
Rio de Janeiro, 01 de Julho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200234594

Vítima: ANTONIO MARCOS LAURENTINO

Data do Acidente: 02/02/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ANTONIO MARCOS LAURENTINO

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

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

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 12 de Julho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200234594

Vítima: ANTONIO MARCOS LAURENTINO

Data do Acidente: 02/02/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ANTONIO MARCOS LAURENTINO

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um joelho 25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: ANTONIO MARCOS LAURENTINO

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 237

Agência: 000000586-0

Conta: 0000035766-9

Tipo: CONTA CORRENTE

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 03 de Setembro de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200234594 Vítima: ANTONIO MARCOS LAURENTINO

Data do Acidente: 02/02/2020 Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), ANTONIO MARCOS LAURENTINO

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974. O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica. O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT. Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT
Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 18 de Setembro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200234594

Vítima: ANTONIO MARCOS LAURENTINO

Data do Acidente: 02/02/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ANTONIO MARCOS LAURENTINO

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 843,75
Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um joelho 25%	
Graduação: Em grau intenso 75%	
% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 25%) 18,75%	
Valor a indenizar: 18,75% x 13.500,00 =	R\$ 2.531,25

Recebedor: ANTONIO MARCOS LAURENTINO

Valor: R\$ 843,75

Banco: 237

Agência: 000000586-0

Conta: 0000035766-9

Tipo: CONTA CORRENTE

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200234594 **Cidade:** Serra Talhada **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANTONIO MARCOS LAURENTINO **Data do acidente:** 02/02/2020 **Seguradora:** MG SEGUROS, VIDA E PREVIDENCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 03/07/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA LUXAÇÃO JOELHO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO JOELHO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO JOELHO DIREITO.

**Documentos
complementares:**

Observações: EVOLUÇÃO MÉDICA NA PÁGINA 2/4
LAUDO DE IMAGEM NA PÁGINA 5

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200234594 **Cidade:** Serra Talhada **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANTONIO MARCOS LAURENTINO **Data do acidente:** 02/02/2020 **Seguradora:** MG SEGUROS, VIDA E PREVIDENCIA S.A.

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DO JOELHO DIREITO /PLANALTO TIBIAL

Descrição do exame físico: AO EXAME FÍSICO DO JOELHO DIREITO APRESENTA JOELHO VARO, FLEXÃO AOS 100°, EXTENSÃO AOS 130°, PRESENÇA DE DERRAMES ARTICULARES, SEM AMPUTAÇÃO, MARCHA COM CLAUDICAÇÃO, AGACHAMENTO ALTERADO, SEM ENCURTAMENTO. APRESENTA NA REGIÃO OBSERVADA MOBILIZAÇÃO PASSIVA ANORMAL, CICATRIZ OPERATÓRIA APARENTE, SENSIBILIDADE NORMAL, COLORAÇÃO NORMAL, TEMPERATURA NORMAL, SINAIS INFLAMATÓRIOS INEXISTENTES, PRESENÇA DE ALTERAÇÕES DA MUSCULATURA DO SEGMENTO, PRESENÇA DE ALTERAÇÃO MOTORA DO SEGMENTO. CUMPRE FRISAR QUE, CONFORME O EXAME FÍSICO, O PERICIADO POSSUI UM DÉFICIT FUNCIONAL DE GRAU INTENSO NO JOELHO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO, FIXAÇÃO PLACA E PARAFUSOS
ALTA MÉDICA

Sequelas permanentes: DEFICIT FUNCIONAL SEVERO EM JOELHO DIREITO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 09/09/2020

Conduta mantida: Não

Observações: VÍTIMA INDENIZADA ANTERIORMENTE EM 50 % DO JOELHO DIREITO, APÓS NOVA AVALIAÇÃO RECEBE INDENIZAÇÃO COMPLEMENTAR.

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 intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
Total			6,25 %	R\$ 843,75

**LAUDO DE AVALIAÇÃO MÉDICA PARA FINS DE VERIFICAÇÃO E
QUANTIFICAÇÃO DE LESÕES PERMANENTES EM VÍTIMAS DO SEGURO DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.

Número do Sinistro: 3200234594

Nome do(a) Examinado(a): ANTONIO MARCOS LAURENTINO

Endereço do(a) Examinado(a): Rua Mário Lira, 0, , Serra Talhada/PE

Identificação – Órgão Emissor UF / Número: Não Informado / 7359511

Data e local do acidente: 02/02/2020 - Serra Talhada/PE

Data e local do exame: 09/09/2020 - Serra Talhada/PE

Coordenadas Geográficas: latitude: -7.99156 , longitude: -38.29642

RESULTADO DA AVALIAÇÃO MÉDICA

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

FRATURA DO JOELHO DIR /PLANALTO TIBIAL

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

FIXAÇÃO PLACA E PARAFUSOS

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

Ao exame físico do joelho direito apresenta joelho varo, flexão aos 100°, extensão aos 130°, presença de derrames articulares, sem amputação, marcha com claudicação, agachamento alterado, sem encurtamento. Apresenta na região observada mobilização passiva anormal, cicatriz operatória aparente, sensibilidade normal, coloração normal, temperatura normal, sinais inflamatórios inexistentes, presença de alterações da musculatura do segmento, presença de alteração motora do segmento. Cumpre frisar que, conforme o exame físico, o periciado possui um déficit funcional de grau intenso no joelho direito.

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

Sim

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)

Sim

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

LIMITAÇÃO DA MOBILIDADE DO JOELHO DIR , PRINCIPALMENTE FLEXAO

Caso a resposta do item V seja "Não", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a".

Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b".

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

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

() "Vítima em tratamento"

(X) "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.

VIII. Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal:



Dr. Ebenone Baido
CRM: 15122
TEOT: 10541
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

☐ DIÁRIOS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

2 - Nº do endereço ou ASL:

3 - CPF da vítima:

032.749.794-73

4 - Nome completo da vítima:

ANTONIO MARCOS LAURENTINO

INSTITUTO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FOLHA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 402/2012

5 - Nome completo:

ANTONIO MARCOS LAURENTINO

6 - CPF:

032.749.794-73

7 - Profissão:

AGRICULTOR

8 - Endereço:

MARIO LIRA

9 - Número:

10 - Complemento:

CASA

11 - Bairro:

MOSSA SRA DA PENHA

12 - Cidade:

SERRA TALHADA

13 - Estado:

14 - CEP:

56.903.310

15 - E-mail:

32.74948.1477

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAI, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 6 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR

☐ R\$1.00 A R\$1.000,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☒ CONTA POUPOANÇA (destinada para os benefícios previdenciários. Assinale uma opção)

☐ Crédito (359)

☐ Itaú (341)

☐ Caixa do Brasil (351)

☐ Caixa Econômica Federal (104)

☒ CONTA CORRENTE (todas as bancas)

Nome do BANCO: BRADESCO

AGÊNCIA:

CONTA:

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito da agência)

(Informar o dígito da conta)

(Informar o dígito da agência)

(Informar o dígito da conta)

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

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

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

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

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às listas do Seguradora LIDER para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discordo do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado:

☐ Solteiro

☐ Casado

☐ Divorçado

☐ Separado judicialmente

☐ Viúvo

24 - Tipo de

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

25 - Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim

☐ Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos?

☐ Sim

☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou herdeiros?

☐ Sim

☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim

☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim

☐ Não

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não obrigatória

35 - Nome legível de quem assina o pedido (a rgo)

36 - CPF legível de quem assina o pedido (a rgo)

37 - Assinatura de quem assina o pedido (a rgo)

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: SERRA TALHADA - PE 01/09/2020

Antonio Marcos Lauretino



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLICIA DA 177ª CIRCUNSCRIÇÃO - SERRA TALHADA - DP177ªCIRC
DINTER2/21ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 20E0267001398

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 28/05/2020 às 09:19

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia 2/2/2020 às 10:04

Fato ocorrido no endereço: IPA - SERRA TALHADA/PERNAMBUCO/BRASIL Próximo a: ZONA RURAL, 1
- Bairro: ZONA RURAL - SERRA TALHADA/PERNAMBUCO/BRASIL
Local do Fato: VIA PUBLICA / ESTRADA EM DIREÇÃO AO IPA, ZONA RURAL DE SERRA TALHADA

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

NÃO SE APLICA (AUTOR / AGENTE)
WILLIAN MARCOS LAURENTINO (TESTEMUNHA)
ANTONIO MARCOS LAURENTINO (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): ANTONIO MARCOS LAURENTINO

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

ANTONIO MARCOS LAURENTINO (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: SEBASTIAO LAURENTINO FILHO Pai: IRACEMA MARIA LAURENTINO Data de Nascimento: 4/4/1977 Naturalidade: SERRA TALHADA / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 7359511/3DS/PE (RG). 03274979473 (CPF) Profissão: AGRICULTOR(A) Telefones Celulares: 87991006201

Endereço Residencial: RUA MARIO LIRA, 160 - CEP: 0 - Bairro: ALTO DA CONCEICAO - SERRA TALHADA/PERNAMBUCO/BRASIL

NÃO SE APLICA - Ramo de Atividade: NAO INFORMADO

Nome do Representante: - Cargo do Representante: - Pessoa de Contato no estabelecimento comercial: - Telefone de Contato: -

WILLIAN MARCOS LAURENTINO (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: LUCIANA ALVES LIMA Pai: ANTONIO MARCOS LAURENTINO Data de Nascimento: 2/12/2005 Naturalidade: SERRA TALHADA / PERNAMBUCO / BRASIL Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 1ª. GRAU INCOMPLETO Profissão: ESTUDANTE Endereço Residencial: RUA MARIO LIRA, 160 - CEP: 0 - Bairro: ALTO DA CONCEICAO - SERRA TALHADA/PERNAMBUCO/BRASIL, SERRA CÔCO

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

VEICULO (VEICULO), que estava em posse do(a) Sr(a): ANTONIO MARCOS LAURENTINO

Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 125 TITAN KSE** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **VERDE** - Quantidade: **1 (UNIDADE)**

Placa: **KLP3714** (PERNAMBUCO/SERRA TALHADA) Renavam: **802325688** Chassi: **9C2JC30213R532436**
Combustível: **GASOLINA**
Descrição: **HONDA/CG 125 TITAN KSE**

Complemento / Observação

COMPARECEU A ESTA DELEGACIA DE POLICIA CIVIL A VITIMA NESTE BOLETIM FAZENDO REGISTRO QUE NÃO CONSEGUIU FAZER PELA INTERNET COM NATUREZA DE VITIMA DE ACIDENTE DE TRANSITO COM VITIMA; QUE A VITIMA CONDUZIA VEICULO MOTOCICLETA, EM VIA PUBLICA, EM SERRA TALHADA, NA AREA RURAL DO IPA, SENTIDO IPA/CENTRO DE SERRA TALHADA; QUE NA DATA ESTAVA CHOVENDO E O VEICULO DA VITIMA DERRAPOU NO TERRENO, VINDO A DERRUBAR A VITIMA; QUE A VITIMA ERA CONDUTOR DO VEICULO E SEU FILHO (WILLIAN MARCOS LAURENTINO) ERA O PASSAGEIRO; QUE O PASSAGEIRO WILLIAN NÃO SOFREU LESÕES; QUE A VITIMA ANTONIO MARCOS SOFREU LESÕES EM DUAS PARTES DA PERNA DIREITA (JOELHO E OSSO DA PERNA); QUE A VITIMA FOI SUBMETIDO A CIRURGIA DEVIDO A FRATURAS; QUE A VITIMA FOI SOCORRIDA POR UM POPULAR AO HOSPAM, DANDO ENTRADA NAQUELE ESTABELECIMENTO HOSPITALAR CONFORME BOLETIM DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO E EMERGENCIA N° 29, COM DATA EM 02/02/2020; QUE ESTE REGISTRO DESTINA-SE A GARANTIR FUTUTOS DIREITOS; QUE A VITIMA ESTA SEM POSSIBILIDADE DE TRABALHAR E GARANTIR SEU SUSTENTO; NADA MAIS A RELATAR, ENCERRO ESTE TERMO.

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

ANTONIO MARCOS LAURENTINO
(VITIMA)

WILLIAN MARCOS LAURENTINO
(TESTEMUNHA)

B.O. registrado por: **WERLOW FONSECA DA SILVA** - Matrícula: **221.769-4**



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

☐ DIÁRIOS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

2 - Nº do endereço ou ASL:

3 - CPF da vítima:

032.749.794-73

4 - Nome completo da vítima:

ANTONIO MARCOS LAURENTINO

INSTITUTO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FOLHA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSP. Nº 402/2012

5 - Nome completo:

ANTONIO MARCOS LAURENTINO

6 - CPF:

032.749.794-73

7 - Profissão:

AGRICULTOR

8 - Endereço:

MARIO LIRA

9 - Número:

10 - Complemento:

CASA

11 - Bairro:

MOSSA SRA DA PENHA

12 - Cidade:

SERRA TALHADA

13 - Estado:

14 - CEP:

56.903.310

15 - E-mail:

16 - Tel. (DD):

33.749.794-1477

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAI, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 6 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR

☐ R\$1.00 A R\$1.000,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☒ CONTA POUPOANÇA (destinada para os benefícios previdenciários. Assinale uma opção)

☐ Crédito (33)

☐ Itaú (34)

☐ Caixa do Brasil (35)

☐ Caixa Econômica Federal (36)

☒ CONTA CORRENTE (todas as bancas)

Nome do BANCO: BRADESCO

AGÊNCIA:

CONTA:

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informe o dígito da agência)

(Informe o dígito da conta)

(Informe o dígito da agência)

(Informe o dígito da conta)

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

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

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

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

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às listas da Seguradora LIDER para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discordo do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado:

☐ Solteiro

☐ Casado

☐ Divorçado

☐ Separado judicialmente

☐ Viúvo

24 - Tipo de:

☐ Vítima

☐ Beneficiário

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim

☐ Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos?

☐ Sim

☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar:

Vivos:

Falecidos:

30 - Vítima deixou dependentes (alugados)?

☐ Sim

☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim

☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar:

Vivos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim

☐ Não

34 - Vítima deixou filhos?

☐ Sim

☐ Não

35 - Vítima deixou dependentes (alugados)?

☐ Sim

☐ Não

36 - Se tinha filhos, informar:

Vivos:

Falecidos:

37 - Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim

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

38

Impressão digital da vítima ou beneficiário não obrigatória

35 - Nome legível de quem assina o pedido (a rgo)

36 - CPF legível de quem assina o pedido (a rgo)

37 - Assinatura de quem assina o pedido (a rgo)

38 - 1º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: SERRA TALHADA - PE 01/09/2020

Antonio Marcos Lauretino

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: 15/09/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ANTONIO MARCOS LAURENTINO

BANCO: 237

AGÊNCIA: 00586-0

CONTA: 000000035766-9

Nr. Autenticação

BRADESCO150920200500000000002370058600000003576684375 PAGO

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: 09/07/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ANTONIO MARCOS LAURENTINO

BANCO: 237

AGÊNCIA: 00586-0

CONTA: 000000035766-9

Nr. Autenticação

BRADESCO0907202005000000000023700586000000035766168750 PAGO



INSC. EST. Nº 18.1.001.0014398-2

ATENDIMENTO: RUA MANOEL PEREIRA DA SILVA - NUM. - 00882 - NO

~~55A SRA DA PENHA SERRA TALHADA PE 56903-490~~

DADOS DO CLIENTE

MATRÍCULA:

23584743 Abr/2020

ROSA MARIA DA SILVA
R MARIO LIRA, N. 20160 - NOSSA SRA DA PENHA SERRA TALHADA PE 5
6903-310

INSCRIÇÃO DE AGUA 39.836418-66003-270-REGISTRO DE COMERCIAL ANEXO 13584743

LIBEROMETRO	DATA LEIT. ANTERIOR	DATA LEIT. ATUAL	TIPO DE CONSUMO (VE)
Y10X308975	27/03/2020	27/04/2020	Real

AGUA:

LEIT ANI: 10/3 CONSUMO: 14

LEIT ATU: 1087

LEIT FAT: 1087

INDICADOR DE CONSUMO
REFLEXO CONSUMO

PARAMETROS

NUMERO DE AMOSTRAS

EXIG. PORT.

ANALISES

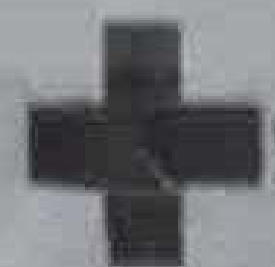
ATENDEN



GOVERNO DO ESTADO
PERNAMBUCO
Sua Saúde, Sua Vida



HOSPAM
HOSPITAL REGIONAL PROFESSOR
AGAMENON MAGALHÃES



SUS

BOLETIM DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO E EMERGÊNCIA

Nº: 29

Data: 02.02.2020	Hora: 10:04
Nome: Antonio Marcos Laurentino	Profissão: Eletricista
Nome Social:	Estado Civil: U. Estável
Nascimento: 04.04.77	Sexo: M
Escolaridade:	Responsável:
Mãe: Inacema Maria Laurentino	
Endereço:	8799100-6201
Bairro:	Município:
Cartão SUS:	Fone: 9960.2131
Raça/Cor:	RG/CPE: 1359517.5080
<input type="checkbox"/> Branca	<input type="checkbox"/> Preta
<input type="checkbox"/> Parda	<input type="checkbox"/> Amarela
<input type="checkbox"/> Indígena	

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

☐ VERMELHO

☐ AMARELO

☐ VERDE

☐ AZUL

Situação/Queixa:

Acidente motorcístico (queda), há ± 30 min; traído por populares; sem perda de consciência ou vômitos

PA: Pulso: HGT: T: SpO2: Peso: Glasgow:

Medicações em uso:

Intolerâncias/Alergias:

Fluxograma:

Carimbo e Assinatura:

ATENDIMENTO MÉDICO

História e Exame Físico:

A: boas áreas periorais; B: respiração espontânea, MV+ e simétrica;
C: Pulsos cheios; D: ECG: 15; isocórico, motricidade e sensibilidade + nos 4 membros; E: deformidade em pulso D

Tratamento:

EX pulso D AP e perfil

Hipótese Diagnóstica:

Acidente motorcístico
FRATURA B proximal F1b-D

Carimbo

Leonardo Bezerra
Cirurgião Geral
CRMPE 158447 RQE 8112

US

Sistema Ministério
Único de da
Saúde Saúde

LAUDO

AUTORIZAÇÃO
HOSPITAL

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL SÃO VICENTE

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL SÃO VICENTE

2 - CNES

2 3 5 1 6

4 - CNES

2 3 5 1 6

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

ANTONIO MARCOS LAURENTINO

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

225304

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

7 0 4 7 0 6 7 4 8 0 0 5 1 3 3

8 - DATA DE NASCIMENTO

04 / 04 / 1977

9 - SEXO

Masculino ☒ Feminino ☐

10 - RACIA

PARDA

11 - NOME DA MÃE

IRACEMA MARIA LAURENTINO

12 - TELEFONE DE CONTATO

8 7 9 9 1 0 6 2

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

14 - TELEFONE DE CONTATO

8 7 9 9 1 0 6 2

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

RUA MARIO LIRA, Nº: 160, CENTRO

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

SERRA TALHADA

17 - CÓDIGO DE MUNICÍPIO

613907

18 - UF

PE

19 - CEP

569000

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

UBILOCATIVA DA INTUBAÇÃO

Respiração ruidosa - M.D., e presença
de estertores crepitantes, rales, de
e hipotensão arterial M.D.

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM INTERNAÇÃO

Necessidade de suporte

22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

As fezes DPE e RUF

23 - DIAGNÓSTICO CLÍNICO

24 - CID 10 PRINCIPAL

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

29 - CLÍNICA

30 - CARACTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO

32 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSISTENTE)

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

05/02/2020

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

37 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

38 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

39 - CNPJ DA SEGURADORA

40 - Nº DO BILHETE

41 - SÉRIE

42 - CNPJ EMPRESA

43 - CNAS DA EMPRESA

44 - CEG

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SE ENQUADRA

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - CÓD. ORGÃO EMISSOR

262010488001-9

48 - DOCUMENTO

49 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

() CNS () CPF

Fls Pereira de Andrade Mello

CPF: 183.272.214-18

Médico Autorizador

1000000

02

12

05.02.2020 08.02.2020



GUIA DE TRANSFERÊNCIA

Identificação do Estabelecimento

NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE:

HOSPITAL REGIONAL PROFESSOR AGAMENON MAGALHAES - S. TALHADA

DATA DA SOLICITAÇÃO:

04/02/20 09:54

MÉDICO SOLICITANTE:

ANTONIO RODRIGUES DE FREITAS

Nº SOLICITAÇÃO:

671698

Identificação do Paciente

NOME DO PACIENTE:

ANTONIO MORAES LAURENTINO

Nº DO PRONTUÁRIO:

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS):

DATA DE NASCIMENTO:

04/04/1977

SEXO:

MASCULINO

NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL:

IRACEMA MARIA LAURENTINO

TELEFONE DE CONTATO:

ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO):

RUA MARIO LIRA, 160, CENTRO

MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA:

SERRA TALHADA

CÓD. IRGE MUNICÍPIO:

2613909,00

UF:

PE

CEP:

Dados sobre o Transporte

MEIO DE TRANSPORTE:

AMBULÂNCIA

DATA DE EMISSÃO:

05/02/20 08:13

OBSERVAÇÃO:

OBSERVAÇÃO EXECUTANTE:

Regulador

MÉDICO REGULADOR:

MANOEL LUIZ DO AMARAL SIMOES

TIPO LEITO:

CIRURGICO

ESPECIALIDADE:

ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA

Executante

ESTABELECIMENTO:

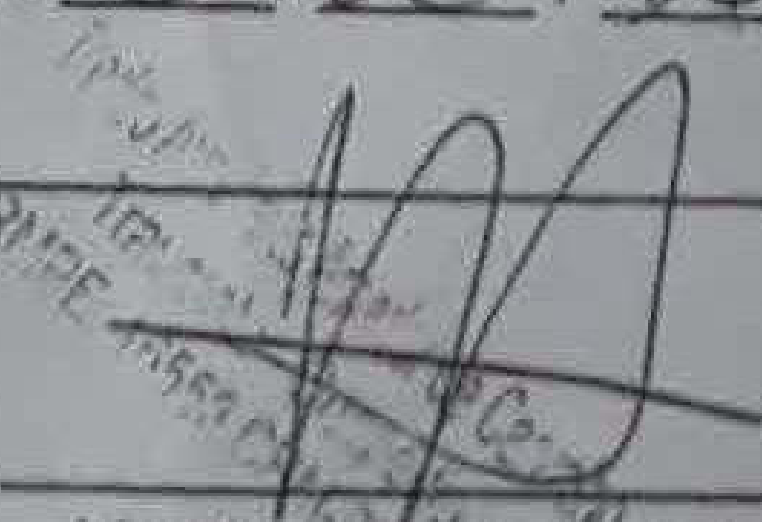
CASA DE SAUDE SAO VICENTE - SERRA TALHADA

DATA DE AUTORIZAÇÃO:

05/02/20 06:18

MÉDICO AUTORIZADOR:

Hospital São Vicente

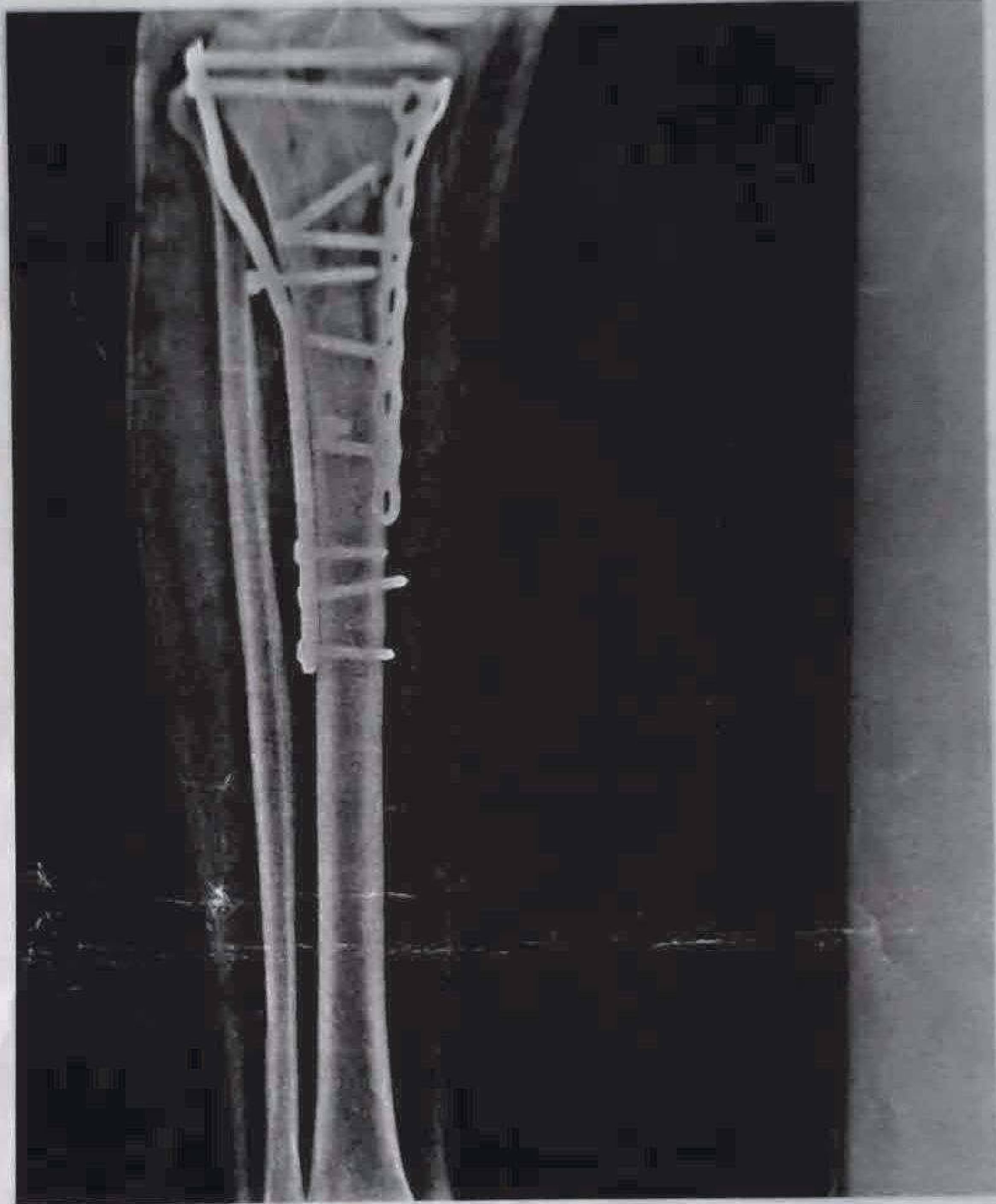
Data Atend: 05/02/2020	Atendimento: 0032206	Quarto/leito: 203 / 5
Paciente: 00225304 - ANTONIO MARCOS LAURENTINO		
Data Nasc: 04/04/1977	Idade: 42 Anos	Sexo: Masculino
Profissão: AGRICULTOR	Naturalidade: SERRA TALHADA	Nacionalidade: BRASILEIRO
Nome Pai: SEBASTIAO LAURENTINO FILHO		Nome Mãe: IRACEMA MARIA LAURENTINO
Endereço: RUA MARIO LIRA, 160		- CENTRO - SERRA TALHADA - PE
Telefones: () / () / (87) 9910.06201		
Elementos da Ocorrência:		
Acidente de Transito () Acidente de Trabalho () Outros Acidentes () Agressão ()		
Suicídio () Casual () Outros ()		
Nome Acompanhante:		Telefone de Contato: ()
Endereço Acompanhante:		
Local da Ocorrência:		
ANAMNESE E EXAME FISICO:		
Posição Perforação MID deferido local Perforação ligamento, des, coleção e superfície - fratura distal MID		
Diagnostico Inicial: Fratura cominutiva 1/3 proximal tibia (D), DZGO, FRAT - UXA CAD JOELHO (D)		
SADT:		
Diagnostico Final: FRAT - UXA CAD JOELHO (D)		
Condição de Alta	Motivo de Alta	
Melhorada (X)	Descição Médica (X)	Data do Internamento: 05/02/2020
Inalterado ()	Alta a Pedido ()	Data da Alta: 01.2.20
Piorando ()	Transferencia ()	Local: 
Obito + 48h ()	Evasão ()	Medico Responsavel
Obito - 48h ()	Indisciplina ()	
Obito em ____/____/____		
Hora: _____		

NOME: ANTONIO MARCOS LAURENTINO
EXAME: ANTEBRACO - 2 VISTAS

REGISTRO: 95921

IDADE: 042

DATA DO EXAME: 17/02/2020



Clínica Médica Especializada

Dr. João César da Cunha

CRM-PE 10990
CLÍNICA MÉDICA - MEDICINA DO TRABALHO
ENDOCRINOLOGIA
Fones: (87) 3831.1801 / 9 9991 5039

ANTONIO MARCOS LAURENTINO

· DATA E LOCAL DO ACIDENTE: 02/02/2020, Serra Talhada-PE (IPA)

TIPO DE ACIDENTE: Queda de motocicleta

LESÕES DECORRENTES DO ACIDENTE: Fratura Luxação no Joelho direito.

HOSPITAL DO PRIMEIRO ATENDIMENTO: HOSPAM

HOSPITAL AO QUAL FOI TRANSFERIDO: Hospital São Vicente em Serra Talhada-PE, recebeu alta em 08/02/2020.

TRATAMENTO REALIZADO: Tratamento cirúrgico com colocação de 02 placas e 11 parafusos.

EXAME FÍSICO ATUAL: Paciente apresenta-se com déficit importante em 80% da flexão do joelho direito, dificuldade intensa em apoiar a planta do pé no chão, impossibilidade da abdução no membro inferior esquerdo, só consegue andar com órtese (moletas).

SEQUELAS ATUAIS E CONCLUSÃO: Dificuldade em 90% para flexão do membro inferior direito, cicatriz no local da cirurgia, dor ao deambular, impossibilidade de fazer a pronação do membro inferior esquerdo, déficit laboral em 100% para a agricultura, alta definitiva em 28/08/2020.

Dr. João César da Cunha
Medicina do Trabalho
CRM - 10990

Serra Talhada, 28 de Agosto de 2020

Rua Cornélio Soares, 810
Centro - Serra Talhada - PE
CEP: 56.903-440

MINISTÉRIO DO TRABALHO
SECRETARIA DE POLÍTICAS PÚBLICAS DO EMPREGO

CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

126-48093-45-3

4628940

0060

PE

Carteira de Trabalho e Previdência Social

COLAGEM MINISTRO




QUALIFICAÇÃO CIVIL - BRASILEIRO

ANTONIO MARCOS LAURENTINO

FILIAÇÃO..... IRACEMA MARIA LAURENTINO
SEBASTIAO LAURENTINO FILHO

NASCIMENTO..... 04/04/1977

ESTADO CIVIL..... SOLTEIRO

NATURALIDADE: SERRA TALHADA - PE

DOCUMENTO..... R G - 7359511 - 18/06/2003 - SDS - PE

LEI Nº 9.049, DE 18 DE MAIO DE 1995

CPF..... : 032.749.794-73

TIT. ELEITOR:

CNH.....

SEÇÃO:

ZONA: 1

LOCAL DE EMISSÃO: AA/PE - SERRA TALHADA

DATA DE EMISSÃO...: 22-05-2019

Eduardo Geovane de Freitas Leite
EDUARDO GEOVANE DE FREITAS LEITE

ASSINATURA DO EMISSOR

26119.4628940-60-15



Ministério da Fazenda

Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **032.749.794-73**

Nome: **ANTONIO MARCOS LAURENTINO**

Data de Nascimento: **04/04/1977**

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data da Inscrição: **20/09/1997**

Digito Verificador: **00**

Comprovante emitido às: **07:42:14** do dia **01/07/2020** (hora e data de Brasília).

Código de controle do comprovante: **E934.16C3.E6D6.66EA**

[SAIR DO SISTEMA](#)

CIVIL CRIMINAL CAPTURAS CARGERÁRIO PLACAS CELULAR INFOPOL

[NOVA PESQUISA](#) > FICHA DO DETRAN

 [GERAR RELATÓRIO EM PDF](#)

FICHA DO VEÍCULO

Situação: NORMAL
Placa: KLP3714
Nome proprietário: CICERO EDUARDO DIAS
CPF do proprietário:
UF: PE Tipo: MOTOCICLETA
Espécie: PAS
Combustível: GASOLINA Marca / Modelo: HONDA/CG 125 TITAN KSE
Marca: HONDA
Cor: VERDE Ano Fabricação:
Município: ARARIPINA
Logradouro: RUA PEDRO BARRETO DE ALENCAR N 341
Número: Bairro: CENTRO
Cep: 56280000
Complemento: CASA
Chassi: 9C2JC30213R632436 Restrição: AL. FID. ADM CONS NAC
HONDA LTDA
Renavam: 802325688
Licenciamento: R\$ 581,64
IPVA: R\$ 578,13
Seguro: R\$ 96,88
Bombeiro: R\$ 175,08
Conservação: R\$ 0,00
Taxas: R\$ 0,00
Multas: R\$ 0,00
Quantidade Multas: 0
Quantidade de multas a vencer: 0
Multas a vencer: R\$ 0,00
IPVA a vencer: R\$ 0,00
Total: R\$ 1.431,73



FORMULÁRIO PARA PEDIDO DE REANÁLISE - DPVAT

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:
Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios): Capitais e regiões metropolitanas: 0800-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h
SAC (para dúvidas e reclamações): 0800 022 8189 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06
Canal de Denúncia: 0800 591 2563 | Ouvidoria: 0800 021 91 35

Número do pedido DPVAT:

Data da solicitação: DD/MM/AA

Nome do beneficiário: **ANTONIO MARCOS LAURENTINO**

CPF do beneficiário: **032.949.974-93**

Nome do solicitante:

CPF do solicitante:

DADOS PARA CONTATO

Tel. Celular: (**89**) **9.9995.1477**

Tel. Comercial: ()

Tel. Residencial: ()

E-mail:

INFORME A COBERTURA DO SEU PEDIDO

☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

MOTIVO DA SOLICITAÇÃO

☐ DISCORDO DA NEGATIVA

☒ DISCORDO DO VALOR RECEBIDO

☐ DISCORDO DA EXIGÊNCIA DE DOCUMENTOS

ESTÁ APRESENTANDO UM NOVO DOCUMENTO PARA COMPLEMENTAR O PEDIDO DE REANÁLISE?

☐ NÃO

☒ SIM, informe qual(is) documentos estão sendo entregues:

☒ Novos documentos médicos

☐ Laudo do IML

☐ Boletim de Ocorrência

☐ Notas fiscais complementares

☐ Outros:

(DESCREVER)

NO CAMPO ABAIXO, SE DESEJAR, DESCREVA A JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

ANTONIO MARCOS LAURENTINO
HOJE ESTOU SE QUEILAS PERMANENTE
DEFICIT LABORAL DIFICULDADE INTENSA E ADIAR
D PE - NO CHÃO DE ABDUÇÃO NO MEMBRO
AMBO AMBO DE MÚLTIPAS
HOJE ESTOU COM SE QUEILAS

SERRA TALHADA, PE 31/08/2020

Local e Data

Antonio Marcos Laurentino

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

IMPORTANTE:

Depois de preencher todos os dados, imprima o formulário, assine e entregue no mesmo ponto de atendimento em que deu entrada inicialmente no seu pedido do Seguro DPVAT.

Observação sobre beneficiário/vítima não alfabetizado:

O não alfabetizado deverá escolher pessoa de sua confiança, alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o formulário, a seu pedido (a seu rogo).

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3200234594 **Cidade:** Serra Talhada **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANTONIO MARCOS LAURENTINO **Data do acidente:** 02/02/2020 **Seguradora:** MG SEGUROS, VIDA E PREVIDENCIA S.A.

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DO JOELHO DIREITO /PLANALTO TIBIAL

Descrição do exame físico: AO EXAME FÍSICO DO JOELHO DIREITO APRESENTA JOELHO VARO, FLEXÃO AOS 100°, EXTENSÃO AOS 130°, PRESENÇA DE DERRAMES ARTICULARES, SEM AMPUTAÇÃO, MARCHA COM CLAUDICAÇÃO, AGACHAMENTO ALTERADO, SEM ENCURTAMENTO. APRESENTA NA REGIÃO OBSERVADA MOBILIZAÇÃO PASSIVA ANORMAL, CICATRIZ OPERATÓRIA APARENTE, SENSIBILIDADE NORMAL, COLORAÇÃO NORMAL, TEMPERATURA NORMAL, SINAIS INFLAMATÓRIOS INEXISTENTES, PRESENÇA DE ALTERAÇÕES DA MUSCULATURA DO SEGMENTO, PRESENÇA DE ALTERAÇÃO MOTORA DO SEGMENTO. CUMPRE FRISAR QUE, CONFORME O EXAME FÍSICO, O PERICIADO POSSUI UM DÉFICIT FUNCIONAL DE GRAU INTENSO NO JOELHO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO, FIXAÇÃO PLACA E PARAFUSOS
ALTA MÉDICA

Sequelas permanentes: DEFICIT FUNCIONAL SEVERO EM JOELHO DIREITO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 09/09/2020

Conduta mantida: Não

Observações: VÍTIMA INDENIZADA ANTERIORMENTE EM 50 % DO JOELHO DIREITO, APÓS NOVA AVALIAÇÃO RECEBE INDENIZAÇÃO COMPLEMENTAR.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
Total			6,25 %	R\$ 843,75

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0183589/20

Vítima: ANTONIO MARCOS LAURENTINO

CPF: 032.749.794-73

CPF de: Próprio

Data do acidente: 02/02/2020

Titular do CPF: ANTONIO MARCOS LAURENTINO

Seguradora: MG SEGUROS, VIDA E PREVIDENCIA S.A.

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

ANTONIO MARCOS LAURENTINO : 032.749.794-73

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 01/07/2020
Nome: ANTONIO MARCOS LAURENTINO
CPF: 032.749.794-73

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 01/07/2020
Nome: JOSEANA MIRANDA LEITE RODRIGUES
CPF: 008.614.524-02

ANTONIO MARCOS LAURENTINO

JOSEANA MIRANDA LEITE RODRIGUES