-6**

18/12/2019 11:23:02





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 034ª CIRCUNSCRIÇÃO - MARIA FARINHA - DP34ªCIRPOL
DIME-DE-SEC

BULETIM DE OCORRÊNCIA Nº 19E0124001796

18/12/2019 13:41

19E0124001796 - TRANSITO COM VITIMA NA FATA - DELITO CONSUMADO
18/12/2019 20:05

PAULISTA PERNAMBUCO BRASIL
ONIBUS DE PAU AMARELO
VIA PUBLICA

NOSSA SENHORA DO O
PROXIMO DA ENTRADA DO TERMINAL DE

19E0124001796 - 18/12/2019 20:05

MARCUS SOUZA DO CARMO (nao presente na plantao) - Masculino MARIA SOUZA DA SILVA
MARCUS MARIANO DO CARMO - 15/11/1986 - OLINDA PERNAMBUCO BRASIL
190117891 SDS PE (RG) 70950805424 (CPF) 06454515824 (CNH) 190117891 SOLTEIRO(A) 190117891 GRAU
INCOMPLETO PEDREIRO(A) 190117891

IML PARA EXAME DE CORPO DELITO
RUA CARLOSOPOLIS, N. 310, RUA DO HOTEL CURIDÓ - PAULISTA PERNAMBUCO BRASIL
CÓDIGO DE ENDEREÇO: NOSSA SENHORA DO O (BAURO) - CIDADE: NOSSA SENHORA DO O
PAULISTA PERNAMBUCO BRASIL - RUA DO HOTEL CURIDÓ

MARIA IZABEL NUNES DA SILVA (presente na plantao) - Feminino MARIA IZABEL NUNES DA
MARCUS MARIANO DO CARMO - 15/11/1986 - OLINDA PERNAMBUCO BRASIL
190117891 SDS PE (RG) 06802491111 (CPF) 190117891 DIVORCIADO(A) 190117891
INCOMPLETO AUXILIAR DE SERVICOS GERAIS 190117891

IML PARA EXAME DE CORPO DELITO



Endereço: RUA DORISOPOLIS, Nº 310, RUA DO HOTEL CUPIDO - PAULISTA/PERNAMBUCO/BRASIL Proximo a
BAIRRO DE NOSSA SENHORA DO O (BAIRRO), 310 - CEP: 55000-000 - Bairro: NOSSA SENHORA DO O -
PAULISTA/PERNAMBUCO/BRASIL, RUA DO HOTEL CUPIDO

CONDUTOR DE VEÍCULO MOTOCICLETA (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino/Naturalidade: NÃO
INFORMADO - PERNAMBUCO - BRASIL

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

VEICULO MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a) **CONDUTOR DE VEÍCULO MOTOCICLETA**
 (que estava em posse do(a) Sr(a) **CONDUTOR DE VEÍCULO MOTOCICLETA**
 (que era Marcia Medeiros **MOTOCICLETA/SUZUKI/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido **NÃO**
 - **PRATA - Quantidade: (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa **KHX9133** - PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO

VEICULO MOTOCICLETA 01 (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a) **MARCOS SOUZA DO CARMO** (que estava
 em posse do(a) Sr(a) **MARCOS SOUZA DO CARMO**
 (que era Marcia Medeiros **MOTOCICLETA/HONDA-CG 125 FAN ES** Objeto apreendido **NÃO**
VERMELHA - Quantidade: (UNIDADE NÃO INFORMADA)

Placa **PGC8333** - PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO

Ano da Marca/Modelo **2013 2013**

Complemento / Observação

INFORMOU A VITIMA PAULA, QUE A VITIMA MARCOS VINHA CONDUZINDO SEU VEICULO MOTOCICLETA 01
ESTANDO A VITIMA PAULA IZABEL TAMBEM NO VEICULO MENCIONADO, NA PE-22, PAU AMARELO, NOSSA
SENHORA DO O, PAULISTA, PE, QUANDO FOI COLIDIDO PELO CONDUTOR DE VEICULO MOTOCICLETA,
ACONTECENDO A COLISAO DE FRENTE COM O VEICULO MOTOCICLETA 01, CAUSANDO FRATURA EXPOSTA
DE TIBIA DIREITA NA VITIMA MARCOS SOUZA, RESSALTANDO QUE A VITIMA MARCOS SOUZA, SE ENCONTRA
EM CASA SE RECUPERANDO DA FRATURA, QUE O REFERIDO FOI SOCORRIDO PARA O HOSPITAL DA
RESTAURAÇÃO, TENDO A VITIMA PAULA IZABEL FRATURA NA MÃO DIREITA, SENDO SOCORRIDA PARA O
HOSPITAL MIGUEL ARRAES. O AUTOR CONDUTOR DO VEÍCULO MOTOCICLETA NÃO FOI IDENTIFICADO PELAS
VITIMAS MARCOS SOUZA E PAULA IZABEL, SENDO TAMBEM SOCORRIDO PARA HOSPITAL NÃO
IDENTIFICADO. DIANTE DO EXPOSTO A VITIMA PAULA IZABEL SOLICITA PROVIDÊNCIAS.

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

PAULA IZABEL NUNES DA SILVA
(VITIMA)

Policial Registrado por **ANTONIO SIMOES DE ARRUDA NETO** Matrícula: **381052-6**

18/12/2019 11:23:02



[illegible][illegible]

18. 1º Nome _____ CPO _____ Ass. Natureza do testemunho _____ 19. 2º Nome _____ CPF _____	TESTEMUNHAS
--	--------------------

Paulista, 10 de Fevereiro de 2020

4. Associação de Assistência à Criança
41. Associação de Assistência à Criança (de Laros)

43. Assume that the following is the demand curve for a product:



[illegible]

DECLARAÇÃO DE UNIDOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

☐ Solteiro
 ☐ Casado (ou Civil)
 ☐ Divorçado
 ☐ Separado judicialmente
 ☐ Viúvo
 24 - Data do óbito do vítima: _____

25 - Se a vítima possui companheiro(a) falecido(a) antes ou depois do óbito: ☐ Sim ☐ Não

26 - Se a vítima possui companheiro(a) falecido(a) antes ou depois do óbito: ☐ Sim ☐ Não

27 - Se a vítima possui companheiro(a) falecido(a) antes ou depois do óbito: ☐ Sim ☐ Não

28 - Se a vítima possui companheiro(a) falecido(a) antes ou depois do óbito: ☐ Sim ☐ Não

29 - Se a vítima possui companheiro(a) falecido(a) antes ou depois do óbito: ☐ Sim ☐ Não

30 - Se a vítima possui companheiro(a) falecido(a) antes ou depois do óbito: ☐ Sim ☐ Não

31 - Se a vítima possui companheiro(a) falecido(a) antes ou depois do óbito: ☐ Sim ☐ Não

32 - Se a vítima possui companheiro(a) falecido(a) antes ou depois do óbito: ☐ Sim ☐ Não

33 - Se a vítima possui companheiro(a) falecido(a) antes ou depois do óbito: ☐ Sim ☐ Não

34 - Se a vítima possui companheiro(a) falecido(a) antes ou depois do óbito: ☐ Sim ☐ Não

35 - Se a vítima possui companheiro(a) falecido(a) antes ou depois do óbito: ☐ Sim ☐ Não

36 - Se a vítima possui companheiro(a) falecido(a) antes ou depois do óbito: ☐ Sim ☐ Não

37 - Se a vítima possui companheiro(a) falecido(a) antes ou depois do óbito: ☐ Sim ☐ Não

38 - Se a vítima possui companheiro(a) falecido(a) antes ou depois do óbito: ☐ Sim ☐ Não

39 - Se a vítima possui companheiro(a) falecido(a) antes ou depois do óbito: ☐ Sim ☐ Não

40 - Se a vítima possui companheiro(a) falecido(a) antes ou depois do óbito: ☐ Sim ☐ Não

18. 1º Nome _____ CPO _____ Ass. Natureza do testemunho _____ 19. 2º Nome _____ CPF _____	TESTEMUNHAS
--	--------------------

Paulista, 10 de Fevereiro de 2020

4. Associação de Assistência à Criança
41. Associação de Assistência à Criança (de Laros)

43. Assume that the following is the demand curve for a product:



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: 20/03/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MARCOS SOUZA DO CARMO

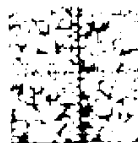
BANCO: 104

AGÊNCIA: 01581

CONTA: 000000039040-7

Nr. da Autenticação D63C368B7B238146

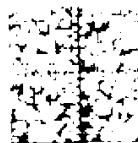




RUA IMPERAT
BOA VISTA - RECIFE - C

WWW.





RUA IMPERAT
BOA VISTA - RECIFE - C

WWW.





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

www.seguradoralider.com.br

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 0800-159674 outras regiões: 0800-0221204

para informações e sugestões, 24 horas por dia): 0800-0228189 SAC (para defeitos notificados e de fato): 0800-0221206 Central Ouvidoria: 0800-0219135

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

1. Este formulário é parte integrante do processo de regularização do registro do contribuinte, nos termos estabelecidos no art. 115 da Lei nº 9.472/97.
2. O contribuinte declara, sob as penas da lei, que as informações prestadas são verdadeiras e corretas, e que não possui nenhuma outra declaração de renda ou patrimônio em vigor.
3. O contribuinte declara, sob as penas da lei, que não possui nenhuma outra declaração de renda ou patrimônio em vigor, e que não possui nenhuma outra declaração de renda ou patrimônio em vigor.
4. O contribuinte declara, sob as penas da lei, que não possui nenhuma outra declaração de renda ou patrimônio em vigor, e que não possui nenhuma outra declaração de renda ou patrimônio em vigor.

Nome do Declarante: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR

CPF: 3145374-97

Endereço: MARQUES X LUIZ DE CARVALHO

Cidade: POUSO ALEGRE - RS

Telefone: 51 45885412

Capacidade de Provisão (do Intermediário) do Declarante:

_____, inscrita no CNPJ nº 09.450.854/29

da Vinte e Nove de Abril de 2017

De acordo com a Circular SUSEP 445/12.

☒ Sim, eu apresento os documentos comprobatórios.

Declaro, sob as penas da lei, que as informações prestadas são verdadeiras e corretas, e que não possui nenhuma outra declaração de renda ou patrimônio em vigor, e que não possui nenhuma outra declaração de renda ou patrimônio em vigor.

Assinatura: Rua Anália

CPF: 3145374-97

Assinatura: 33

Assinatura: 33

Assinatura: 33

Assinatura: 33

Assinatura: 33

Assinatura: 33

Assinatura: Antônio Yves Cordeiro de Mello Junior

Assinatura do Declarante





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

www.seguradoralider.com.br

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800-022 12 04

Out: para informações e sugestões, 24 horas por dia): 0800-022 81 81 | SAC (para defeitos notificados e de falas): 0800-022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800-021 91 95

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Este formulário é parte integrante do processo de regularização do cadastro do segurado, nos termos estabelecidos no art. 115 da Lei nº 9.724/1998.

Nome: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR CPF: 18.041.010-7

O presente formulário trata da prevenção à lavagem de dinheiro, nos termos da Circular SUSEP 445/12, a qual estabelece que todos os Segurados são obrigados a atualizar seus dados cadastrais no momento de contratação. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação, a documentação necessária para comprovar a origem da renda mensal, devida respectiva documentação com probatórios.

Para fins de atualização de dados, o segurado deve fornecer o endereço atualizado e o endereço de entrega da regularização do Segurado, conforme o formulário de atualização de dados, disponível no site da LIDER.

O presente formulário é válido apenas para a regularização do cadastro do segurado, não sendo válido para a regularização de outros dados cadastrais. A regularização do cadastro do segurado deve ser realizada no prazo de 30 (trinta) dias, a contar da data de contratação do seguro, sob pena de aplicação das sanções previstas no art. 115 da Lei nº 9.724/1998.

Nome: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR

CPF: 31.453.74-97

Endereço: MARQUES XUELA DE CARVALHO

Cidade: POA - PR

CPF: 31.453.74-97

Capacidade de Pagamento (até 10% intermediária) do Seguro: 10%

CPF: 31.453.74-97

da Vítima: MARQUES XUELA DE CARVALHO

do crime de terminação da Circular SUSEP 445/12.

Assinatura

Renda

... e apresento os documentos comprobatórios

☒ Sim

Declaro, sob as penas da Lei, que a informação prestada é verdadeira e que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 20 do Código Penal.

Assinatura: Rua ...

CPF: 31.453.74-97

Nome

33

CPF

18

Central de Atendimento

Out

Tel: 0800-022 12 04

81-4889-1400

Assinatura: Antônio Yves Cordeiro de Mello Junior

Assinatura do Declarante



SENHA DA REGULAÇÃO:

Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
Hospital da Restauração

ETIQUETA

Ficha de Atendimento

Nº PRONTUÁRIO: 1700646	Data e Hora de Atendimento: 10/11/2019 21:41	Local de Entrada: EMERGENCIA GERAL Atendimento Manual:
Nº. ATEND.: 1508376	Paciente: MARCOS SOUZA DO CARMO	Nm. Social:
Data de nascimento: 01/05/1986	Idade: 33a 6m 10d	Sexo: MASCULINO
Estado Civil: SOLTEIRO	Profissão:	Acompanhante: MAIA SALVIANA NUNES DA S
DOC ID: Data expedição: 10017691 / 12-set-16	Mãe: MARIA SOUZA DA SILVA Pai: JOSE MARIANO DO CARMO	Cartão SUS:
Endereço: DORESOPOLIS Bairro: NOSSA SENHORA DA CONCEIÇÃO Cidade: PAULISTA	UF: PE	Telefone: 9 3904735

Ocorrências:

Motivo do atendimento: **ACIDENTE MOTO (QUEDA, COLISÃO)**Procedência: **VIA PUBLICA**

Informações do Serviço Social:

Confirmação de nome:	Fones:	Assistente Social:
Confirmação de endereço:		
Providências: Alta ☐ Caso Social ☐		
Encaminhamentos: Repa de Apoio ☐ EPCA ☐ Cons Tutelar ☐ Delegacias ☐ Minist. Público ☐		
Outros:		
Observação: <i>paciente em tratamento com a família, garantido o acesso ao serviço de saúde (DPLA).</i>		Assistente Social:

História Clínica

Paciente vítima de acidente de moto tipo 150cc, com lesões no membro superior direito, após queda de cerca de 10 metros. Paciente foi encaminhado ao Hospital da Restauração, onde foi atendido no Pronto-Socorro. Paciente foi encaminhado para o Serviço de Radiologia para realização de exames de imagem.

Atendimento Médico

Perda de consciência: Sim ☐ Não ☒	Episódio Emético: Sim ☐ Não ☒	Acidente de Trabalho: Sim ☐ Não ☒
Acidente de Trânsito: Sim ☐ Não ☒	Tipo:	Transporte realizado Por:
Intubação Cervical: Sim ☐ Não ☒	Sofreu Queda: Sim ☐ Não ☒	Altura:
Condições de mobilização: adequadas Sim ☐ Não ☒	Por Que?	

Exame Físico

A. Geral: Via aérea esta pervia: Sim ☐ Não ☒	O paciente fala: Sim ☐ Não ☒	Tempo:
B. Respiratório: <i>AR - 20 AHT 50A</i>	<i>SpO2 98%</i>	
C. Circulatório: <i>PA 120/80 X mm</i>	Pulso: <i>73 bpm</i>	

TOMOGRAFIA DE





Ortomédica
COMÉRCIO ORTOPÉDICO LTDA.

Estrada do Encanamento, 61 - Parnamirim
CEP: 52.080-210 - Recife - PE
CNPJ: 24.061.657/0001-27 Insc. Est. 18.1.001.0140069-5
Fones: (81) 3268-8554 / 3441-6966 Fax: (81) 3269-6781

**CONTROLE DE MATERIAIS
UTILIZADOS EM CIRURGIA**
(RQ-06)

Nº 061575

1ª Via Fixa

Hospital: H.A. DECEYE Convênio: EXC Cidade: Recife
Nome do Paciente: WALTER GONÇALVES DE CARVALHO Data da Cirurgia: 18.11.19
Médico: Dr. Anderson A. A. A. A. Membro Operado: M.L.D.

MATERIAL	ESPECIFICAÇÃO	QUANT.	LOTE
Haste bloqueada para fixação	9x340	05	02 128
Parafusos de bloqueio		05	10

FAIXADO

PARAFUSOS CORTICAIS	Nº					
	QUANT.					
	LOTE					
PARAFUSOS DE BLOQUEIO	Nº					
	QUANT.					
	LOTE					
PARAFUSOS PARA HASTE BLOQUEADA	Nº					
	QUANT.					
	LOTE					
PARAFUSOS CANULADOS	Nº					
	QUANT.					
	LOTE					
PARAFUSOS DE INTERFERÊNCIA	Nº					
	QUANT.					
	LOTE					

VENDEDOR/INSTRUMENTADOR: _____





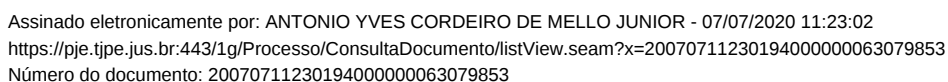
Phone: (81) 3268-8554 / 3441-6966 Fax: (81) 3269-6781

3^o Via Fine

Membro Operado:

Lote: 90379 Código: F88 J 100
 SISTEMA DE TRAXCA ORELA
 BARTORI - LINTEA
 FENIX BACTA I 408. ESTERIL.
 Feb. 10/10/2018 Val: 10 1023
 Registro Arvina Nº 00003488231
 Material ACC INOX ALUMINIO
 Lote Guilherme Sartori & Cia Ltda - EPP
 CNPJ: 04.861.623/0001-00 Rio Claro - SP
 CNPJ: 95 10 3538-1918 info@sartori.ind.br
 Feb. 10/10/2018 Val: 10 1023
 Registro Arvina Nº 00003450626
 Material ACC INOX F158
 Lote Guilherme Sartori & Cia Ltda - EPP
 CNPJ: 04.861.623/0001-00 Rio Claro - SP
 CNPJ: 95 10 3538-1918 info@sartori.ind.br

ENTURADO

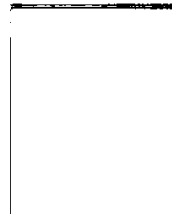
VENDEDOR/INSTRUMENTADOR:

HOSPITAL DA RESTAURACAO

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

MANCHESTER V2

Data e hora retirada da senha: 10/11/2019 21:30



Nome Paciente: MARCOS SOUZA DO CARMO
Cod. Paciente:
Data de Nascimento: 01/05/1986
Sexo: Masculino
Idade: 33
Senha: U0067
Convênio:
Atendimento:
SAME:

Período: 10/11/2019 21:33 - 10/11/2019 21:34

FABIANA GOMES DA SILVA COELHO - COREN: 111092 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - CLASSIFICAÇÃO

Prioridade:

LARANJA - MUITO URGENTE

Unidade:

LARANJA

Queixa Principal:

PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTO COLISÃO MOTO-MOTO HA 2H NEGA INCONSCIÊNCIA E VÔMITO APRESENTA HEMATOMA GALEAL A D.E. + EDEMA PERIORBITAL A DIR + FRATURA EXPOSTA EM MID

Elaboração sintoma:

TRAUMA MAIOR

Determinadores:

- MECANISMO DE TRAUMA SIGNIFICATIVO?

Especialidade:

NEUROCIRURGIA ADULTO

Sinais vitais Lidos:

- ESCLA COMA DE GLASGOW ADULTO: 15

Acolhido(a) por: FABIANA GOMES DA SILVA COELHO - COREN: 111092 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 10/11/2019 21:34

Sistema de Atendimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1



RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

3

Unidade de Saúde: HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

Paciente: <u>Almeida Souza de Lima</u>	Nº de Registro: <u>1700646</u>
Clinica: <u>Ortopedia</u>	Nº do Leito: <u></u>
Operador: <u>Dr. Felipe Torres</u>	
1º Assistente: <u></u>	2º Assistente: <u></u>
Instrumentador: <u></u>	Anestesista: <u>Dr. Montenegro</u>
Anestesia: <u></u>	Duração: <u></u>
Data da Operação: <u>11/07/20</u>	Início: <u></u> Fim: <u></u>
Diagnóstico Pré-Operatório: <u>Fratura + luxação</u>	

Diagnóstico Pós-Operatório: <u>Fratura + luxação</u>	Nº de Registro: <u>1700646</u>
--	--------------------------------

Operação Proposta: Redução + fixação cirúrgica de fratura de fêmur

Operação Realizada: Redução + fixação

DESCRIÇÃO DO ATQ OPERATORIO

Realizada sob anestesia geral, com bloqueio cirúrgico e analgesia. Realizada a inspeção de campo cirúrgico, com fratura de fêmur no terço médio, com fragmentos deslocados e com perda de continuidade da medula óssea. Realizada a redução da fratura com auxílio de tração e redução manual, com alinhamento satisfatório. Realizada a fixação com placa e parafusos.

Realizada a lavagem da ferida com solução fisiológica e curativo asséptico.



FICHA DE ANESTESIA

Data

HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

PERNAMBUCO

Paciente

ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR

Sexo

Cor

Idade

Raça

M

Branco

32 anos

FE

Nome do Anestesiologista

ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR

Nome do Cirurgião

FELIX LEONARDO

Urgência

☐ Não

☐ Sim

Indicação da cirurgia: *Exatoma de 12x10cm no antebraço direito*

Medicamento	Dose	Intervalo	Observações
<i>Propofol</i>	<i>100mg</i>	<i>10min</i>	<i>Indução</i>
<i>Fentanyl</i>	<i>100mcg</i>	<i>10min</i>	<i>Manutenção</i>
<i>Midazolam</i>	<i>10mg</i>	<i>10min</i>	<i>Manutenção</i>
<i>Atorvastatina</i>	<i>20mg</i>	<i>10min</i>	<i>Manutenção</i>
<i>Clonazepam</i>	<i>1mg</i>	<i>10min</i>	<i>Manutenção</i>
<i>Albúmina</i>	<i>100g</i>	<i>10min</i>	<i>Manutenção</i>
<i>Insulina</i>	<i>10U</i>	<i>10min</i>	<i>Manutenção</i>
<i>Glucose</i>	<i>100g</i>	<i>10min</i>	<i>Manutenção</i>
<i>Salina</i>	<i>1000ml</i>	<i>10min</i>	<i>Manutenção</i>
<i>Óxido Nítroso</i>	<i>5L</i>	<i>10min</i>	<i>Manutenção</i>
<i>Oxigênio</i>	<i>5L</i>	<i>10min</i>	<i>Manutenção</i>
<i>Arteriotomia</i>	<i>1cm</i>	<i>10min</i>	<i>Manutenção</i>
<i>Exatoma</i>	<i>12x10cm</i>	<i>10min</i>	<i>Manutenção</i>
<i>Curativo</i>	<i>1cm</i>	<i>10min</i>	<i>Manutenção</i>
<i>Medicação</i>	<i>100mg</i>	<i>10min</i>	<i>Manutenção</i>
<i>Observações</i>			

Medicamentos

Quantidade

Propofol 100mg
Midazolam 10mg
Fentanyl 100mcg
Atorvastatina 20mg
Clonazepam 1mg
Albúmina 100g

Técnica Anestésica

Respiração espontânea
Respiração controlada
com oxigênio 2L
com oxigênio 2L
com oxigênio 2L
com oxigênio 2L
com oxigênio 2L
com oxigênio 2L
com oxigênio 2L

Assinado

☒ Não

☐ Sim

Antonio Yves Cordeiro de Mello Junior
Anestesiologista
CRM 12.151



DECLARACIÓN DE ORIGINALIDAD

Acknowledgments

Unidade de Saúde: HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO	
Paciente: <u>Adriana Maria da Cunha</u>	Nº do Registro: <u>1700600</u>
Clínica: <u>OTOLING</u>	Nº do Leito: <u>601-3</u>
Operador: <u>Francisco de Jesus</u>	
1º Assistente: <u>Dr. Thales Leonardo</u>	2º Assistente: <u>Dr. Jairo Jilmar</u>
Instrumentador: <u>Thayane</u>	Anestesista: <u>Dr. Emerson</u>
Assistente:	Duração:
Data da Operação: <u>8/11/15</u>	Início: _____ Fim: _____
Diagnóstico Pré-operatório: <u>Fratura de tibia direita</u>	
Diagnóstico Pós-operatório: <u>A. menor</u>	
Operação Proposta: <u>Fractura fechada da tibia</u>	
Operação Realizada: <u>A. menor</u>	

PLANO DE OPERATORIO

[illegible]

DATA

— 44 —



[illegible]

NOME: Dr. Ranilson Nascimento
 CRM: 8612
 ENDEREÇO: Av. ...
 CIDADE: ...
 ESTADO: ...
 CEP: ...





Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco



HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

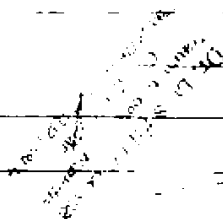
PERNAMBUCO

Paciente

Enfermaria/Leito

Registro

EVOLUÇÃO CLÍNICA



20.11.19

Dr. Antonio YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR

20.11.19

Exame físico: sem alterações

Exame de urina: sem alterações

Exame de sangue: sem alterações

Exame de fezes: sem alterações

20.11.19

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 07/07/2020 11:23:02



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco

HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

PERNAMBUCO

Paciente

Enfermaria/Leito

Registro

EVOLUÇÃO CLÍNICA

11/07/20

Enfermeiro(a) _____

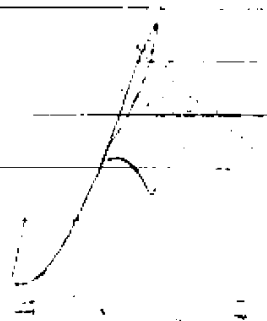
- NOTA OPERATÓRIA -

Realizado o fechamento do fratura da tibia distal com
anilha externa e procedimento cirúrgico por fratura
da peronea. Procedimento cirúrgico foi realizado em
condições estáveis hemodinâmicas.

H. 01 - A SR.

1. AC SEXTO SUL ADOS ALTA DA SR.

2. VP 11



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR





Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



NOME: CARLOS S. SILVA - FARMACIA

PROFISSIONAL: 1310044

DATA: 15/11/2019 15:11:02

ALMO: Mastoideu

ATENDIMENTO: 1108640

DATA NASC: 01/05/1986

LEITO: 00713

EVOLUÇÃO CLÍNICA

DATA: 15/11/2019

HORA: 16:44

PACIENTE: ATIMA ADILSON DE MOTA, 30 ANOS, DE ENTRADA NO DE SERVIÇO COM LESÃO SANGRANTE EM PERNA DIREITA -
OBRERTA - ACIDENTE POR A MACHUCADURA - PULSO DISTAL

APÓS EXAME FÍSICO: PACIENTE COM CICADOR EXTENSO TUBO A TUBO EM PERNA DIREITA, SEM SAIADA DE SEU KLEAU RESTRITA EM 10%
PUNTO

DE CURA: 10% EXPOSTA - TUBO DIREITA

15/11/2019
SUSCIPIT: 15/11/2019
AUTORIZADO: 15/11/2019 PARA SERVIDOR PERNA 115/11/2019

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 07/07/2020 11:23:02
15/11/2019
15/11/2019





Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco

HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

PERNAMBUCO

Paciente

Enfermaria/Leito

Registro

EVOLUÇÃO CLÍNICA

10/07/2020 # Internamento #
Paciente com quadro de fratura de fêmur
aberta, com fratura de tíbia e fíbula fechada.
Paciente com HLA B27 positivo, com um histórico
de artrite crônica, atualmente em uso de
medicamentos.

10/07/2020 6h SK,

2g de paracetamol a cada 6h, sem efeito de SK,

3. vici.

Samy Scherb Steinberg
CRM PE 19.873



FICHA DE ESCLARECIMENTO

NOME	PRONTUÁRIO	ATENDIMENTO
ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR	1000	1000
DATA DE NASCIMENTO	FOI ATENDIDO EM	
10/07/2020	10/07/2020	
	DATA DA REALIZAÇÃO	
	10/07/2020	

Diagnostico Provável:

HEPATITE VIRAL DA TIPO B (HVB) - 114

Tratamento Realizado

HEPATITE VIRAL DA TIPO B (HVB) - 114

Observação

HEPATITE VIRAL DA TIPO B (HVB) - 114

Encaminhado para:

HEPATITE VIRAL DA TIPO B (HVB) - 114

Dr. Antonio Yves Cordeiro de Mello Junior
Especialista em Hepatologia
CRM 114

HEPATITE VIRAL DA TIPO B (HVB) - 114

ATENÇÃO:

Este documento destina-se ao acompanhamento do atendimento hospitalar e ambulatorial para HVB. É obrigatório o preenchimento deste formulário pelo profissional de saúde responsável pelo atendimento, conforme a Resolução nº 104/2002 do Conselho Público do Estado de Pernambuco.



SENHA DA REGULAÇÃO:

Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
Hospital da Restauração

ETIQUETA

Ficha de Atendimento

Nº PRONTUÁRIO: 1700646	Data e Hora de Atendimento: 10/11/2019 21:41	Local de Entrada: EMERGENCIA GERAL Atendimento Manual:
Nº ATEND.: 1508376	Paciente: MARCOS SOUZA DO CARMO	Nm Social:
Data de nascimento: 01/05/1986	Idade: 33a 6m 10d	Sexo: MASCULINO
Estado Civil: SOLTEIRO	Profissão:	Acompanhante: MAIA SALVIANA NUNES DA S
DOC ID: Data expedição: 10017691 / 12-set-16	Mãe: MARIA SOUZA DA SILVA Pai: JOSE MARIANO DO CARMO	Cartão SUS:
Endereço: DORESOPOLIS Bairro: NOSSA SENHORA DA CONCEIÇÃO Cidade: PAULISTA	UF: PE	Telefone: 9 3904735

Ocorrências:

Motivo do atendimento: **ACIDENTE MOTO (QUEDA, COLISÃO)**Procedência: **VIA PUBLICA**

Informações do Serviço Social:

Confirmação de nome:	Fones:	Assistente Social:
Confirmação de endereço:		
Providências: Alta ☐ Caso Social ☐		
Encaminhamentos: Repa de Apoio ☐ EPCA ☐ Cons Tutelar ☐ Delegacias ☐ Minist. Público ☐		
Outros:		
Observação: <i>paciente em tratamento com a família, garantido o acesso ao serviço de saúde (DPLA).</i>		Assistente Social:

História Clínica

Paciente vítima de acidente de moto tipo 150cc, com lesões no membro superior direito, após queda de cerca de 10 metros. Paciente foi encaminhado para o Hospital da Restauração, onde foi atendido no Pronto-Socorro. Paciente apresenta lesões no membro superior direito, com fratura de rádio e ulna.

Atendimento Médico

Perda de consciência: Sim ☐ Não ☒	Episódio Emético: Sim ☐ Não ☒	Acidente de Trabalho: Sim ☐ Não ☒
Acidente de Trânsito: Sim ☐ Não ☒	Tipo:	Transporte realizado Por:
Intubação Cervical: Sim ☐ Não ☒	Sofreu Queda: Sim ☐ Não ☒	Altura:
Condições de mobilização: adequadas Sim ☐ Não ☒	Por Que?	

Exame Físico

A. Geral: Via aérea esta pervia: Sim ☐ Não ☒	O paciente fala: Sim ☐ Não ☒	Tempo:
B. Respiratório: <i>AR - 20 AHT 50A</i>	<i>SpO2 98%</i>	
C. Circulatório: <i>PA 120/80 X mm</i>	Pulso: <i>73 bpm</i>	

TOMOGRAFIA DE





Ortomédica
COMÉRCIO ORTOPÉDICO LTDA.

Estrada do Encanamento, 61 - Parnamirim
CEP: 52.080-210 - Recife - PE
CNPJ: 24.061.657/0001-27 Insc. Est. 18.1.001.0140069-5
Fones: (81) 3268-8554 / 3441-6966 Fax: (81) 3269-6781

**CONTROLE DE MATERIAIS
UTILIZADOS EM CIRURGIA
(RQ-06)**

Nº 061575

1ª Via Fixa

Hospital: H.A. DECEYE Convênio: EXC Cidade: Recife
Nome do Paciente: WALTER GONÇALVES DE CARVALHO Data da Cirurgia: 18.11.19
Médico: Dr. Anderson A. A. A. A. Membro Operado: M.L.D.

MATERIAL	ESPECIFICAÇÃO	QUANT.	LOTE
Haste bloqueada para fixação	9x340	05	02 DE
Parafusos de bloqueio		05	10

FAIXADO

PARAFUSOS CORTICAIS	Nº					
	QUANT.					
	LOTE					
PARAFUSOS DE BLOQUEIO	Nº					
	QUANT.					
	LOTE					
PARAFUSOS PARA HASTE BLOQUEADA	Nº					
	QUANT.					
	LOTE					
PARAFUSOS CANULADOS	Nº					
	QUANT.					
	LOTE					
PARAFUSOS DE INTERFERÊNCIA	Nº					
	QUANT.					
	LOTE					

VENDEDOR/INSTRUMENTADOR: _____





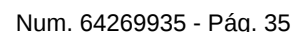
Phone: (81) 3268-8554 / 3441-6966 Fax: (81) 3269-6781

3^o Via Fine

Membro Operado:

Lote: 00379 Código: F88 J 100
 SISTEMA DE ENXACO ORELA
 SARTORI - LINEPA
 VENGUE, RACIA T 400 - ESTERIL
 Feb. 10/10 2010 Val. 10 10213
 Registro Arvies Nº 80004380831
 Material ACO INOX ALUMINIO
 P. Lota Guilherme Sartori & Cia Ltda - FPP
 CNPJ: 04.861.623-0001-00 Rio Claro - SP
 Tel: -55 19 3538-1910 info@sartori.ind.br
 ~*~
 ~*~
 Feb. 10/10 2010 Val. 10 10213
 Registro Arvies Nº 80004380831
 Material ACO INOX F158
 P. Lota Guilherme Sartori & Cia Ltda - FPP
 CNPJ: 04.861.623-0001-00 Rio Claro - SP
 Tel: -55 19 3538-1910 info@sartori.ind.br

ENTURADO

VENDEDOR/INSTRUMENTADOR:

HOSPITAL DA RESTAURACAO

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

MANCHESTER V2

Data e hora retirada da senha: 10/11/2019 21:30

Nome Paciente:	MARCOS SOUZA DO CARMO
Cod. Paciente:	
Data de Nascimento:	01/05/1986
Sexo:	Masculino
Idade:	33
Senha:	U0067
Convênio:	-
Atendimento:	SAME:

Período: 10/11/2019 21:33 - 10/11/2019 21:34

FABIANA GOMES DA SILVA COELHO - COREN: 111092 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - CLASSIFICAÇÃO

Prioridade: **LARANJA - MUITO URGENTE**

Unidade: **LARANJA**

Queixa Principal: PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTO COLISÃO MOTO-MOTO HA 2H NEGA INCONSCIÊNCIA E VÔMITO APRESENTA HEMATOMA GALEAL A D.E. + EDEMA PERIORBITAL A DIR + FRATURA EXPOSTA EM MID

Fluxograma sintoma: TRAUMA MAIOR

Determinadores: - MECANISMO DE TRAUMA SIGNIFICATIVO?

Especialidade: NEUROCIQUIRGIA ADULTO

Sinais vitais Lidos: - ESCLA COMA DE GLASGOW ADULTO: 15

Acolhido(a) por: FABIANA GOMES DA SILVA COELHO - COREN: 111092 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 10/11/2019 21:34

Sistema de Atendimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1



RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

07/07/2020

Unidade de Saúde: HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

Paciente: <u>Almeida, Soraia de Lima</u>	Nº de Registro: <u>1700646</u>
Clinica: <u>Ortopedia</u>	Nº do Leito: <u>1</u>
Operador: <u>Dr. Felipe Torres</u>	
1º Assistente: <u>---</u>	2º Assistente: <u>---</u>
Instrumentador: <u>---</u>	Anestesista: <u>Dr. Montenegro</u>
Anestesia: <u>---</u>	Duração: <u>---</u>
Data da Operação: <u>11/07/20</u>	Início: <u>---</u> Fim: <u>---</u>
Diagnóstico Pré-Operatório: <u>Fratura de tíbia</u>	

Diagnóstico Pós-Operatório: <u>---</u>	PRO 01
	0416

Operação Proposta: Ampliação cirúrgica de fratura de tíbia

Operação Realizada: Ampliação

DESCRIÇÃO DO ATQ OPERATÓRIO

Realizada sob anestesia geral, com insuflação de ar e colocação de gaze e antisséptico. Operação de campo estéril, com ampliação cirúrgica em fratura prévia e dúvida de presença de hematoma e consolidação. Execução com técnica ST e/ou + redução cirúrgica e fixação com placas e parafusos.

Realizada também para dor e controle de infecção.



REF ID: A53150

Result:

1. *Phragmites* (Common Reed)

Urgência ☐ Não ☐ Sim

1. $\frac{1}{2} \times \frac{1}{2} = \frac{1}{4}$

ප්‍රකාශනය

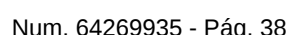
Hymenocallis nana
 Mithras
 Hymenocallis nana
 Mithras
 Hymenocallis nana
 Mithras
 Hymenocallis nana
 Mithras

THEORY OF CRYSTALS

[illegible]

Set it

Marilinda Cabrita
Avenida 2280
QDM-PE





RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

Data: 07/07/2020

Unidade de Saúde: HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO		
Paciente: <u>Juliana Rosa de Lima</u>	Nº do Registro: <u>1400666</u>	
Classe: <u>ESTOMIA</u>	Nº do Leito: <u>601-3</u>	
Operador: <u>Francisco de Jesus</u>		
1º Assistente: <u>Dr. Thales Leal</u>	2º Assistente: <u>Dr. Jairo Jilmar</u>	
Instrumentador: <u>Thayane</u>	Anestesista: <u>Dr. Romilson</u>	
Assistente:	Duração:	
Inicio da Operação: <u>8/11/15</u>	Inicio:	Fim:
Diagnóstico Pré-Operatório: <u>Fratura de tíbia direita</u>		
Diagnóstico Pós-Operatório: <u>A. minime</u>		
Operação Proposta: <u>Fractura fechada da tíbia</u>		
Operação Realizada: <u>A. rotunda</u>		

DESCRIÇÃO DO ATO OPERATORIO

Realizada sob anestesia geral, após a contagem de campos e instrumentos, a paciente foi posicionada em decúbito supino, com a cabeça elevada e o membro inferior direito flexionado e rotacionado para o lado interno. Foi realizada a incisão em Z-plastia, com a primeira incisão longitudinal, a segunda transversal e a terceira longitudinal, com o objetivo de fechar a ferida com tensão adequada. A fratura foi fixada com 8 pontos de sutura e o membro foi imobilizado com gesso. A cirurgia foi concluída satisfatoriamente.

Nº da
DATA



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco



HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

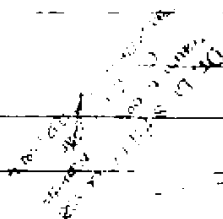
PERNAMBUCO

Paciente

Enfermaria/Leito

Registro

EVOLUÇÃO CLÍNICA



20/11/19
Paciente: [nome] [sobrenome] [número]

Idade: [idade] / [idade]
([idade] [idade])

Sexo: [sexo]
O paciente apresenta [sintoma] e [sintoma] e [sintoma]

com [sintoma] e [sintoma] e [sintoma]
[sintoma] e [sintoma] e [sintoma]

[sintoma] e [sintoma] e [sintoma]
20.11.19

[assinatura]





Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco

HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

PERNAMBUCO

Paciente

Enfermaria/Leito

Registro

EVOLUÇÃO CLÍNICA

11/07/20

Enfermeiro(a) _____

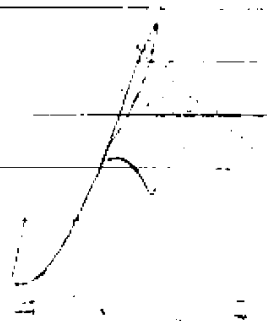
- NOTA OPERATÓRIA -

Realizado o fechamento do fratura da tibia distal com
anéis e parafusos e procedimento cirúrgico por fratura
da peronea. Procedimento cirúrgico foi realizado em
condições estáveis, paciente em estado estável hemodinamicamente.

H. 01 - 1 A SRJ

1. AC SEXTO SUL ADOS ALTA DA SRJ

2. VP 11



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR





Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



NOME: CARLOS S. SILVA - FARMACIA

PROFISSIONAL: FARMACIA

ALMO: Matutino

DATA NASC: 01/05/1986

DATA EXAM: 15/11/2019

ATENDIMENTO: FARMACIA

LEITO: 02713

EVOLUÇÃO CLÍNICA

DATA: 15/11/2019

HORA: 16:44

PACIENTE: ATENDIMENTO EM URGÊNCIA, LEITO DE ENTRADA NO DE SERVIÇO COM LESÃO SANGRANTE EM PERNA DIREITA -
OCCORRÊNCIA DE HEMORRAGIA MUCOSAL EM PULSO DISTAL

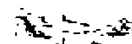
APÓS EXAME FÍSICO: PACIENTE COM TUBO A LUJO EM PERNA DIREITA, SEM SAIADA DE SEU KLEAU RESISTENTE A 100%
PUNÇÃO

HEMORRAGIA EXPOSTA: TUBO DIREITA

15/11/2019
SUSCITAÇÃO DE TUBO PARA SANGRANTE PERNA DIREITA

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 07/07/2020 11:23:02
15.11.19
Antonio Yves Cordeiro de Mello Junior





HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

PERNAMBUCO

Paciente

Enfermaria/Leito

Registro

EVOLUÇÃO CLÍNICA

[illegible]

6-1-51

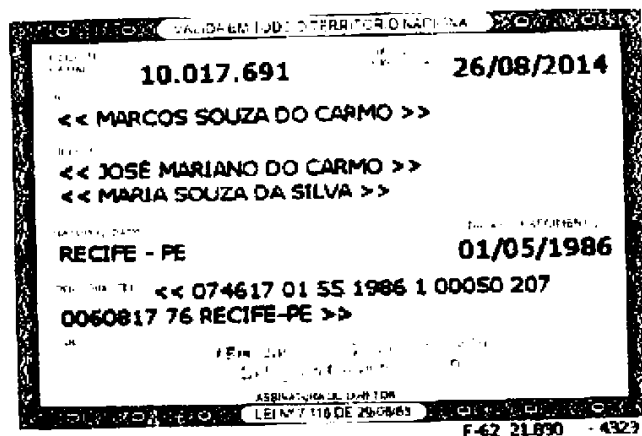
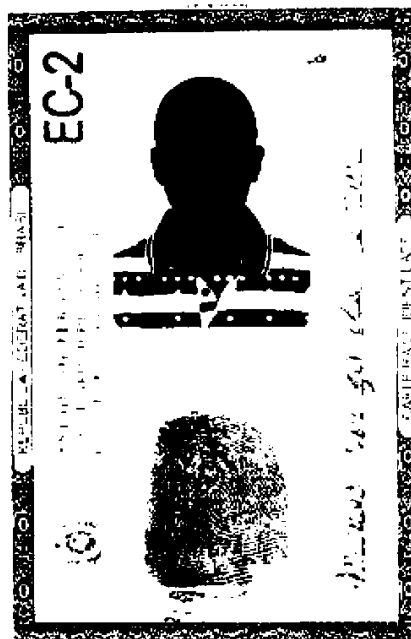
— 2.º Exercício com uma folha de 10

_____ 3 yr. old

Sally Scherb Steinberg
CALPE 15-873-









COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número

709.508.054-24

Nome

MARCOS SOUZA DO CARMO

Nascimento

01/05/1986

VALIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

CODIGO DE CONTROLE
7813.0261.98DE.66BE

A autenticidade deste comprovante pode ser
verificada no internet no endereço

www.receita.fazenda.gov.br

Comprovante emitido para

Secretaria da Receita Federal do Brasil

às **09:26:22** do dia **01/08/2014** (hora e data de Brasília)
digitalizado: 00



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 MINISTÉRIO DAS CIDADES
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSPORTES
 CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME: ANTONIO JOSE DA SILVA

DE: DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSPORTES
 1734100 DEF PE

DATA: 22.04.2004
 LOCAL: 02/08/2004

TIPO: 1
 NOME: ANTONIO JOSE DA SILVA
 NOME: ELIENE MARIA DA SILVA

PROFISSÃO: 01
 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32 33 34 35 36 37 38 39 40 41 42 43 44 45 46 47 48 49 50 51 52 53 54 55 56 57 58 59 60 61 62 63 64 65 66 67 68 69 70 71 72 73 74 75 76 77 78 79 80 81 82 83 84 85 86 87 88 89 90 91 92 93 94 95 96 97 98 99 00

Nº REGISTRO: 03402840732
 DATA: 09/01/2020
 VALIDADE: 10/04/2005

VALIDADE EM TODOS OS TERRITÓRIOS NACIONAIS
 1019688680

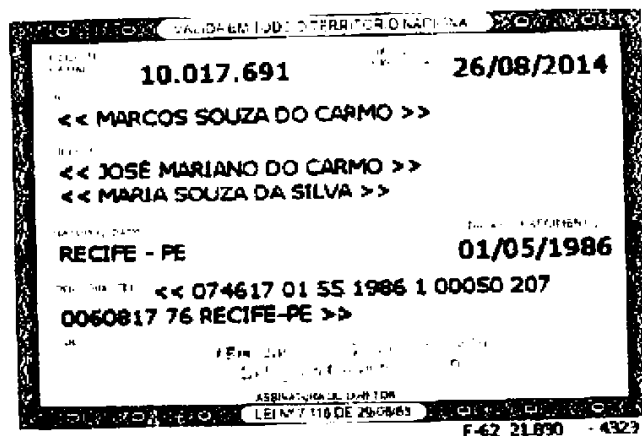
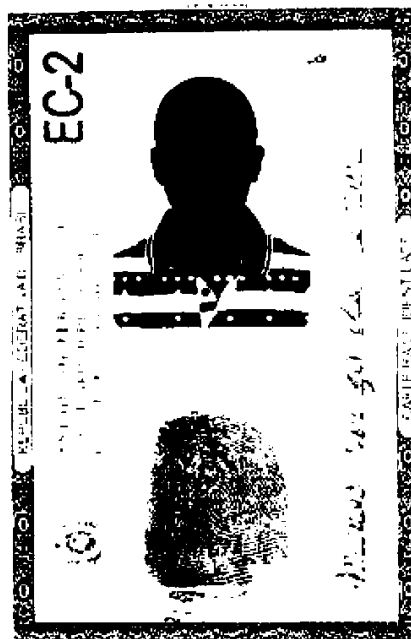
VALIDADE EM TODOS OS TERRITÓRIOS NACIONAIS
 1019688680

DATA: 09/01/2020
 LOCAL: 02/08/2004

PROFISSÃO: 01
 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32 33 34 35 36 37 38 39 40 41 42 43 44 45 46 47 48 49 50 51 52 53 54 55 56 57 58 59 60 61 62 63 64 65 66 67 68 69 70 71 72 73 74 75 76 77 78 79 80 81 82 83 84 85 86 87 88 89 90 91 92 93 94 95 96 97 98 99 00

DETRAN - PETROPOLIS







COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número

709.508.054-24

Nome

MARCOS SOUZA DO CARMO

Nascimento

01/05/1986

VALIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

CODIGO DE CONTROLE
7813.0261.98DE.66BE

A autenticidade deste comprovante pode ser
verificada no internet no endereço

www.receita.fazenda.gov.br

Comprovante emitido para

Secretaria da Receita Federal do Brasil

às **09:26:22** do dia **01/08/2014** (hora e data de Brasília)
digitalizado: 00



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 MINISTÉRIO DAS CIDADES
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSPORTES
 CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME: ANTONIO JOSE DA SILVA

DE: DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSPORTES
 1734100 DEF PE

DATA DE NASCIMENTO: 22/04/1964
 DATA DE EMISSÃO: 09/08/2020

TIPO DE VEÍCULO: 02

NOME DO TITULAR: ANTONIO JOSE DA SILVA
 NOME DO DETENTOR: ELIEZE MARIA DA SILVA

PROFISSÃO: 01

REGISTRO: 03402840732
 VALIDADE: 09/01/2020
 HABILITAÇÃO: 10/04/1988

VALIDADE EM TODOS OS TERRITÓRIOS NACIONAIS
 1019688680

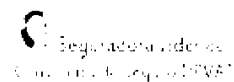
VALIDADE EM TODOS OS TERRITÓRIOS NACIONAIS
 1019688680

DATA DE EMISSÃO: 09/01/2020

DETRAN - PERNAMBUCO



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0056038/20

Vítima: MARCOS SOUZA DO CARMO

CPF: 709.508.054-24

Seguradora: COMPREV SEGURADORA S/A

Data do acidente: 10/11/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: MARCOS SOUZA DO CARMO

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

AGENOR JOSE DA SILVA : 311.453.704-97

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

MARCOS SOUZA DO CARMO : 709.508.054-24

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

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: 11/02/2020
Nome: AGENOR JOSE DA SILVA
CPF: 311.453.704-97

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 11/02/2020
Nome: Marta Marinho dos Santos
CPF: 492.294.514-87

AGENOR JOSE DA SILVA

Marta Marinho dos Santos





Nome do pedido OPVAT	Nome do beneficiário	Data da solicitação
Nome do solicitante	CPI do beneficiário	CPI do solicitante

(or) Cellular : $\sum_{n=0}^{\infty} \frac{(-1)^n x^n}{n!} = e^{-x}$ Tel. Commercial : _____
Tel. Residential : _____
E-mail : 986606253@yahoo.co.uk or fax

☐ DAMS ☐ DROITS DE VOTATION ☐ A M P O A ☐ J U R I S T I C I E N ☐ ☐ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTAL

☒ DISCORDO DA NEGATIVA ☐ DISCORDO DO VALOR RECEBIDO ☐ DISCORDO DA EXIGÊNCIA DE DOCUMENTOS

☒ **NÃO**

☐ **SIM:** em que medida?

☐ em algumas situações
☐ em algumas situações
☐ em todas as situações

☐ Nunca documentou medicação

☐ Pouco da ML

☐ Bastante da ML

☐ Não sabe ou não se lembra

☐ Não sabe ou não se lembra

☐ Outros: _____

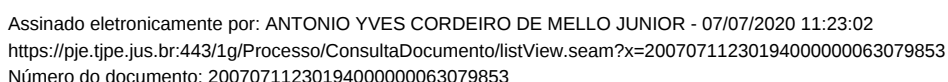
monitors a user's performance and provides the appropriate feedback. The system also monitors a user's behavior, such as the number of errors, the number of times a user has to be prompted, and the number of times a user has to be corrected. The system also monitors the user's progress and provides the appropriate feedback.

Assinatura do solicitante ou de quem assina a pedido (a seguir)

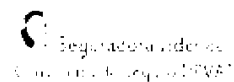
[illegible]

10. The following are the results of a survey of 100 people who were asked to rate their level of satisfaction with their current job. The results are as follows:

1. *Journal of the American Medical Association*, 2000; 283: 2686-2692.



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0077600/20

Vítima: MARCOS SOUZA DO CARMO

CPF: 709.508.054-24

Seguradora: COMPREV SEGURADORA S/A

Data do acidente: 10/11/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: MARCOS SOUZA DO CARMO

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

AGENOR JOSE DA SILVA : 311.453.704-97

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

MARCOS SOUZA DO CARMO : 709.508.054-24

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

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: 03/03/2020
Nome: AGENOR JOSE DA SILVA
CPF: 311.453.704-97

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 03/03/2020
Nome: Marta Marinho dos Santos
CPF: 492.294.514-87

AGENOR JOSE DA SILVA

Marta Marinho dos Santos



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200097310

Cidade: Paulista

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: MARCOS SOUZA DO CARMO

Data do acidente: 10/11/2019

Seguradora: COMPREV SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 09/03/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO - EDEMA PERIORBITAL À DIREITA.
FRATURA EXPOSTA DE TIBIA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIXADOR EXTERNO, HASTE E PARAFUSOS), PARA OS DEMAIS CONSERVADOR E ALTA MÉDICA. P.5,7,11,13

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

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



PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

MARCUS SUZAN DO CARVALHO, brasileira, estado civil, SOLTEIRO, RG nº 1.111.174-11, CPF/MF sob nº 714.508.054-24, residente e domiciliado à rua DA RESC. PELLIS, nº 310, bairro NSS DA CONCEIÇÃO, na cidade Paulista, estado de Pernambuco.

O OUTORGADO AGENOR JOSE DA SILVA, brasileira, divorciado, inscrito(a) no CPF/MF sob nº 311.453.704-97, e RG. Nº 1.724.300-SSP/PE, com endereço a rua Calçeta, 38-Pau Amarelo-loteamento Nossa Senhora da Conceição, na Cidade de Paulista, estado de Pernambuco.

PODERES: Concede, poderes especiais o OUTORGANTE ao OUTORGADO para: Enviar documentos, receber correspondências, solicitar informações por escrito ou por telefone, ter acesso ao número do sinistro, acompanhar o andamento do sinistro e apresentar documentos referentes ao sinistro, junto a Seguradora Líder, Seguradoras conveniadas a Líder DPVAT e a Susep, bem como tratar, requerer, assinar, receber papéis e documentos, concordar ou não com se faça necessário junto aos órgãos de Saúde (hospitais) Policlínicas, I pas, Samu, Corpo de Bombeiros, solicitar cópias autênticas de laudos junto ao IML, registrar Boletim de ocorrência em delegacias de Polícia do estado de Pernambuco.

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

_____ de _____ de 2019.

OUTORGANTE

Reconhecer firma por autenticidade

Art. 1.040 (2002/4) do Código Civil Brasileiro: "TODAS PESSOAS SÃO CAPAZES, SÃO APTAS PARA DAREM PROCURAÇÃO POR INSTRUMENTO PARTICULAR, QUE DEVERÁ DESDE QUE TENHA ASSINATURA DO OUTORGANTE, E A QUALIFICAÇÃO DO OUTORGANTE E DO INTERVINDO, A DATA E O OBJETO DA OUTORGA COM DESIGNAÇÃO E A EXTINÇÃO DOS PODERES CONFERIDOS, E O TERCEIRO COM QUEM O MANDATÁRIO TRATAR PODERÁ EXIGIR QUE A PROCURAÇÃO TRAGA FIRMA DO OUTORGANTE".



SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAL - 1º OFÍCIO - PAULISTA - PE



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE MARCELO S. LIMA DE SOUZA

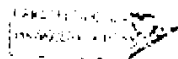
Nacionalidade brasileira, natural de Recife, estado
civil: casado, RG: 1.955.704, CPF/MF: 704.518.851-71
Residente na
rua DURSCHELES, Nº 500, BAIRRO SAO JOAO
NA CIDADE DE Paulista, ESTADO DE PERNAMBUCO.

OUTORGADO AGENOR JOSE DA SILVA, brasileira, divorciado, RG: 1.724.300-SSP/PE, e
inscrito no CPF/MF, sob o nº 311.453.704-97, com endereço na rua Calcita, 38, casa
02-loteamento Nossa Senhora da Conceição-Pau Amarelo, na cidade de Paulista/PE.

PODERES: Concede poderes especiais o OUTORGANTE, ao OUTORGADO para enviar
documentos, solicitar informações por escrito ou por telefone, ter acesso ao número
do sinistro, acompanhar o andamento do sinistro e apresentar documentos
referentes ao sinistro, junto a SEGURADORA LIDER, e seguradoras conveniadas a
LIDER DPVAT, e a SUSEP, bem como tratar, requerer, assinar, receber papéis e
documentos, concordar ou não se faça necessário junto aos órgãos de
Saúde(hospitais) Policlinicas, Upas, Samu e Corpo de Bombeiros, solicitar copias autenticas
de laudos junto ao IML, registrar boletim de ocorrências em delegacias de Polícia do
estado de Pernambuco

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

Paulista, 22 de Julho de 2020



MARCELO S. LIMA DE SOUZA

OUTORGANTE

Reconhecer firma por autenticidade.



SERVIÇO DE REGISTRO E AUTENTICAÇÃO DE ASSINATURAS

O presente documento foi autenticado eletronicamente em 07/07/2020 às 11:23:02, pelo usuário ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR, CPF nº 030.443.704-97, inscrita no CPF/MF sob o nº 311.453.704-97, com endereço na rua Calcita, 38, casa 02-loteamento Nossa Senhora da Conceição-Pau Amarelo, na cidade de Paulista/PE.



Assinado por



PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

MARCOS SUZAN DO CARVALHO, brasileira, estado civil, SOLTEIRO, RG nº 1.111.174-11, CPF/MF sob nº 714.508.054-24, residente e domiciliado à rua DA RESC. PELLIS, nº 310, bairro NSS DA CONCEIÇÃO, na cidade Paulista, estado de Pernambuco.

O OUTORGADO AGENOR JOSE DA SILVA, brasileira, divorciado, inscrito(a) no CPF/MF sob nº 311.453.704-97, e RG. Nº 1.724.300-SSP/PE, com endereço a rua Calçeta, 38-Pau Amarelo-loteamento Nossa Senhora da Conceição, na Cidade de Paulista, estado de Pernambuco.

PODERES: Concede, poderes especiais o OUTORGANTE ao OUTORGADO para: Enviar documentos, receber correspondências, solicitar informações por escrito ou por telefone, ter acesso ao número do sinistro, acompanhar o andamento do sinistro e apresentar documentos referentes ao sinistro, junto a Seguradora Líder, Seguradoras conveniadas a Líder DPVAT e a Susep, bem como tratar, requerer, assinar, receber papéis e documentos, concordar ou não com se faça necessário junto aos órgãos de Saúde (hospitais) Policlínicas, I pas, Samu, Corpo de Bombeiros, solicitar cópias autênticas de laudos junto ao IML, registrar Boletim de ocorrência em delegacias de Polícia do estado de Pernambuco.

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

_____ de _____ de 2019.

OUTORGANTE

Reconhecer firma por autenticidade

Art. 1.040 (2002/4) do Código Civil Brasileiro: "TODAS PESSOAS SÃO CAPAZES, SÃO APTAS PARA DAREM PROCURAÇÃO POR INSTRUMENTO PARTICULAR, QUE DEVERÁ DESDE QUE TENHA ASSINATURA DO OUTORGANTE, E A QUALIFICAÇÃO DO OUTORGADO, A DATA E O OBJETO DA OUTRGA COM DESIGNAÇÃO E A EXTINÇÃO DOS PODERES CONFERIDOS, E O TERCEIRO COM QUEM O MANDATÁRIO TRATAR PODERÁ EXIGIR QUE A PROCURAÇÃO TRAGA FIRMA DO OUTORGANTE".



SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAR
OFÍCIO NOTARIAL
Paulista - Pernambuco



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE MARCUS S. LIMA DO AMARAL

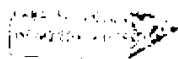
Nacionalidade brasileira, natural de RECIFE estado
civil: casado RG: 10.17.011 CPF/MF: 749.531.854
Residente na
rua DURASOPELIS Nº 316 BAIRRO N. S. DA
NA CIDADE DE PAULISTA ESTADO DE PERNAMBUCO.

OUTORGADO: AGENOR JOSE DA SILVA, brasileira, divorciado, RG. 1.724.300-SSP/PE, e
inscrito no CPF/MF, sob o nº 311.453.704-97, com endereço na rua Calcita, 38, casa
02, loteamento Nossa Senhora da Conceição-Pau Amarelo, na cidade de Paulista/PE.

PODERES: Concede poderes especiais o OUTORGANTE, ao OUTORGADO para: enviar
documentos, solicitar informações por escrito ou por telefone, ter acesso ao número
do sinistro, acompanhar o andamento do sinistro e apresentar documentos
referentes ao sinistro, junto a SEGURADORA LIDER, e seguradoras conveniadas a
LIDER DPVAT e a SUSEP, bem como tratar, requerer, assinar, receber papéis e
documentos, concordar ou não se faça necessário junto aos órgãos de
Saúde (hospitais) Policlínicas, Upas, Samu e Corpo de Bombeiros, solicitar cópias autênticas
de laudos junto ao IML, registrar boletim de ocorrências em delegacias de Polícia do
estado de Pernambuco.

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

11 de Julho de 2020



MARCUS S. LIMA DO AMARAL

OUTORGANTE

Reconhecer firma por autenticidade.



SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAL E PÚBLICO
de Pernambuco
Carimbo e Assinatura do Tabelião Público
de Pernambuco, inscrita no Conselho Notarial de
Pernambuco sob o nº 1.230.194.000.000.630.798.53
Carimbo autêntico.



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE MARCUS S. LIMA DO CARMO

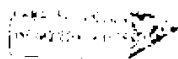
Nacionalidade brasileira, natural de Recife/PE estado
civil: casado RG: 10.170.11 CPF/MF: 749.531.854
Residente na
rua DURASOPELIS Nº 316 BAIRRO Nossa Senhora
NA CIDADE DE Paulista ESTADO DE PERNAMBUCO.

OUTORGADO: AGENOR JOSE DA SILVA, brasileira, divorciado, RG. 1.724.300-SSP/PE, e
inscrito no CPF/MF, sob o nº 311.453.704-97, com endereço na rua Calcita, 38, casa
02, loteamento Nossa Senhora da Conceição-Pau Amarelo, na cidade de Paulista/PE.

PODERES: Concede poderes especiais o OUTORGANTE, ao OUTORGADO para: enviar
documentos, solicitar informações por escrito ou por telefone, ter acesso ao número
do sinistro, acompanhar o andamento do sinistro e apresentar documentos
referentes ao sinistro, junto a SEGURADORA LIDER, e seguradoras conveniadas a
LIDER DPVAT e a SUSEP, bem como tratar, requerer, assinar, receber papéis e
documentos, concordar ou não se faça necessário junto aos órgãos de
Saúde (hospitais) Policlínicas, Upas, Samu e Corpo de Bombeiros, solicitar cópias autênticas
de laudos junto ao IML, registrar boletim de ocorrências em delegacias de Polícia do
estado de Pernambuco.

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

Paulista de 19 de 2020



MARCUS S. LIMA DO CARMO

OUTORGANTE

Reconhecer firma por autenticidade.



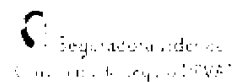
SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAL E PÚBLICO
CNPJ nº 16.093.748/0001-00
Rua Manoel de Medeiros, 100 - Jd. Santa Helena
11.000-000 - Recife/PE
Fone: (0800) 11 9999-1111
E-mail: contato@serpro.pe.gov.br
Página 1 de 1



11/07/2020



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0077600/20

Vítima: MARCOS SOUZA DO CARMO

CPF: 709.508.054-24

Seguradora: COMPREV SEGURADORA S/A

Data do acidente: 10/11/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: MARCOS SOUZA DO CARMO

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

AGENOR JOSE DA SILVA : 311.453.704-97

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

MARCOS SOUZA DO CARMO : 709.508.054-24

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

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: 03/03/2020
Nome: AGENOR JOSE DA SILVA
CPF: 311.453.704-97

Responsável pelo cadastramento na seguradora

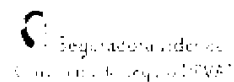
Data do cadastramento: 03/03/2020
Nome: Marta Marinho dos Santos
CPF: 492.294.514-87

AGENOR JOSE DA SILVA

Marta Marinho dos Santos



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0056038/20

Vítima: MARCOS SOUZA DO CARMO

CPF: 709.508.054-24

Seguradora: COMPREV SEGURADORA S/A

Data do acidente: 10/11/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: MARCOS SOUZA DO CARMO

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

AGENOR JOSE DA SILVA : 311.453.704-97

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

MARCOS SOUZA DO CARMO : 709.508.054-24

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

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: 11/02/2020
Nome: AGENOR JOSE DA SILVA
CPF: 311.453.704-97

Responsável pelo cadastramento na seguradora

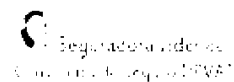
Data do cadastramento: 11/02/2020
Nome: Marta Marinho dos Santos
CPF: 492.294.514-87

AGENOR JOSE DA SILVA

Marta Marinho dos Santos



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0056038/20

Número do Sinistro: 3200068860

Vítima: MARCOS SOUZA DO CARMO

CPF: 709.508.054-24

Seguradora: COMPREV SEGURADORA S/A

Data do acidente: 10/11/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: MARCOS SOUZA DO CARMO

DOCUMENTOS APRESENTADOS

AGENOR JOSE DA SILVA : 311.453.704-97

Procuração

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: 18/02/2020

Nome: AGENOR JOSE DA SILVA

CPF: 311.453.704-97

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 18/02/2020

Nome: Marta Marinho dos Santos

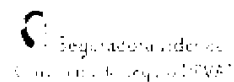
CPF: 492.294.514-87

AGENOR JOSE DA SILVA

Marta Marinho dos Santos



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0077600/20

Número do Sinistro: 3200097310

Vítima: MARCOS SOUZA DO CARMO

CPF: 709.508.054-24

Seguradora: COMPREV SEGURADORA S/A

Data do acidente: 10/11/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: MARCOS SOUZA DO CARMO

DOCUMENTOS APRESENTADOS

AGENOR JOSE DA SILVA : 311.453.704-97

Procuração

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: 05/03/2020

Nome: AGENOR JOSE DA SILVA

CPF: 311.453.704-97

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 05/03/2020

Nome: Marta Marinho dos Santos

CPF: 492.294.514-87

AGENOR JOSE DA SILVA

Marta Marinho dos Santos

