



Número: **0035410-87.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

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

Última distribuição : **04/08/2020**

Valor da causa: **R\$ 6.918,75**

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
MARCELO GUILHERME DOS SANTOS (AUTOR)		VIVIANE EVANGELISTA DE SOUZA ALVES (ADVOGADO)	
MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S/A (REU)			
PAULO FERNANDO BEZERRA DE MENEZES FILHO (PERITO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
68151837	17/09/2020 17:02	ANEXO 1	Outros (Documento)

Rio de Janeiro, 06 de Novembro de 2018

Aos Cuidados de: **MARCELO GUILHERME DOS SANTOS**

Nº Sinistro: **3180518056**

Vítima: **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

Pag. 0074000760 - carta_01 - INVALIDEZ

00020376



Rio de Janeiro, 06 de Novembro de 2018

Aos Cuidados de: **MARCELO GUILHERME DOS SANTOS**
Nº Sinistro: **3180518056**
Vítima: **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

Pag. 0016/000164 - carta_03 - INVALIDEZ

00000002



Carta nº 13558220



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

Pag. 0010000170 - carta_02 - INVALIDEZ

000500605

Carta nº 13580816



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

Pag. 00009/00000 - carta_02 - INVALIDEZ

00000485

Carta nº 13672604



Autorização de pagamento

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

Para mais detalhes, acesse o site <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, destituída 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: **074.664.534-14** 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: **MARCELO GUILHERME DOS SANTOS** CPF titular da conta: **074.664.534-14** Profissão: **EMPILHADOR**

Endereço: **RUA ALEXANDRA FIGUEIREDO SILVA** Número: **8** Complemento:

Bairro: **COHAB** Cidade: **CABO** Estado: **PE** CEP: **54515-090**

Email: Telefone (DDD): **(81) 8814-8265**

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

☐ REQUERER 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 (347) ☐ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

BANCO: **BRADESCO** AGÊNCIA: **1260** CONTA: **98661**

AGÊNCIA: **1260** CONTA: **98661**

Informar dígito se existir: **837** Informar dígito se existir: **6**

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 SEGUROS

18 ABR 2018

9

MARCELO GUILHERME DOS SANTOS

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPPE/DOL V001/2012



Bradesco

Dia & Noite

BBN - BRADESCO DIA E NOITE
EXTRATO CONTA FACIL TERM. 05/05/1

MARCELO G DOS SANTOS 17:25 1875
AGENCIA 1260 CONTA 0008861-6 05/05/2018

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

MOVIMENTACAO - CONTA FACIL (C/C + POU)

DIA	HISTORICO	N. DOCTO	VALOR
15	SALDO ANTERIOR		24,03
19	COMPRA CART ELO 0100120		20,00
	MEGA POSTO		
	S A L D O		1,03
21	TRANS SAL P/C/C 2101260		4,02
	BOC:237 AGE:01260 CTA:0100043-0		
	COMPRA CART ELO 0140057		4,50
	MOBILIDADE RECIFE PA		
	SO C/C BOC24H 2103760		400,00
	00047140	21032012	
	S A L D O		6,36
28	TRANS SAL P/C/C 2801260		4,02
	BOC:237 AGE:01260 CTA:0100043-0		
	S A L D O		4,02
29	COMPRA CARB ELO 0020206		8,50
	TUDO DE FRIOS II		
	COMPRA CART ELO 0280839		1,50
	PETRO DABO		
	S A L D O		60,38
ABRIL/2018			
02	SO C/C BOC24H 0204991		650,00
	00084414	02040812	
	SO C/C BOC24H 3003067		200,00
	00036238	30030127	
	SALDO TOTAL		12,70

DEMONSTRATIVO DE SALDOS E RENDIMENTOS

DATA DO	SALDO EM	RENDIMENTOS
ANIVERSARIO	05/04/2018	
14	0,00	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 - 14002 0022 / 0800 670 0022.
SAC Alô Bradesco - 0800 1048383.
Deficiencia Ativa/Ata 0800 722 0099.
Atendimento 24 horas, 7 dias por semana.
Dúvidas - 0800 7278833 das 08h as 18h,
de segunda a sexta-feira, exceto feriados.
A declaracao de Oubicao Anual de Tarifas FF
esta disponivel no Autoatendimento o 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 MARCELO GUILHERME DOS SANTOS
---------------------------	-------------------------------------	---

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

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

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 (341) ☐ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)		☒ CONTA CORRENTE (todos os bancos)	
AGÊNCIA NRO. D/V		BANCO Nome NRO.	
CONTA NRO. D/V		AGÊNCIA NRO. D/V	
(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



FAPPF.001 V001/2017





Bradesco

Dia & Noite

AG. 1260-2

C/C 98661-5

BON - 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 0,00
= TOTAL DISPONIVEL 0,00
CONTA FACIL (C/C + POUP) 0,00
TOTAL DE RECURSOS 0,00

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

ABRIL/2018			
DIA	HISTORICO	N.DOCTO	VALOR
02	SALDO ANTERIOR		10229
12	TRANS SAL P/C/C 1201260		634204
	BCO:237 AGE:01260 CTA:0105043-0		
	S A L D O		634204
13	SAQUE C/C BON 7203221		200700
	Ag01260mad017203seq0822113040747		
	SQ C/C BCO24H 1304515		634204
	00030834 13041305		
	S A L D O		433504
27	TRANS SAL P/C/C 2701260		634204
	BCO:237 AGE:01260 CTA:0105043-0		
	S A L D O		634204
30	SAQUE C/C BON 7203105		30000
	Ag01260mad017203seq0710529041512		
	SQ C/C BCO24H 2904055		634204
	00028184 29041457		
	S A L D O		604204
MAIO/2018			
02	TAR EXTRATO 0270418		400
	VR.PARCIAL EXTRATOnest(E)		
	SALDO TOTAL		603804

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		0,00

Demonstrativo para simples conferencia.
Sujeito a alteracoes ate o final do dia.
Fone Facil - 4002 0022 / 0800 570 0022.
SAC Alo Bradesco - 0800 7048383.
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 - Dolo (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 (VÍTIMA)

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: 0077691/SDS/PE (RG), 07466463414 (CPF), 00038632448 (CNH)
Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 1ª. GRAU INCOMPLETO Profissão: OUTRAS
PROFISSOES Telefones Celulares:
- 81088834978**

Endereço Residencial: **BAIRRO DE COHAS (BAIRRO), 08, RUA ALEXANDRE FIGUEIREDO
ANTIGA RUA 78 - 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)



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/CG 180** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PGV2254** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: **106788208** Chassi: **902KC1609FR513138**
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/Polícia Civil/.infopol/xml/BOEPreview.html

Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Comprovação de ato declaratório



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 GUARARAPES.

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





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 Líder 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

DALI.001 V001/2017



HOSPITAL SÃO SEBASTIÃO

FICHA DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA / EMERGÊNCIA

Classificação

Atendimento: 931699	Data: 24/09/2017	Hora: 20:48	Recepc: DALINE CRIS NASCIMENTO
Convênio: BRADESCO EMPRESA			Matrícula: 774155055042009
Responsável: Médico: DYEGO AUGUSTO DA SILVA			Identidade: Cartão SUS:
Paciente: 117592 MARCELO GUILHERME DOS SANTOS			Sexo: MASCULINO Cor: PARDOS
Nascimento: 05/10/1989 28 Anos e 5 Meses			Est. Civil: SOLTEIRO
Endereço: RUA SETENTA, 08			C.P.F.: 07466453414
Bairro: COHAB			Identidade: 6977591
IBGE/Cidade: CABO DE SANTO AGOSTINHO UF: PE			Telefone: 818855-0848
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: FRANCISCA LACINHO LACINHO EM PRESENÇA DE MÃE JENIN
(20) ANOS DE IDADE
IDEIAS E ELIMINAÇÃO LIGAMENTAR, EXISTENTE ANÁLISE

Exames Complementares:

Hip. Diagnóstica / CID: FRANCISCA LACINHO LACINHO (FA) EM PRESENÇA DE

Prescrição / Tratamento: 1. ENFERMEIRO PARCEIRO PARA ATENDIMENTO COM ATENDIMENTO POR MÃE - MÃE
2. ATENDIMENTO DE MÃE - MÃE MÃE MÃE MÃE
3. ATENDIMENTO DE MÃE - MÃE MÃE MÃE MÃE
4. ATENDIMENTO DE MÃE - MÃE MÃE MÃE MÃE
5. ATENDIMENTO DE MÃE - MÃE MÃE MÃE MÃE

Dr. Dyego Augusto
Médico - CRM 23817

24 SET 2017

Reavaliação: 20170924 FRANCISCA LACINHO LACINHO (FA) EM PRESENÇA DE MÃE JENIN

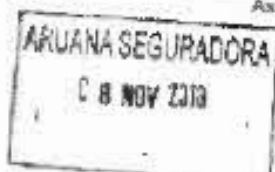
Materiais Usados: FRANCISCA LACINHO LACINHO (FA) EM PRESENÇA DE MÃE JENIN

Dr. Dyego Augusto
Médico - CRM 23817

24 SET 2017

Saída: Data/Hora: 20170924 FRANCISCA LACINHO LACINHO (FA) EM PRESENÇA DE MÃE JENIN

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

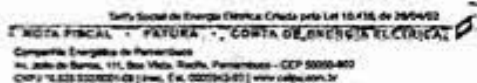
AGÊNCIA: 01260-2

CONTA: 000000098661-5

Nr. Autenticação

BRADESCO241220180500000000002370126000000098661168750 PAGO



ENDERECO DA UNIDADE CONSUMIDORA:
RUA ALEXANDRA F. LUIZ RIBEIRO SILVA 11

CONVENCÃO
CASA DE SANTO AGOSTINHO, PE
54515-090

DATA DE EMISSÃO	DATA DE RECEBIMENTO
7010268502	10/2017
DATA DE RECEBIMENTO	DATA DE RECEBIMENTO
19/10/2017	11/11/2017
TOTAL A PAGAR (R\$)	54,27

MONEDA FISCAL	moneda (pes)	moneda (pes)
87,00000000	0,70140076	48,99
		1,22
		1,13
		2,13
		0,41
		0,83
		1,72
		0,50
		0,04

Componente de residencia

TOTAL DEFENSE	1	1	1	64.3
---------------	---	---	---	------

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO CLETA NOTA FISCAL									
Nº DO VEICULO	RPG DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DO SIN	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO GRS
		SIN	LEITURA	SIN	LEITURA				
0-0-10000	CAT	11-06-2017	133328	11-06-2017	144110	0	130000		0,79

UNITED STATES ECONOMIC DATA

CONSUMER PRICES

Year	Index
1967	100
1968	105
1969	110
1970	115
1971	120
1972	125
1973	130
1974	135
1975	140
1976	145
1977	150
1978	155

UNEMPLOYMENT

Year	Rate (%)
1967	3.5
1968	3.8
1969	4.2
1970	4.5
1971	4.8
1972	5.2
1973	5.5
1974	5.8
1975	6.2
1976	6.5
1977	6.8
1978	7.2

REAL GROSS DOMESTIC PRODUCT

Year	Index
1967	100
1968	105
1969	110
1970	115
1971	120
1972	125
1973	130
1974	135
1975	140
1976	145
1977	150
1978	155

PER CAPITA INCOME

Year	Index
1967	100
1968	105
1969	110
1970	115
1971	120
1972	125
1973	130
1974	135
1975	140
1976	145
1977	150
1978	155

EXPORTS

Year	Index
1967	100
1968	105
1969	110
1970	115
1971	120
1972	125
1973	130
1974	135
1975	140
1976	145
1977	150
1978	155

IMPORTS

Year	Index
1967	100
1968	105
1969	110
1970	115
1971	120
1972	125
1973	130
1974	135
1975	140
1976	145
1977	150
1978	155

DEFICIT

Year	Index
1967	100
1968	105
1969	110
1970	115
1971	120
1972	125
1973	130
1974	135
1975	140
1976	145
1977	150
1978	155

DEBT

Year	Index
1967	100
1968	105
1969	110
1970	115
1971	120
1972	125
1973	130
1974	135
1975	140
1976	145
1977	150
1978	155

INFLATION

Year	Index
1967	100
1968	105
1969	110
1970	115
1971	120
1972	125
1973	130
1974	135
1975	140
1976	145
1977	150
1978	155

INTEREST RATES

Year	Index
1967	100
1968	105
1969	110
1970	115
1971	120
1972	125
1973	130
1974	135
1975	140
1976	145
1977	150
1978	155

TECHNOLOGY

Year	Index
1967	100
1968	105
1969	110
1970	115
1971	120
1972	125
1973	130
1974	135
1975	140
1976	145
1977	150
1978	155

ENVIRONMENT

Year	Index
1967	100
1968	105
1969	110
1970	115
1971	120
1972	125
1973	130
1974	135
1975	140
1976	145
1977	150
1978	155

WORLD LEADERSHIP

Year	Index
1967	100
1968	105
1969	110
1970	115

[illegible]

ATENÇÃO: A CEL REAFORMA QUE VOCÊ POSSA CONTAR EM ABRIL

Consumption and payment of electricity (in thousands of kWh)					
Variable	Consumption	Trade	Industry	Of which	Trade

De acordo com o Regulamento de Atuação, a responsabilidade de garantir a qualidade dos serviços, assim como a parte operacional das atividades, cabe ao órgão de origem do SPC e, portanto, ao órgão de origem do processo. O fato de o usuário não ter a autoridade necessária para efetuar alterações nos dados não impede a sua utilização.

[illegible]

Source: *U.S. Census Bureau, Current Population Reports, 1990*

1000

ARUANA SEGUROS

15 JAN 2018





CNPJ 09.769.035/0001-64
INSC. EST. Nº 18.1.001.0014398-2

ATENDIMENTO: RUA JOSE PLECH FERNANDES - NUM. - 00124 - CENTR
O CABO DE SANTO AGOSTINHO PE 54519-390

DADOS DO CLIENTE		MATRICULA: 430230-0002017	
MARCOS LEITE DE ANDRADE JUNIOR AV PRES GETULIO VARGAS, N. 00900 - LOTE-06 - CENTRO CABO DE SA NTO AGOSTINHO PE 54505-560 INSCRICAO: 029.225.185.0175-008 GRUPO: 1 DEB. AUTOMATICO: 004360230			
SITUACAO AGUA CORTADO	SITUACAO ESGOTO POTENCIAL	RESIDENCIAL	PUBLICA
HIDROMETRO A10B033652	DATA LEIT. ANTERIOR 23/09/2017	DATA LEIT. ATUAL 23/10/2017	TIPO DE CONSUMO (AV) REAL
AGUA: LEIT ANT: 236 CONSUMO: 4 LEIT ATU: 240 LEIT FAT: 240			
HISTORICO DE CONSUMO REFERENCIA CONSUMO			
		NUMERO DE AMOSTRAS	
		EXIG. PORT.	ANALISES
		Nº 2.914/11	REALIZ.
09/2017	02	74	72
08/2017	01	74	70
07/2017	01	74	74
06/2017	01	74	74
05/2017	02	74	74
04/2017	00	74	74
MEDIA: 01		Qualidade de Agua: 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 SANITÁRIAS DA ÁGUA (3) OS PARÂMETROS COR E TURBIDEZ SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES ASSOCIADAS AO ASPECTO VISUAL DA ÁGUA			
DESCRICAO DOS SERVICOS		CONSUMO	TOTAL(R\$)
AGUA			
COMERCIAL 1 UNIDADE(S)		4 M3	59,11
CONSUMO DE AGUA			
MULTA P/IMPONTUALIDADE 09/2017			1,35
Complemento da medição			
-- Tribuição -- BASE DE CÁLCULO -- PERCENTUAL (%) -- VALOR DO IMPOSTO			
na	59,11	1,65	0,98
com	59,11	7,60	4,49

VENCIMENTO: 05/11/2017 TOTAL A PAGAR: 60,46

RENSAGER:
EM 30/09/2017, REGISTRAMOS QUE V. SA
ESTAVA EM DEBITO COM A COMPESA CAIO
JA O, TENHA PAGO, DESCONSIDERE EST. AVISO

4248000000-0-0040011029-9-00410	VENCIMENTO: 05/11/2017	compesa	ATENDIMENTO: 0800-0810185 WAZAMENIOS: 0800-0810185
ARUANA SEGUROS 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 resseguro.

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

Pelo exposto, eu 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:

☒ Recuso informar

Declaração Circular SUSEP 445/12



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		Número	Complemento
AV. PRES. Getulio VARGAS		900	
Bairro	Cidade	Estado	CEP
CENTRO	CABO	PE	54505-560
Email	Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD)	
	(91) 30333224	(91) 88748265	

CABO-PE 02 de JANEIRO de 2018
Local e Data


Assinatura do Declarante

ARUANA SEGUROS
15 JAN 2018

DLDR.L001 V001/2017



HOSPITAL SÃO SEBASTIÃO

FICHA DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA / EMERGÊNCIA

Classificação:

Atendimento: 931699	Data: 24/09/2017	Hora: 20:40	Recepção: DALINE CRIS NASCIMENTO
Convênio: BRADESCO EMPRESA			Matrícula: 774155058042008
Responsável: Médico: DYEGO AUGUSTO DA SILVA			Identidade: 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: 697769-1 DSD PE
RG/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
Oco:			

Anamnese e Exame Sumário: TRAUMA LIGAMENTAR QUADRIL EM JORNAL E M. 30/11/17
EPD: ACIDENTE DE MOTO
TRAIÇÃO E EXTERNA LIGAMENTAR QUADRIL

Exames Complementares:

Hip. Diagnóstico / CID: TRAUMA LIGAMENTAR (FX) EM JORNAL E

Prescrição / Tratamento: 1. EXAMINAR PULSO E MOTO COM DESENVOLVIMENTO DO MOTO - AP
 2. ANÁLISE DE MOTO - QUANTO AO MOTO / LIGAMENTO
 3. PULSO E MOTO DO MOTO
 4. MOTO DO MOTO DO MOTO
 5. MOTO

Dr. Dyego Augusto
Médico - CRM 23517

24 SET 2017

Reavaliação: 10/11/17 MOTO DO MOTO LIGAMENTAR (MOTO MOTO / ACIDENTE)

Materiais Usados: TRAUMA LIGAMENTAR QUADRIL EM JORNAL E M. 30/11/17
EPD: ACIDENTE DE MOTO
TRAIÇÃO E EXTERNA LIGAMENTAR QUADRIL

Dr. Dyego Augusto
Médico - CRM 23517

24 SET 2017

Gênero: Data/Hora

Assinatura e Carimbo do Médico

ARUANA SEGURADORA
C 9 NOV 2018





Paciente: MARCELO GUSMÃO DOS SANTOS

Admissão: 23/09/2017

Cidade: JI. ANDRÉ, 1. MAR 2 20 1989

Unidade: MARINA FERREIRA BORGES ALVES

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

Prontuário: 1072031

Leito de Observação: ENF 04 - LEITO 01

Sexo: MASCULINO

Paciente: MARINA FERREIRA BORGES ALVES

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

SUMÁRIO DE ADMISSÃO E ALTA

Prontuário: 1072031

Paciente: MARCELO GUSMÃO DOS SANTOS

Admissão: 23/09/2017

Sexo: Masculino

Unidade de Internação/Leito: ENF 04 - LEITO 01

Procedimento Cirúrgico: FRATURAS DO ZÚBULO - TRATAMENTO CIRÚRGICO

CID:

Infecção Comunitária: Não

CID:

Procedimento Anterior Realizado: DODIOM-CONSULTA DE URGÊNCIA/EMERGÊNCIA - ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Indicação para SUS:

1. Cirurgião: MARINA FERREIRA BORGES ALVES

2. Anestesiologista

3. Auxiliar Cirúrgico

4. Auxiliar Cirúrgico

5. Técnicos Auxílios Cirúrgicos

6. Anestesiologista: EDSON DA SILVA NETO NETO

7. Anestesiologista

8. Anestesiologista

9. Anestesiologista Especial

10. Mudança de Procedimento

11. Hora de UTE

12. Hora de Acompanhante

13. Sistema Anti-emb

☐ Uso de Protase Direta

☐ Uso de Fatores de Coagulação

☐ Uso de Orogênese

☐ Nutrição Parenteral

Resumo do Caso

PACIENTE COM DIAGNÓSTICO DE FRATURA DE PATELA E

ALTA FAME

EXTENSÃO

HEMORRÁGIAS PRESERVADO

PULSO

REALIZADO PROCEDIMENTO CIRÚRGICO EM BLOCO DE URGÊNCIA

Diagnóstico Inicial: FRATURA EXPOSTA DE PATELA E

CID:

Ata Cirúrgica

CID:

Operatório

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

Data de Alta:

Prontuário: 1072031

MARINA FERREIRA BORGES ALVES

CRM - 10343



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 17/09/2020 17:02:52
https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20091717025218900000066843970
Número do documento: 20091717025218900000066843970





HOSPITAL GUARARAPES

Usuário: LAURI FERREIRA DA COSTA JUNIOR

Data/Hora: 26/09/2017 08:08:34

Paciente: MARCELO GUILHERME DOS SANTOS

Previdência: 1072031

Vencimento: 756910

Causadora: BRADESCO SAUDE S/A

Serviço de Destino: APT 20 - LEITURAS

End: 15 RUA J. MENEZES 20 DIAS

Sexo: MASCULINO

EVOLUÇÃO MÉDICA

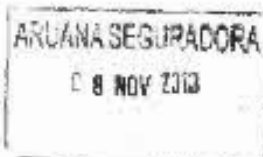
HISTÓRIA DE FRATURA EXPOSTA DE PATELA E

TIPO DE LIMPEZA CIRÚRGICA COM 10L DE SFQ, 10% E FEITO RÁPIDA DE LESÃO PARCIAL DE TENDÃO
SEM INTERCORRÊNCIAS
PACIENTE EVOLUI SEM SE QUEIXAS NO MOMENTO

LAURI
MÉDICO ASSISTENTE ORA MARINA

Hospital do Guararapes, 26/09/2017 08:08:34

MÉDICO(A): LAURI FERREIRA DA COSTA JUNIOR
CRM - 18909



Hospital do Guararapes - 4 - Pacientes - Hospital do Guararapes - PE - Cnpj: 14.163.542 - Tel: (081) 3461.5000



ADMISSÃO DO TÉCNICO DE ENFERMAGEM

Nome: MARCELO GUILHERME DOS SANTOS

Prontuário: 1972031

Identificação: USARF11

Unidade de Interação/Leito: ENF 04 - ZETTO 01

Idade: 37 Anos, 11 Meses e 22 Dias

Sexo: Masculino

Tempo Internação: 0

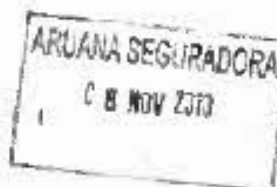
Convênio: BRADERCO SAÚDE S/A

PACIENTE ADMITIDO NESTE SETOR PROVENIENTE DA EMERGÊNCIA, NO DE FRATURA EXPOSTA DE JOELHO (EI)
AFÉBRIL, NORMOTENSO, NORMOCORADO, NEGA ALERGIAS, DIABETES E HIPERTENSÃO, MEDICADO COM AGUARDANDO CIRURGIA
SEGUE SOB CUIDADOS DA INTERMEDIARIA

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

Técnico de Enfermagem: KATIA RENEIDE DA SILVA

Conselho: 722127





São Sebastião

Laudo Médico

Exame realizado em 10/09/2020 às 14h30min, com o paciente em estado de consciência alterado, com sinais vitais dentro da normalidade.

Exame físico: sem alterações significativas.

Exame de laboratório: hemograma dentro da normalidade.

Exame de imagem: tomografia computadorizada de crânio sem alterações.

Exame de imagem: ultrassom de abdômen com alterações.

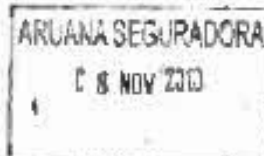
Exame de imagem: ressonância magnética de crânio com alterações.

Exame de imagem: tomografia computadorizada de crânio com alterações.

Dr. Diego Mendes
CRM 25517

22/09/20

www.hospitalsebastiao.com.br | Telefone: (011) 3512-1500
Av. Presidente Vargas, 564, Cade de São Apolônio, Rematão, SP 13.115-340





Page/Date: 23/11/2019 15:18:20

Product code: 107203A

CONVENIO BRADESCO SINDICATO S/A

Leito de Observação: APT 01 - LEITO 04

© 1999 by Blackwell Publishers Ltd. *Journal of Internal Medicine* 245: 299–305

Green Mountains

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA	
Operação: AMPLIAÇÃO PERITONEAL POR LAPAROSCOPIA	1ª Anestesia:
Dr. Responsável:	2ª Anestesia:
Comprimido: SÉRGIO DA SILVA NETO NETO	Tipo de Anestesia:
Instrumentos: 8.50r	

Tratadura exposta de patela e

QUIRURGIA: FRATURA DO FÊMUR

RECAPÍTULO CIRÚRGICA

1. REALIZAÇÃO EM DILATAÇÃO GERAL SOB ANESTESIA
2. ADEQUAÇÃO E ANTIDEPRESSÃO
3. APLICAÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS
4. IDENTIFICAÇÃO DA FRATURA DE PÁTELA POR UM PUNTO DE PUNTO PEQUENO E LESÃO PARCIAL DE TENDÃO PATELAR
5. DESMONTAGEM E LIMPEZA CIRÚRGICA EXAUSTIVA COM SPD, 9% 10L
6. REALIZAÇÃO DA FRATURA PARCIAL COM ETHIBOND 5
7. SUTURAS
8. IMOBILIZAÇÃO DE TALA JOELHO
9. 10. 11. 12.

ARGANA SEGURODORA
C 8 NOV 1964

11111-11111 MORINA FERREIRA BORGES ALVES

CRM - 20347

17 October 2006

www.pearsoned.com/ResistantLife

Copyright © 2000 by John Wiley & Sons, Inc.





UNIDADE: GUARATINGUÁ

Usuário: MARINA FERREIRA BORGES ALVES

Data/Hora: 05/09/2017 10:22:26

Prontuário: 1072031

Nome: MARCELO GUILHERME DOS SANTOS

Apelido: MARCELO

Convênio: BRANCO SAÚDE S/A

Leito de observação: APT 01 - LEITO 01

Sexo: Masculino

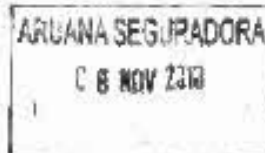
Idade: 05 ANOS, 1 MÊS e 20 DIAS

EVOLUÇÃO MÉDICA

1. LIDO DE FRATURA EXPOSTA DE PATELA S

2. FAZU LIMPEZA CIRURGICA COM IOL DE 50,9% E FEITO RAFA DE LPSAO PARCIAL DE TENDAO
3. SEM INTERCORRENCIAS

4. MANUTENHAO ATB
5. CURATIVO DIARIO
6. FOLIA DORMEIR EM EXTENSAO



Caricador dos Quarteiros: 05/09/2017 10:22:26

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





ARUANA SEGUROS
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 - Órgão 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. Nexos 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 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 ALTAZ**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, 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

Nomeio meu bastante procurador o outorgado acima citado com poderes especificos para resolver todas as questões administrativas referente ao SEGURO DPVAT, que figura como vítima MARCELO GUILHERME DOS SANTOS

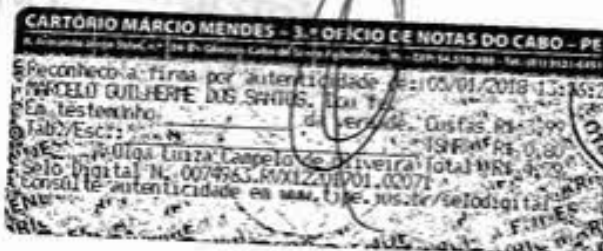
CABO - PE, 05 de JANEIRO de 2018.

Procurador



Marcelo Guilherme dos Santos

Assinatura do Outorgante
(reconhecer firma por autenticidade)



ARUANA SEGUROS

15 JAN 2018

