



Número: **0001378-23.2020.8.17.3370**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **1ª Vara Cível da Comarca de Serra Talhada**

Última distribuição : **02/10/2020**

Valor da causa: **R\$ 10.968,75**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
ANTONIO MARCOS LAURENTINO (AUTOR)		ARIANNY INACIO DE OLIVEIRA MELO (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
70354770	30/10/2020 13:47	ANEXO 1	Outros (Documento)



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site 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

Carta nº 15904355

Pag. 01023/01024 - carta_01 - INVALIDEZ

00020512





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site 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, 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





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site 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

Pag. 00931/00932 - carta_02 - INVALIDEZ

00050466



Carta nº 16092584





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site 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, 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

Pag. 01859/01860 - carta_30 - INVALIDEZ

00010930



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 PERICIA DO POSSUI UM DÉFICIT FUNCIONAL DE GRAU INTENSO NO JOELHO DIREITO.

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

Sequelas permanentes: DÉFICIT 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. Nexa 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:



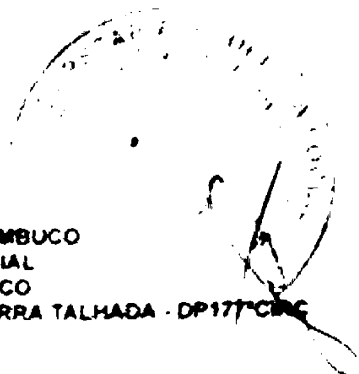


SERRA TALHADA-PE 01/07/2020

Antonio Marcos Loureiro

Scanned by TapScanner





BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 20E0267001398

ASSIDENTE DE TRANSITO COM VITIMA NAO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia 22.2020 10:04

2004-1-2005-1 2005-2-2006-1 2006-2-2007-1

1. 100% of the total amount of the contract shall be paid in advance.
 2. 100% of the total amount of the contract shall be paid in advance.
 3. 100% of the total amount of the contract shall be paid in advance.

7-10-1993 14:20:00

1. NOME DO INTERESSADO: ANTONIO MARCOS

5. 10. 1952, 1953, 1954, 1955, 1956, 1957, 1958, 1959, 1960, 1961, 1962, 1963, 1964, 1965, 1966, 1967, 1968, 1969, 1970, 1971, 1972, 1973, 1974, 1975, 1976, 1977, 1978, 1979, 1980, 1981, 1982, 1983, 1984, 1985, 1986, 1987, 1988, 1989, 1990, 1991, 1992, 1993, 1994, 1995, 1996, 1997, 1998, 1999, 2000, 2001, 2002, 2003, 2004, 2005, 2006, 2007, 2008, 2009, 2010, 2011, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016, 2017, 2018, 2019, 2020, 2021, 2022, 2023, 2024, 2025, 2026, 2027, 2028, 2029, 2030, 2031, 2032, 2033, 2034, 2035, 2036, 2037, 2038, 2039, 2040, 2041, 2042, 2043, 2044, 2045, 2046, 2047, 2048, 2049, 2050, 2051, 2052, 2053, 2054, 2055, 2056, 2057, 2058, 2059, 2060, 2061, 2062, 2063, 2064, 2065, 2066, 2067, 2068, 2069, 2070, 2071, 2072, 2073, 2074, 2075, 2076, 2077, 2078, 2079, 2080, 2081, 2082, 2083, 2084, 2085, 2086, 2087, 2088, 2089, 2090, 2091, 2092, 2093, 2094, 2095, 2096, 2097, 2098, 2099, 2100, 2101, 2102, 2103, 2104, 2105, 2106, 2107, 2108, 2109, 2110, 2111, 2112, 2113, 2114, 2115, 2116, 2117, 2118, 2119, 2120, 2121, 2122, 2123, 2124, 2125, 2126, 2127, 2128, 2129, 2130, 2131, 2132, 2133, 2134, 2135, 2136, 2137, 2138, 2139, 2140, 2141, 2142, 2143, 2144, 2145, 2146, 2147, 2148, 2149, 2150, 2151, 2152, 2153, 2154, 2155, 2156, 2157, 2158, 2159, 2160, 2161, 2162, 2163, 2164, 2165, 2166, 2167, 2168, 2169, 2170, 2171, 2172, 2173, 2174, 2175, 2176, 2177, 2178, 2179, 2180, 2181, 2182, 2183, 2184, 2185, 2186, 2187, 2188, 2189, 2190, 2191, 2192, 2193, 2194, 2195, 2196, 2197, 2198, 2199, 2200, 2201, 2202, 2203, 2204, 2205, 2206, 2207, 2208, 2209, 2210, 2211, 2212, 2213, 2214, 2215, 2216, 2217, 2218, 2219, 2220, 2221, 2222, 2223, 2224, 2225, 2226, 2227, 2228, 2229, 2230, 2231, 2232, 2233, 2234, 2235, 2236, 2237, 2238, 2239, 2240, 2241, 2242, 2243, 2244, 2245, 2246, 2247, 2248, 2249, 2250, 2251, 2252, 2253, 2254, 2255, 2256, 2257, 2258, 2259, 2260, 2261, 2262, 2263, 2264, 2265, 2266, 2267, 2268, 2269, 2270, 2271, 2272, 2273, 2274, 2275, 2276, 2277, 2278, 2279, 2280, 2281, 2282, 2283, 2284, 2285, 2286, 2287, 2288, 2289, 2290, 2291, 2292, 2293, 2294, 2295, 2296, 2297, 2298, 2299, 2300, 2301, 2302, 2303, 2304, 2305, 2306, 2307, 2308, 2309, 2310, 2311, 2312, 2313, 2314, 2315, 2316, 2317, 2318, 2319, 2320, 2321, 2322, 2323, 2324, 2325, 2326, 2327, 2328, 2329, 2330, 2331, 2332, 2333, 2334, 2335, 2336, 2337, 2338, 2339, 2340, 2341, 2342, 2343, 2344, 2345, 2346, 2347, 2348, 2349, 2350, 2351, 2352, 2353, 2354, 2355, 2356, 2357, 2358, 2359, 2360, 2361, 2362, 2363, 2364, 2365, 2366, 2367, 2368, 2369, 2370, 2371, 2372, 2373, 2374, 2375, 2376, 2377, 2378, 2379, 2380, 2381, 2382, 2383, 2384, 2385, 2386, 2387, 2388, 2389, 2390, 2391, 2392, 2393, 2394, 2395, 2396, 2397, 2398, 2399, 2400, 2401, 2402, 2403, 2404, 2405, 2406, 2407, 2408, 2409, 2410, 2411, 2412, 2413, 2414, 2415, 2416, 2417, 2418, 2419, 2420, 2421, 2422, 2423, 2424, 2425, 2426, 2427, 2428, 2429, 2430, 2431, 2432, 2433, 2434, 2435, 2436, 2437, 2438, 2439, 2440, 2441, 2442, 2443, 2444, 2445, 2446, 2447, 2448, 2449, 2450, 2451, 2452, 2453, 2454, 2455, 2456, 2457, 2458, 2459, 2460, 2461, 2462, 2463, 2464, 2465, 2466, 2467, 2468, 2469, 2470, 2471, 2472, 2473, 2474, 2475, 2476, 2477, 2478, 2479, 2480, 2481, 2482, 2483, 2484, 2485, 2486, 2487, 2488, 2489, 2490, 2491, 2492, 2493, 2494, 2495, 2496, 2497, 2498, 2499, 2500, 2501, 2502, 2503, 2504, 2505, 2506, 2507, 2508, 2509, 2510, 2511, 2512, 2513, 2514, 2515, 2516, 2517, 2518, 2519, 2520, 2521, 2522, 2523, 2524, 2525, 2526, 2527, 2528, 2529, 2530, 2531, 2532, 2533, 2534, 2535, 2536, 2537, 2538, 2539, 2540, 2541, 2542, 2543, 2544, 2545, 2546, 2547, 2548, 2549, 2550, 2551, 2552, 2553, 2554, 2555, 2556, 2557, 2558, 2559, 2560, 2561, 2562, 2563, 2564, 2565, 2566, 2567, 2568, 2569, 2570, 2571, 2572, 2573, 2574, 2575, 2576, 2577, 2578, 2579, 2580, 2581, 2582, 2583, 2584, 2585, 2586, 2587, 2588, 2589, 2590, 2591, 2592, 2593, 2594, 2595, 2596, 2597, 2598, 2599, 2600, 2601, 2602, 2603, 2604, 2605, 2606, 2607, 2608, 2609, 2610, 2611, 2612, 2613, 2614, 2615, 2616, 2617, 2618, 2619, 2620, 2621, 2622, 2623, 2624, 2625, 2626, 2627, 2628, 2629, 2630, 2631, 2632, 2

ANTONIO MARCOS LAURENTINO (presente ao plantão) - Sexo Masculino Mãe SEBASTIAO
A DEFFENING FILMS LTDA. IRACEMA MARIA LAURENTINO Data de Nascimento: 04/1977 Naturalidade SERRA
TANGARA PERNAMBUCO BRASIL Telefone 7359511 SOS PE (RG) 03274978473 (CPF) Iracema
LAURENTINO

RUA MADRUGADA, 140 - CEP 0 - BARRA ALTO DA CONCEICAO - SERRA
- PIAUI - BRASIL

HAG INFORMADO

Journal of Polymer Science: Part A: Polymer Chemistry, Vol. 27, 1989
© 1989 John Wiley & Sons, Inc.

WILLIAM MARRIJS LAURENTINO (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: **LUCIANA ALVES LIMA**
 (Nascimento: **MARRIJS LAURENTINO** 03/06/1980 - 212 2005) Mãe: Mãe: **SERRA TALHADA**
PERNAMBUCO, BRASIL - Estado: **SOLTEIRO(A)** - Grau: Grau 1º - Grau: **INCOMPLETO** Profissão: **ESTUDANTE**
 Filha: **MARI LIRA**, 180 - CEP: 0 - Bairro: **ALTO DA CONCEICAO - SERRA**
TA. PAPA. PERNAMBUCO, BRASIL, SERRA COCO

Journal of Interpersonal Violence, Vol. 29 No. 10, October 2014
DOI: 10.1177/0886260514556001

ANTONIO MARCOS LAURENTINO

28-05-2020 09:23

Scanned by TapScanner



Modelo de Boletim de Ocorrência - MOTOCICLISTA HONDA CO 125 TITAN KSE (Modelo de Boletim de Ocorrência - 1000)

Nome: RUIZ, FERNANDA LUIZ FERREIRA TALHADA - Registro: 002329000 - Data: 02/02/2020 - Hora: 13:47:00
 Local: GASOLINA
 Marca: HONDA CO 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 TRÁNSITO 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 Nº 29, COM DATA EM 02/02/2020; QUE ESTE REGISTRO DESTINA-SE A GARANTIR FUTUROS 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)

Boletim registrado por: WERLOW FONSECA DA SILVA - Matrícula: 221.769-4

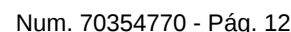




SERVA ALHADA-PE 01/07/2020

Antonio Marcos Loureiro

Scanned by TapScanner



BRABESCO

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

BRABESCO150920200500000000002370058600000003576684375 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 18.1.001.000

ATENDIMENTO: RUA MANOEL PEREIRA DA SILVA - NÚMERO 354 - SRA DA PENHA SERRA TALHADA PE 56903-490

MATRÍCULA:

23584743

ROSA MARIA DA SILVA
R MARIO LIRA, N. 20160 - NOSSA SRA DA PENHA SERRA TALHADA PE 56903-490

CONTADOR

DATA LEIT. ANTERIOR

DATA LEIT. ATUAL

TIPO DE

710X308975

27/05/2020

27/04/2020

Real

ÁGUA:

1111 ANI: 16/3 CONSUMO: 14

1111 ATU: 1087

1111 PAT: 1087

CONSUMO DE CONSUMO

REF. 1111 LA CONSUMO

PARÂMETROS

NÚMERO DE

EXIG. PORT. ANA

Scanned by TapScanner



**BOLETIM DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO E EMERGÊNCIA**

Nº: 29

Data	02.02.2020	Hora	10:04
Nome	Antonio Marcos Laurentino	Profissão	Eletricista
Nome Sobr.		Estado Civil	U. Estável
Nascimento	04.09.77	Sexo	M
Escolaridade		Responsável	
Mãe	Tracema Maria Laurentino		
Endereço			8299100-6201
Bairro		Município	
Cartão SUS		Fone	9960.2331
Raça Cor	Branca	RG/CPF	F359512.508R
	Preta		
	Parda		
	Amarela		
	Indígena		

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO☐ VERMELHO☐ AMARELO☐ VERDE☐ AZUL

Situação Queixa:

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

Pa	Pulso	HGT	T	SpO2	Peso	Glasgow
Medicações em uso:						
Intolerância a alimentos:						
Fluxograma				Carimbo e Assinatura:		

ATENDIMENTO MÉDICO

História e Exame Físico:

A: boas áreas pectorais; B: respiração espontânea, MV+ e simétrica;
C: Pulso cheios; D: ECG: 15; usóicos, motricidade e sensibilidade em 4 membros; E: deformidade em pulso D

Tratamento:

FX pulso D AP e perfil

Hipótese Diagnóstica:

Acidente motorístico
Fratura proximal Fêmur D

Carimbo

Leonardo Bezerra
CRM 150447 RGE 0111



Pernambuco

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: 871668

Identificação do Paciente

NOME DO PACIENTE: ANTONIO MORAES LAURENTINO	Nº DO PRONTUÁRIO:
CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS):	DATA DE NASCIMENTO: 04/04/1977
NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL: IRACEMA MARIA LAURENTINO	SEXO: MASCULINO
ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO): RUA MARIO LIRA, 160, CENTRO	TELEFONE DE CONTATO:
MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: SERRA TALHADA	COD. IBOE MUNICÍPIO: 2613909,00
UF: PE	CEP:

Dados sobre o Transporte

MEIO DE TRANSPORTE: AMBULÂNCIA	DATA DE EMISSÃO: 05/02/20 08:13
OBSERVAÇÃO:	
OBSERVAÇÃO NÃO 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:	

Scanned by TapScanner



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		Estado Civil: Casado
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 Trânsito () Acidente de Trabalho () Outros Acidentes () Agressão ()		
Suicídio () Casual () Outros ()		
Nome Acompanhante:		Telefone de Contato: ()
Endereço Acompanhante:		
Local da Ocorrência:		
ANAMNESE E EXAME FÍSICO:		
<i>Doença pré-existente MID</i> <i>deferido local Presença</i> <i>de dor, dor, dor, dor</i> <i>de dor - dor MID</i>		
Diagnóstico Inicial: <i>Fratura cominuta da proximal rta (D) DZGO/</i>		
<i>FRAT - UXA CAD JOELHO (D)</i>		
SADT:		
Diagnóstico Final: <i>FRAT - UXA CAD JOELHO (D)</i>		
Condição de Alta	Motivo de Alta	
Melhorada (X)	Descição Médica (X)	Data do Internamento: <i>05/02/2020</i>
Inalterado ()	Alta a Pedido ()	Data da Alta: <i>01/2/20</i>
Piorando ()	Transferência ()	Local: <i>[Assinatura]</i>
Obito + 48h ()	Evasão ()	Medico Responsavel
Obito - 48h ()	Indisciplina ()	
Obito em ____/____/____		
Hora: _____		

Scanned by TapScanner

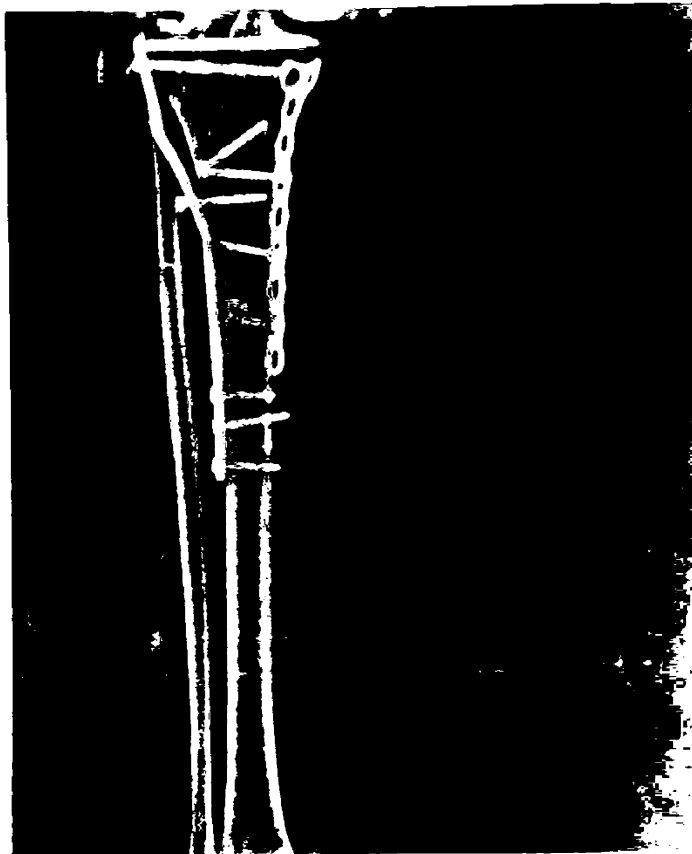


NOME: ANTONIO MARCOS LAURENTINO
EXAME: ANTEBRACO - 2 VISTAS

REGISTRO: 95921

IDADE: 042

DATA DO EXAME: 17/02/2020



Scanned by TapScanner



1. *Adaptation to the environment* (e.g., changes in behavior, morphology, and physiology) in response to environmental changes.

$\mathcal{L}(\mathbf{y}|\mathbf{x}) = \prod_{i=1}^n p(y_i|\mathbf{x})$
 $\mathcal{L}(\mathbf{y}|\mathbf{x}) = \prod_{i=1}^n p(y_i|\mathbf{x})$



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**

Scanned by TapScanner



28/05/2020

SDS - POLÍCIA AGIL

Sistema Polícia Ágil

[SAIR DO SISTEMA](#)

[CIVIL](#) [CRIMINAL](#) [CAPTIVAS](#) [CARCENÁRIO](#) [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

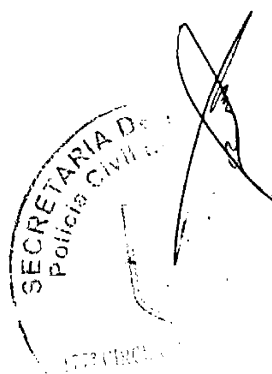
Quantidade Multas: 0

Quantidade de multas a vencer: 0

Multas a vencer: R\$ 0,00

IPVA a vencer: R\$ 0,00

Total: R\$ 1.431,73



Scanned by TapScanner





FORMULÁRIO PARA PEDIDO DE REANÁLISE - DPVAT

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguros lider.com.br ou entre em contato através dos canais de atendimento abaixo:
Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios): Capital e regiões metropolitanas: 4070-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04 / Des 9h às 20h
SAC (para dúvidas e reclamações): 0800 022 8189 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 04
Canal de Denúncia: 0800 593 2563 | Ouvidoria: 0800 021 91 35

Número do pedido DPVAT:

Nome do beneficiário: **ANTONIO MARCOS LAURENTINO**

Nome do solicitante:

Data da solicitação:

dd/mm/aa

CPF do beneficiário: **030.744.774-33**

CPF do solicitante:

DADOS PARA CONTATO

Tel. Celular: (**11**) **9444-1477**

Tel. Comercial: (**11**)

Tel. Residencial: (**11**)

E-mail:

INFORME A COBERTURA DO SEU PEDIDO

☐ DADS (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(s) documento(s) estão sendo entregues:
☒ Novos documentos médicos
☐ Laudo do IML
☐ Boletim de Ocorrência
☐ Notas fiscais complementares
☐ Outros

(Opcional)

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

ANTONIO MARCOS LAURENTINO.
DEPOIS DE 1 ANO SE QUEIXA DE DOR NA REGIÃO DO LOMBRO DE INTENSIDADE INTERMÉDIA E ALTO NÍVEL DE DOR NA REGIÃO DE PRODUÇÃO DE MEMÓRIA PARA O TRABALHO DE MÓDULO 1.
APÓS EXAMES COM SEQUELAS

SERVA TRILHADA DE 30/08/2020

Local e Data

Antonio Marcos Laurentino

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

IMPORTANTE

Este formulário deve ser preenchido e entregue ao mesmo tempo de atendimento ou entregue posteriormente ao seu pedido de Seguro DPVAT.

Observação sobre beneficiário/vítima não atingida:

Em caso de falecimento ou incapacidade total e permanente, a família ou o beneficiário deve apresentar a documentação necessária para a análise do pedido de indenização.

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: DÉFICIT 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.

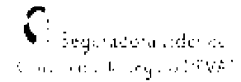
Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

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





Número: **0001378-23.2020.8.17.3370**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **1ª Vara Cível da Comarca de Serra Talhada**

Última distribuição : **02/10/2020**

Valor da causa: **R\$ 10.968,75**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
ANTONIO MARCOS LAURENTINO (AUTOR)		ARIANNY INACIO DE OLIVEIRA MELO (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
70354771	30/10/2020 13:47	ANEXO 2	Outros (Documento)

**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

Nome do(a) Examinado(a): **ANTONIO MARCOS LAURENTINO** Sinistro: **3170294745** Data: **24/12/2016**

Endereço do(a) Examinado(a): **RUA MANOEL PEREIRA LINS, 28 - SÃO CRISTOVÃO - Serra Talhada - PE - CEP 56900-000**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**sds** / **PE**] **7359511**

Data local do exame: [**28/06/2017**] **Brejo Santo** [**CE**]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)
Trauma em coxa esquerda com fratura segmentada e cominutiva da diáfise do fêmur. Ao exame vítima apresenta marcha claudicante, encurtamento de 3 cm do membro inferior esquerdo por conta da fratura do fêmur, diminuição da força com limitação da flexão do joelho de 0° a 28° e hipotrofia muscular.

a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação? [**X**] Sim [] Não

Caso a resposta seja "Não", favor NÃO preencher os demais campos abaixo, exceto o das observações (item V(*)), se necessário

b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico? [**X**] Sim [] Não

Caso a resposta seja "Não", prosseguir SOMENTE se houver alguma correlação entre a queixa e o histórico do acidente, justificando-a nas observações (item V(*))

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações.

Tratamento cirúrgico com fixação de placa e parafusos. Vítima refere que realizou 3 meses de fisioterapia.

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

Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

Limitação funcional do membro inferior esquerdo

Caso a resposta seja "Não", concluir dentre as opções no item IV "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item IV opções "b" ou "c"

IV. Segundo o 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"

Esta avaliação médica deve ser repetida em ____ dias

() "Exame não permite conclusão"

Vide motivo do impedimento no campo das observações

() "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 parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

Membro inferior esquerdo

% do dano: () 10% residual () 25% leve
(**X**) 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações (*).

() Total = "100% da IS"

V. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.



Ricardo de Araújo Leite - CRM: 4507 - CE



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170294745 **Cidade:** Serra Talhada **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANTONIO MARCOS LAURENTINO **Data do acidente:** 24/12/2016 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 23/06/2017

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMA MEMBRO INFERIOR DIREITO

Resultados terapêuticos: DEPENDE DE EXAME MEDICO PERICIAL - Analista não identificou (QUANTIFICOU) sequela através dos documentos anexados

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações:

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

PRESTADOR

AMORIM E MATTOS SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS LT

Nome do médico: JOSÉ TEÓFILO SARAIVA

CRM do médico: 52.32504-2

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



Outros



DE:

PAULA DANIELA.

RUA AGOSTINHO NUNES
MAGALHÃES N 152 SALA 04

CENTRO, SERRA TALHADA-PE

CEP: 56903510

TEL: 87 996138147

EXCELSIOR SEGUROS
29 MAI 2017
SEGURO DPVAT.



Pana!

Excelsior Seguros - Matriz | CNPJ

33.054.826/0001-92

Av. Marquês de Olinda, nº 175, Recife

Antigo - Recife - PE

Fone/Fax: (81)3087-9200 /

(81)3087-9262

Email:

50030-000

29 MAI 2017



EXCELSIOR SEGUROS
29 MAI 2017
SEGURO.DPVAT



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 7.359.511 DATA DE EXPEDIÇÃO 18/08/2003

NOME << ANTONIO MARCOS LAURENTINO >>

FILIAÇÃO << SEBASTIÃO LAURENTINO FILHO >>
<< RACEMA MARIA LAURENTINO >>

NATURALIDADE SERRA TALHADA PE DATA DE NASCIMENTO 04/04/1977

DOC. GERAL << CN.2.785 LA24 A.F. 08V CART. 5º DIST SERRA TALHADA-PE.10/02/1983 >>

CPF

LEI Nº 7.116 DE 20/09/83

Documentos de identificação



MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal

Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número 032.749.794-73

Nome ANTONIO MARCOS LAURENTINO

Nascimento 04/04/1977

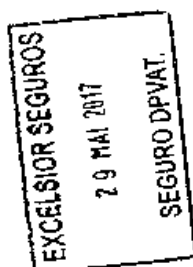
VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

EXCELSIOR SEGUROS

29 MAI 2017

SEGURO DPVAT.





**DECLARAÇÃO****Circular Susep nº 445/12 – Prevenção à Lavagem de Dinheiro**

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 de todas as 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 e documentos requisitados 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.

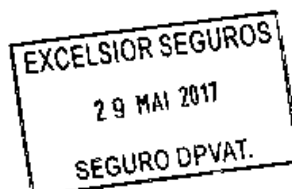
Pelo exposto, eu GEORGE CARLOS MELO LIMA, portador(a) do
RG nº 021368554-00, expedido por DEFNAN-PE, em
25/09/2013, CPF/CNPJ nº 028.475.324-29,

na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário (a) ANTÔNIO MARCOS LAURENTINO do sinistro de DPVAT da natureza INVALIDEZ da vítima ANTÔNIO MARCOS LAURENTINO, e conforme determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

Profissão: RECUSO Renda Mensal: R\$ RECUSO

Documentos comprobatórios: RECUSO INFORMAR

George Carlos Melo Lima
ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO





DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, GEORGE CARLOS MELO LIMARG nº 021.36855400 data de expedição 25-09-13, Órgão DETRAN-PE

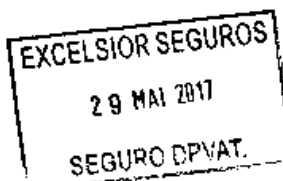
CPF nº 001.475.32429, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>ANTÔNIO TÔME DE SOUZA</u>
Número	<u>573</u>
Apto / Complemento	<u>CASA</u>
Bairro	<u>SÃO CRISTÓVÃO</u>
Cidade	<u>SERRA TALHADA</u>
Estado	<u>PERNAMBUCO</u>
CEP	<u>56.903.220</u>
Telefone de Contato	<u>(87) 9.9998.1477 / 98878-5033</u>
E-mail	<u>gmgseguros@gmail.com</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: SERRA - TALHADA - PE maio 19 - 2017

Assinatura do Declarante:

George Carlos Melo Lima

Comprovante de residência



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, ANTONIO MARCOS LAURENTINO

RG nº 4.339.511, data de expedição 18/06/03, Órgão SOS

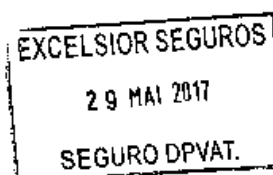
CPF nº 082.749.494-7 venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>R. Manoel Pereira Lima</u>
Número	<u>Nº 28</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>São Cristóvão</u>
Cidade	<u>Serra Talhada</u>
Estado	<u>Pernambuco</u>
CEP	<u>56900-000</u>
Telefone de Contato	
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Serra Talhada - PE 25/05/2017

Assinatura do Declarante: Antonio Marcos Laurentino



ATENDIMENTO: RUA MANOEL PEREIRA DA SILVA - NUM. - 00882 - NO
SSA SRA DA PENHA SERRA TALHADA PE 56903-490

JOSE BATISTA DA SILVA
R. MANOEL PEREIRA THS, N. 00078 - SAO CRISTOVAO SERRA TALHADA
PE 56000-000
INSCRICAO: 139-836-116-0002-000 GR. P.O.S. - DER. AUTOMATICO - 03584328
QUANTIDADE DE ECONOMIAS
CONCESSAO DE CREDITO INDUSTRIAL PUBLICA

LIGADO	POTENCIAL	POTENCIAL	TIPO DE CONSUMO (AVE)
DATA DE ANTERIOR	DATA DE ATUAL		
A13U224036	28/10/2016	28/11/2016	MELTA-HD

AGUA: 4
 LEIT ANT: 243 CONSUMO: 4
 LEIT ATU: RECORRENCIA TAXA M
 LEIT FAT: 247

HISTORICO DE CONSUMO
REFERENCIA CONSUMO

PARAMETROS	NUMERO DE AMOSTRAS		
	EXTG. PORT. HS 2.949/11	ANALISES REALIZ.	ATENDEDO & LEGIS
TURBIDEZ	70	70	70
COR APARENTE	70	70	70
FLORO RESIDUAL	70	70	70
COLIF. TOTALS	70	70	70
F. [8]	70	70	70

Qualidade de Água: www.compsa.com.br

QMS.: (1) COLIFORMES TOTAIS AUSENCIA 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

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS	CONSUMO	TOTAL(R\$)
ÁGUA		
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)	4 M3	37,25
CONSUMO DE ÁGUA		

MULTA P/IMPONTUALIDADE 10/2016

	VALOR DO IMPOSTO	VALOR DO IMPOSTO	VALOR DO IMPOSTO
12,25	1,65	0,61	
12,25	1,65	0,61	

VENCIMENTO: 08/12/2016 TOTAL A PAGAR: 37,99

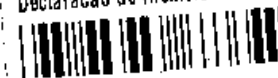
MENSAGEM:
 EM 31/10/2016, REGISTRAMOS QUE V.SA.
 ESTAVA EM DEBITO COM A COMPEA. CASO
 JA O TENHA PAGO, DESCONSIDERE ESTE AVISO.

SEGURO DPVAT.



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Declaração de Inexistência de IML



Eu, ANTONIO MARCOS LAURENTINO, portador da carteira de identidade nº 4.858.511 e inscrito no CPF/MF sob o nº 032.749.794-73, residente e domiciliado na Rua Manoel Pereira Lima Nº 28, Cidade Serra Talhada, Estado Pernambuco, 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 estabelecimento do IML no município da minha residência; ou

() O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

() O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido 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 a 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.

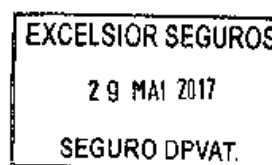
Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

Antonio Marcos Laurentino.

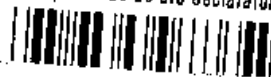
Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

Serra Talhada - PE 25/05/2017

Local e data



Comprovação de ato declaratório



A+0



HOSPITAL PROFESSOR AGAMENON MAGALHÃES
Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
Serra Talhada - FUSAM / SUS / PE

BOLETIM DE EMERGÊNCIA

Nº 51.

→ Data e Hora: 24/12/16 12:12 Data Nasc: 24/04/77
Nome: Antonio Junior Aguiar
Mãe: Luciana Nova Aguiar
Profissão: Desempregado Sexo: M Estado Civil: Casado Escolaridade: 3ª Série
Responsável: Responsável
End. do Paciente: Rua Manoel Pereira Lima 16-B do 1º andar
Bairro: Centro Município: Serra Talhada Fone: 359.511-PE
Cartão SUS: Doença: 359.511-PE
Tipo de Atendimento: ☒ Acidente de Trânsito ☐ Agressão ☐ Acidente de Trabalho
Raça/Cor: ☐ Preto ☐ Amarelo ☒ Parda ☐ Indígena

Pressão Arterial:

Pulso:

Temperatura:

Peso:

História e Exame Físico:

Transtorno da função dentária

Re

Tratamento:

→ Trauma
→ Pre-oc

EXCELSIOR SEGUROS

29 MAI 2017

SEGURO DPVAT

Impressão Diagnóstica:

frat de G

Destino do Paciente: Residência ☐ Internado ☒ Transferido ☐

Removido para Hospital

Óbito às

h do dia

Médico - Carimbo e CRM:

CRM 15.122

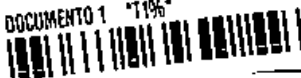




Seguradora Líder - DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAM

DOCUMENTO 1 "T196"



Nº DO SINISTRO

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do beneficiário da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, ANTONIO MARCOS LAURENTINOPORTADOR(A) DO RG Nº 4.259.511EXPEDIDO POR SOSEM 18/02/2019 ECPF 03044001094-05 / CNPJ 00.000.000/0001-11, PROFISSÃO ELETRICISTA

E RENDA MENSAL DE R\$ 2.500,00 (**) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA ANTONIO MARCOS LAURENTINO AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Supesp nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo mencionados não devem, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício - nos documentos aparecem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Soltório ou Funcional;
- Conta Empresarial - nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME ou LTDA;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 7.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta no site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISOVPAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

IMPORTANTE: Também não devem ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 1641 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 000.25.686-9

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE, UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

Santa Bárbara - PE 25/02/2019
LOCAL E DATA

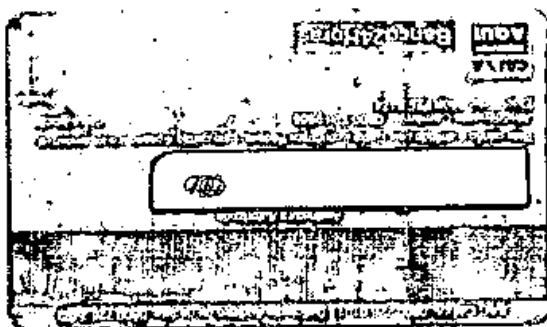
Antonio Marcos Laurentino
ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

1 ATENÇÃO

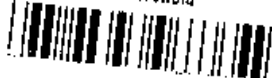
- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago aos legítimos beneficiários, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na Lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguradora.com.br ou ligue para a SAC DPVAT 0800-0221204.



EXCELSIOR SEGUROS
13 JUN 2017
SEGURO DPVAT.



Boletim de ocorrência



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **17E0267001712**Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **23/05/2017** às **08:51**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **24/12/2016** às **08:00**

Natureza Jurídica: **ACIDENTE DE TRÂNSITO PRA EFEITO DE SEGURO**Fato ocorrido no endereço: **RODOVIA PE-365, 1, RODOVIA PE-360 / ZONA RURAL - Bairro:****CENTRO - SERRA TALHADA/PERNAMBUCO/BRASIL**Local do Fato: **RODOVIA ESTADUAL / RODOVIA PE-365**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

NÃO SE APLICA (AUTOR / AGENTE)

RIKISON MAX PEREIRA SOARES (OUTRO)

ANTONIO MARCOS LAURENTINO (VÍTIMA)

EXCELSIOR SEGUROS

29 MAI 2017

SEGURO DPVAT.

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Outros motivos), 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: IRACEMA MARIA LAURENTINO Pai: SEBASTIÃO LAURENTINO FILHO Data de Nascimento: 4/4/1977 Naturalidade: SERRA TALHADA / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 7359511/SDS/PE (RG) Estado Civil: AMASIADO(A) Escolaridade: 1º. GRAU INCOMPLETO Profissão: ELETRICISTA Endereço Residencial: RUA MANOEL PEREIRA LINS, 28, BECO DO VIDEL - CEP: 0 - Bairro: CENTRO - SERRA TALHADA/PERNAMBUCO/BRASIL

RIKISON MAX PEREIRA SOARES (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Naturalidade: NÃO INFORMADO / 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: -

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

VEÍCULO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): RIKISON MAX PEREIRA SOARES, que estava em posse do(a) Sr(a): ANTONIO MARCOS LAURENTINO Categoria/Marca/Modelo: MOTOCICLETA/HONDA/NXR Objeto apreendido: Não Cor: PRETA - Quantidade: (UNIDADE NÃO INFORMADA)

23/05/2017 08:48

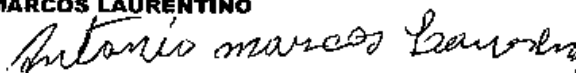
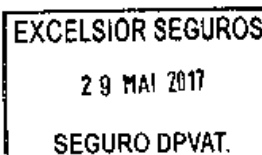
Placa: **PCZ3467** (PERNAMBUCO/SERRA TALHADA) Renavam: **105708731** Chassi: **9C2KD0800FR041595**
Ano Fabricação/Modelo: **2015/2015** Combustível: **ALCO/GASOL**
Descrição: **MOTOCICLETA NXR 160 BROS ESD**

Complemento / Observação

COMPARECEU A ESTA DEPOL A PESSOA DE , ANTONIO MARCOS LAURENTINO, PARA COMUNICAR O SEGUINTE ACIDENTE PARA EFEITO DE SEGURO: QUE O MESMO CONDUZIA MOTOCICLETA HONDA BROS DESCRITA NESTE REGISTRO PELA RODOVIA PE-365, FAZENDO O PERCURSO TRIUNFO / SERRA TALHADA E, QUANDO SE APROXIMAVA DA FAZENDA NOVA, AO DESVIAR DE UM BURACO QUE HAVIA NA REFERIDA RODOVIA , VEIO A PASSAR POR DENTRO DE UM OUTRO E COM ISSO PERDEU O CONTROLE DA MOTOCICLETA QUE CONDUZIA , VINDO A CAIR DA RODOVIA. QUE, DEVIDO AO TOMBO ELE FICOU LESIONADO. QUE, LOGO EM SEGUIDA VINHA ATRÁS DELE NA MESMA RODOVIA UMA AMBULÂNCIA DA CIDADE DE SANTA CRUZ DA BAIXA VERDE QUE FEZ O SOCORRO DA VÍTIMA PARA O HOSPAM, ONDE A MESMA RECEBU ATENDIMENTO DO MÉDICO PLANTONISTA, DR. EBENONE A. SILVA, CONFORME CÓPIA DO BOLETIM DE EMERGÊNCIA Nº 51, APRESENTADA PELO INTERESSADO AQUI PRESENTE. NADA MAIS, EN CERRO.

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

ANTONIO MARCOS LAURENTINO
(VITIMA)

B.O. registrado por: **IVANILDO SALVADOR DE MELO** - Matrícula: **112209411**



Seguradora Líder - DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Autorização de pagamento

Nº DO SINISTRO



CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com **dados do beneficiário** da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

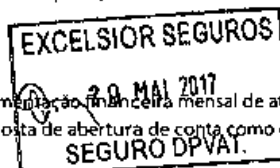
EU, ANTONIO MARCOS LAURENTINOPORTADOR(A) DO RG Nº 4.359.511 EXPEDIDO POR SOS EM 18/08/08 ECPF 080449994-43 /CNPJ 00000000-0000-00, PROFISSÃO ELETRICISTA

E RENDA MENSAL DE R\$ 250,00 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA ANTONIO MARCOS LAURENTINO AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados **não devem**, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional;
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéticas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISPDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.



IMPORTANTE: Também **não devem** ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

Serra Talhada - PE 25/08/2017
LOCAL E DATA

Antonio Marcos Laurentino
ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de **R\$13.500,00** em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de **até R\$13.500,00** em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de **até R\$ 2.700,00** em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.



Rio de Janeiro, 23 de Junho de 2017

Carta nº: 11197044

A/C: ANTONIO MARCOS LAURENTINO

Sinistro: 3170294745 ASL-0206093/17
Vítima: ANTONIO MARCOS LAURENTINO
Data Acidente: 24/12/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: GEORGE CARLOS MELO LIMA

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

Em relação sinistro acima referenciado, comunicamos que após análise da documentação apresentada, foi detectada a necessidade de informações complementares, razão pela qual está sendo interrompido o prazo regulamentar para o pagamento da indenização.

Pedimos aguardar novo pronunciamento o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as averiguações cabíveis.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

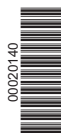
ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00279/00280 - carta_02



Rio de Janeiro, 01 de Junho de 2017

Carta nº: 11071180

A/C: ANTONIO MARCOS LAURENTINO

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170294745 ASL-0206093/17
Vitima: ANTONIO MARCOS LAURENTINO
Data Acidente: 24/12/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: GEORGE CARLOS MELO LIMA

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site www.seguradoralider.com.br, ou ligue para a SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site www.seguradoralider.com.br, não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez, é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à CIA EXCELSIOR DE SEGUROS onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 01563/01564 - carta_01



Rio de Janeiro, 01 de Junho de 2017

Carta nº: 11071019

A/C: ANTONIO MARCOS LAURENTINO

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170294745 ASL-0206093/17
Vítima: ANTONIO MARCOS LAURENTINO
Data Acidente: 24/12/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: GEORGE CARLOS MELO LIMA

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **29/05/2017** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **24/12/2016**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Autorização de pagamento não conclusivo

Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na **CIA EXCELSIOR DE SEGUROS** onde o aviso de sinistro foi registrado.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental.

NÃO PERCA TEMPO!

PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;

Em caso de dúvida, entre em contato conosco pelo SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00931/00932 - carta_03



BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 30/06/2017

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 4.725,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ANTONIO MARCOS LAURENTINO

BANCO: 104

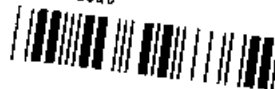
AGÊNCIA: 00617

CONTA: 000000025686-9

Nr. da Autenticação B5CE584C3AFF2D6C



Procuração



Procuração

Outorgante(s):

Nome: ANTÔNIO MARCOS LAURENTINO
R.G.: 7.359.511 C.P.F.: 032.749.794-73
Endereço: MANOEL PEREIRA LINS N. 28 S. CRISTOVÃO
CEP: 56.903-490 Cidade/UF: SERRA TALHADA - PE

Outorgado(s):

Nome: GEORGE CARLOS MELO LIMA
R.G.: 5840550 C.P.F.: 008.475.324-29
Endereço: ANTÔNIO TÔME DE SOUZA N. 573
CEP: 56.903.220 Cidade/UF: SERRA TALHADA - PE

Pela presente procuração o Outorgante confere ao Outorgado, poderes específicos para propor, solicitar, acompanhar, providenciar documentos junto a Polícia Civil, Polícia Rodoviária Federal e Estadual, Polícia Militar, interpor pedidos e recursos legais cabíveis, convir e reconhecer a procedência do pedido, preencher e assinar o formulário de Autorização de Pagamento de Sinistro DPVAT, transigir, desistir, confessar, receber, dar quitação junto à Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A e a qualquer Seguradora, podendo ainda, substabelecer esta, com ou sem reserva de iguais poderes, no todo ou em parte, tudo com o fim especial de requerer indenização de Seguro DPVAT Morte, Invalidez Permanente Total ou Parcial e/ou Despesas Médico-Hospitalares, referente ao acidente de trânsito envolvendo a vítima

ANTÔNIO MARCOS LAURENTINO
ocorrido na data em 24/12/16

Local: SERRA TALHADA PE Data: 23/05/17

Antonio Marcos Laurentino
Assinatura do Outorgante

A assinatura deverá ser reconhecida por autenticidade ou verdadeira.

