

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**

Carta nº 13555943



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](http://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](http://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**



Autorizadora de pagamento

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

Para mais esclarecimentos, consulte o site (exclusivo para pessoas físicas)

<http://www.seguradoralider.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 - 14

Nome completo da vítima

MARCELO GUILHERME DOS SANTOS

**DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL**

Nome completo <b>MARCELO GUILHERME DOS SANTOS</b>		CPF titular da conta <b>074.664.534-14</b>	Profissão <b>EMPILHADOR</b>
Endereço <b>RUA ALEXANDRA FIGUEIREDO SILVA</b>		Número <b>8</b>	Complemento
Bairro <b>COHAB</b>	Cidade <b>CABO</b>	Estado <b>PE</b>	CEP <b>54515-090</b>
Email		Telefone (DDD) <b>(81) 8844-8265</b>	

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

**FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS**

☐ RECUSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ ATÉ R\$ 1.000,00 ☒ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00  
☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00 ☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

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

☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAU (341)

☐ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

☒ CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO  
Nome **BRADESCO** NRO **237**

AGÊNCIA  
NRO **1260** D/V **6**  
(informar dígito se existir)

AGÊNCIA  
NRO **98661** D/V **6**  
(informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder 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 SEGURO  
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 17:25 HRS  
AGENCIA 1260 CONTA 0098661-6 05/ABR/2018

DISPONIVEL  
= TOTAL DISPONIVEL ..... 13.29  
+ CONTA FACIL (C/C + POUP) ..... 13.29  
TOTAL DE RECURSOS ..... 13.29  
SALDO DISP. P/INVEST. .... 13.29

MOVIMENTACAO - CONTA FACIL (C/C + POUP)

DIA	HISTORICO	N.DOC	VALOR
16	SALDO ANTERIOR		21.83
19	COMPRA CART ELO 0180120		20.00
	MEGA POSTO		
	S A L D O .....		1.83
21	TRANS SAL P/C/C 2101260		798.80
	BCO:237 AGE:01260 CTA:0106043-0		
	COMPRA CART ELO 0340087		
	MOBILIDADE REDIFE PA		
	SQ C/C BCO24H 2103760		700.00
	00047140	21032042	
	S A L D O .....		6.29
28	TRANS SAL P/C/C 2801260		1.072.80
	BCO:237 AGE:01260 CTA:0106043-0		
	S A L D O .....		1.079.09
29	COMPRA CART ELO 0029295		81.80
	TUDO DE FRIOS II		
	COMPRA CART ELO 0280839		1.60.00
	PETRO CABO		
	S A L D O .....		967.29
ABRIL/2018			
02	SQ C/C BCO24H 0204991		650.00
	00034414	02040812	
	SQ C/C BCO24H 3003057		299.00
	00036238	30030127	
	SALDO TOTAL		13.29

DEMONSTRATIVO DE SALDOS E RENDIMENTOS

POUPANSA FACIL - DEPOSITOS A PARTIR DE 4/5/12		
DIA DO ANIVERSARIO	SALDO EM	RENDIMENTO(S)
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 Ala Bradesco - 0800 7048383.  
Deficiencia Auditiva Fala 0800 722 0099.  
Atendimento 24 horas, 7 dias por semana.  
Duvitoria - 0800 7278933 das 08h as 18h.  
de segunda a sexta-feira, exceto feriados.  
A declaracao de Quitacao Anual de Tarifas PF  
esta disponivel no Autoatendimento e Internet.

ARUANA SEGUROS  
18 ABR 2018

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

MARCELO GUILHERME DOS SANTOS

**DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL**

Nome completo <b>MARCELO GUILHERME DOS SANTOS</b>		CPF titular da conta <b>074. 664. 534 - 14</b>		Profissão <b>EMPILHADOR</b>	
Endereço <b>RUA ALEXANDRA FIGUEIREDO SILVA</b>		Número <b>8</b>		Complemento	
Bairro <b>COHAB</b>	Cidade <b>CABO</b>	Estado <b>PE</b>	CEP <b>54 515 - 090</b>		
Email			Telefone (DDD) <b>(81) 8874-8265</b>		

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - 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**

- ☐ RECUSO INFORMAR
 ☐ SEM RENDA
 ☐ ATÉ R\$ 1.000,00
 ☒ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
 ☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00
 ☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00
 ☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

- ☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo, Assinale uma opção):  
☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAÚ (348)  
☐ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA NRO.  D/V  CONTA NRO.  D/V   
 (Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

- ☒ CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO Nome  NRO   
**BRADESCO** **237**  
 AGÊNCIA NRO.  D/V  CONTA NRO.  D/V   
**1260** **2** **98661** **5**  
 (Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder 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.

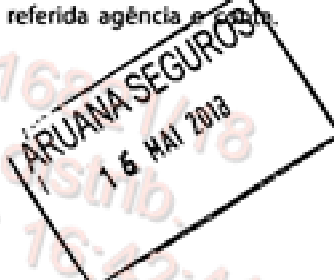
**CABO - PE** **09** de **MAIO** de **2018**

Local e Data

➤ Marcelo Guilherme dos Santos

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal





Bradesco

Dia & Noite

AG. 1260-2

C/C 98661-5

BCN - BRADESCO DIA E NOITE  
EXTRATO CONTA FACIL TERM.050581  
MARCELO G DOS SANTOS 17:55 HRS  
AGENCIA 1260 CONTA 0098661-5 07/MAI/2018  
DISPONIVEL  
= TOTAL DISPONIVEL ..... 0,00  
= CONTA FACIL (C/C + POUP) ..... 0,00  
TOTAL DE RECURSOS ..... 0,00

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

ABRIL/2018				VALOR
DIA	HISTORICO	N.DOCTO		
02	SALDO ANTERIOR			102,29
12	TRANS SAL P/C/C 1201260			632,24
	BCO:237 AGE:01260 CTA:0106043-0			
	S A L D O .....			632,24
13	SAQUE C/C BCN 7203221			200,00
	Ag01260mag017203seq0822113040747			
	SD C/C BCO24H 1304515			200,00
	00030834 13041305			
	S A L D O .....			432,24
27	TRANS SAL P/C/C 2701260			632,24
	BCO:237 AGE:01260 CTA:0106043-0			
	S A L D O .....			632,24
30	SAQUE C/C BCN 7203105			300,00
	AG01260mag017203seq0822110529041512			
	SD C/C BCO24H 2904055			300,00
	00028184 29041457			
	S A L D O .....			332,24
MAIO/2018				
02	TAR EXTRATO 0270418			632,24
	VR.PARCIAL EXTRA0mes(E)			
	SALDO TOTAL			632,24

DEMONSTRATIVO DE SALDOS E RENDIMENTOS		
POUPANCA FACIL - DEPOSITOS A PARTIR DE 4/5/12		
DIA DO	SALDO EM	RENDIMENTO(S)
ANIVERSARIO	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		

Demonstrativo para simples conferencia.  
Sujeito a alteracoes ate o final do dia.  
Fone Facil - 4002 0022 / 0800 570 0022.  
SAC Alo Bradesco - 0800 7048393.  
Deficiencia Auditiva/Fala 0800 722 0099.  
Atendimento 24 horas, 7 dias por semana.  
Ouvidoria - 0800-7279933 das 08h as 18h.  
de segunda a sexta-feira, exceto feriados.  
A declaracao de Quitacao Anual de Tarifas PF  
esta disponivel no Autoatendimento e Internet.

ARUANA SEGUROS  
16 MAI 2018



Boletim de ocorrência



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 040ª CIRCUNSCRIÇÃO - CABO DE SANTO  
AGOSTINHO - DP40ªCIRC DIM/10ªDESEC

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 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, 01, PROXIMO A ENTRADA DE IPOJUCA - 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: 0077551/SDS/PE (RG), 07460483414 (CPF), 00030032448 (CNH) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 1ª. GRAU INCOMPLETO Profissão: OUTRAS PROFISSOES Telefones Celulares: 31003034978**

Endereço Residencial: **BAIRRO DE COHAS (BAIRRO), 05, RUA ALEXANDRE FIGUEIREDO ANTIGA RUA 70 - CEP: 55000-000 - Bairro: COHAS - CABO DE SANTO AGOSTINHO/PERNAMBUCO/BRASIL**

**DESCONHECIDO (não presente ao plantão) - Sexo: Desconhecido Mãe: NAO DECLARADA Naturalidade: CABO DE SANTO AGOSTINHO / PERNAMBUCO / BRASIL Estado Civil: DESCONHECIDO Profissão: OUTRAS PROFISSOES**  
Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE CABO DE SANTO AGOSTINHO (MUNICIPIO), 01 - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - CABO DE SANTO AGOSTINHO/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

ARQUIVADO  
15 JAN 2018

**MOTOCICLETA (VEICULO)** de propriedade do(a) Sr(a): **MARCELO GUILHERME DOS SANTOS**, que estava em posse do(a) Sr(a): **MARCELO GUILHERME DOS SANTOS**  
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/GO 100** Objeto apreendido: **Não**  
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **POV2281** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: **106788202** Chassi: **902KC1000FR513128**  
Ano Fabricação/Modelo: **2015/2015** Combustível: **ALCO/GASOL**

**CARRO (VEICULO)** de propriedade do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**  
Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMOVEL/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)**

Comprovação de ata declaratória



### Complemento / Observação

**INFORMA A VITIMA QUE VINHA PELA BR-101 PROXIMO A IPOJUCA QUANDO UM CARRO TRANCOU 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 SAO SEBASTIAO E DEPOIS FOI TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL MEMORIAL GUARARAPEOS.**

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

*Marcelo Guilherme dos Santos*  
**MARCELO GUILHERME DOS SANTOS**  
**(VITIMA)**

B.O. registrado por: *Gildo Severino Monteiro* - Matrícula: **319932-0**

**ARUANA SEGUROS**  
15 JAN 2018

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

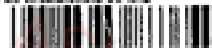
☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

☐ 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 Inexistência de IML



CABO. PE 02 de Janeiro de 2018

Local e Data

ARUANA SEGURO

15 JAN 2018

x Marcelo Guilherme da Santa

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: 03/10/1989	- 28 Anos e 5 Meses	Est. Civil: SOLTEIRO	
Endereço: RUA SETENTA, 08		C.P.F.: 07466453414	
Bairro: COHAB		Identidade: 6977591	OSD 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: TRAUMA LATERO-CONTATO EM JOELHO E NA BOMBA  
ATOS MANEJO DE RUA  
TRAIÇÃO E EXISTÊNCIA LIGAMENTAR, ARTROSCÓPIA PRECISA

Exames Complementares:

Hip. Diagnóstica / CID: TRAUMA LATERO-CONTATO (FA?) EM JOELHO E

Prescrição / Tratamento: 1) ENTALHE DO PACIENTE PARA SERVIR COM DIAGNÓSTICO POR IMAGEM - ATOS  
DIAGNÓSTICO DE ATOS SERVIR NO PLANO ACIONADO  
1) ATOS DE 10% - INATIVA MEDIO/LUTIMOS  
2) PROTEÇÃO DO ATOS FICOU MUITO  
3) DIFERENÇA DE 10% ATOS E  
4) ATOS

Dr. Dyego Augusto  
Médico - CRM 23517

24 SET. 2017

Reavaliação: 24/09/17 ATOS DE 10% SERVIR ACIONADO (10% ATOS SERVIR / ACIONADO)

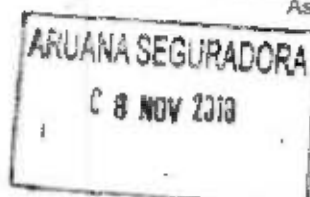
Materiais Usados: 1) ATOS DE 10% SERVIR ACIONADO  
2) PROTEÇÃO DO ATOS FICOU MUITO  
3) DIFERENÇA DE 10% ATOS E  
4) ATOS

Dr. Dyego Augusto  
Médico - CRM 23517

24 SET. 2017

Saída: Data/Hora às

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: 000000098661-5

Nr. Autenticação

BRADESCO2412201805000000000023701260000000098661168750 PAGO

**NOTA FISCAL - FATURA - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA**  
**Companhia Energética de Pernambuco**  
 Av. João de Barros, 111, São Vito, Recife, Pernambuco - CEP 50060-800  
 CNPJ 10.835.003/0001-08 Insc. Est. 15.000.033-01 | www.celpe.com.br

**SAÍDOS DO CLIENTE**  
**MAPAC E O CLIENTE DO SÉCULO XXI**

0000 0000 0000 0000

clustered

DOI: 10.1002/anie.200500000  
 HOW TO CITE THIS ARTICLE  
 ADVANCED ONLINE PUBLICATION

CPF DO CONTRATADO	NOME	ENDEREÇO
02010419879	LAURICA	1111070017
APRESENTAÇÃO	CPF DO CLIENTE	CPF DA PRESTAÇÃO
1111070017	2011081382	5222001

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA  
RUA ALFONSO ARAGÃO, 100 - JARDIM DO SOL  
CAMPINAS - SP - 13060-970

COHABICABO  
CABO DE SANTO AGOSTINHO PE  
54515-000

COSTA CONTINUED		PAGE TWO	
7010268502		10/2017	
CLAS DE VERIFICACION		SOLICITUD DE VERIFICACION	
19/10/2017		11/11/2017	
TOTAL A PAGAR (C)		54.27	

### DISCUSSION AND CONCLUSIONS

	Quantidade	Preço unit. (R\$)	Valor unit. (R\$)
Consumo Adicional (kg)	87,00000000	0,70410000	61,25
Acrescimo Bandeira ASAPRELA			1,20
Acrescimo Bandeira VERMELHA			1,20
Contribuição Burellingão ao Público			2,10
ICMS Substancia 0-00-00000000-100011			8,41
ICMS Substancia 0-00-00000000-100011			0,80
Multa por atraso 0000000000-100011			1,20
Juros por atraso 0000000000-100011			0,50
Anexo ICMS 0000000000-100011			0,50

el consumo de la residencia

TOTAL DAFNISA

**DEMONSTRATIVO DE CONSUMO COTA MORA FISCAL**

Nº DE INSCRIÇÃO		NOME DO CANDIDATO		MATERIA		PROVA		NOTA		SITUAÇÃO		COMENTÁRIOS	
PROVA	PROVA	PROVA	PROVA	PROVA	PROVA	PROVA	PROVA	PROVA	PROVA	PROVA	PROVA	PROVA	PROVA
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14

**Figure 1: Comparison of the 2008 and 2009 Survey Results**

**Table 1: Percentage of respondents by age group**

Age Group	2008 (%)	2009 (%)
18-24	15.0	15.0
25-34	20.0	20.0
35-44	25.0	25.0
45-54	20.0	20.0
55-64	15.0	15.0
65+	5.0	5.0

**Table 2: Percentage of respondents by gender**

Gender	2008 (%)	2009 (%)
Male	55.0	55.0
Female	45.0	45.0

**Table 3: Percentage of respondents by education level**

Education Level	2008 (%)	2009 (%)
High School	10.0	10.0
Some College	20.0	20.0
Bachelor's	30.0	30.0
Master's	15.0	15.0
PhD	5.0	5.0

**Table 4: Percentage of respondents who answered 'Yes' or 'No' to various questions**

Question	2008 (%)	2009 (%)
Do you have a job?	75.0	75.0
Are you satisfied with your job?	60.0	60.0
Do you have a car?	85.0	85.0
Are you satisfied with your car?	70.0	70.0
Do you have a house?	90.0	90.0
Are you satisfied with your house?	80.0	80.0

Revised: 4/24/2018, 10:00 AM. All rights reserved. No part of this publication may be reproduced, stored in a retrieval system, or transmitted, in any form or by any means, electronic, mechanical, photocopying, recording, or by any information storage or retrieval system, without prior written permission from the copyright owner.

### POST-CONTRACT INFORMATION

Foto: Paulo de Paula / A. S. / Contrasto

АТЕНСКО СЕДМО ПРОМАНЕЊЕ УОДНО СОНТАЖЕ АРГО

(1) *How do you think the program will affect the environment?*

Variable	Grouping	Value	Variable	Grouping	Value
Variable	Grouping	Value	Variable	Grouping	Value

© 2000 by John Wiley & Sons, Inc. All rights reserved. This journal is registered at the Copyright Clearance Center, Inc., 222 Rosewood Drive, Danvers, MA 01923. Organizations in the U.S. who are also registered with C.C.C. may therefore copy material (beyond the limits permitted by sections 107 and 108 of U.S. copyright law) subject to payment to C.C.C. of the per copy fee of \$05.00. This consent does not extend to multiple copying for promotional or commercial purposes. ISI Tear Sheet Service, 3501 Market Street, Philadelphia, PA 19104, USA, is authorized to supply single copies of separate articles for private use only. Organizations authorized by the Copyright Licensing Agency may also copy material subject to the usual conditions. For all other use, permission should be sought from John Wiley & Sons, Inc.

[illegible]

1999, 2000, 2001, 2002, 2003, 2004, 2005, 2006, 2007, 2008, 2009, 2010, 2011, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016, 2017, 2018, 2019, 2020, 2021, 2022, 2023, 2024, 2025, 2026, 2027, 2028, 2029, 2030, 2031, 2032, 2033, 2034, 2035, 2036, 2037, 2038, 2039, 2040, 2041, 2042, 2043, 2044, 2045, 2046, 2047, 2048, 2049, 2050, 2051, 2052, 2053, 2054, 2055, 2056, 2057, 2058, 2059, 2060, 2061, 2062, 2063, 2064, 2065, 2066, 2067, 2068, 2069, 2070, 2071, 2072, 2073, 2074, 2075, 2076, 2077, 2078, 2079, 2080, 2081, 2082, 2083, 2084, 2085, 2086, 2087, 2088, 2089, 2090, 2091, 2092, 2093, 2094, 2095, 2096, 2097, 2098, 2099, 2100, 2101, 2102, 2103, 2104, 2105, 2106, 2107, 2108, 2109, 2110, 2111, 2112, 2113, 2114, 2115, 2116, 2117, 2118, 2119, 2120, 2121, 2122, 2123, 2124, 2125, 2126, 2127, 2128, 2129, 2130, 2131, 2132, 2133, 2134, 2135, 2136, 2137, 2138, 2139, 2140, 2141, 2142, 2143, 2144, 2145, 2146, 2147, 2148, 2149, 2150, 2151, 2152, 2153, 2154, 2155, 2156, 2157, 2158, 2159, 2160, 2161, 2162, 2163, 2164, 2165, 2166, 2167, 2168, 2169, 2170, 2171, 2172, 2173, 2174, 2175, 2176, 2177, 2178, 2179, 2180, 2181, 2182, 2183, 2184, 2185, 2186, 2187, 2188, 2189, 2190, 2191, 2192, 2193, 2194, 2195, 2196, 2197, 2198, 2199, 2200, 2201, 2202, 2203, 2204, 2205, 2206, 2207, 2208, 2209, 2210, 2211, 2212, 2213, 2214, 2215, 2216, 2217, 2218, 2219, 2220, 2221, 2222, 2223, 2224, 2225, 2226, 2227, 2228, 2229, 2230, 2231, 2232, 2233, 2234, 2235, 2236, 2237, 2238, 2239, 2240, 2241, 2242, 2243, 2244, 2245, 2246, 2247, 2248, 2249, 2250, 2251, 2252, 2253, 2254, 2255, 2256, 2257, 2258, 2259, 2260, 2261, 2262, 2263, 2264, 2265, 2266, 2267, 2268, 2269, 2270, 2271, 2272, 2273, 2274, 2275, 2276, 2277, 2278, 2279, 2280, 2281, 2282, 2283, 2284, 2285, 2286, 2287, 2288, 2289, 2290, 2291, 2292, 2293, 2294, 2295, 2296, 2297, 2298, 2299, 2300, 2301, 2302, 2303, 2304, 2305, 2306, 2307, 2308, 2309, 2310, 2311, 2312, 2313, 2314, 2315, 2316, 2317, 2318, 2319, 2320, 2321, 2322, 2323, 2324, 2325, 2326, 2327, 2328, 2329, 2330, 2331, 2332, 2333, 2334, 2335, 2336, 2337, 2338, 2339, 2340, 2341, 2342, 2343, 2344, 2345, 2346, 2347, 2348, 2349, 2350, 2351, 2352, 2353, 2354, 2355, 2356, 2357, 2358, 2359, 2360, 2361, 2362, 2363, 2364, 2365, 2366, 2367, 2368, 2369, 2370, 2371, 2372, 2373, 2374, 2375, 2376, 2377, 2378, 2379, 2380, 2381, 2382, 2383, 2384, 2385, 2386, 2387, 2388, 2389, 2390, 2391, 2392, 2393, 2394, 2395, 2396, 2397, 2398, 2399, 2400, 2401, 2402, 2403, 2404, 2405, 2406, 2407, 2408, 2409, 2410, 2411, 2412, 2413, 2414, 2415, 2416, 2417, 2418, 2419, 2420, 2421, 2422, 2423, 2424, 2425, 2426, 2427, 2428, 2429, 2430, 2431, 2432, 2433, 2434, 2435, 2436, 2437, 2438, 2439, 2440, 2441, 2442, 2443, 2444, 2445, 2446, 2447, 2448, 2449, 2450, 2451, 2452, 2453, 2454, 2455, 2456, 2457, 2458, 2459, 2460, 2461, 2462, 2463, 2464, 2465, 2466, 2467, 2468, 2469, 2470, 2471, 2472, 2473, 2474, 2475, 2476, 2477, 2478, 2479, 2480, 2481, 2482, 2483, 2484, 2485, 2486, 2487, 2488, 2489, 2490, 2491, 2492, 2493, 2494, 2495, 2496, 2497, 2498, 2499, 2500, 2501, 2502, 2503, 2504, 2505, 2506, 2507, 2508, 2509, 2510, 2511, 2512, 2513, 2514, 2515, 2516, 2517, 2518, 2519, 2520, 2521, 2522, 2523, 2524, 2525, 2526, 2527, 2528, 2529, 2530, 2531, 2532, 2533, 2534, 2535, 2536, 2537, 2538, 2539, 2540, 2541, 2542, 2543, 2544, 2545, 2546, 2547, 2548, 2549, 2550, 2551, 2552, 2553, 2554, 2555, 2556, 2557, 2558, 2559, 2560, 2561, 2562, 2563, 2564, 2565, 2566, 2567, 2568, 2569, 2570, 2571, 2572, 2573, 2574, 2575, 2576, 2577, 2578, 2579, 2580, 2581, 2582, 2583, 2584, 2585, 2586, 2587, 2588, 2589, 2590, 2591, 2592, 2593, 2594, 2595, 2596, 2597, 2598, 2599, 2600, 2601, 2602, 2603, 2604, 2605, 2606, 2607, 2608, 2609, 2610, 2611, 2612, 2613, 2614, 2615, 2616, 2617, 2618, 2619, 2620, 2621, 2622, 2623, 2624, 2625, 2626, 2627, 2628, 2629, 2630, 2631, 2632, 2633, 2634, 2635, 2636, 2637, 2638, 2639, 2640, 2641, 2642, 2643, 2644, 2645, 2646, 2647, 2648, 2649, 2650, 2651, 2652, 2653, 2654, 2655, 2656, 2657, 2658, 2659, 2660, 2661, 2662, 2663, 2664, 2665, 2666, 2667, 2668, 2669, 2670, 2671, 2672, 2673, 2674, 2675, 2676, 2677, 2678, 2679, 2680, 26

[illegible]

ARJANA SEGUROS

15 JAN 2018



ATENDIMENTO: RUA JOSÉ PLÉCH FERNANDES - MUN. - 00124 - CENTR  
O C.A.B.O DE SANTO AGOSTINHO PE 54514-390

DADOS DO CLIENTE		MATRÍCULA: 41:59 05/11/2017		
MARCOS LEITE DE ANDRADE JUNIOR AV PRES GETULIO VARGAS, N. 20000 - LOTE-06 - CENTRO CABO DE SA NTO AGOSTINHO PE 54505-560 INSCRIÇÃO: 029.225.105.0175.008 GRUPO: 1 DEB.AUTOMÁTICO: 004360210				
SITUAÇÃO ÁGUA CORTADO	SITUAÇÃO ESGOTO POTENCIAL	RESIDENCIAL	PÚBLICA	
HIDROMÉTRICO A108033652	DATA LEIT. ANTERIOR 23/09/2017	DATA LEIT. ATUAL 23/10/2017	TIPO DE CONSUMO (AUT) REAL	
ÁGUA: LEIT ANT: 236 CONSUMO: 4 LEIT ATU: 240 LEIT FAT: 240				
HISTÓRICO DE CONSUMO REFERÊNCIA CONSUMO				
PARÂMETROS		NÚMERO DE AMOSTRAS		
		EXIG. PORT. MS 2.914/11	ANÁLISES REALIZ.	ATENDIM. A LEGIS
09/2017	02			
08/2017	01			
07/2017	01			
06/2017	01			
05/2017	02			
04/2017	00			
MEDIA:	01			
Qualidade de Água: www.compesa.com.br				
OBS.: (1) COLIFORMES TOTAIS AUSÊNCIA: 95% DAS AMOSTRAS EXAMINADAS (2) OS PARÂMETROS COLIFORMES TOTAIS, ESCHERICHIA COLI E CLORO RESIDUAL SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES SANITARIAS DA ÁGUA (3) OS PARÂMETROS COR E TURBIDEZ SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES ASSOCIADAS AO ASPECTO VISUAL DA ÁGUA				
DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS		CONSUMO	TOTAL(R\$)	
ÁGUA				
COMERCIAL 1 UNIDADE(S)				
CONSUMO DE ÁGUA		4 M3	59,11	
MULTA P/IMPONTUALIDADE 09/2017			1,35	
Componente de restituição				
VENCIMENTO: 05/11/2017 TOTAL A PAGAR: 60,46				

EM 30/09/2017, REGISTRAMOS QUE VCSA ESTAVA EN DEBITO COM A COMPESA CASO JA O TENHA PAGO, DESCONSIDERE ESTE AVISO.

05/11/2017

compesa

ATENDIMENTO: 0800-0810185  
WAPADMT05: 0800-0810185

VENCIMENTO: 05/11/2017

TO

82180000000-6 6634609 18029-9 000416

**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/biblioteca/web/docoriginal.aspx?tipo=1&codigo=29636>

A Circular SUSEP<sup>1</sup> nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

<sup>2</sup> 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 nº9.613/98.

Pelo exposto, eu MARCELO ALBUQUERQUE DE CARVALHO inscrito (a) no CPF sob o Nº 845.935.474 / 15 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário MARCELO GUILHERME DOS SANTOS inscrito (a) no CPF sob o Nº 074.664.534 / 14 do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima MARCELO GUILHERME DOS SANTOS, inscrito (a) no CPF sob o Nº 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 Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

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

Endereço <b>AV. PRES. Getulio VARGAS</b>		Número <b>900</b>	Complemento
Bairro <b>CENTRO</b>	Cidade <b>CABO</b>	Estado <b>PE</b>	CEP <b>54505-560</b>
Email		Telefone comercial(DDD) <b>(01) 30443224</b>	Telefone celular(DDD) <b>(01) 88748265</b>

CABO - PE, 02 de JANEIRO de 2018  
Local e Data

  
Assinatura do Declarante

**ARUANA SEGUROS**  
15 JAN 2018

**Classificação:**

ARUANA SEGURODORA  
C 8 NOV 2313

Usuário: MARINA FERREIRA BORGES ALVES

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

Prontuário: 1072031

Paciente: MARCELO GUILHERME DOS SANTOS

Atendimento: 254810

Convênio: BRADESCO SAUDE 5/A

Leito de Observação: ENF 04 - LEITO 01

Sexo: Masculino

Idade: 28 Anos, 1 Mês e 20 Dias

Usuário: MARINA FERREIRA BORGES ALVES

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

## SUMÁRIO DE ADMISSÃO E ALTA

Prontuário: 1072031

Paciente do Paciente: MARCELO GUILHERME DOS SANTOS

Atendimento: 254810

Unidade de Internação/Leito: ENF 04 - LEITO 01

Sexo: Masculino

Procedimento Solicitado: FRATURAS DO JOELHO - TRATAMENTO CIRURGICO

CID:

Tempo de permanência Previsto:

Infecção Comunitária: Não

CID:

Procedimento Amb Realizado: 00010042-CONSULTA DE URGENCIA/EMERGENCIA - ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Procedimento SUS:

01. Cirurgião: MARINA FERREIRA BORGES ALVES

02. 1. Auxiliar Cirurgico:

03. 2. Auxiliar Cirurgico:

04. 3. Auxiliar Cirurgico:

05. Demais Auxílios Cirúrgicos:

06. Anestesiata: EDSON DA SILVA NETTO NETO

07. Clínicos:

08. Demais:

Procedimentos Especiais:

☐ Mudança de Procedimento☐ Uso de Prótese Óssea☐ Diana de UTI☐ Uso de Fatores de Coagulação☐ Diana de Acompanhante☐ Uso de Oxigenadores☐ Vacina Anti - -Rh☐ Nutrição Parenteral

Resumo do Caso:

PACIENTE COM DIAGNOSTICO DE FRATURA DE PATELA E

AO EXAME

EXTENSÃO +

NEUROVASCULAR PRESERVADO

PULSO +

REALIZADO PROCEDIMENTO CIRURGICO EM BLOCO DE URGENCIA

Diagnóstico Inicial: FRATURA EXPOSTA DE PATELA E

CID:

CID principal:

CID:

Secundário:

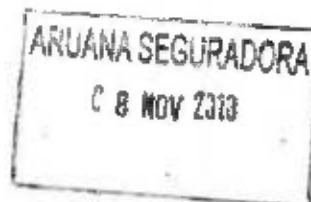
Data e hora de Internação: 25/09/17 00:25:04

Data da Alta:

Permanência: 0 dia(s)

MARINA FERREIRA BORGES ALVES

CRM - 20343



Nome: MARCELO GUILHERME DOS SANTOS

Prontuário: 1072031

Atendimento: 754810

Convênio: BRADESCO SAUDE S/A

Local de Observação: APT 01 - LEITO 01

Idade: 38 ANOS, 1 Mês e 20 Dias

Sexo: Masculino

## EVOLUÇÃO MÉDICA

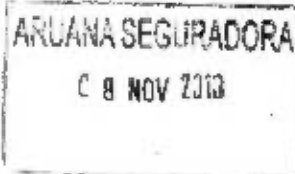
HD 1 DPO DE FRATURA EXPOSTA DE PATELA E

1 DPO DE LIMPEZA CIRURGICA COM IOL DE SF0,9% E PEITO RAFIA DE LESAO PARCIAL DE TENDAO  
SEM INTERCORRENCIAS  
PACIENTE EVOLUI BEM SE QUEIXAS NO MOMENTO

CD VPM,  
MEDICO ASSISTENTE DRA MARINA

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

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





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

Usuário: KATIA RENEIDE DA SILVA

## ADMISSÃO DO TÉCNICO DE ENFERMAGEM

Nome: MARCELO GUILHERME DOS SANTOS

Identificação: 254810

Idade: 27 Anos, 11 Meses e 22 Dias

Tempo Internação: 0

Prontuário: 1072031

Unidade de Internação/Leito: ENF 04 - LEITO 01

Sexo: Masculino

Convênio: BRADESCO SAUDE S/A

PACIENTE ADMITIDO NESTE SETOR PROVENIENTE DA EMERGENCIA, PD DE FRATURA EXPOSTA DE JOELHO (E)  
AFEBIL, NORMOTENSO, NORMOCORADO, NEGA ALERGIAS, DIABETES E HIPERTENSAO, MEDICADO CPM AGUARDANDO CIRURGIA  
SEGUE AOS CUIDADOS DA ENFERMAGEM.

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

Técnico de Enfermagem: KATIA RENEIDE DA SILVA

Conselho: 722123





São Sebastião

Laudo Médico

Examinado: MARCELO G. DOS SANTOS, 24 ANOS, BRANCO  
NASC. VITORIA, 1965, ASSAITE DE ALTO (VII) 173, 174, 175  
DE GUARATINGA

Em 12/09/17, compareceu ao consultório, apresentando

queixas de dor na região lombar (inferior de intensidade 7/10)

em posição mantida por 20 minutos, dor no membro inferior  
à esquerda de intensidade 7/10 no VASO

em posição mantida por 20 minutos, dor no membro inferior  
à esquerda de intensidade 7/10 no VASO  
em posição mantida por 20 minutos, dor no membro inferior  
à esquerda de intensidade 7/10 no VASO  
em posição mantida por 20 minutos, dor no membro inferior  
à esquerda de intensidade 7/10 no VASO

Dr. Diego Augusto  
Médico  
CRM 25517

24/09/17

[www.hospitalaossebastiao.com.br](http://www.hospitalaossebastiao.com.br) | Telefone: (081) 3512-4150  
Av. Presidente Getúlio Vargas, 854, Cabo de Santo Agostinho, Pernambuco, CEP 64.505-342

ARUANA SEGUADORA

8 NOV 2017

## DESCRIÇÃO 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 PÁTELA E

CIRURGIA: FRATURA DO FEMUR

## DESCRIÇÃO CIRÚRGICA:

- 1) PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL SOB ANESTESIA
- 2) ASSEPSIA E ANTISSEPSE
- 3) APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTERÉIS
- 4) VISUALIZADA FRATURA DE PÁTELA FRAGMENTO PEQUENO E LESÃO PARCIAL DE TENDÃO PATELAR
- 5) DESBRIDAMENTO E LIMPEZA CIRÚRGICA EXAUSTIVA COM SP0,9% 10L
- 6) REALIZADO RAFIA DA LESÃO PARCIAL COM ETHIBOND 5
- 7) CURATIVO
- 8) APOSIÇÃO DE TALA JOELHO
- 9) A SR

ARUANA SEGURADORA  
C 8 NOV 2013

PRESTADOR: MARINA FERREIRA BORGES ALVES

CRM - 20343

Procedimento:

Procedimento Realizador:

Procedimento SUS:



Usuário: MARINA FERREIRA BORGES ALVES

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

Prontuário: 1072031

Nome: MARCELO GUILHERME DOS SANTOS

Apelido: 354810

Convênio: BRADESCO SAUDE S/A

Leito de Observação: APT 01 - LEITO 01

Sexo: Masculino

Idade: 28 Anos, 1 Mês e 20 Dias

## EVOLUÇÃO MÉDICA

TRATAMENTO DE FRATURA EXPOSTA DE PATELA E

REALIZADO LIMPEZA CIRURGICA COM 10L DE SF0,9% E FEITO RAFIA DE LESAO PARCIAL DE TENDAO  
SEM INTERCORRENCIAS

COM MANUTENHAO ATB  
CURATIVO DIARIO  
PALA JOELHO EM EXTENSAO

ARUANA SEGURADORA

C B NOV 2313

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

Médico(a): MARINA FERREIRA BORGES ALVES

CRM - 20343






ARUANA SEGUROS

15 JAN 2018



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL		MINISTÉRIO DAS CIDADES	
DETTRAN - PE		Nº 013223328296	
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO		EXERCÍCIO 2017	
PLACA	1067882585	DATA DE EMISSÃO	2017
			
MARCELO GUILHERME DOS SANTOS			
CABO STO. APOSTOLADO - PE			
074 664 534-14		PCV2281	
***** PE *****		902201600R513128	
PAS - MOTOCICLETA		ALDO/CASOL	
BOMBA/CG 150 TITANIX		2015	
CG 150T/CG		2015	
2P/149CL		PARTIC	
I - RUA 2017		VENC. CONTR	
V - PAVILÃO		2	
A -		3	
Medida superior (m)		Medida total (m)	
Seguro FVCO		Data de validade	
SEM RESERVA		BENEFICIÁRIOS	
CABO STO		27/03/17	
Distribuidor: Empresa de Distribuição de PB			

[illegible]

ARUANA SÊGUROS

15 JAN 2018

**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 às regiões corporais acometidas.**

Região Corporal

joelho esquerdo

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

Região Corporal

\_\_\_\_\_  
% do Dano ( ) 10% residual ( ) 25% leve  
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

Região Corporal

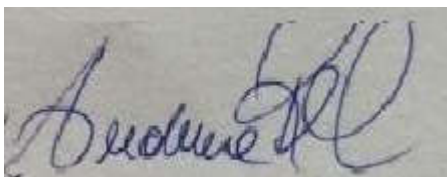
\_\_\_\_\_  
% do Dano ( ) 10% residual ( ) 25% leve  
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

Região Corporal

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

**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 termino 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:**

Alessandra Duraes Altaf

PROCURAÇÃO PARTICULAR

Outorgante: MARCELO GUILHERME DOS SANTOS

Id: 6.977.591

CPF: 074.664.334-14

End: R. ALEXANDRA FIGUEIREDO SILVA, Nº 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 - PE

Nomelo 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

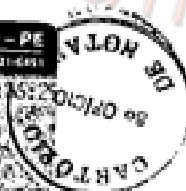
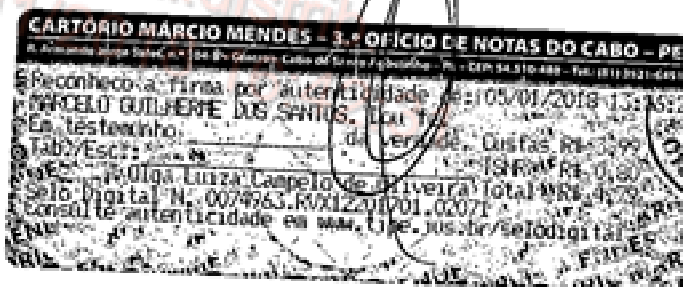
CABO - PE, 05 de JANEIRO de 2018

Procurado



Marcelo Guilherme dos Santos

Assinatura do Outorgante  
(reconhecer firma por autenticidade)



ARUANA SEGUROS

15 JAN 2018