

Rio de Janeiro, 06 de Novembro de 2018

Aos Cuidados de:	MARCELO GUILHERME DOS SANTOS
Nº Sinistro:	3180518056
Vitima:	MARCELO GUILHERME DOS SANTOS
Data do Acidente:	24/09/2017
Cobertura:	INVALIDEZ
Procurador:	MARCELO ALBUQUERQUE DE CARVALHO

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180518056**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 dias, a partir do recebimento pela seguradora de toda a documentação necessária**.

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 06 de Novembro de 2018

Aos Cuidados de: MARCELO GUILHERME DOS SANTOS
Nº Sinistro: 3180518056
Vitima: MARCELO GUILHERME DOS SANTOS
Data do Acidente: 24/09/2017
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: MARCELO ALBUQUERQUE DE CARVALHO

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180518056**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Comprovação de ato declaratório faltando página

A documentação deve ser entregue na **ARUANA SEGURADORA S/A**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Rio de Janeiro, 12 de Novembro de 2018

Aos Cuidados de: MARCELO GUILHERME DOS SANTOS

Sinistro: 3180518056

Vítima: MARCELO GUILHERME DOS SANTOS

Data do Acidente: 24/09/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: MARCELO ALBUQUERQUE DE CARVALHO

Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3180518056** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 05 de Dezembro de 2018

Aos Cuidados de: MARCELO GUILHERME DOS SANTOS

Sinistro: 3180518056

Vítima: MARCELO GUILHERME DOS SANTOS

Data do Acidente: 24/09/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: MARCELO ALBUQUERQUE DE CARVALHO

Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3180518056** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Autorizadação de pagamento

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos:
(exclusivo para pessoas coletivas)

<http://www.seguradorafider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL, e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

074.664.534 - 44

Nome completo da vítima

Marcelo Guilherme dos Santos

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo		CPF titular da conta	Profissão
Marcelo Guilherme dos Santos		074.664.534-44	EMPILHADOR
Endereço		Número	Complemento
RUA ALEXANDRA FIGUEIREDO SILVA		8	
Bairro	Cidade	Estado	CEP
COHAB	CABO	PE	54 555 - 090
Email		Telefone (DDD) (81) 8844-9265	

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

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

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

BRADESCO (237) BANCO DO BRASIL (001) ITAÚ (341)
 CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA NRO. D/N CONTA NRO. D/N
(Informar dígitos se existir)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO Name	NRO
BRADESCO	237
AGÊNCIA NRO.	D/N
1260	
CONTA NRO.	D/N
98661	6

(Informar dígitos se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Lider a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Cabo-PE, 12 de Abril de 2018
Local e Data

ARUANA SEGUR.
18 ABR 2018
9

Marcelo Guilherme dos Santos

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



Bradesco

Dia & Noite

BDN - BRADESCO DIA E NOITE
EXTRATO CONTA FACIL TERM. 060581

MARCELO G DOS SANTOS 17:26 HRS
AGENCIA 1260 CONTA 0098661-6 05/ABR/2018

DISPONIVEL 17.26
+ TOTAL DISPONIVEL 17.26
+ CONTA FACIL (C/C + POU) 17.26

TOTAL DE RECURSOS 17.26

SALDO DISP. P/INVEST. 17.26

MOVIMENTACAO - CONTA FACIL (C/C + POU)

MARCOS/2018		
DIA	HISTORICO	VALOR
16	SALDO ANTERIOR	14,83
19	COMPRA CART ELO 0180120	-20,00
	MEGA POSTO	
	S A L D O	1,80
21	TRANS SAL P/C/C 2101260	-700,00
	BCO:237 AGE:01260 CTA:0108043-0	
	COMPRA CART ELO 0340087	-1,00
	MOBILIDADE RECIFE PA	
	SQ C/C BCO24H 2103760	-700,00
	00047140 21032042	
	S A L D O	6,80
28	TRANS SAL P/C/C 2801260	+1.072,00
	BCO:237 AGE:01260 CTA:0108043-0	
	S A L D O	1.072,00
29	COMPRA CART ELO 0029295	-80,80
	TUDO DE FRIOS II	
	COMPRA CART ELO 0280839	-150,00
	PETRO CABO	
	S A L D O	967,20
ABRIL/2018		
02	SQ C/C BCO24H 0204991	850,00
	00034414 02040812	
	SQ C/C BCO24H 3003067	-300,00
	00036238 30030127	
	SALDO TOTAL	17.26

DEMONSTRATIVO DE SALDOS E RENDIMENTOS
POUPANCA FACIL - DEPOSITOS A PARTIR DE 475,12
DIA DO SALDO EM RENDIMENTO(S)
ANIVERSARIO 05/04/2018

14	0,80	0,02
21	4,49	0,00
28	11,00	0,00
TOTAL		0,02

Demonstrativo para simples conferencia.
Sujeito a alteracoes ate o final do dia.
Fone Facil - 4002 0022 / 0800 670 0022.
SAC Alo Bradesco - 0800 7048383.
Deficiencia Auditiva/Fala 0800 722 0099.
Atendimento 24 horas, 7 dias por semana.
Ouvidoria - 0800 7278933 das 08h as 18h,
de segunda a sexta-feira, exceto feriados.
A declaracao de Quitecão Anual de Tarifas PF
esta disponivel no Autoatendimento e Internet.

ARUANA SEGUROS
18 ABR 2018



AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de **titularidade do BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

074.664.534 - 14

Nome completo da vítima

Maecelio Guilherme dos Santos

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	CPF titular da conta	Profissão
Maecelio Guilherme dos Santos	074.664.534 - 14	EMPILHADOR
Endereço	Número	Complemento
RUA ALEXANDRA FONSECA REDO SILVA	8	
Bairro	Cidade	Estado
COHAB	CABO	PC
Email	Telefone (DDD) (81) 8844-8265	

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Autorização de pagamento



FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

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

CONTA POUPANÇA (Sornense para os bancos abaixo. Assinale uma opção):
 BRADESCO (337) BANCO DO BRASIL (001) ITAÚ (341)
 CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO:

None

BRADESCO

mo

23

AGÊNCIA	DNB	CONTA	DNB
Nº		Nº	
(Inserir dígito se existir)		(Inserir dígito se existir)	

AGÊNCIA	DNB	CONTA	DNB
Nº	12.60	Nº	98661
(Inserir dígito se existir)	2	(Inserir dígito se existir)	5

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Lider a efetuar o pagamento da Indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

CABO - PC, 09 de MAIO de 2018

Local e Data

ÁRVANA SEGUROS
16 MAI 2018

Maecelio Guilherme dos Santos

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

**Bradesco****Dia & Noite**

A.G. 1260-2

c/c 98661-5

BON - BRADESCO DIA E NOITE
EXTRATO CONTA FACIL
TERM.050581
MARCELO G DOS SANTOS
ADENCIA 1260 CONTA 009661-5
17:56 HRS
07/MAI/2018

DISPONIVEL
+ TOTAL DISPONIVEL 0,00
+ CONTA FACIL (C/C + POU) 0,00
TOTAL DE RECURSOS 0,00

MOVIMENTACAO - CONTA FACIL - (C/C + POU)

ABRIL/2018		VALOR
DIA	HISTORICO	N.DOCTO
02	SALDO ANTERIOR	102,29
12	TRANS SAL P/C/C 1201260	630,26
	BCO:237 AGE:01260 CTA:0106043-0	630,26
	S A L D O	630,26
13	SADUE C/C BON 7203221	400,00
	Ag01260mag017203seq0822113040747	400,00
	SD C/C BCO24H 1304616	13041305
	00030854	400,00
	S A L D O	400,00
27	TRANS SAL P/C/C 2701260	630,26
	BCO:237 AGE:01260 CTA:0106043-0	630,26
	S A L D O	630,26
30	SADUE C/C BON 7203106	30,00
	AG01260mag017203seq00710529041612	30,00
	SD C/C BCO24H 2904066	29041457
	00020184	30,00
	S A L D O	30,00
	MAIO/2018	
02	TAR EXTRATO 0210418	4,00
	VR.PARCIAL EXTRATOmas(E)	4,00
	SALDO TOTAL	290,00

DEMONSTRATIVO DE SALDOS E RENDIMENTOS

POUPANCA FACIL - DEPOSITOS A PARTIR DE 4/5/12		RENDIMENTO(S)
DIA DO ANIVERSARIO	SALDO EM 07/05/2018	
12	0,00	0,00
14	0,00	0,00
21	0,00	0,00
27	0,00	0,00
28	0,00	0,00
TOTAL		

Declarativo para simples conferencia.
Sujeito a alteracoes ate o final do dia.
Fone Facil - 4002 0022 / 0800 570 0022.
SMC Atendimento - 0800 7049393.
Deficiencia Auditiva/Fala 0800 722 0099.
Atendimento 24 horas, 7 dias por semana.
Ouvirderia - 0800 7279933 das 08h as 18h.
de segunda a sexta-feira, exceto feriados.
A declaracao de Ouvirderia Anual de Tarifas PF
esta disponivel no Autoatendimento e Internet.

ARUANA SEGUROS
16 MAI 2018



Boletim de ocorrência



ASL-0016821/18
josyelli.distrib.
05/11/2018 16:38:58

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 040ª CIRCUNSCRIÇÃO - CABO DE SANTO
AGOSTINHO - DP40ª CIRC DIM/10ª DESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N.º 17E0130007638

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 11/12/2017 às 15:12

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Doloso (Consumado) que aconteceu no dia 24/9/2017 às 19:00

Fato ocorrido no endereço: **RODOVIA BR 101 SUL, 81, PRÓXIMO A ENTRADA DE IPOJUGA** - Bairro: **CENTRO - CABO DE SANTO AGOSTINHO/PERNAMBUCO/BRASIL**

Local do Fato: **RODOVIA FEDERAL**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR / AGENTE)
MARCELO GUILHERME DOS SANTOS (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

11/12/2017 14:27

**VEICULO: (Outros motivos) , que estava em posse do(a) Sr(a):
DESCONHECIDO**

**VEICULO: (Outros motivos) , que estava em posse do(a) Sr(a): MARCELO
GUILHERME DOS SANTOS**

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

MARCELO GUILHERME DOS SANTOS (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **MARINEIDE MARIA OLIVEIRA SANTOS** Pai: **ELIAS GUILHERME DOS SANTOS** Data de Nascimento: **3/10/1989** Naturalidade: **CABO DE SANTO AGOSTINHO / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **6877651300/PE (RG), 87466463414 (CPF), 88838632448 (CNH)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **OUTRAS PROFISSÕES** Telefones Celulares: **- 81988834978**

Endereço Residencial: **BAIRRO DE COHAB (BAIRRO), 88, RUA ALEXANDRE FIGUEIREDO** - **SEGUROS ANTIGA RUA 78 - CEP: 66000-000 - Bairro: COHAB - CABO DE SANTO AGOSTINHO/PERNAMBUCO/BRASIL**

15 JAN 2018

DESCONHECIDO (não presente ao plantão) - Sexo: **Desconhecido** Mãe: **NAO DECLARADA** Naturalidade: **CABO DE SANTO AGOSTINHO / PERNAMBUCO / BRASIL** Estado Civil: **DESCONHECIDO** Profissão: **OUTRAS PROFISSÕES** Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE CABO DE SANTO AGOSTINHO (MUNICÍPIO), 81 - CEP: 66000-000 - Bairro: CENTRO - CABO DE SANTO AGOSTINHO/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(s) Sr(a): **MARCELO GUILHERME DOS SANTOS**, que estava em posse do(s) Sr(a): **MARCELO GUILHERME DOS SANTOS**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 150** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PCV2281** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: **100788288** Chassi: **SE3KC1000PRB13128**
Ano Fabricação/Modelo: **2015/2015** Combustível: **ALCO/GASOL**

CARRO (VEICULO) de propriedade do(s) Sr(a): **DESCONHECIDO**, que estava em posse do(s) Sr(a): **DESCONHECIDO**
Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMÓVEL/DESCONHECIDO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**

1 de 2

11/12/2017 15:05

Boletim de Ocorrência

file:///C:/Users/Policia Civil/infopol/xml/BOEPreview.html

Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Comprovante da declaração

Complemento / Observação

INFORMA A VITIMA QUE VINHA PELA BR-101 PROXIMO A IPOJUCA QUANDO UM CARRO TRAMCOU A VITIMA QUE ESTAVA EM SUA MOTOCICLETA, QUE A VITIMA PERDEU O CONTROLE DO VEICULO BATEU NA BANQUETA DE PROTECAO E CAIU, A VITIMA TEVE UMA FRATURA NO TENDAO DO JOELHO ESQUERDO E FOI SOCORRIDO POR POPULARES PARA O HOSPITAL SÃO SEBASTIAO E DEPOIS FOI TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL MEMORIAL QUARARAPES.

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


MARCELO GUILHERME DOS SANTOS
(VITIMA)

B.O. registrado por: **GILDO SEVERINO MONTEIRO** - Matrícula: **319932-0**

ARIUANA SEGUROS
15 JAN 2018

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - CIRCULAR SUSEP 445/12

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 PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos - O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador - Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

MARCELO GUILHERME DOS SANTOS

CPF da Vítima

074.664.534 - 14

Data do Acidente

24.09.17

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

Telefone (DDD)

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Assinalar uma das opções abaixo:

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

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Lider DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

Declaração de Inabilidade de IML



CABO. RE 02 de JANEIRO de 2018

Local e Data

ARUANA SEGURO

15 JAN 2018

x Marcelo Guilherme dos Santos

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

HOSPITAL SÃO SEBASTIÃO

FICHA DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA / EMERGÊNCIA

Classificação:

Atendimento:	931699	Data:	24/09/2017	Hora:	20:48	Recepção:	DALINE CRIS NASCIMENTO		
Convênio:	BRADESCO EMPRESA					Matrícula:	774155055042009		
Responsável:						Identidade:			
Médico:	DYEGO AUGUSTO DA SILVA					Cartão SUS:			
Paciente:	117582	MARCELO GUILHERME DOS SANTOS				Sexo:	MASCULINO	Cor:	PARDA
Nascimento:	03/10/1988	- 28 Anos e 5 Meses				Est. Civil:	SOLTEIRO		
Endereço:	RUA SETENTA, 08					C.P.F.:	07466453414		
Bairro:	COHAB			CEP:		Identidade:	6977591	ODS	PE
IBGE/Cidade:	CABO DE SANTO AGOSTINHO			UF:	PE	Telefone:	818855-0846		
Pai:	ELIAS GUILHERME DOS SANTOS					G.Instrução:	2º GRAU COMPLETO		
Mãe:	MARINEIDE MARIA OLIVEIRA SANTOS					Ocupação:	AJUDANTE		
Nacionalidade:	BRASIL					Naturalidade:	CABO SANTO AGOSTINHO		

Obs.:

Anamnese e Exame Sumário:

*INFARCO LACERNO VENOSO FM IDADE 65 E MA. 30MIN
TROMBO MATERNO DE 4000*

TIPO 5 - EXAMES: LIGAMENTO, ARTERIA, VENAS

Exames Complementares

Hip. Diagnóstica / CID:

INFARCO LACERNO VENOSO (FA 5) FM IDADE 65

Prescrição / Tratamento:

- 1. ENORMINHO PACIENTE FATO VENOSO CON DESMATERNO POR MATERNA - NÃO
MATERNA DE 4000
- 2. TRATAMENTO NO PLANO AGUARDE
- 3. ANESTESIA DE LIGAMENTO VENOSO MECANICO
- 4. PACIENTE NAO IRÁ FICAR MUITO
- 5. MATERNA 14 179 180 E
- 6. RETORNO

*Dr. Dyego Augusto
Medico CRM 23517*

24/09/2017

Reavaliação:

INFARCO LACERNO VENOSO (FA 5) MATERNA (NO MELHOR PAVIMENTO / AVONIMENTO)

Materiais Usados:

Marcha

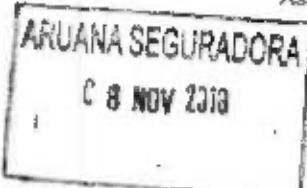
*Dr. Dyego Augusto
Medico CRM 23517*

24/09/2017

Saída, Data/Hora

as

Assinatura e Carimbo do Médico



BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA: 24/12/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MARCELO GUILHERME DOS SANTOS

BANCO: 237

AGÊNCIA: 01260-2

CONTA: 00000098661-5

Nr. Autenticação

BRADESCO24122018050000000002370126000000098661168750 PAGO



CNPJ 09.769.035/0001-64
INSC. EST. N° 18.1.001.0014398-2

ATENDIMENTO: RUA JOSE PLECH FERNANDES - NUL. - 09124 - CENTR
O CABO DE SANTO AGOSTINHO PE 54519-390

DADOS DO CLIENTE		MATRÍCULA: 43100230	QUÍMICO
SITUAÇÃO ÁGUA	SITUAÇÃO ESGOTO	RESIDENCIAL	INDUSTRIAL
CONTADO	POTENCIAL	RESIDENCIAL	INDUSTRIAL
HORÓMETRO	DATA LEIT. ANTERIOR	DATA LEIT. ATUAL	TIPO DE CONSUMO (ANT)
A1088033652	23/09/2017	23/10/2017	REAL

AQUA:
LEIT. ANT: 236 CONSUMO:4
LEIT. ATU: 240
LEIT. FAT: 240

HISTÓRICO DE CONSUMO
REFERÊNCIA CONSUMO

09/2017	02	TURBIDEZ	NÚMERO DE AMOSTRAS			
			EXIG.	PORT.	ANALISES	ATENDEN.
08/2017	01	74	74	74	74	72
07/2017	01	74	74	74	74	70
06/2017	01	74	74	74	74	74
05/2017	02	74	74	74	74	74
04/2017	00	74	74	74	74	74
	01	74	74	74	74	74

MÉDIA: 01 Qualidade de Água: www.compresa.com.br
OBS.: (1)COLIFORMES TOTAIS AUSÊNCIA 95% DAS AMOSTRAS EXAMINADAS
(2)OS PARÂMETROS COFÍFORMES 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

DESCRICAÇÃO DOS SERVIÇOS	CONSUMO	TOTAL(R\$)
ÁGUA COMERCIAL 1 UNIDADE(S)	4,43	59,11
CONSUMO DE ÁGUA		1,35
MULTA P/ IMPONTOUAL IDADE 09/2017		

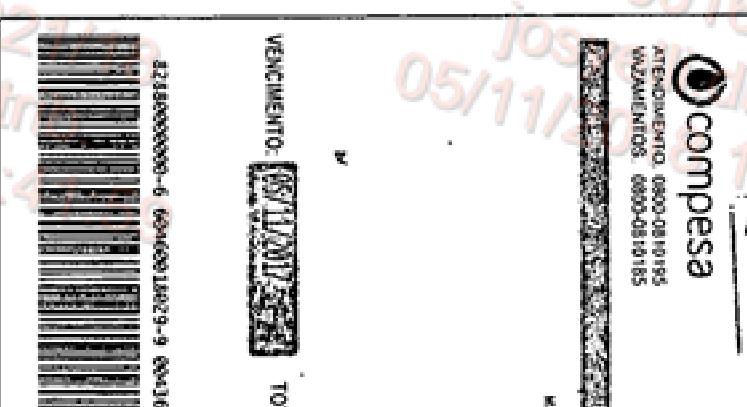
Comprovante de identificação



DESPESA	VALOR DE CÁLCULO	PERCENTUAL (%)	VALOR DO IMPORTE
PL	59,11	1,65	0,98
CONTA	59,11	7,60	4,49

VENCIMENTO: 08/11/2017 TOTAL A PAGAR: 60,46

MENSAGEM:
EM 18/09/2017, REGISTRAMOS QUE V. SRA.
ESTAVA EM DEBITO COM A COMPESA CAIXA.....
JÁ O, TENHA PAGO, DESCONSIDERE ESTE AVISO.



ARUANA SEGURÓ

15 JAN 2018

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

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

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

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

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

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

Pelo exposto, eu Marcelo Albuquerque de Carvalho, inscrito (a) no CPF sob o N° 045.935.474 / 15, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Marcelo Guilherme dos Santos, inscrito (a) no CPF sob o N° 074.664.534 / 14, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima Marcelo Guilherme dos Santos, inscrito (a) no CPF sob o N° 074.664.534 / 14, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

Declarado Circular SUSEP 445/12

Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço	AV. PRES. Getúlio VARGAS	Número	Complemento
Bairro	Cidade	Estado	CEP
CENTRO	CABO	PE	54 505-560
Email	Telefone comercial (DDO)	Telefone celular (DDD)	(81) 30443224 (81) 88748265

CABO - PE, 02 de JANEIRO de 2018

Local e Data


Assinatura do declarante

HOSPITAL SÃO SEBASTIÃO

FICHA DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA / EMERGÊNCIA

Classificação:

Atendimento:	931699	Data:	24/09/2017	Hora:	20:48	Recepç.:	DALINE CRIS NASCIMENTO		
Convênio:	BRADESCO EMPRESA					Matrícula:	774155055042009		
Responsável:						Identidade:			
Médico:	DYEGO AUGUSTO DA SILVA					Cartão SUS:			
Paciente:	117592	MARCELO GUILHERME DOS SANTOS					Sexo:	MASCULINO	
Nascimento:	03/10/1989	- 28 Anos e 5 Meses					Est. Civil:	SOLTEIRO	
Endereço:	RUA SETENTA, 08					CEP:	07466453414		
Bairro:	COHAB					Identidade:	6977591	DSO	PE
IBGE/Cidade:	CABO DE SANTO AGOSTINHO					Telefone:	818855-0846		
Pai:	ELIAS GUILHERME DOS SANTOS					G. Instrução:	2º GRAU COMPLETO		
Mãe:	MARINEIDE MARIA OLIVEIRA SANTOS					Ocupação:	AJUDANTE		
Nacionalidade:	BRASIL					Naturalidade:	CABO SANTO AGOSTINHO		
Obs.:									

Anamnese e Exame Sumário:

ATO ALUNDO DE RIO

TOFU E EXIBIR LIGAMENTO, ATROFIA MUSCULAR

Exames Complementares:

Hip. Diagnóstica / CID:

TRAUMA TACO COMICO (FX?) EN JOVENTU E

Prescrição / Tratamento:

1. Encaminhar paciente para pronto socorro por viagem - na
2. Doloros de m. perigo no plantar noturno
3. Amergia de m. - curar m. medo / urina
4. Prolongar uso de m. m. m.
5. Monitorar qd. ips. 1/10 E
6. DEPOIS

Dr. Dyego Augusto
Med. CRM 23517

24 SET. 2017

Reavaliação:

INTO FUS. DE RIO COMO (DOIS PESOS / ALINHAMENTO)

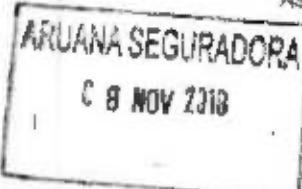
Materiais Usados:

Med. de RIO

Dr. Dyego Augusto
Med. CRM 23517

Salda. Data/Hora _____ às _____

Assinatura e Carimbo do Médico



24 SET. 2017



MUNICÍPIO DE GUARABAPES

MARCELO GUILHERME DOS SANTOS

AUXILIAR DE ENFERMAGEM

Convênio: BRADESCO SAÚDE S/A

Idade: 28 Anos, 1 Mês e 20 Dia(s)

Usuário: MARINA FERREIRA BORGES ALVES

Data/Hora: 25/09/2017 10:27:45

Prontuário: 1072031

Leito de Observação: ENF 04 - LEITO 01

Sexo: Masculino

/

Usuário: MARINA FERREIRA BORGES ALVES

Data/Hora: 25/09/2017 10:27:45

SUMÁRIO DE ADMISSÃO E ALTA

Prontuário: 1072031

Nome do Paciente: MARCELO GUILHERME DOS SANTOS

Unidade de Internação/Leito: ENF 04 - LEITO 01

AUXILIAR DE ENFERMAGEM

Sexo: Masculino

Procedimento Solicitado: FRATURAS DO JOELHO - TRATAMENTO CIRÚRGICO

CIDS

Tempo de permanência Previsto:

Infeção Comunitária: Não

CID:

Procedimento AMB Realizado: 00010042-CONSULTA DE URGÊNCIA/EMERGÊNCIA + ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Procedimento SUS:

01. Cirurgião: MARINA FERREIRA BORGES ALVES

02. 1. Auxiliar Cirúrgico:

03. 2. Auxiliar Cirúrgico:

04. 3. Auxiliar Cirúrgico:

05. Demais Auxiliares Cirúrgicos:

06. Anestesiista: EDSON DA SILVA NETTO NETO

07. Clínico:

08. Clínico:

Procedimentos Especiais:

 Mudança de Procedimento Uso de Prótese Óssea Uso de UTI Uso de Fatores de Coagulação Uso de Acompanhante Uso de Oxigenadores Vacina Anti--Rb Nutrição ParenteralARUANA SEGURADORA
08 NOV 2018

Resumo do Caso:

PACIENTE COM DIGNÓSTICO DE FRATURA DE PATELA E

AO EXAME

EXTENSAO +

NEUROVASCULAR PRESERVADO

PULSO +

REALIZADO PROCEDIMENTO CIRÚRGICO EM BLOCO DE URGÊNCIA

Diagnóstico Inicial: FRATURA EXPOSTA DE PATELA E

CID:

CID principal:

CID:

Secundário:

Data da Alta:

Data e hora de Internação: 25/09/17 00:25:04

Permanência: 0 dia(s)

CRM - 20343

MARINA FERREIRA BORGES ALVES



Nome: MARCELO GUILHERME DOS SANTOS

Prontuário: 1072031

Endereço: 254810

Convênio: BRADESCO SAÚDE S/A

Leito de Observação: APT 01 - LEITO 01

Idade: 38 Anos, 1 Mês e 20 Dias

Sexo: Masculino

EVOLUÇÃO MÉDICA

1 DPO DE FRATURA EXPOSTA DE PATELA E

1 DPO DE LIMPEZA CIRÚRGICA COM 10L DE SFO,9% E FEITO RÁFIA DE LESÃO PARCIAL DE TENDÃO
SEM INTERCORRÊNCIAS
PACIENTE EVOLUI BEM SE QUÊXAS NO MOMENTO

CD VPM,
MÉDICO ASSISTENTE DRA MARINA

Jaboatão dos Guararapes, 26/09/2017 08:08:34

Médico(a): LAURI FERREIRA DA COSTA JUNIOR
CRM - 18909

ARUANA SEGURADORA
C 8 NOV 2013



Data/Hora: 25/09/2017 05:17:11

Usuário: KATIA RENEIDE DA SILVA

ADMISSÃO DO TÉCNICO DE ENFERMAGEM

Nome: MARCELO GUILHERME DOS SANTOS

Prontuário: 1072031

Matrícula: 254810

Unidade de Internação/Leito: ENF 04 - LEITO 01

Idade: 27 Anos, 11 Meses e 22 Dias

Sexo: Masculino

Tempo Internação: 0

Convênio: BRADESCO SAÚDE S/A

PACIENTE ADMITIDO MESTE SETOR PROVIMENTO DA EMERGÊNCIA, NO DE FRATURA EXPOSTA DE JOELHO (E)
AFERIR, NORMOTENSO NORMOCORADO, NEGA ALERGIAS, DIABETES E HIPERTENSÃO, MEDICADO E AGUARDANDO CIRURGIA
SEGUE AOS CUIDADOS DA ENFERMAGEM.

dr

Levantão dos Guararapes, 25/09/2017 05:17:11

Técnico de Enfermagem: KATIA RENEIDE DA SILVA

Conselho: 722123





São Sebastião

14000 6.5000

for the Agency. We have many difficulties.

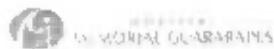
60. *Phrynosoma cornutum* 22006745 in 1648
" *Conophis* 100% MANGANESE in Parkes except
1000' in Remington Park 22006746 found in 1648
CAGE KING MANGANESE

Dr. Diego Augusto
201-197-000
CREMATE 23517

200 / 1993

www.hospitalparacabatapocabu.com.br | Telefone: (081) 3512-4150
Av. Presidente Getúlio Vargas, 864, Cabo de Santo Agostinho, Pernambuco, CEP: 54.505-342

ARUANA SEGURADORA
C 8 NOV 2310



HOSPITAL MONTE GUARANI

Nome: MARCELO GUILHERME DOS SANTOS

Avendimento: 254810

Convênio: BRADESCO SAÚDE S/A

Usuário: MARINA FERREIRA BORGES ALVES

Data/Hora: 23/11/2017 15:18:20

Prontuário: 1072031

Leito de Observação: APT 01 - LEITO 01

Idade: 23 Anos, 1 Mês e 20 Dias

Sexo: Masculino

DESCRÍÇÃO CIRÚRGICA

Cirurgião: MARINA FERREIRA BORGES ALVES

1º Auxiliar:

2º Auxiliar:

3º Auxiliar:

Anestesista: EDSON DA SILVA NETTO NETO

Tipo de Anestesia:

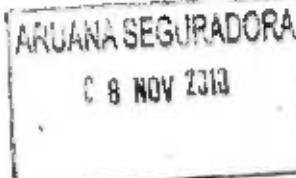
Instrumentador:

Diagnóstico Pré Operatório: FRATURA EXPOSTA DE PATELA E

CIRURGIA: FRATURA DO FEMUR

DESCRÍÇÃO CIRÚRGICA:

1. PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL SOB ANESTESIA
2. ASSEPSIA E ANTISSPSIA
3. APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTEREIS
4. VISUALIZADA FRATURA DE PATELA FRAQUEMENTO PEQUENHO E LESÃO PARCIAL DÉ TENDÃO PATELAR
5. DESBRIDAMENTO E LIMPEZA CIRÚRGICA EXAUSTRIVA COM SF0,9% 10L
6. REALIZADO RÁFIA DA LESÃO PARCIAL COM ETHIBOND 5
7. CICATRIZATIVO
8. APOSIÇÃO DE TALA JOELHEIRA
9. A SR



PRESIDIÁRIO: MARINA FERREIRA BORGES ALVES

CRM - 26343

Procedimento:

Procedimento Realizado:

Procedimento SUS:





UNIVERSITÁRIO DE JABOTICABAL

Nome: MARCELO GUILHERME DOS SANTOS

Residência: 354810

Convênio: BRADESCO SAÚDE S/A

Idade: 38 Anos, 1 Mês e 20 Dias

Usuário: MARINA FERREIRA BORGES ALVES

Data/Hora: 25/09/2017 10:22:26

Prontuário: 1072031

Leito de Observação: APT 01 - LEITO 01

Sexo: Masculino

EVOLUÇÃO MÉDICA

1º DIA: DPO DE FRATURA EXPOSTA DE PATELA F

REALIZADO LIMPEZA CIRÚRGICA COM 10L DE 5%0,9% E FEITO RASO DE LESÃO PARCIAL DE TENDÃO
SEM INTERCORRÊNCIAS

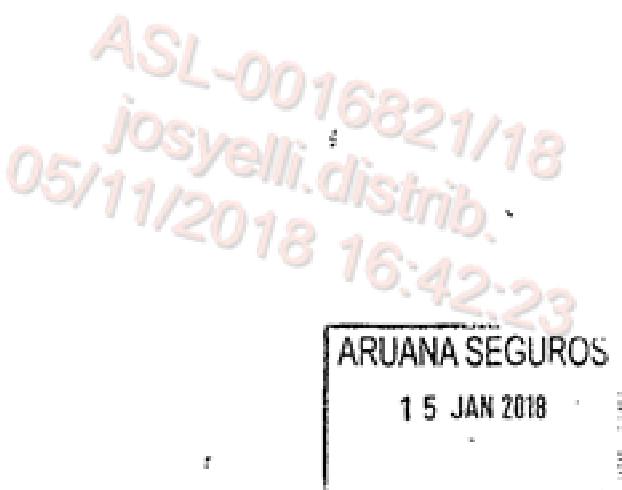
CO MANTENHO ATB
CIRATIVO DIÁRIO
PATA: JOELHEIRA EM EXTENSÃO

ARUANA SEGURADORA
C B NOV 2310

Jaboticabal dos Guararapes, 25/09/2017 10:22:26

Médico(s): MARINA FERREIRA BORGES ALVES
CRM - 20343





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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3180518056

Nome do(a) Examinado(a): MARCELO GUILHERME DOS SANTOS

Endereço do(a) Examinado(a): R ALEXANDRA FIGUEIREDO SILVA, 8 -
CABO DE SANTO AGOSTINHO/PE - CEP 54515-090

Identificação - Orgão Emissor/UF/Número : 6977591 - SDS PE

Data e Local do Acidente : 24/09/2017 - abo de Santo Agostinho

Data e Local do Exame : 18/12/2018 AVENIDA DR PEDRO JORDÃO, 1252 -
CARUARU/PE

Resultado da Avaliação Médica

**I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no
acidente relatado e comprovado.**

Fratura exposta da patela esquerda.

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

Quadro submetido a osteossíntese com fios de Kirschner evoluiu com infecção
sendo submetido a novo procedimento cirúrgico. Realizou fisioterapia da qual
teve alta há 10 meses.

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

Ao exame: Marcha claudicante (+/++++)+, redução moderada do arco de
movimento do joelho esquerdo.

**IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente
trânsito e comprovadas na documentação apresentada? [X] Sim [] Não**

**V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a
qualquer medida terapêutica)? [X] Sim [] Não**

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

Dano funcional do joelho esquerdo

**VII. Segundo 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.**

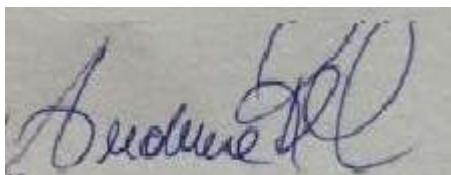
a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

- Vide motivo do impedimento no campo das observações
- “Vítima em tratamento” Esta avaliação médica deve ser repetida em _____ dias
- “Sem sequela 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, apresente abaixo as graduações que sejam relativas ás regiões corporais acometidas.

- | | |
|---|--|
| Região Corporal | Região Corporal |
| joelho esquerdo | _____ |
| % do Dano | % do Dano |
| <input type="checkbox"/> 10% residual | <input type="checkbox"/> 10% residual |
| <input type="checkbox"/> 25% leve | <input type="checkbox"/> 25% leve |
| <input checked="" type="checkbox"/> 50% médio | <input type="checkbox"/> 50% médio |
| <input type="checkbox"/> 75% intensa | <input type="checkbox"/> 75% intensa |
| <input type="checkbox"/> 100% completo | <input type="checkbox"/> 100% completo |
-
- | | |
|--|--|
| Região Corporal | Região Corporal |
| _____ | _____ |
| % do Dano | % do Dano |
| <input type="checkbox"/> 10% residual | <input type="checkbox"/> 10% residual |
| <input type="checkbox"/> 25% leve | <input type="checkbox"/> 25% leve |
| <input type="checkbox"/> 50% médio | <input type="checkbox"/> 50% médio |
| <input type="checkbox"/> 75% intensa | <input type="checkbox"/> 75% intensa |
| <input type="checkbox"/> 100% completo | <input type="checkbox"/> 100% completo |

VIII.* Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal.
joelho esquerdo 50%



ANDREA RODRIGUES MADEIRA CRM : 19953 / UF :PE

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180518056 **Cidade:** Cabo de Santo Agostinho **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARCELO GUILHERME DOS SANTOS **Data do acidente:** 24/09/2017 **Seguradora:** PREVIMIL VIDA E PREVIDENCIA S/A

PARECER

Diagnóstico: Fratura exposta da patela esquerda

Descrição do exame Ao exame: Marcha claudicante (+/++++), redução moderada do arco de movimento do joelho esquerdo
médico pericial:

Resultados terapêuticos: Quadro submetido a osteossíntese com fios de Kirschner evoluiu com infecção sendo submetido a novo procedimento cirúrgico. Realizou fisioterapia da qual teve alta há 10 meses

Sequelas permanentes: Deficit funcional moderado (50%) em joelho esquerdo

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 18/12/2018

Conduta mantida:

Observações: O exame físico descrito demonstrou que após a consolidação das lesões ocorridas no trauma e o término do tratamento, há um quadro sequelar caracterizado por restrição dos movimentos habituais em joelho esquerdo, portanto mantemos a conduta do médico examinador.

Médico examinador: ANDREA RODRIGUES MADEIRA

CRM do médico: 19953

UF do CRM do médico: PE

DANOS

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

PRESTADOR

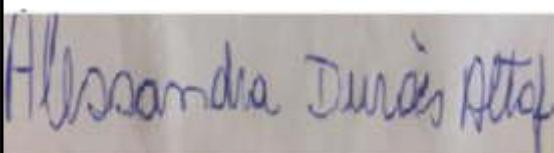
TOLEDO ASSISTÊNCIA MÉDICA LTDA EPP

Médico revisor: ALESSANDRA DURAES ALTAF

CRM do médico: 016562

UF do CRM do médico: CE

Assinatura do médico:



PROCURAÇÃO PARTICULAR

Outorgante: MARCELO GUILHERME DOS SANTOS

Id: 6.977.591 CPF: 074.664.334-14
End: R. ALEXANDRA FIGUEIREDO SILVA, N° 08,
COHAB, CABO - PE

Outorgado: MARCELO ALBUQUERQUE DE CARVALHO
Id: 3.907.846 CPF: 845.935.474-15
End: AV. PRES. GETULIO VARGAS, 900, CENTRO, CABO-DE-

Nomeio meu bastante procurador o outorgado acima citado com poderes específicos para resolver todas as questões administrativas referente ao **SEGURO DPVAT**, que figura como vítima Marcelo Guilherme dos Santos.

CABO - PE, 05 de JANEIRO de 2018.

Assinatura do Outorgante

‘reconhecer firma por autenticidade’

САБТОВІ МАРСЮ МІСІОНАРІ

R. Domingos Soárez, 60 - Centro - 3000-2422 - Braga - Portugal

MARCELO GUTIERREZ 16 alterado a 05/01/2018 13:15:26

Es. testemunho.

Consulte a autenticidade em www.tce.mt.br

Digitized by srujanika@gmail.com

1882-1883. - *Phalaenopsis* (L.) Lindleyi, var. *lutea* (Lindley).

ARUANA SEGUROS

15 JAN 2018