

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

---

Rio de Janeiro, 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



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

---

Rio de Janeiro, 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, retorno 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](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



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

---

Rio de Janeiro, 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



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

---

Rio de Janeiro, 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, retorno 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](http://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          |
| <b>Total</b>                              |  |  | <b>12,5 %</b> | <b>R\$ 1.687,50</b>   |

# 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:** DEFÍCIT 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          |
| <b>Total</b>                              |  |  | <b>6,25 %</b> | <b>R\$ 843,75</b>     |

**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"

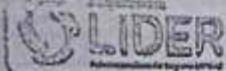
(X) "Sem sequela permanente" (Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica).

**b)** Havendo dano corporal segmentar, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Joelho Direito - Intenso - 75%

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

  
Dr. Ebenone Soárez  
CRM: 15122  
TEOT: 10541  
ORTOP/DR/EBENONE/2018



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Descrição(s) tipo(s) da cobertura:  DANOS (DESPESSAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARIAIS)  INVALIDEZ PERMANENTE  MORTE

2 - N° do número ou ASL:

3 - CPF da vítima:

032 749 794-73

4 - Nome completo da vítima:

ANTONIO MARCOS LAURENTINO

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/DENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP NR 405/2012

5 - Nome completo:

ANTONIO MARCOS LAURENTINO

6 - CPF:

032 749 794-73

7 - Profissão:

AGRICULTOR

8 - Endereço:

MARIO LIRA

9 - Número:

CASA

11 - Bairro:

NOSSA SRA DA PENHA

12 - Cidade:

SERNA TALHADA

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

56 903.310

15 - E-mail:

16 - Tel (DD DD):

89 99948-1497

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAI, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/DENEFICIÁRIO (SENCHEM ENTRE 6 A 15 ANOS OU IN CAPAZ COM CURADOR)

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

RECUZO INFORMAR  
 SEM RENDA

R\$1.00 A R\$1.000,00  
 R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
 ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

CONTA POUPANÇA (somente para os bancos abaixo, Anexeia uma opção)  
 Bradesco (B25)  Itaú (B41)  
 Banco do Brasil (B01)  Caixa Econômica Federal (ID4)

 CONTA CORRENTE (todos os bancos)

Nome do Banco: BRADESCO

AGÊNCIA:

(Inserir o dígito de agência)

CONTA:

(Inserir o dígito da conta)

AGÊNCIA: 586

(Inserir o dígito da agência)

CONTA: 35.766

(Inserir o dígito da conta)

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor de 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 ABSÉNCIA 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 de requerimento de Indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:  
 • Não há IML que atenda a regras do acidente ou da minha residência; ou  
 • O IML que atende a regras do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou  
 • O IML que atende a regras do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias e/o pede.

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 instâncias da Seguradora Lider para verificação de 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 discordar do seu conteúdo.

## DECLARAÇÃO DE ÓRGÃOS BENEFICIÁRIOS - PREenchimento SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado:

Civil da vítima:

 Solteiro Casado Separado Divorciado União estável Separado Viúvo Separado União estável Separado Solteiro Separado Viúvo Separado Solteiro Separado

24 - Grau de Parentesco com o Vítima:

25 - Vítima deixou companheiro(s):

 Sim Não

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

26 - Vítima:

 Sim Não

29 - Se tinha filhos, Informar

Vivos:

Falecidos:

30 - Vítima deixou

companheiro(s) vivo(s)?

Nº

 Sim Não Sim Não Sim Não Sim Não Sim Não Sim Não

Esteve ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devidamente, a Indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omisão 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 utilizada

28 - Nome legível do quem assina o pedido (a rogo)

36 - CPF legível da quem assina o pedido (a rogo)

37 - Assinatura da quem assina o pedido (a rogo)

38 - 1º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: SERNA TALHADA - PE 05/07/2020

Antonio Marcos Laurentino



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 177ª CIRCUNSCRIÇÃO - SERRA TALHADA - DP177ª CIRC  
DINTER2/21 DESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N°. 20E0267001398

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

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (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 PÚBLICA / 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 P/: IRACEMA MARIA LAURENTINO Data de Nascimento: 4/4/1977 Naturalidade: SERRA TALHADA / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 7359511/SDS/PE (RG), 03274979473 (CPF) Profissão: AGRICULTOR(A) Telefones Celulares:  
- 87991596291

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 -

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

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

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

28/05/2020 09:19

Categoria/Marca/Modelo: MOTOCICLETA/HONDA/CG 125 TITAN KSE Ofício apurando: 986  
Cor: VERDE - Quantidade: 1 (UNIDADE)

Placa: KLP3754 (PERNAMBUCO/SERRA TALHADA) Renavam: 882329688 Chassi: 9C2JG39213R632436  
Combustível: GASOLINA  
Descrição: HONDA/CG 125 TITAN KSE

### Complemento / Observação

COMPARECEU A ESTA DELEGACIA DE POLICIA CIVIL A VITIMA NESTE BOLETIM FAZENDO REGISTRO QUE NAO CONSEGUIU FAZER PELA INTERNET COPM 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 NAO SOFREU LESOES; QUE A VITIMA ANTONIO MARCOS SOFREU LESOES 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 HOSPITAL, DANDO ENTRAGA 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.

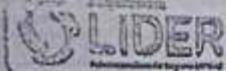
Assinatura da(s) pessoa(s) presente nesta unidade policial

ANTONIO MARCOS LAURENTINO  
(VITIMA)

WILLIAN MARCOS LAURENTINO  
(TESTEMUNHA)

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





# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Descrição(s) tipo(s) da cobertura:  DANOS (DESPESSAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARIAIS)  INVALIDEZ PERMANENTE  MORTE

2 - N° doório ou ASI:

3 - CPF da vítima:

032 749 794-73

4 - Nome completo da vítima:

ANTONIO MARCOS LAURENTINO

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/DENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP NR 405/2012

5 - Nome completo:

ANTONIO MARCOS LAURENTINO

6 - CPF:

032 749 794-73

7 - Profissão:

AGRICULTOR

8 - Endereço:

MARIO LIRA

9 - Número:

CASA

11 - Bairro:

NOSSA SRA DA PENHA

12 - Cidade:

SERNA TALHADA

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

56 903.310

15 - E-mail:

16 - Tel (DD DD):

89 99948-1497

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAI, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/DENEFICIÁRIO (SENOU ENTRE 6 A 15 ANOS OU IN CAPAZ COM CURADOR)

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

RECUZO INFORMAR  
 SEM RENDA

R\$1.00 A R\$1.000,00  
 R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
 ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

CONTA POUPANÇA (somente para os bancos abaixo, Anexeia uma opção)  
 Bradesco (B25)  Itaú (B41)  
 Banco do Brasil (B01)  Caixa Econômica Federal (C04)

 CONTA CORRENTE (todos os bancos)

Nome do Banco: BRADESCO

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_

(Inserir o dígito de agência)

CONTA: \_\_\_\_\_

(Inserir o dígito da conta)

AGÊNCIA: 586

(Inserir o dígito de agência)

CONTA: 35.766

(Inserir o dígito da conta)

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor de 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 ABSÉNCIA 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 de requerimento de Indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:  
 • Não há IML que atenda a regras do acidente ou da minha residência; ou  
 • O IML que atende a regras do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou  
 • O IML que atende a regras do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias e/o pede.

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 instâncias da Seguradora Lider para verificação de 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 discordar do seu conteúdo.

## DECLARAÇÃO DE ÓRGÃOS BENEFICIÁRIOS - PREenchimento SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado:

(Inserir o dígito do Estado)

24 - Cidade:

(Inserir o dígito da Cidade)

25 - Local de falecimento:

(Inserir o dígito do local de falecimento)

26 - Local de sepultamento:

(Inserir o dígito do local de sepultamento)

27 - Local de sepultamento:

(Inserir o dígito do local de sepultamento)

28 - Grau de Parentesco com o Vítima:

29 - Vítima deixou compatrieto(s):

30 - Vítima deixou

31 - Vítima

32 - Vítima deixou

33 - Vítima

34 - Vítima

35 - Vítima

36 - Vítima

37 - Vítima

38 - Vítima

39 - Vítima

40 - Vítima

41 - Vítima

42 - Vítima

43 - Vítima

44 - Vítima

45 - Vítima

46 - Vítima

47 - Vítima

48 - Vítima

49 - Vítima

50 - Vítima

51 - Vítima

52 - Vítima

53 - Vítima

54 - Vítima

55 - Vítima

56 - Vítima

57 - Vítima

58 - Vítima

59 - Vítima

60 - Vítima

61 - Vítima

62 - Vítima

63 - Vítima

64 - Vítima

65 - Vítima

66 - Vítima

67 - Vítima

68 - Vítima

69 - Vítima

70 - Vítima

71 - Vítima

72 - Vítima

73 - Vítima

74 - Vítima

75 - Vítima

76 - Vítima

77 - Vítima

78 - Vítima

79 - Vítima

80 - Vítima

81 - Vítima

82 - Vítima

83 - Vítima

84 - Vítima

85 - Vítima

86 - Vítima

87 - Vítima

88 - Vítima

89 - Vítima

90 - Vítima

91 - Vítima

92 - Vítima

93 - Vítima

94 - Vítima

95 - Vítima

96 - Vítima

97 - Vítima

98 - Vítima

99 - Vítima

100 - Vítima

101 - Vítima

102 - Vítima

103 - Vítima

104 - Vítima

105 - Vítima

106 - Vítima

107 - Vítima

108 - Vítima

109 - Vítima

110 - Vítima

111 - Vítima

112 - Vítima

113 - Vítima

114 - Vítima

115 - Vítima

116 - Vítima

117 - Vítima

118 - Vítima

119 - Vítima

120 - Vítima

121 - Vítima

122 - Vítima

123 - Vítima

124 - Vítima

125 - Vítima

126 - Vítima

127 - Vítima

128 - Vítima

129 - Vítima

130 - Vítima

131 - Vítima

132 - Vítima

133 - Vítima

134 - Vítima

135 - Vítima

136 - Vítima

137 - Vítima

138 - Vítima

139 - Vítima

140 - Vítima

141 - Vítima

142 - Vítima

143 - Vítima

144 - Vítima

145 - Vítima

146 - Vítima

147 - Vítima

148 - Vítima

149 - Vítima

150 - Vítima

151 - Vítima

152 - Vítima

153 - Vítima

154 - Vítima

155 - Vítima

156 - Vítima

157 - Vítima

158 - Vítima

159 - Vítima

160 - Vítima

161 - Vítima

162 - Vítima

163 - Vítima

164 - Vítima

165 - Vítima

166 - Vítima

167 - Vítima

168 - Vítima

169 - Vítima

170 - Vítima

171 - Vítima

172 - Vítima

173 - Vítima

174 - Vítima

175 - Vítima

176 - Vítima

177 - Vítima

178 - Vítima

179 - Vítima

180 - Vítima

181 - Vítima

182 - Vítima

183 - Vítima

184 - Vítima

185 - Vítima

186 - Vítima

187 - Vítima

188 - Vítima

189 - Vítima

190 - Vítima

191 - Vítima

192 - Vítima

193 - Vítima

194 - Vítima

195 - Vítima

196 - Vítima

197 - Vítima

198 - Vítima

199 - Vítima

200 - Vítima

201 - Vítima

202 - Vítima

203 - Vítima

204 - Vítima

205 - Vítima

206 - Vítima

207 - Vítima

208 - Vítima

209 - Vítima

210 - Vítima

211 - Vítima

212 - Vítima

213 - Vítima

214 - Vítima

215 - Vítima

216 - Vítima

217 - Vítima

218 - Vítima

219 - Vítima

220 - Vítima

221 - Vítima

222 - Vítima

223 - Vítima

224 - Vítima

225 - Vítima

226 - Vítima

227 - Vítima

228 - Vítima

229 - Vítima

230 - Vítima

231 - Vítima

232 - Vítima

233 - Vítima

234 - Vítima

235 - Vítima

236 - Vítima

237 - Vítima

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

BRADESCO1509202005000000000237005860000003576684375 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

BRADESCO09072020050000000002370058600000035766168750 PAGO

Georgian - - - -

INS.C.E.S.T. No 18.1.001.001438-2

**ATENDIMENTO: RUA MANOEL PEREIRA DA SILVA N°1. - 00882 - NOVO  
DISTRITO FEDERATIVO - 56300-050**

---

**DADOS DO CLIENTE**

**MATRIZ:**

MATRÍCULA:

23584743 Albr/2020

|   |   |
|---|---|
| ROSA MARIA DA SILVA<br>R MARIO LIRA, N. 20160 - MOSSA SRA DA PENHA SERRA TALHADA PE | 6903-310<br>319.836482830-REGISTRO<br>39.836482830-REGISTRO |
| THERMOMETRO<br>DIALENTATUAL   | TIPO DE CONSUMO (AN)  |
| 27/03/2020  | DATA LEIT. ATUAL  |
| RECEB.  | TIPO DE CONSUMO (AN)  |
| 27/03/2020  | DATA LEIT. ATUAL  |
| RECEB.  | TIPO DE CONSUMO (AN)  |
| 27/03/2020  | DATA LEIT. ATUAL  |
| RECEB.  | TIPO DE CONSUMO (AN)  |

ACUA

1771. AM 1:10/3 CONSUL:14

— LATU: 1087  
— LITFAT: 1087

CODE OF CONSTITUTION

## REFLEXO CONSUMO

PARAHETERO

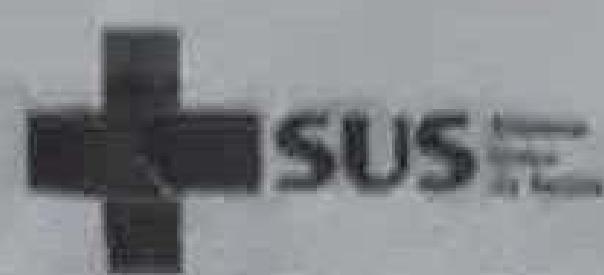
ERIC DOGGETT

NUMERO DE ALISTRAZ

卷之三



**HOSPAM**  
HOSPITAL REGIONAL PROFESSOR  
AGAMENON MAGALHÃES



## BOLETIM DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO E EMERGÊNCIA

Nº:

|                                 |   |                        |
|---------------------------------|---|------------------------|
| Data: 02/02/2020                | Horário: 10:04  |                        |
| Nome: Antônio Júnior Laurentino |   |                        |
| Nível Social:                   | Profissão: Eletricista                                  |                        |
| Nascimento: 04/04/77            | Sexo: M   | Estado Civil: Solteiro |
| Escolaridade:                   | Responsável:  |                        |
| Mãe: Francisca Maria Laurentino | 8799100-6201  |                        |
| Endereço:                       | Fone: 9960-2131   |                        |
| Bairro:                         | Município: Rio de Janeiro                               |                        |
| Cartão SUS:                     | RG/CPF: 7359517-5078                                    |                        |
| Raça/Cor:                       | Branca      Preta      Parda      Amarela      Indígena |                        |

**CLASSIFICAÇÃO DE RISCO**  VERMELHO  AMARELO  VERDE  AZUL

### Situação/Queixa:

Audente motociclista (queda), há + 30 min; temporal por popos; sem perda de consciência ou vómitos

|                         |                       |      |    |       |       |          |
|-------------------------|-----------------------|------|----|-------|-------|----------|
| PA:                     | P脉:                   | HGT: | T: | SpO2: | Peso: | Glasgow: |
| Medicações em uso:      |                       |      |    |       |       |          |
| Intolerâncias/Alergias: |                       |      |    |       |       |          |
| Fluxograma:             | Carimbo e Assinatura: |      |    |       |       |          |

### ATENDIMENTO MÉDICO

#### História e Exame Físico:

A: vocal areas pernas; B: respiração espontânea, MV+ e simétrico;  
C: Pulso cheios; D: ECG: 15; isocônicas, motricidade e sensibilidade + nos 4 membros; E: deformidade em joelho D

#### Tratamento:

ex joelhos D AP e perfil

#### Hipótese Diagnóstica:

Audente motociclista  
FRACTURA FB luxival fibro - D

Carimbo Leonardo Bezerra  
Ortopedista Geral  
CRMPE 16844 / RQE 3719

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

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

MASC

FEM:

10 - RACIA

PARDA

11 - NOME DA MÃE

IRACEMA MARIA LAURENTINO

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

16 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO),  
RUA MARIO LIRA, N°:160, CENTRO

18 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

SERRA TALHADA

12 - TELEFONE DE CONTATO

8 7 9 9 1 0 6 2

14 - TELEFONE DE CONTATO

Nº DO FONE

17 - COD. DO MUNICÍPIO - 18 - UF

513900

P E 5 6 9 0 0 0

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

UBICATIVA DA MELHOR:

Rodízio Subcostal - MID, Expressão  
Respiratória fachada, cansaço, dor  
e Supraesternal Duccostal MID

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Necessidade de sangue

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

No setor D pfe Ref

Exame de sangue

24 - CID 10 PRINCIPAL

25 - CID 10 SECUNDARIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Coagulose

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

04080505

29 - CLÍNICA

30 - CATEGORIA INTERNACAO

31 - DOCUMENTO

32 - Nº DO DOCUMENTO (CARTÃO) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/EXECUTANTE

Antônio Roque dos Reis

CNPJ: 00.6.520.000-0001

1 - CNS

1 - CPF

33 - DATA DA SOLICITAÇÃO

34 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CRM)

05/02/2020

Assinatura

35 - CNP. DA SEGUROADORA

36 - Nº DO BILHETE

41 - SEN

37 - I - ACIDENTE DE TRÂNSITO

37 - I - ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

42 - EMP. EMPRESA

43 - CNPJ DA EMPRESA

44 - CBO

38 - I - ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

1 - EMPREGADO

1 - EMPREGADOR

1 - AUTÔNOMO

1 - DESEMPREGADO

1 - APOSENTADO

1 - NÃO SE AP

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

48 - DOCUMENTO

49 - Nº DOCUMENTO (CARTÃO) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

1 - CNS

1 - CPF

47 - CÓD. ORGÃO EMISOR

50 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNACAO (MEBRI)

262010488001-9

02

12

05.02.9 08.02.2020

Do Pereira de Andrade MP,  
CRM: 103.272-216-10.000-0001  
Médico Autorizado  
X Lopes

Pernambuco

## GUIA DE TRANSFERÊNCIA

### Identificação do Estabelecimento

NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE:  
HOSPITAL REGIONAL PROFESSOR AGAMENON MAGALHÃES - S. TALHADA

MÉDICO SOLICITANTE  
ANTONIO RODRIGUES DE FREITAS

DATA DA SOLICITAÇÃO:  
04/02/20 09:54

Nº SOLICITAÇÃO:  
671698

### Identificação do Paciente

NOME DO PACIENTE:  
ANTONIO MORAES LAURENTINO

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS):

DATA DE NASCIMENTO:  
04/04/1977

Nº DO PRONTUÁRIO:

NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL:  
IRACEMA MARIA LAURENTINO

SEXO:  
MASCULINO

ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO):  
RUA MARIO LIRA , 160, CENTRO

TELEFONE DE CONTATO:

MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA:  
SERRA TALHADA

CÓD. IRG/MUNICÍPIO:  
2613909,00

UF:  
PE

CEP:

### Dados sobre o Transporte

MÉTODO 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 SAÚDE SÃO VICENTE - SERRA TALHADA

DATA DE AUTORIZAÇÃO:  
05/02/20 06:18

MÉDICO AUTORIZADOR:

# Hospital São Vicente

|   |  |  |
|---|--|--|
| Data Atend: 05/02/2020  | Atendimeto: 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                          | Estado Civil: Casado                                       |
| 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 ( )                                       |
| Suicidio ( )  | Casual ( )   | Agressão ( )   |
| Outros ( )  |  |  |
| Nome Acompanhanete:   |  | Telefone de Contato: ( )                                   |
| Endereço Acompanhante:  |  |  |
| Local da Ocorrencia:  |  |  |
| ANAMNESE E EXAME FISICO:  |  |  |
| <p><i>Posicoes superficiais M/D</i><br/> <i>debegei - local de lesao</i><br/> <i>jeelhe D. deo, colar e</i><br/> <i>Suposição - fratura col M/D</i></p> |  |  |
| Diagnóstico Inicial: Fratura cominutiva proximal fibula D160/<br>Fest - luxação joelho ①  |  |  |
| SADT:   |  |  |
| Diagnóstico Final: Fest - luxação joelho ①  |  |  |
| Condição de Alta  | Motivo de Alta                                       |  |
| Melhorada <input checked="" type="checkbox"/>   | Descrição Médica <input checked="" type="checkbox"/> | Data do Internamento: 05/02/2020                           |
| Inalterado ( )  | Alta a Pedido ( )                                    |  |
| Piorando ( )  | Transferência ( )                                    |  |
| Obito + 48h ( )   | Evasão ( )   |  |
| Obito - 48h ( )   | Indisciplina ( )                                     |  |
| Obito em _____ / _____ / _____  |  |  |
| Hora: _____   |  |  |
|   |  | Local: _____<br><br>Medico Responsável: <i>[Signature]</i> |

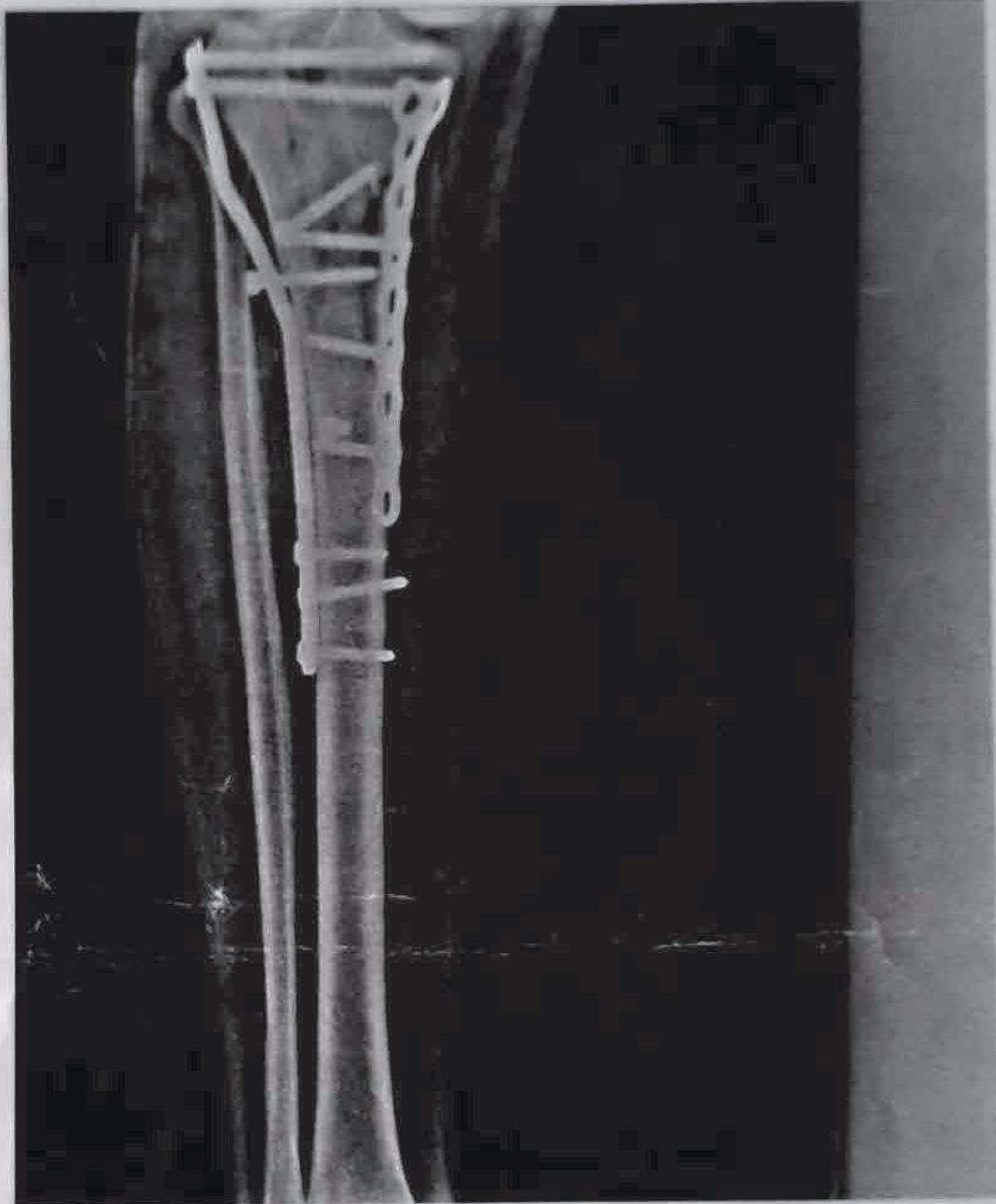
**Diamond**  
RADIOTECHNICA

**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 10000  
CLÍNICA MÉDICA - MEDICINA DO TRABALHO  
ENDOCRINOLOGIA  
Fone: (87) 3831-1401 / 9 9991-5659

ANTONIO MARCOS LAURENTINO

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

TIPO DE ACIDENTE: Queda de motocicleta

Hipótese

LESÕES DECORRENTES DO ACIDENTE: Fratura Luxação no Joelho direito.

HOSPITAL DO PRIMEIRO ATENDIMENTO: HOSPAM

Tireoide e

Paratireoides

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

Tímo

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

Pâncreas

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.

Dra. João César da Cunha  
Medicina do Trabalho  
CRM - 10000

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 DE EMPREGO

**CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL**

126.48093-45-3

4628940

0060

PE

**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

CNH....:

TIT. ELEITOR:

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



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**

Dígito 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  CARCERÁRIO  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](http://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: 4020-1596 / 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:

Nome do beneficiário: *ANTONIO MARCOS LAURENTINO*

Data da solicitação:

DD/MM/AA

Nome do solicitante:

CPF do beneficiário:

*030.749.774-73*

CPF do solicitante:

### DADOS PARA CONTATO

Tel. Celular: *(81) 9.999.81477*

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) documento(s) estão sendo entregues:

- Novos documentos médicos  
 Laudo do IML  
 Boletim de Ocorrência  
 Notas fiscais complementares  
 Outros:

(DESCRIVER)

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

*ANTONIO MARCOS LAURENTINO  
 HOJE ESTOU SÓ QUERIAS PERMANENTE  
 DEFICIT LABORAL DIFICULDADE INTENSA E DOLOR  
 P DE - NO CHAO DE ABDUCAO NO MEMBRIO  
 ANDO ARDOR DE MULHAS  
 HOJE ESTOU COM SIC QUERIAS*

Local e Data

*SERRA BRASILIA PE 31/08/2020*

*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 de 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, o 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. CUMPTE 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:** DEFÍCIT 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](http://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