



Número: **0044139-05.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 23ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **28/08/2020**

Valor da causa: **R\$ 11.137,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
CARLOS ALBERTO TORRES DE OLIVEIRA FILHO (AUTOR)		JULIANA DE ALBUQUERQUE MAGALHAES (ADVOGADO)	
TOKIO MARINE SEGURADORA S.A. (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
70355796	30/10/2020 14:00	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, 03 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190723323

Vítima: MARCOS ANTONIO FERREIRA DA SILVA

Data do Acidente: 24/06/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: CARLOS ANTONIO MANGABEIRA FERREIRA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MARCOS ANTONIO FERREIRA DA SILVA

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 15317220

Pag. 01591/01592 - carta_01 - INVALIDEZ

00010796





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, 09 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190723323

Vítima: MARCOS ANTONIO FERREIRA DA SILVA

Data do Acidente: 24/06/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: CARLOS ANTONIO MANGABEIRA FERREIRA

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), MARCOS ANTONIO FERREIRA DA SILVA

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. 01995/01996 - carta_02 - INVALIDEZ

00060988



Carta nº 15343036





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, 19 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190723323

Vítima: MARCOS ANTONIO FERREIRA DA SILVA

Data do Acidente: 24/06/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: CARLOS ANTONIO MANGABEIRA FERREIRA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), MARCOS ANTONIO FERREIRA DA SILVA

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\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Recebedor: MARCOS ANTONIO FERREIRA DA SILVA

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 341

Agência: 000006066

Conta: 0000009373-0

Tipo: CONTA POUPANÇA

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





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ D&M (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou AS:

3 - CPF da vítima

4 - Nome completo da vítima

015.644.114-413

ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo:

ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR

7 - Profissão:

sem

8 - Endereço:

R. TRACIM, N. 1000

9 - Número:

348

10 - Complemento:

11 - Bairro:

Imuv

12 - Cidade:

ARACUÉ - LIMA

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

55320-00

15 - E-mail:

851181764647

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR

☐ R\$1.000 A R\$1.000,00

☐ R\$2.501,00 A R\$5.000,00

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 A R\$2.500,00

☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237)

☒ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

066

CONTA:

69373

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinale uma das opções):

☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência, ou

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

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica exclusiva da Seguradora Líder para verificação da existência e duração das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 1º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestação, caso discorde do seu resultado.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado Civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (no Civil)

☐ Divorciado

☐ Separado judicialmente

☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim

☐ Não

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

28 - Vítima teve filhos?

☐ Sim

☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos

30 - Vítima deixou nascituro(s) (verba(s))?

☐ Sim

☐ Não

31 - Vítima teve filhos?

☐ Sim

☐ Não

32 - Se tinha filhos, informar Vivos

33 - Vítima deixou nascituro(s) (verba(s))?

☐ Sim

☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte devido aos beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, art. 2º, do que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcimento do valor recebido, além da responsabilidade criminal, por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - 1ª Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

ARACUÉ - LIMA

851181764647

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS-001 V002/2019

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DÁMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº de sinistro ou AS.	3 - CPF da vítima CIS. 664.116.693	4 - Nome completo da vítima Wanderley de Jesus Espinosa de Jesus
---------------------------	---------------------------------------	---

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo:	Nelson Henrique Figueira da Silva			6 - CPF:	844.515.844-11
7 - Profissão:	8 - Endereço:	Rua Trasmundo, 1400		9 - Número:	348
10 - Complemento:					
11 - Bairro:	Imbu		12 - Cidade:	Araucária - LIMA	
13 - Estado:	PR		14 - CEP:	83200-00	
15 - E-mail:			16 - Tel. (DDD):	(51) 370-4047	

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VITIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: _____

18 - CPM do Representante Legal: _____ 19 - Proibição do Representante Legal _____

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

ZD - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR	☐ R\$1.00 A R\$1.000,00	☐ R\$2.501,00 A R\$5.000,00
☐ SEM RENDA	☐ R\$1.001,00 A R\$2.500,00	☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS- ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAI, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos 234 ou Assinale uma opção): ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

☐ Bradesco (237) ☒ Itaú (341) Nome do BANCO: _____

☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: CONTA: AGÊNCIA: CONTA:

(Informar o dígito de controle) (Informar o dígito de controle) (Informar o dígito de controle) (Informar o dígito de controle)

Autoriza a Seguradora a lidar a creditação na conta bancária informada, de minha titularidade, de valor da indenização/embolso do Seguro DTPV, a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total no valor recebido.

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DEVAT por invalidez permanentemente, uma vez que (assinalar uma das opções):

☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência, ou

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

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícia com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Relatório foi assinado, sob o prosseguimento da análise de meu pedido de indenização do Seguro (PVAT, por via do permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica as custas da seguradora, sob pena de aplicação da multa e quitação das despesas permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa minha concordância com a avaliação médica ou renúncia a direito de contestação, caso discordo do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil de vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo		24 - Data do óbito da vítima:	
25 - Graude Parentesco com a vítima:		26 - Vítima de sexo: ☐ masculino ☐ feminino	
27 - Se a vítima deixou companheira(a), informar o nome completo:			
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não		29 - Se tinha filhos, informar: ☐ Sim ☐ Não	
30 - Vítima deixou herança (patrimônio)? ☐ Sim ☐ Não		31 - Vítima teve amigos? ☐ Sim ☐ Não	
32 - Se tinha amigos, informar: ☐ Sim ☐ Não		33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não	

Esteu ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso deva, a indenização do Seguro DVAAT por morte de seus Beneficiários que se apresentarem e comprovarem estas condições, estando ciente, anexo, do que quaisquer falsas ou declarações não verdadeiras poderão gerar a negação do resgate, o valor recolhido, além da responsabilidade criminal, por infração do artigo 299 do Código Penal.

34	_____	38 - 1ª Nome: _____
35 - Nome legal de quem assina a rogatória pedido	_____	CPF: _____
_____	_____	_____
36 - CPF legal de quem assina a rogatória pedido	_____	Assinatura do testemunha
_____	_____	39 - 2ª Nome: _____
37 - 1ª Assinatura de quem assina a rogatória pedido	_____	CPF: _____
_____	_____	_____
		Assinatura do testemunha

4C - Local e Data

43- Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS-001 V002:2019



Atendimento: 1102398

Sens. Classificação:

0146

Data e Hora: 24/06/2019 17:21

Paciente: 181027 MARCOS ANTONIO FERREIRA DA SILVA Sexo: MASCULINO

Nome Social :

Cor: Parda

Escolaridade: NAO SABE/SEM DECLARACAO

Data do Nascimento: 22/10/1982

Idade: 36 anos

Convenio: 2

SUS - PRONTO ATENDIMENTO

Nome da Mãe: MARLI GUILHERMINA RODRIGUES

Nome do Pai:

CRM: 1234567

Estado Civil: SOLTEIRO

Nome do Médico: ORTOPEDISTA - PLANTONISTA

Endereço: RUA JOAQUIM NABUCO

615

Bairro: TIMBO

Cidade/UF: ABREU E LIMA

PE

Cep: 53520170

Usuário Atendimento: ANAPPN

RG (Identidade):

Data de Emissão:

CNS : 7096036307789

CPF (Cadastro de Pessoa Física):

Phone: (81)35413831

CRN(Certidão de Registro de Nasc):

Data de Emissão CRN:

PESO: _____ ALTURA: _____ TEMPERATURA: _____ °C FC: _____ bpm FR: _____ rpm PA: _____ mmHg

DATA: 24, 06, 19

HORA :

PRINCIPAL / DURAÇÃO / HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL

EXAME FÍSICO:

HIPÓTESE (S) DIAGNÓSTICA (S):

SOLICITAÇÃO DE EXAMES:

PRESCRIÇÃO MÉDICA:

HORÁRIO

Médico / Cremepe:

ENCAMINHADO: () Ambulatório () Sala Verde () Sala Amarela () Sala Vermelha

Medico / Cremepe:



ITAÚ – UNIBANCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

BANCO: 341 AGÊNCIA: 0477 CONTA: 000000078857-4

DATA DA TRANSFERENCIA: 14/02/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MARCOS ANTONIO FERREIRA DA SILVA

BANCO: 341

AGÊNCIA: 06066

CONTA: 000000009373-0

Autenticação:

00088F07D4ADB3982C3A5902E9ABE70411D01BAE085B7C7DD6E7941589F33271



DADOS DO CLIENTE
MARIA JOSE DA FARIAS
S- Ciente ATUALIZE SEU CADASTRO !!

ENGENHEIRO DA UNIDADE CONSUMIDORA
AV JOAQUIM NABUCO 615

TIMEO AGREU E LIMA
AGREU E LIMA PE
53520-170

CLASSIFICAÇÃO
21 RESIDENCIA
RESIDENCIAL

0270980023 08/2018

03/03/2018

0729-AT-29	UNCA	07/09/2015
------------	------	------------

07.00/2018	2000254428	47500
------------	------------	-------

Consumo Alvo (KWh)
 10 - 20 m² de área construída
 Associação Bandeira VERMELHA
 Condomínio Pôrta Municipal
 Multipropriedade UF-08476110 - 08476118
 Juntas de Condomínio UF-08476110 - 08476118
 Administração GPM AF 08476111 - 08476118

QUANTITY	PRICE	MARK
1000	0.75	1000

TOTAL CAFAT RA

49

Nº DO REGISTRO	Tipo DA FUNÇÃO	ANTERIOR	LETURA	DATA	VALOR	DATA	VALOR	DATA	VALOR	DATA	VALOR
30000	CA	05-01-2019	6.807,20	07-09-2019	6.807,20	08-09-2019	6.807,20	09-09-2019	6.807,20	10-09-2019	6.807,20

[illegible]

...a la vez, el hecho de que el "ser" no sea un "ser" en sí mismo, sino un "ser" en relación con el "no ser", es lo que hace que el "ser" sea un "ser" en relación con el "no ser".





AVENIDA CRUZ CADÚCIA - ALM. 1387 - RANTO AMARO RECIFE 97
CEP: 80040-000. Fone: (41) 3800 081 0135
Inscrição Estadual: 18.1.001.0014398-2
CNPJ: 09.764.035/0001-64
Qualidade da Água: www.compesa.com.br

Nº Documento: 20190716217220

Escritório: OLINDA

FATURA MENSAL DE ÁGUA E ESGOTO

MARTA CARMEM DE OLIVEIRA E SILVA
AV. TIRADENTES, N. 63366 - - P.O. BOX OLINDA PR 54067-440
INSCRIÇÃO: 096.340.970.0250.000

GRUPO: A

OPÇÃO DÉB. AUTOMÁTICO: 01621722.0

01621722.0

07/2019-3

LIGADO

LIGADO

1

ATÉ 02/12/18

24/06/2019

29/07/2019

REAL /REAL

ÁGUA

DEBIT. ANT.: 271
DEBIT. ATUAL: 293
DEBIT. PAT.: 243

CONSUMO: 12

ESGOTO

DEBIT. ANT.:
DEBIT. ATUAL:
DEBIT. PAT.:

VOLUME: 17

HISTÓRICO DE CONSUMO
REFERÊNCIA/CONSUMO

04/2018	34	9	A	ESGOTO: 100%
05/2018	34	8	A	ESGOTO: 100%
06/2018	34	9	A	ESGOTO: 100%
07/2018	34	7	A	ESGOTO: 100%
08/2018	34	7	A	ESGOTO: 100%
09/2018	34	9	A	ESGOTO: 100%
MÉDIA	34	9	A	ESGOTO: 100%

PARÂMETROS

TURBIDEZ
COR APARELHO
CORU RESIDUAL
COLIFORMES TOTAIS
E. COLI

EXIG. PELA PORT.

MS 2.914/11
110
110
110
110
110

NÚMEROS DE AMOSTRAS

ANÁLISES

REALIZADAS

104
104
104
104
104

ATENDIM. A

LEGISLAÇÃO

104
104
104
104
104

OBSERVAÇÕES: INDICADORES TOTAIS APRESENTAM EM 100% DAS AMOSTRAS EXAMINADAS.
DOIS PARÂMETROS EM 100% TOTAIS: ESCHERICHIA COLI E TUBO PROTECTOR NAO
INDICADORES DAS CONDIÇÕES SANITÁRIAS DA ÁGUA
DOIS PARÂMETROS COR E TURBIDEZ SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES ASSOCIADAS AO ASPECTO
VISUAL DA ÁGUA.

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS E TARIFAS

CONSUMO POR FAIXA

VALOR R\$

ÁGUA

RESIDENCIAL 001 UNIDADE

ATE 10 M3 - R\$ 41,30 (POR UNIDADE)

10 M3

41,30

11 M3 A 20 M3 - R\$ 4,74 POR M3

9 M3

9,48

ESGOTO (100% DO VALOR DA ÁGUA)

RESIDENCIAL 001 UNIDADE

ATE 10 M3 - R\$ 41,30 (POR UNIDADE)

10 M3

41,30

11 M3 A 20 M3 - R\$ 4,74 POR M3

9 M3

9,48

MULTA FIMPOSTUALIDADE 06/2019

1,72

DONACAO AO HOSPITAL DO CANCER 07/2019

1,90

PIS
COFINS

197,55
101,56

1,87
0,80

1,88
0,72

15/08/2019

104,28

Entidade pag:

EXTRATO

Entidade pag:

10/07/2019



ATENDIMENTO: 0800-0610194
CAPACITADOS: 0800-0810195

Arpe
Atividade Regulada
de Curitiba

0800-2813844

01621722.0

07/2019-3

15/08/2019

104,28

CÓDIGO DE BARRAS

VIA COMPESA

828800000001-4 042800018096-7 01621722001-7 072019300003-1



AUTENTICAÇÃO MECÂNICA





DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais detalhes, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 0800-1536 / Outras regiões: 0800-022-12-04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800-022-81-89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800-022-12-06 | Central Ouvidoria: 0800-022-91-35

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.susep.gov.br/8/8LUOTELAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29635>

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

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

SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELA FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA, ALCATELA, CAPITALIZAÇÃO E RESSGURADO. 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 LICITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Carlos Antonio Mangabeira Ferreira
inscrito(a) no CPF/CNPJ 012.891.554/45, na qualidade de Procurador(a) / Intermediário(a) do Beneficiário

Marcelo Antonio Ferreira da Silva, inscrito(a) no CPF sob o nº 015.644.114/43

do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Marcelo Antonio Ferreira da Silva

inscrito(a) no CPF sob o nº 015.644.114/43, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço: <u>Av. Triadentes</u>	Número: <u>366</u>	Complemento: _____
Bairro: <u>Rio Nova</u>	Cidade: <u>Olinde</u>	Estado: <u>PE</u> CEP: <u>53080-490</u>
E-mail: _____	Tel. (DDD): _____	

Local e Data:

18.12.19

Assinatura do Declarante

DLDR.L001.V001/2017



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 30/10/2020 14:00:40
<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20103014004048700000068985778>
Número do documento: 20103014004048700000068985778

Num. 70355796 - Pág. 10

RELATÓRIO MÉDICO PARA AVALIAÇÃO DE INVALIDEZ PERMANENTE (TOTAL OU PARCIAL)

DECLARAÇÕES DO MÉDICO (DE PRÓPRIO PUNHO)

DATA DO ACIDENTE 24/6/2019 DATA DO INÍCIO DO TRATAMENTO MÉDICO 24/6/2019

NOME COMPLETO DA VÍTIMA MARCOS ANTÔNIO FERNANDES DA SILVA

ENDEREÇO DO ACIDENTE

Paralisação de acidente de trânsito, ocorrendo fratura da tíbia e FIBULA em M.I.D., C/ desvio. Paciente submetido a CIRURGIA C/ estabilização da tíbia e FIBULA

ALTA MÉDICA ☒ SIM ☐ NÃO Relação Fisioterápica (30 sessões)

EXISTE ALGUM EFEITO OU IMPENSA PRE-EXISTENTE? ☐ SIM ☒ NÃO

COMO POSSIVEL DESCRIVER

COMPLICAÇÃO A INVALIDEZ PODE SE CONCLUIR QUE:

☒ TEMPORÁRIA ☐ PERMANENTE

GRAU DE INCAPACIDADE FUNCIONAL IRREVERSÍVEL (especificar o segmento ou órgão afetado)

Paralisação C/ fratura completa da tíbia e FIBULA a nível de M.I.D. Paciente C/ dor e edema crônicos C/ desvio de eixo e 4-5% de angulação

7/11/2019 7/11/2019

7/11/2019

DATA



Atendimento: 1102398

Serie Classificação:

0146

Data e Hora: 24/06/2019 17:21

Paciente: 181027 MARCOS ANTONIO FERREIRA DA SILVA Sexo: MASCULINO
Nome Social : Cor: Parda Escolaridade: NAO SABE/SEM DECLARACAO
Data do Nascimento: 22/10/1982 Idade: 36 anos Convenio: 2 SUS - PRONTO ATENDIMENTO
Nome da Mãe: MARLI GUILHERMINA RODRIGUES Nome do Pai:
Estado Civil: SOLTEIRO Nome do Médico: ORTOPEDISTA - PLANTONISTA CRM: 1234567
Endereço: RUA JOAQUIM NABUCCO -- 615 Bairro: TIMBO
Cidade/UF: ABREU E LIMA PE Cep: 53520170 Usuário Atendimento: ANAPPN
RG (Identidade): Data de Emissão: CNS: 709603630778924
CPF (Cadastro de Pessoa Física): Fone: (81)35413831
CRN(Certidão de Registro de Nasc): Data de Emissão CRN:

UPA-IGARASSU
FATURADO
100

PESO: _____ ALTURA: _____ TEMPERATURA: _____ °C FC: _____ bpm FB: _____ rpm PA: _____ mmHg

DATA: 24, 06, 19

HORA _____ :

-----EIXA PRINCIPAL / DURAÇÃO / HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL

Associação de Defesa dos Interesses da
Cidade, São Paulo, SP. Meus melhores cumprimentos.
Atenciosamente, Carlos D.

EXAME FÍSICO:

variegata - T.N.T. - ~~variegata~~

HIPÓTESE (S) DIAGNÓSTICA (S):

First Filial D + TAZD

SOLICITAÇÃO DE EXAMES:

Rx ~~boron~~ - WED - first trial
first ended lot 7.

Martín Lima Gómez
Martín Lima Gómez
Martín Lima Gómez

Marilia Lima Gomes
Chiriquito, Colombia
CAUPE 3340

PRESCRIÇÃO MÉDICA:

HORÁRIO

Trabalho extra político MIT	10/05/2020
	Marília Lima Gomes Org. e Coord. Institucional CAMPUS 2020

Manila China Games
Official Referee
GRAND PRIZE \$2500

Médico / Cremeper:

ENCAMINHADO: () Ambulatório () Sala Verde () Sala Amarela () Sala Vermelha

Médico / Cremepe:



EVOLUÇÃO CLÍNICA (pareceres, resultado de exames, etc.)

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM (ASS/COREN)

24/10/1971 17:45 - Paciente segue em remissão para o HMA acompanhado de tce. de enfermeira da unidade e ambulância do corp de bombeiros

Marilá Lima Cordeiro
COREN-PE 932-ENF

EVOLUÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL (ASS/GRESS)

DESTINO:

ALTA: () Melhorada () Com Atestado () Com Prescrição

TRANSFERÊNCIA LOCAL: HMA

SENHA: 5712 972

() ÓBITO

Data: / / ÀS

() CONTESTADO DE ÓBITO () SVO () IMI

Médico / Crentepe: *Marilá Lima Cordeiro*

TERMO DE RESPONSABILIDADE DE ALTA A PEDIDO PARA MAIORES DE 18 ANOS

Responsabilizo-me pela recusa do tratamento médico proposto e saída deste serviço de saúde, assim como tenho absoluto conhecimento sobre todas as consequências que deste ato possam advir.

DATA: / /

HORA: :

NOME LEGÍVEL:

RG:

GRAU DE PARENTESCO:

ASSINATURA:

RECEPÇÃO / CARIMBOS:



Protocolo de Encaminhamento

TIPO DE OCORRÊNCIA
Causa Externa: Acidente/Violência () Causa Clínica () Obstétrico () Psiquiátrico ()
Em caso de violência/acidente: Via Pública () Domicílio () Local de Trabalho ()

SENHA 312972

Nome do Paciente: MARCOS ANTONIO FERREIRA DA SILVA Idade: 31
Sexo: M () F () Profissão: PROFESSOR Fone: 911234567
Endereço residencial: RUA DA PAZ, 123 Bairro: CENTRO
Cidade: RECIFE

CAUSA EXTERNA (ACIDENTE/VIOLENCIA)
Acidente de Trânsito: Ônibus () Caminhão () Carro de Passeio () Motocicleta ()
Atropelamento: Pedestre () Ciclista ()
Automóvel: (Colisão): Passageiro () Motorista () Banco de Trás () Banco da Frente () Uso de Cinto: S () N ()
Motocicleta: Motocicleta () Passageiro () Uso de Capacete: S () N ()
Semi-Afogamento/Submersão () Soterramento ()
Intoxicação Exógena () Animais peçonhentos () Agente Causador: ---
Exposição ao Fogo/Fumaça/Choque Elétrico ()
Queimaduras: 1º Grau () 2º Grau () 3º Grau ()
Queda: () Altura Aproximada --- Metros () Queda da Própria Altura
Agressões: () Por Arma de Fogo/Tipo --- () Arma Branca/Tipo ---
Agressão Sexual () Maus Tratos () Outros () Citar: ---
Mecanismo do Trauma: () Impacto Frontal () Impacto Lateral () Impacto Traseiro () Ejeção () Capotamento

História Clínica Atual: Poste vítima de acidente de trânsito
Hipótese diagnóstica: Fratura fechada da tíbia

AVALIAÇÃO CLÍNICA

Glicemia Capilar (HGT): --- Temperatura: --- F.C.: --- P.A.: --- x
Vias Aéreas: FR --- Dispnéia S () N () Tiragem intercostais S () N () Obstrução Vias Aéreas: S () N ()
Sibilos Expiratórios: S () N () BAN* S () N () Deformidades do tórax: S () N () Gemido/Estridor: S () N ()
Distúrbio Fala/Choro: S () N ()
Agitação Psicomotora: S () N () Lesões de face: S () N () Retração Xifóide S () N ()
Perfusão Periférica: Boa () Lentificada () Buihas Cardíacas: Normofonéticas () Hipofonética ()
Pulso: Rítmico () Arritmico () Filiforme () Fino ()
Coloração da Pele: Normocrada () Palidez () Cianose ()
Sudorese: S () N () Desidratado: S () N () Ictérico: S () N ()

FR: RN 35-50
< 1 ano 30-50
Crianças 20-30
Adulto 12-30

FC: RN 120-160
< 1 ano 90-140
Criança 80-110
Adulto 60-100



EXAME NEUROLÓGICO

Avaliação Primária: Alerta () Resposta verbal () Resposta ao Estímulo Doloroso () Irresponsivo ()

Escala de Coma de Glasgow (ECG)

ABERTURA OCULAR

Abertura Ocular Espontânea 4
Abertura Ocular a Voz 3
Abertura Ocular a dor 2
Sem abertura Ocular 1

RESPOSTA VERBAL

Orientado 5
Confuso 4
Resposta Inapropriada 3
Sons incompreensíveis 2
Sem Respostas Verbal 1

RESPOSTA MOTORA

Obedece ao comando 6
Localiza Estímulo Doloroso 5
Retirada ao Estímulo Doloroso 4
Descorticação 3
Descerebração 2
Sem Resposta Motora 1

TOTAL DE PONTOS ECG: _____

Sinais de disfunção cerebral: Déficit Motor () Desvio comissura labial ()
Dificuldade na fala ()

Avaliação Pupilar: Isocóricas () Anisocóricas () Midríase () Miose ()

Classificação TCE pela ECG

ECG 3-8: TCE Grave

ECG 9-13: TCE Moderada

ECG 14-15: TCE Leve

NATUREZA DA LESÃO

Presença de sangramento externo: S() N()

Lesões Intra-Torácicas: S() N() Fraturas Pélvis: S() N()

Lesões Intra-abdominais: S() N() Fratura em osso Longo: Fechada() Aberta()

USO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS

Uso álcool: S() N() Informante: Vítima () Outros()

Hálito Alcoólico () Alteração na Marcha () Sonolência/Agitação() Alteração no Humor()

Uso outras drogas: S() N() Informante: Vítima() Outros()

Lotô() Maconha() Cola() Cocaína() Crack() Lança-perfume() Anfetamina() Éxtase()

CONDUTA CLÍNICA/EVOLUÇÃO

Imobilização da Coluna Cervical: S() N()

Imobilização Tala Gessada: S() N()

Antibioticoterapia: S() N() Especificar: _____

Oxigenioterapia: Cateter () Venturi () CPAP ()

Aspiração de Sangue e/ou secreções: S() N()

Entubação Orotraqueal: S() N()

Ventilação Mecânica: Modalidade _____

FIO2: _____

Reanimação Cardiopulmonar: S() N()

RX S() N() Analgesia: S() N()

Infusão de Fluidos: S() N() Especificar: _____

Volume de Fluidos Infundido: _____

Outras Condutas: _____

Intercorrências: _____

MOTIVO DA TRANSFERÊNCIA

Fratura Ilíaca e TND

CONCLUSÃO DO ATENDIMENTO

Hospital para onde foi encaminhado: _____

Médico Regulador: _____

Transferência com acompanhamento Médico: S() N()

Hora: _____

24/06/19

Local e data

Marília Lima Gomes
Enfermeira/Traumatologia
GRUPO 2019

Médico Assistente



Protocolo de Encaminhamento

TIPO DE OCORRÊNCIA

Causa Externa: Acidente/Violência () Causa Clínica () Obstétrico () Psiquiátrico ()
Em caso de violência/acidente: Via Pública () Domicílio () Local de Trabalho ()

SENHA 5912972

IDENTIFICAÇÃO

Nome do Paciente: Marcelo Antônio Ferreira da Silva Idade: 36 a
Sexo: M () F () Profissão: Auto Fone:
Endereço residencial: Bairro:
Cidade:

CAUSA EXTERNA (ACIDENTE/VIOLENCIA)

Acidente de Trânsito: Ônibus () Caminhão () Carro de Passeio () Motocicleta ()
Atropelamento: Pedestre () Ciclista ()
Automóvel: (Colisão): Passageiro () Motorista () Banco de Trás () Banco da Frente () Uso de Cinto: S () N ()
Motocicleta: Motocicleta () Passageiro () Uso de Capacete: S () N ()
Semi-Afogamento/Submersão () Soterramento ()
Intoxicação Exógena () Animais peçonhentos () Agente Causador:
Exposição ao Fogo/Fumaça/Choque Elétrico ()
Queimaduras: 1º Grau () 2º Grau () 3º Grau ()
Queda: () Altura Aproximada Metros () Queda da Própria Altura
Agressões: () Por Arma de Fogo/Tipo () Arma Branca/Tipo
Agressão Sexual () Maus Tratos () Outros () Citar:
Mecanismo do Trauma: () Impacto Frontal () Impacto Lateral () Impacto Traseiro () Ejeção () Capotamento

CAUSAS CLÍNICAS

História Clínica Atual: Pariente vítima de acidente
auto
Hipótese diagnóstico: Fratura de fêmur - TOX D

AVALIAÇÃO CLÍNICA

Glicemia Capilar (HGT): Temperatura: F.C.: P.A.: X
Vias Aéreas: FR Dispneia S () N () Tiragem intercostais S () N () Obstrução Vias Aéreas: S () N ()
Sibilos Expiratórios: S () N () BAN* S () N () Deformidades do tórax: S () N () Gemido/Estridor: S () N ()
Distúrbio Fala/Choro: S () N ()
Agitação Psicomotora: S () N () Lesões de face: S () N () Retração Xifóide S () N ()
Perfusão Periférica: Boa () Lentificada () Bulhas Cardíacas: Normofonéticas () Hipofonética ()
Pulso: Rítmico () Arritmico () Filiforme () Fino ()
Coloração da Pele: Normocorada () Palidez () Cianose ()
Sudorese: S () N () Desidratado: S () N () Ictérico: S () N ()

FR: RN 35-50
< 1 ano 30-50
Crianças 20-30
Adulto 12-30

FC: RN 120-160
< 1 ano 90-140
Criança 80-110
Adulto 60-100



EXAME NEUROLÓGICO

Avaliação Primária: Alerta () Resposta verbal () Resposta ao Estímulo Doloroso () Irresponsivo ()

Escala de Comade Glasgow (EGG)

ABERTURA OCULAR

Abertura Ocular Espontânea 4
Abertura Ocular a Voz 3
Abertura Ocular a dor 2
Sem abertura Ocular 1

RESPOSTA VERBAL

Orientado 5
Confuso 4
Resposta Inapropriada 3
Sons incompreensíveis 2
Sem Respostas Verbal 1

RESPOSTA MOTORA

Obedece ao comando 6
Localiza Estímulo Doloroso 5
Retirada ao Estímulo Doloroso 4
Descorticação 3
Descerebração 2
Sem Resposta Motora 1

TOTAL DE PONTOS ECG: _____

Sinais de disfunção cerebral: Déficit Motor () Desvio comissura labial ()
Dificuldade na fala ()

Avaliação Pupilar: Isocóricas () Anisocóricas () Midriase () Miose ()

Classificação TCE pela ECG
ECG 3-8: TCE Grave
ECG 9-13: TCE Moderada
ECG 14-15: TCE Leve

NATUREZA DA LESÃO

Presença de sangramento externo: S() N()
Lesões Intra-Torácica: S() N() Fraturas Pélvis: S() N()
Lesões Intra-abdominais: S() N() Fratura em osso Longo: Fechada() Aberta()

USO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS

Usou álcool: S() N() Informante: Vitima () Outros()
Hálito Alcoólico () Alteração na Marcha () Sonolência/Agitação() Alteração no Humor()
Usou outras drogas: S() N() Informante: Vitima() Outros()
Lolô() Maconha() Cola() Cocaína() Crack() Lança-perfume() Anfetamina() Éxtase()

CONDUTA CLÍNICA/EVOLUÇÃO

Imobilização da Coluna Cervical: S() N()
Imobilização Tala Gessada: S() N()
Antibióticoterapia: S() N() Especificar: _____
Oxigenioterapia: Cateter () Venturi () CPAP ()
Aspiração de Sangue e/ou secreções: S() N()
Entubação Orotraqueal: S() N()
Ventilação Mecânica: Modalidade _____
FIO2: _____

Reanimação Cardiopulmonar: S() N()
RX S() N() Analgesia: S() N()
Infusão de Fluidos: S() N() Especificar: _____
Volume de Fluidos Infundido: _____
Outras Condutas: _____

Intercorrências: _____

MOTIVO DA TRANSFERÊNCIA

Fatal devido a TNEB

CONCLUSÃO DO ATENDIMENTO

Hospital para onde foi encaminhado: HMA - Marília
Médico Regulador: _____ Hora: _____
Transferência com acompanhamento Médico: S() N()

24/06/19
Local e data

Marília Lima Gomes
Anestesiologista
CRM 22640
Médico Assistente



Atendimento: 483333

Senha da Classificação: [REDACTED]

Data e Hora: 24/06/2019 18:29

Paciente: 52588 MARCOS ANTONIO FERREIRA DA SILVA Sexo: MASCULINO

Nome Social:

Data do Nascimento: 22/10/1982 Idade: 36 anos Convenio: 2 SUS - EXTERNO / URGENCIA

Nome da Mãe: MARLI GUILERMINA RODRIGUES

Nome do Pai: ANTONIO FERREIRA DA SILVA

Estado Civil: SOLTEIRO

Nome do Médico: PLANTONISTA ORTOPEDIA

CRM: 12346

Endereço: RUA JOAQUIM NABUCO

615

Bairro: TIMBO

Cidade/UF: ABREU E LIMA

PE

Usuário Atendimento: JOSAFAXA

Informações Associadas a Pacientes Estrangeiros / Visitantes

Data Entrada Brasil:

Nacionalidade: BRASILEIRA

Nr Documento Estrangeiro:

Observação:

RESUMO DE TRATAMENTO

Peso: _____ Altura: _____ Temperatura: _____ Hora: _____

Queixa Principal

Paciente encaminhado da UPA de Jernanys com relato de queda de moto há 2h, apresentando dor e deformidade a nível da perna distal de perna D. Nega comorbidades ou alergias.

Exame Físico

EGF, LOTE, insupeco e apnéu.

RX: Ex da ossa da perna D (distal da tíbia + maléolo lateral D)

Hipótese Diagnóstico

Ex de ossa da perna D

Prescrição Médica

Internamento hospitalar

1. Luiz Rogério Mendes Gomes
Médico
CRM-PE 2.188 CRM-BA 33039

Assinatura e Carimbo/Médico

Destino: () Encaminhado ao Ambulatório () Residência

() Transferido: Para _____

Senha: _____

() Encaminhado ao setor de internação



HOSPITAL MIGUEL ARRÃES

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICACAO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 24/06/2019 18:18

Nome Paciente: MARCOS ANTONIO FERREIRA DA SILVA
Cód. Paciente:
Data de Nascimento: 22/10/1982
Sexo: Masculino
Idade: 36
Senha: 0024
Convênio:
Atendimento:
SAME:

Ortop

Período: 24/06/2019 18:22 - 24/06/2019 18:24

MAURICELIA MARIA ALVES MACIEL - COREN: 6723 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

Prioridade:

Cor:

VERDE

Queixa Principal: PACIENTE EM AR AMBIENTE NORMOCORADO C/ QUEIXAS DE DOR EM MID O MESMO IMOBILIZADO C/ BOA PERFUSÃO PERIFERICA

Observação: PROCEDENTE DA UPA DE IGARASSÚ C/ SENHA 5712972 / NEGA ALERGIA MEDICAMENTOSA / DM / HAS / ASMA / CARDIOPATIA / AVC

Logograma sintoma: TRAUMA

Discriminador(es):
- DOR LEVE (1-3/10)
- SEM PERDA DE CONSCIÊNCIA, NÁUSEA, VÔMITOS, CRISE CONVULSIVA OU FERIMENTO PERFURANTE

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Sinais Vitais Lidos:
- SACR - REGUA DE DOR: 1
- SACR - ESCALA DE GLASGOW: 15
- FREQUENCIA RESPIRATORIA: 14.00 RPM
- P.A. SISTOLICA: 140.00 MMHG
- P.A.DISTOLICA: 90.00 MMHG

REVISADO
NEUTRAL

Hospital Miguel Arraes

União de Pere

Sim () Não (X)

[Assinatura]
ENFERMEIRO(A)
COREN-PI 6723

Acolhido(a) por: MAURICELIA MARIA ALVES MACIEL - COREN: 6723 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 24/06/2019 18:24

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1





Laudo para solicitação de autorização de internação

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

ESTABELECIMENTO SOLICITANTE	HOSPITAL MIGUEL ARRAES	2 - CNES	6431589
ESTABELECIMENTO EXECUTANTE	HOSPITAL MIGUEL ARRAES	4 - CNES	6431569

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome do Paciente		6 - Nº Prontuário	
MARCOS ANTONIO FERREIRA DA SILVA		52588	
Cartão Nacional do SUS	8 - Data de Nascimento	9 - Sexo	10 - Raça/Cor
98002952716562	22/10/1982	☒ Masculino ☐ Feminino	03 - Parda
10.1 - Etnia		12 - Telefone de Contato	
0000 - Não Se Aplica		8198810347	
1 - Nome da Mãe		14 - Telefone de Contato	
MARLI GUILERMINA RODRIGUES		988103476	
3 - Nome Responsável			
GNORADO			
5 - Endereço (Rua, Nº, Bairro)			
RUA JOAQUIM NABUCO, 615 - TIMBO			
6 - Município	17 - IBGE	18 - UF	19 - CEP
ABREU E LIMA	260005	PE	53520170

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais Sinais e Sintomas Clínicos

21 - Descrição do Acidente: VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTO, COM TRAUMATISMO EM PERNA DIREITA, EVOLUINDO COM DOR E LIMITAÇÃO FUNCIONAL

22 - Exame Físico: MEG, EUPNEICO E AFEBRIL

23 - Exame de Reflexos: REFUSÃO DISTAL

24 - Exame de Força: RESERVADO

25 - Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DE TÍBIA + FRATURA DO MALEOLO LATERAL DIREITO

21 - Condições que justificam a internação

NECESSIDADE DE TRATAMENTO CIRÚRGICO

22 - Principais Resultados de Provas Diagnósticas

ANAMNESE + EXAME FÍSICO

23 - Diagnóstico Inicial / Código	24 - CID 10 Principal	25 - CID 10 Secundário	26 - CID 10 Causas Associadas
FRATURA DIAFISÁRIA DE TÍBIA + FRATURA DE MALEOLO LATERAL DIREITO	S822	W199	04.15.01.001-2

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - Descrição do Procedimento Solicitado	28 - Código do Procedimento		
PROCEDIMENTOS SEQUENCIAIS EM ORTOPEDIA	0415020069		
29 - Especialidade	30 - Caracter de Atendimento	31 - Documento	32 - Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Solicitante/Assistente
CIRÚRGICA	2	(X) CNS () CPF	58016278437533
33 - Nome do Profissional Solicitante/Assistente	34 - Data da Solicitação	35 - Assinatura e Carimbo (Nº de Registro no Conselho)	
SORMANE DE CARVALHO BRITTO	24/06/2019	16339	

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU DOENÇAS)

36 - () Acidente de Trânsito	39 - CNPJ Seguradora	40 - Nº Bolete	41 - Sane
37 - () Acid. Trabalho Típico	42 - CNPJ / Empresa	43 - CNAE / Empresa	44 - CBOR
38 - () Acid. Trabalho Trajetado			
45 - Vínculo com a Previdência			
() Empregado	() Empregador	() Autônomo	() Desempregado
() Aposentado	() Não Segurado		

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador	47 - Cód. Órgão Emissor	52 - Nº da Autorização da Internação Hospitalar (AIH)
	E260000001	
48 - Documento	49 - Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Autorizador	
() CNS () CPF		
50 - Data da Autorização	51 - Assinatura e Carimbo (Nº Registro do Conselho)	

AIH
261910218973-7

Código do Laudo: 483333



FICHA DE INTERNAÇÃO

Cód. Atendimento: **483552**

Usuário: JULIANAPP

DADOS DO PACIENTE

Paciente: MARCOS ANTONIO FERREIRA DA SILVA	Prontuário: 52588
Idade: 36a 8m 4d	Sexo: M
Estado Civil: SOLTEIRO	Data de Nascimento: 22/10/1982
Profissão:	Escolaridade:
R.G.: 6383638	C.P.F.:
Endereço: RUA JOAQUIM NABUCO	Telefone: 988103476
	CEP: 53520170
	- ABREU E LIMA - PE
Dados da Internação	
Origem: INTERNACAO	Data e Hora da Internação: 25/06/2019 18:30
Convênio: SUS - INTERNACAO	Plano: GERAL
Unidade Internação: VERDE 2 ORTOPEDIA	Acomodação: ENFERMARIA DE OBSERVACAO
Médico Internação: PLANTONISTA ORTOPEDIA	Leito: VERD2-38

DADOS DO RESPONSÁVEL

Nome:	R.G.:	C.P.F.:
Telefone:	Numero:	FATURADO 15/07/19 CLAUDEVAN SOUSA FARMACIA
Cidade:	Estado civil:	20ms.

DADOS DA LIBERAÇÃO DO PACIENTE

Data da Alta: <u>02/07/19</u>	Hora da Alta: _____
Motivo: ☒ Melhorado ☐ A Pedido ☐ Transferência ☐ Óbito ☐ Evasão	
Condições de Alta: <u>Melhorado</u>	
Diagnóstico Principal.....: <u>Fx de crânio da Perna 1</u>	
Diagnóstico Secundário01.: _____	REVISADO COIH-FIN
Diagnóstico Secundário02.: _____	
Procedimento.....: <u>RAE + 1 bloco e Pansel</u>	
	Dra. Nayane Adour Ortopedista CRM: 10.145
<u>Arlene Nogueira</u>	Médico e CRM:
Responsável pela retirada do paciente	Assinatura e RG

TERMO DE RESPONSABILIDADE

Autorizo a internação do paciente acima mencionado no HOSPITAL MIGUEL ARRAES bem como os tratamentos clínicos e cirúrgicos (Intervenção cirúrgica, anestésias, transfusões, exames de sangue, ou qualquer outro tipo de exame médico e laboratorial) que se fizerem necessários para o diagnóstico, tratamento, cura e o bem estar do paciente.

Em 01 de Julho de 2019

X Arlene Nogueira Medeiros
Assinatura e RG do paciente ou pessoa responsável



HOSPITAL MIGUEL ARRAES
MV 2000 - Sistema de Centro Cirúrgico e Obstétrico
Ficha de Cirurgia Descritiva

Página.: 0001
Data.: 01/07/2019
Hora.: 11:12

Aviso de Cirurgia : 57693 Sala : 0001 SALA 01
Paciente : 52588 MARCOS ANTONIO FERREIRA DA SILVA Atendimento : 483552
Convênio Atend. : 1 SUS - INTERNACAO Carteira :
Leito : 77 ORTL-513-LEITO 001 Idade : 36 Anos
Dt. Inicio : 01/07/2019 08:50 Dt. Fim : 01/07/2019 11:21
Id Pré-Operatório : S822 FRATURA DA DIÁFISE DA TÍBIA
d Pós-Operatório :

Procedimento: 0408050500 TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIÁFISE DA TÍBIA (PRINCIPAL)
Convênio: 001 SUS - INTERNACAO
Anestesia: 05 RAQUI ANESTESIA

CIRURGIÃO 15570 ROMERO MONTENEGRO NERY
ANESTESISTA 11469 MARIA DA CONCEICAO DOS SANTOS SILVA

Descrição Cirúrgica :

DIAGNOSTICO : FRATURA DOS OSSOS DA PERNA DIREITA
CIRURGIA : REDUÇÃO ABERTA E FIXAÇÃO INTERNA DE PLACA TERÇO DE CANA 8 FUIROS 3.5MM E PARAFUSOS 3.5 MM EM
MALEOLO LATERAL DIREITO + RAFI DE PLACA T 12 FUIROS 4.5MM + PARAFUSOS 4.5MM
CIRURGIÃO : DR ROMERO NERY
01 AUXILIO : DRA NAYANA ADOUR
02 AUXILIO : DR MANOEL OLIVEIRA
ANESTESISTA : DRA CONCEIÇÃO
ANESTESIA : RAQUIANESTESIA

DESCRIÇÃO CIRURGICA :

1. PACIENTE EM DDH SOB RAQUIANESTESIA + GARROTE EM MID
2. ASSEPSIA E ANTISSEPSIA DE MID
3. APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTEREIS
4. INCISÃO EM FACE LATERAL DO TNZ DIREITO
5. DIVULSAO POR PLANOS ANATOMICOS
6. REDUÇÃO CRUENTA E FIXAÇÃO INTERNA DE PARAFUSO ESPONJOSOS 3.5 MM DE POSIÇÃO + PLACA TERÇO 8 FUIROS DE
NO 3.5 MM + 03 PARAFUSOS CORTIAIS 3.5 MM PROXIMAIS E 3 PARAFUSOS ESPONJOSOS DISTAIS E 01 PARAFUSO
TRANSINDESMAL DA CAIXA DE PEQUENOS FRAGMENTOS
7. INCISÃO EM FACE MEDIAL DO TNZ DIREITO REDUÇÃO INCRUENTA E FIXAÇÃO INTERNA DE PLACA EM T 4.5MM 12 FUIROS
+ PARAFUSOS (4 DISTAIS AO FOCO E 4 PROXIMAIS AO FOCO) + PARAFUSO CORTICAL DE POSIÇÃO
8. CONFERIDO COM INTENSIFICADOR DE IMAGENS
9. SUTURA POR PLANOS COM VYCRIL E NYLON
10. CURATIVO ESTERIL
11. RETIRADO GARROTE DE MID

Achados Cirúrgicos:

Descrição Complementar

FATURADO
15/07/19
CLAUDIVAN SOUSA
FATURISTA

Dr. Igor Alcenor
Ortopedia / Traumatologia
DR(A) : ROMERO MONTENEGRO NERY
CRM : 15570

HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAES DE ALENÇAR





EVOLUÇÃO CLÍNICA

NOME: MARCOS ANTONIO FERREIRA DA SILVA

REG: 52588

CLÍNICA:

ENFERMAGEM:

LEITO:

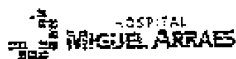
DATA/HORA	
24/6/2019	# SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
	# ADMISSÃO
	PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO, COM TRAUMATISMO EM PERNA DIREITA, EVOLUINDO COM DOR LIMITAÇÃO FUNCIONAL AO EXAME: LOTE, BEG, EUPNEICO E AFEBRIL BOA PERFUSÃO DISTAL NVC PRESERVADO RX EVIDENCIA FRATURA DIAFISÁRIA DE TIBIA + FRATURA MALEOLO LATERAL DIREITO HD: 1- FRATURA DIAFISÁRIA DE TIBIA DIREITA + FRATURA MALEOLO LATERAL DIREITO CD: 1- INTERNAMENTO 2- SOL LAB PREOP 3- SOL NOVOS RX 4- SOL NOVA TALA
	João Bosco B. Neto Ortopedia / Traumatologia CREMEPE 25.670
25/06/19	# SOTA
06.12	HD: a - m - k - m - a
	LOTE 360 a - m - k - m - a
	CD: a - m - k - m - a
26/06/19	# SOTA
06.26	HD: a - m - k - m - a
	LOTE 360 a - m - k - m - a
	CD: a - m - k - m - a

Dr. Jan Lacerda
CRM-PE 9823
CRM-PE 23590

Dr. Jan Lacerda
CRM-PE 9823
CRM-PE 23590







EVOLUÇÃO CLÍNICA

Nome: Maria Antônia F. L. Registro: 84
Clínica: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____

52588

Data/Hora

Otitite

06/11/18

5, 26m

Op. de ORL 01/17/18

Petor em 14.

A fístula +
WAGO remota.

Petor em 30 dias.

DIVINO FERROSA
Otorrinolaringologista
CRM-ORL 11253





EVOLUÇÃO CLÍNICA

Nome: Paulo Arraes Farias Registro: _____
Clínica: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____

Data/Hora	
16/07/19	Operado em 01/07/19
	Fam. vs. DSSC no Ponto An.
	Punk novo 87mm
	Sem Queda e sem
	Arter. Post. F. 1.
	Al → Ponto Arraes no
	fam.
	fo → Sem Arter., L
	Sem T.
	Curto
	Fam. Farias

RECIBIDO
CHAMADO
16/07/2019
14:00:40





HOSPITAL
MIGUEL ARRAES



RESUMO DE ALTA HOSPITALAR/ESCLARECIMENTO

NOME: MARCOS ANTÔNIO FERREIRA DE SILVA

IDADE: 36 SEXO: M

DATA DA ADMISSÃO: 25/06/19

REG: 52588

DATA DA ALTA: 2/7/19

DIAGNÓSTICO:

- FRATURA DE DIÁFISE DISTAL DA TÍBIA DIREITA + MALÉOLO LATERAL DIREITO + MALÉOLO POSTERIOR

TRATAMENTO REALIZADO:

- RAFI COM PLACAS (3,5 E 4,5MM) + PARAFUSOS

ORIENTAÇÕES:

- AGENDAR RETORNO AO AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA (SETOR DE AMBULATÓRIOS, NO TÉRREO DAS SEGUNDAS ÀS SEXTAS-FEIRAS) EM 02 SEMANAS;
- TROCA DIÁRIA DE CURATIVO CONFORME ORIENTADO;
- DOBRAR O JOELHO _____ DIREITO _____;
- DEAMBULAR COM USO DE MULETAS SEM PISAR COM MEMBRO OPERADO;
- CARGA ZERO (SEM PISAR) NO MEMBRO OPERADO ATÉ LIBERAÇÃO MÉDICA;
- FAZER USO DE MEDICAÇÃO PRESCRITA EM RECEITUÁRIO MÉDICO;
- PROCEDER AO SERVIÇO SOCIAL (2º ANDAR) PARA RECEBER ORIENTAÇÕES SOBRE ONDE REALIZAR FISIOTERAPIA;
- RETORNO PRECOCE PELA EMERGÊNCIA SE: FEBRE, INCHAÇO IMPORTANTE E VERMELHIDÃO NA FERIDA, SAÍDA DE SECREÇÃO EM GRANDE QUANTIDADE OU PURULENTO, DOR IMPORTANTE.

PROGRAMA APÓS ALTA: RETORNO PARA DR ROMERO NERY

AMBULATÓRIO DE EGRESSO SIM(x) NÃO()

DATA DA CONSULTA AMBULATORIAL: ____/____/____

Dra. Nayana Moura
Ortopedista
CRM 15.123

ASSINATURA DO MÉDICO, CARIMBO E CRM

Estrada da Fazendinha, S/N, Jaguaribe, CEP: 53400-000, Paulista - PE



RESUMO DE ALTA HOSPITALAR/ESCLARECIMENTO

NOME: MARCOS ANTÔNIO FERREIRA DA SILVA

IDADE: 36 SEXO: M

DATA DA ADMISSÃO: 25/06/19

REG: 52588

DATA DA ALTA: 2/7/19

DIAGNÓSTICO:

- FRATURA DE DIÁFISE DISTAL DA TÍBIA DIREITA + MALÉOLO LATERAL DIREITO + MALÉOLO POSTERIO

TRATAMENTO REALIZADO:

- RAFI COM PLACAS (3,5 E 4,5MM) + PARAFUSOS

ORIENTAÇÕES:

- AGENDAR RETORNO AO AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA (SETOR DE AMBULATÓRIOS, NO TÉRREO DAS SEGUNDAS ÀS SEXTAS-FEIRAS) EM 02 SEMANAS;
- TROCA DIÁRIA DE CURATIVO CONFORME ORIENTADO;
- DOBRAR O JOELHO _____ DIREITO _____;
- DEAMBULAR COM USO DE MULETAS SEM PISAR COM MEMBRO OPERADO;
- CARGA ZERO (SEM PISAR) NO MEMBRO OPERADO ATÉ LIBERAÇÃO MÉDICA;
- FAZER USO DE MEDICAÇÃO PRESCRITA EM RECEITUÁRIO MÉDICO;
- PROCEDER AO SERVIÇO SOCIAL (2º ANDAR) PARA RECEBER ORIENTAÇÕES SOBRE ONDE REALIZAR FISIOTERAPIA;
- RETORNO PRECOCE PELA EMERGÊNCIA SE: FEBRE, INCHAÇO IMPORTANTE E VERMELHIDÃO NA FERIDA, SAÍDA DE SECREÇÃO EM GRANDE QUANTIDADE OU PURULENTO, DOR IMPORTANTE.

PROGRAMA APÓS ALTA: RETORNO PARA DR ROMERO NERY

AMBULATÓRIO DE EGRESSO SIM (x) NÃO ()

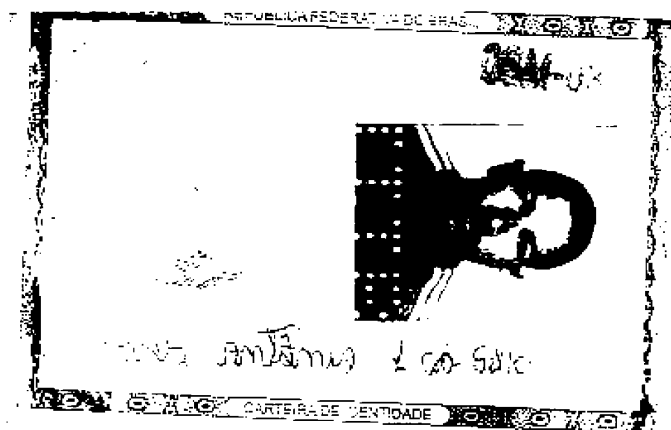
DATA DA CONSULTA AMBULATORIAL: ____/____/____



ASSINATURA DO MÉDICO, CARIMBO E CRM

Estrada da Fazendinha, S/N, Jaguaribe, CEP: 53400-000, Paulista - PE





REPUBLICA FEDERATIVA DO TERRITORIO NACIONAL	
5.380.638	DATA DE EXPEDICAO 01/04/2016
<< MARCOS ANTONIO FERREIRA DA SILVA >>	
<< ANTONIO FERREIRA DA SILVA >>	
<< MARLI GUILHERMINA RODRIGUES >>	
IDADE	DATA DE NASCIMENTO
ADULTA - PE	22/10/1981
ORIGEM << CN.15689.1.52.5.100 CART. ABREU E	
PE-PE 13.11.2008	
ASSINATURA DO TITULAR	
LEN	





Número
015.544.114-43

Nome
MARCOS ANTONIO FERREIRA DA SILVA

Nascimento
22/10/1982

CODIGO DE CONTROLE
2670.0839.3010.6668



Emitido pela Secretaria da Receita Federal do Brasil
às 09:42:41 - dia 26/11/2019 - hora e data de Brasília;
CPF: 015.544.114-43

VALIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

1301697147

NOME
CARLOS ANTONIO MANGABEIRA FERREIRA

DOC. EMISSOR/UF
4448408 505 PE

CPF
012.891.554-45

DATA NASCIMENTO
15/10/1982

FUNÇÃO
NÃO DECLARADO

TELMA LUCIA
MANGABEIRA FERREIRA

PERMISSÃO
[]

AGE
[]

CON. PAR
AS

Nº REGISTRO
03934876503

VALIDADE
17/08/2021

1ª VALIDADE
27/09/2006

INSCRIÇÃO
Exerce Ativ. Assinada

ASSINATURA DO PORTADOR
[Assinatura]

LOCAL
OLINDA - PE

DATA EMISSÃO
22/08/2016

ASSINATURA DO EMISSOR
[Assinatura]

04086869567
PE074467743



Num. 70355796 - Pág. 32

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190723323

Cidade: Paulista

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: MARCOS ANTONIO FERREIRA DA SILVA

Data do acidente: 24/06/2019

Seguradora: MONGERAL AEGON SEGUROS E PREV. S/A

PARECER

Diagnóstico: Fratura diafisária de tíbia direita, maléolo lateral direito, maléolo posterior

Descrição do exame físico: Ao exame apresenta consolidação viciosa da fratura, encurtamento visível do membro inferior direito com claudicação da marcha, deficit de força do membro inferior de grau leve, bloqueio de tornozelo com flexão plantar a 30 graus, dorsal a 15 graus, presença de cicatriz cirúrgica.

Resultados terapêuticos: Submetido a osteossíntese das fraturas e fisioterapia. Evolução sem intercorrências. Alta há cerca de 30 dias

Sequelas permanentes: Limitação funcional do membro inferior direito

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 17/01/2020

Conduta mantida:

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
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder nos
Conceitos de Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0471662/19

Vítima: MARCOS ANTONIO FERREIRA DA SILVA

CPF: 015.644.114-43

CPF de: Próprio

Data do acidente: 24/06/2019

Titular do CPF: MARCOS ANTONIO
FERREIRA DA SILVA

Seguradora: MONGERAL AEGON SEGUROS E PREV. S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

CARLOS ANTONIO MANGABEIRA FERREIRA : 012.891.554-45

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

MARCOS ANTONIO FERREIRA DA SILVA : 015.644.114-43

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: 27/12/2019
Nome: CARLOS ANTONIO MANGABEIRA FERREIRA
CPF: 012.891.554-45

CARLOS ANTONIO MANGABEIRA FERREIRA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 27/12/2019
Nome: RAIANNE SILVA BARBOSA
CPF: 102.869.074-61



RAIANNE SILVA BARBOSA



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS - INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS

IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA

Vítima: Francisco Antonio de Figueiredo da Silva
 Data do Acidente: 01.05.2020 CPF da vítima: 015.604.114-43
 Portador da documentação: ☐ Vítima ☐ Representante legal, cujo parentesco com a vítima é:
 Qualificação do Portador: ☐ Vítima ☐ Representante legal, cujo parentesco com a vítima é:
 Endereço do portador: _____
 Número: _____ Complemento: _____ Bairro: _____
 Cidade: _____ UF: _____ CEP: _____ Telefone: (____) _____
 E-mail: _____

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO APRESENTADO

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE:

- ☒ Formulário de Pedido do Seguro DPVAT
☒ Registro de ocorrência expedido pela autoridade policial (cópia simples e legível)
☒ Carteira de identidade da vítima ou certidão de nascimento ou certidão de casamento ou carteira de trabalho ou Carteira Nacional de Habilitação (cópia simples e legível)
☒ CPF da vítima (cópia simples e legível)
☒ Laudo do IML (cópia simples e legível)
☒ Declaração de Ausência de Laudo do IML, presente no Formulário de Pedido do Seguro DPVAT
☒ Boletim de atendimento hospitalar ou ambulatorial (cópia simples e legível)
☒ Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples e legível)

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO APRESENTADO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE:

- ☐ Carteira de identidade do Representante Legal, se houver, ou certidão de nascimento ou certidão de casamento ou Carteira de Trabalho ou Carteira Nacional de Habilitação (cópia simples e legível)
☐ CPF do Representante Legal, se houver (cópia simples e legível)
☐ Comprovante de residência em nome do Representante Legal, se houver (cópia simples e legível)
 obs: Representante legal é quem representa a vítima menor de 0 a 15 anos. (pai ou tutor)

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO APRESENTADA

Data: _____
 Identidade: _____
 Assinatura: _____

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO APRESENTADO

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS:

- ☐ Formulário de Pedido do Seguro DPVAT
☐ Registro de ocorrência expedido pela autoridade policial (cópia simples e legível)
☐ Carteira de identidade da vítima ou certidão de nascimento ou certidão de casamento ou carteira de trabalho ou Carteira Nacional de Habilitação (cópia simples e legível)
☐ CPF da vítima (cópia simples e legível)
☐ Relatório do médico assistente, informando as lesões sofridas em decorrência do acidente e o tratamento realizado (cópia simples e legível)
☐ Comprovantes (originais e legíveis) das despesas médicas hospitalares, quitadas
☐ Notas fiscais (originais e legíveis) de farmácia acompanhadas do respectivo receita médico (cópia simples e legível)
☐ Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples e legível)

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO APRESENTADO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS:

- ☐ Carteira de identidade do Representante Legal, se houver, ou certidão de nascimento ou certidão de casamento ou Carteira de Trabalho ou Carteira Nacional de Habilitação (cópia simples e legível)
☐ CPF do Representante Legal, se houver (cópia simples e legível)
☐ Comprovante de residência em nome do Representante Legal, se houver (cópia simples e legível)
 obs: Representante legal é quem representa a vítima menor de 0 a 15 anos. (pai ou tutor)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Morte = R\$ 13.500,00

VALORES DE INDENIZAÇÕES: Invalidez Permanente = até R\$ 13.500,00

Despesas Médicas (DAMS) = até R\$ 2.700,00 (reembolso)

- O prazo para pagamento da indenização é de 30 dias contados a partir da entrega da documentação completa ao lado, mesmo for avaliado
- Com base na legislação em vigor, poderão ser solicitados documentos complementares, como os listados

- Para acompanhar o pedido de indenização, acesse www.seguradoralider.com.br ou ligue para Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prazos): 4020-1506 / Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO DA SEGURADORA

Data: 18/12/19
 Nome: Francisco Silva
 Assinatura: _____



PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE: MARCOS ANTÔNIO FERREIRA DA SILVA

RG / CNH / TPS: 6.383.638 CPF: _____

End: AL. JOAQUIM NABUCO 615 fmo
ABRIL e LIMA

OUTORGADO: CARLOS ANTÔNIO MANGABEIRA FERREIRA

RG / CNH / TPS: 8.486.408 SDS/PE CPF: 012.881.554-45

End: AV. TIRADENTES Nº 386, 4º ETAPA – RIO DOCE – OLINDA/PE

Nomeia meu bastante procurador o outorgado acima citado com poderes específicos para resolver todas as questões administrativas referentes ao

SEGURO DE VIDA, que configura como vítima:
MARCOS ANTÔNIO FERREIRA DA SILVA

CPF: _____

Paulista 27 de 11 de 19

MARCOS ANTÔNIO FERREIRA DA SILVA

(RECONHECER FIRMA POR AUTÊNTICIDADE)

SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAL - 2º OFÍCIO
Tribunal Esmeralda de Azevedo Cordeiro - Substituto: Anália de Souza
Município de São José do Bonfim - PE, 55060-000

RECONHECIMENTO DE FIRMA N. 2019-019901

Reconheço por autenticidade a firma de:
MARCOS ANTÔNIO FERREIRA DA SILVA

Assinada em: 28/11/2019 12:47:28
Do: 16. Paulista, PE, 28/11/2019 12:47:28

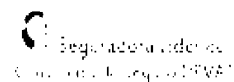
SELO DIGITAL: 0077644.ZTY11201901.81480

Consulta autenticidade em: www.tjpe.jus.br/selodigital
EMUL: 3.81 TMR: 0.88 CERC: 8.48 JSA: 8.88
FPM: 8.84 FUMES: 8.88

Andreia Gomes S. Lira
ANDREIA GOMES SOARES LIRA - ESCRIVÃO AUTORIZADA



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0471662/19

Vítima: MARCOS ANTONIO FERREIRA DA SILVA

CPF: 015.644.114-43

CPF de: Próprio

Data do acidente: 24/06/2019

Titular do CPF: MARCOS ANTONIO
FERREIRA DA SILVA

Seguradora: MONGERAL AEGON SEGUROS E PREV. S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

CARLOS ANTONIO MANGABEIRA FERREIRA : 012.891.554-45

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

MARCOS ANTONIO FERREIRA DA SILVA : 015.644.114-43

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: 27/12/2019
Nome: CARLOS ANTONIO MANGABEIRA FERREIRA
CPF: 012.891.554-45

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 27/12/2019
Nome: RAIANNE SILVA BARBOSA
CPF: 102.869.074-61

CARLOS ANTONIO MANGABEIRA FERREIRA

RAIANNE SILVA BARBOSA



**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: **3190723323**

Nome do(a) Examinado(a): **MARCOS ANTONIO FERREIRA DA SILVA**

Endereço do(a) Examinado(a):

AV JOAQUIM NABUCO, 615 - Abreu e Lima - PE - CEP 53575-108

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SDS /PE**] **6383638**

Data e local do acidente: [**24/06/2019**] **Paulista, PE**

Data e local do exame: [**17/01/2020**] **Recife** [**PE**]

Resultado da Avaliação Médica

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

Fratura diafisária de tibia direita, maléolo lateral direito, maléolo posterior

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

Ao exame apresenta consolidação viciosa da fratura, encurtamento visível do membro inferior direito com claudicação da marcha, déficit de força do membro inferior de grau leve, bloqueio de tornozelo com flexão plantar a 30 graus, dorsal a 15 graus, presença de cicatriz cirúrgica.

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

[☒] Sim [☐] Não

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

Submetido a osteossíntese das fraturas e fisioterapia. Evolução sem intercorrências. Alta há cerca de 30 dias

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

[☒] Sim [☐] Não

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

Limitação funcional do membro inferior direito

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"
Esta avaliação médica deve ser
repetida em ____ dias

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

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

Região Corporal (Sequela):
Membro inferior direito
% do dano: () 10% residual (X) 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

Região Corporal (Sequela):

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

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

Leonardo de Faria Neves - CRM: 17742 - PE





30/10/2020

Número: **0044139-05.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 23ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **28/08/2020**

Valor da causa: **R\$ 11.137,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
CARLOS ALBERTO TORRES DE OLIVEIRA FILHO (AUTOR)		JULIANA DE ALBUQUERQUE MAGALHAES (ADVOGADO)	
TOKIO MARINE SEGURADORA S.A. (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
70355797	30/10/2020 14:00	ANEXO 2	Outros (Documento)

Laudo de Verificação e Quantificação de Lesões Permanentes

Informações do Acidente

Sinistro: **2013338853**
Vítima: **MARCOS ANTONIO FERREIRA DA SILVA**
Local: **PE-ABREU E LIMA**
Data do Acidente: **3/30/2012**

Avaliação do Medico Perito Legista

I. Há lesão cuja etiologia (origem causa) seja exclusivamente decorrente de acidente pessoal com veículo automotor de via terrestre?

- a) ☒ SIM b) ☐ NÃO c) ☐ PREJ.

Só prosseguir em caso de resposta afirmativa

II. Descrever o quadro clínico atual informando:

a) Qual (quais) região (regiões) corporal (is) encontra (m) – se acometida (s);

PÉ DIR

b) As alterações (disfunções) presentes no patrimônio físico da vítima, que sejam evolutivas e temporalmente compatíveis com o quadro documentado no primeiro atendimento médico hospitalar, considerando-se as medidas terapêuticas tomadas na fase aguda do trauma.

TTO CIR DE LESÃO LACERANTE EXTENSA NO DORSO DO PÉ DIR C/ LESÃO DE T. EXTENSORES DOS DEDOS.

III. Há indicação de algum tratamento (em curso, prescrito, a ser prescrito), incluindo medidas de reabilitação?

- a) ☐ SIM b) ☒ NÃO

Se SIM descreva a(s) medida(s) terapêutica(s) indicada(s):

IV. Segundo o exame medico legal, pode-se afirmar que o quadro clínico cursa com:

- a) ☐ Disfunções apenas temporárias
b) ☒ Dano anatômico e/ou funcional definitivo(seqüelas)

Em caso de dano anatômico e/ou funcional definitivo informar as limitações físicas irreparáveis e definitivas presentes no patrimônio físico da vítima.

EDEMA CRONICO.DOR E LIMIT MODERADA DA FLEXOEXTENSÃO DO PÉ;

V. Em virtude da evolução da lesão e/ou de tratamento, faz-se necessário exame complementar?

- a) ☐ SIM, em que prazo:
b) ☒ NÃO

Em caso de enquadramento na opção "a" do item IV ou de resposta afirmativa ao item V, favor NÃO preencher os demais campos abaixo assinalados.

VI. Segundo o previsto na Lei 11.945 de 4 de junho de 2009 favor promover a quantificação da(s) lesão (ões) permanente(s) que não seja(m) mais susceptível(is) a tratamento como sendo geradora(s) de dano(s) anatômico(s) e/ou funcional(is) definitivo(s), especificando, segundo o anexo constante à Lei 11.945/09, o(s) segmento(s) corporal(is) acometido(s) e ainda segundo o previsto no instrumento legal, firmar a sua graduação:

Segmento corporal acometido:

- a) ☐ Total (Dano anatômico ou funcional permanente que comprometa a íntegra do patrimônio físico e/ou mental da vítima).
b) ☒ Parcial (Dano anatômico e/ou funcional permanente que comprometa apenas parte do patrimônio físico e/ou mental da vítima). Em se tratando de dano parcial informar se o dano é:
b.1) ☐ Parcial Completo (Dano anatômico e/ou funcional permanente que comprometa de forma global algum segmento corporal da vítima)
b.2) ☒ Parcial Incompleto (Dano anatômico e/ou funcional permanente que comprometa apenas em parte a um (ou mais de um) segmento corporal da vítima)

b.2.1) Informar o grau da incapacidade definitiva da vítima, segundo o previsto na alínea II, 1º do art. 3º da Lei 6.194/74 com redação introduzida pelo artigo 31 da Lei 11.945/2009, correlacionando o percentual ao seu respectivo dano, em cada segmento corporal acometido



Segmento Anatômico

1ª Lesão

PÉ DIR

Marque o percentual

☐ 10% ☐ 25% ☒ 50% ☐ 75%

2ª Lesão

Marque o percentual

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75%

3ª Lesão

Marque o percentual

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75%

4ª Lesão

Marque o percentual

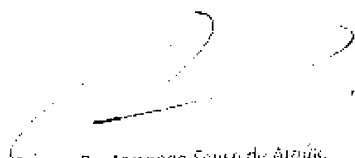
☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75%

Observação: Havendo mais de quatro seqüelas permanentes a serem quantificadas, especifique a respectiva graduação de acordo com os critérios ao lado representados:

Local e data de realização do exame médico legal:

PE - RECIFE, 6/20/2013

Médico Perito/Revisor: ARMANDO SOUSA DE ARAUJO CRM: 52533315


Dr. Armando Sousa de Araújo
Médico Perito
CRM-RJ 52.5333-15
Cadastro Nacional

Assinatura do médico revisor - CRM

Informações Complementares





Comprovante de Operação - Transferência de Conta Corrente para Conta Poupança

Identificação no Extrato: **SISPAG DIVERSOS**

Dados da conta a ser debitada:

Agência: **0477** Conta: **78857 - 4**

Nome: **SEGURADORA LIDER**

Dados da conta a ser creditada:

Agência: **6066** Conta: **09373 - 0**

Nome: **MARCOS ANTONIO FERREIRA SILVA**

Valor: **R\$ 3.375,00**

Informações fornecidas
pelo pagador:

Transferência realizada em 26.06.2013 às 00:00:00, via Sispag, CTRL 220309261000482

Autenticação:

3226883CFBFA46514C0261E49F45DAEFD918B087





498112



HOSPITAL
MIGUEL ARRAES



RESUMO DE ALTA HOSPITALAR/ESCLARECIMENTO

506

NOME: Marcos Antonio da Silva REGISTRO Nº: 525881

IDADE: 30 SEXO M DATA DA ADMISSÃO 21/03/13 DATA DA ALTA 04/05/13

DIAGNÓSTICOS DEFINIDOS: Gravida exposta 2^o MTD
excesso feto-materno

TRATAMENTO REALIZADO: submetido a tratamento emulatório em 31/03/13
relatório em porta
submetido a exatidão para a parte fetal
em 05/04/13 + exatidão de plac. de novo exposto
em 26/04/13.

ORIENTAÇÕES: Relatório clínico para de saúde
Atenção com acompanhamento com cuidados especiais

PROGRAMAÇÃO APÓS ALTA: ☒ SIM ☐ NÃO

AMBUATÓRIO DE EGRESSO ☒ SIM ☐ NÃO

DATA DA CONSULTA AMBULATORIAL: 10 JUN. 2013

ASSINATURA: Antonio Yves Cordeiro de Mello Junior
Cirurgião Geral
CRM 12483/PR
10 JUN. 2013

30703/13

10. Versteht man
den Begriff des
D. an der
Klasse von D's.

Gilberto Torres da Silva
Téc. Enfermagem
URERJ/FE 032 428

C.D. 70 Cmcw
 → ppm uscu / vnt stru /
 → CEkatno 1/2 → pp tra
 → D11mow 1/2 → pp tra
 → Protein 1m + stat 1.100





PA 24 HORAS - IGARASSU

sumo da Classificação de Risco - Protocolo UPA IGARASSU - (SUS)

03/2013 17:47



Nome Paciente: MARCOS ANTONIO FERREIRA DA SILVA

Cód. Paciente:

Data de Nascimento: 22/10/1982

Sexo: Masculino

Idade: 30

Senha: 0206

Convênio:

Atendimento:

30/03/2013 17:47 - JOSE ROBSON PEREIRA CORDEIRO - classificação

Prioridade:

URGÊNCIA

Cor:



Queixa Principal: PLT COM TCE

Observação: ACIDENTE DE MOTO.

ECG=15

NEGA:HAS, DM, ALERGIA

T.C.E

Fluxograma sintoma:

Discriminador(es): - ESCALA DE COMA GLASGOW 14 OU 15

Especialidade: CLINICA GERAL

Alergia(s):

Sinais Vitais Lidos:

Recursos Utilizados:

Intervenções Salva

Vida:

Situações de Alto

Risco:

Alergias Atuais do Paciente

Paciente não possui alergia

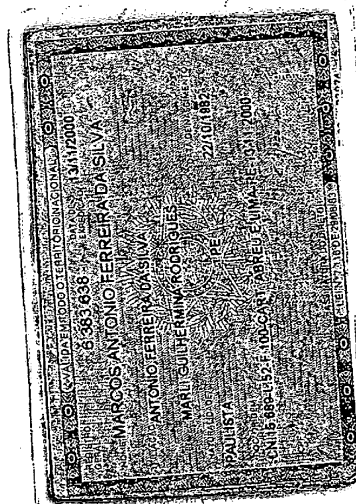
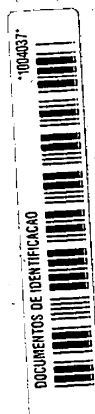
Acolhido(a) por: JOSE ROBSON PEREIRA CORDEIRO

Data: 30/03/2013 17:47

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

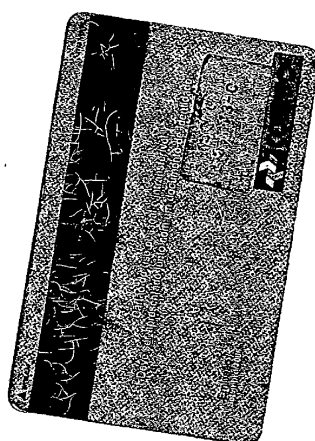
Página 1 de 1

10 JUN 2013



10 JUN 2013





10 JUN 2013





Aviso de Sinistro DPVAT

Código: 498118

Na forma do disposto, na resolução Nº 01/75 do Conselho de Seguros Privados e Capitalização - CNSP - levo ao conhecimento desta companhia a ocorrência do acidente em questão, com o veículo descrito abaixo:

Tipo de Veículo		Placa	
ZZ-Veículo não Identificado			
Nome da Vítima		Natureza	
MARCOS ANTONIO FERREIRA DA SILVA		2 - INVALIDEZ	
Tipo Sinistral	Data Nascimento	Tipo de CPF	Data Ocorrência
	22/10/1982	0 - Possui CPF	31/03/2013

Em cumprimento ao item 10 da resolução Nº 01/75 do CNSP, junto ao presente aviso de sinistro os seguintes documentos:

() Certidão Nº X da autoridade policial sobre a ocorrência;
() DUT Nº _____
() RG e CPF do Sinistrado _____
() RG e CPF do(s) Beneficiário(s) _____

Beneficiários			
Nome	Tipo Benef.	Vinculo	DI/Nasc. CEP
MARCOS ANTONIO FERREIRA DA SILVA	Vítima	VITIMA	22/10/1982 53500-000 015.644.114-43

Declaramos ter recebido a via original do presente Aviso do Sinistro, com todos os documentos assinalados com (X).

Observações: _____

Nota: Para cada vítima deverá ser emitido um aviso de sinistro, ainda que tenha havido diversas no mesmo acidente em 2(duas) vias, permanecendo uma em poder do beneficiário, a título de protocolo de recebimento dos documentos.

Local do Aviso PE Data 10 JUN. 2013
Local da Entrega RJ Data 10 JUN. 2013
Beneficiário D Centauro Vida e Previdência

Atenção:
- O processo de avaliação sobre o pagamento da indenização ou reembolso, ocorrerá somente após a apresentação de todos os documentos em conformidade com a legislação vigente.
- O prazo determinado por Lei de 30 dias para o pagamento, somente será iniciado quando este processo completo for cadastrado na Seguradora Líder, gerado o número Megadata.

R SENADOR DANTAS, 80, 17º ANDAR
CENTRO - Cep: 20031-204
Tel.: (21) 2297-1212 Fax: (21) 2297-1212
site: <http://www.centauroseg.com.br> e-mail: alexandre.almeida@salek.com.br
RIO DE JANEIRO - RJ

10 JUN. 2013

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO · **CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DE SINISTRO DPVAT**

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do/a beneficiário/a 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.

Nº DO SINISTRO:
 EU, **MARCOS ANTONIO FERREIRA DA SILVA** Portador(a) do RG:6383638 Expedido por SDS /PE e CPF: 015.644.114-43 Profissão AUTONOMO e renda mensal de R\$, na qualidade de beneficiário(a) do valor referente a indenização/reembolso do seguro obrigatório DPVAT da vítima: **MARCOS ANTONIO FERREIRA DA SILVA** Autorizo a Seguradora **Centauro Vida e Previdência S/A** a efetuar o respectivo Pagamento/Crédito, de acordo com a forma indicada:

Dados bancários incompletos ou incorretos impedem os bancos de liberarem o pagamento. Verifique cuidadosamente seus dados antes de preencher os campos e evite rasuras.

☐ 1 -	CRÉDITO EM CONTA CORRENTE	Nº BANCO:	Nº AGÊNCIA:	Nº C/P:
☐ 2 -	CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA DO BANCO BRADESCO	Nº BANCO:	Nº AGÊNCIA:	Nº C/P:
☐ 3 -	CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA DO BANCO DO BRASIL	Nº BANCO:	Nº AGÊNCIA:	Nº C/P:
☒ 4 -	CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA DO BANCO ITAÚ	Nº BANCO:	Nº AGÊNCIA:	Nº C/P:
☐ 5 -	CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA DA CAIXA ECONOMICA FEDERAL	Nº BANCO:	Nº AGÊNCIA:	Nº C/P:

- Declaro que a conta acima mencionada é de minha titularidade.
 - Uma vez efetuado o Pagamento/Crédito do valor da indenização do sinistro, de acordo com as informações acima descritas, reconheço o recebimento e dou como quitado o valor da referida indenização.

RECIFE, 0815 DE MATO DE 2013
 Local e Data

Marcos Antonio Ferreira da Silva
 Assinatura do Beneficiário



10 JUN. 2013





BANCO ITAU S/A TR 241-RECEBIMENTOS DIN OP 20
AS 6066 27/06/13 CX 007315956 CRC 6066569125
VR INF 4,00
RECIBO DE DEPOSITO CTA 6066 09373-0
FAVORECIDO: MARCOS ANTONIO FERREIRA SILVA
DEPOSITO EM DINHEIRO 2,00

0000202 6066569125 270513 2,00C MARCOS
OPERACAO 113 025-030

NÃO EFETUADA - DEPOSITO INICIAL
MARCOS ANTONIO FERREIRA SILVA
C/P 6066 09373-0/500 VAL 2,00
CONFIRME AS INFORMAÇÕES
RECIBO DE DEPOSITO C/P 6066 09373-0/500
FAVORECIDO: MARCOS ANTONIO FERREIRA SILVA
DEPOSITO EM DINHEIRO 2,00

0000203 606635149 270513 2,00C MARCOS
OPERACAO 305 ACX

TR 241-FINALIZACAO DE CRC DE RECEBIMENTOS
VALOR INFORMADO 4,00
VALOR DOS RECEBIMENTOS 4,00

10 JUN 2013

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLICIA DA 027A. CIRCUNSCRICAO - ABREU E LIMA

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 13E0117001800

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 27/05/2013 às 16:26

ACIDENTE DE TRANSITO COM VITIMA NAO FAIAL - Doloso (Consumado) que aconteceu no dia 30/3/2012 às 17:49

Fato ocorrido no endereço: **BAIRRO DE CAETES VELHO (BAIRRO), 1. AVENIDA AMPLAS, Bairro: CAETES VELHO - Município: ABREU E LIMA - Estado: PERNAMBUCO - País: BRASIL**
Local do fato: **VEICULO - Proximo: NAO INFORMADO**

Passos(s) envolvidos(s) na ocorrência:
ELEMENTO DESCONHECIDO (OUTRO)

ROSIANO REIS (OUTRO)

MARCOS ANTONIO FERREIRA DA SILVA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **MARCOS ANTONIO FERREIRA DA SILVA**

VEICULO: (Outros motivos), que estava em posse do(a) Sr(a): **ELEMENTO DESCONHECIDO**

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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

104025

(VITIMA) - **MARCOS ANTONIO FERREIRA DA SILVA** (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino**
Mê: **MARLI GUILHERMINA RODRIGUES** - pai: **ANTONIO FERREIRA DA SILVA** Data de nascimento: **22/10/1952**, Nacionalidade: **PAULESTA / PERNAMBUCO / BRASIL**

Documentos: **68803035SP-PE (RG) Estado Civil: NAO INFORMADO; Exatidão: NAO INFORMADO; Profissão: NAO INFORMADO;**

Telefone de Contato: **NAO INFORMADO**; Telefone Celular: **NAO INFORMADO**

Endereço Residencial: **BAIRRO DE CAETES VELHO (BAIRRO), 10, RUA TUPÁ, 68000-000, CAETES VELHO, ABREU E LIMA, PERNAMBUCO, BRASIL**

Endereço Comercial: **NAO INFORMADO**

Dados Comerciais: **NAO INFORMADO**

(OUTRO) - **ELEMENTO DESCONHECIDO** (não presente ao plantão) - Sexo: **Desconhecido**
Mê: **NAO INFORMADO**; Pai: **NAO INFORMADO** Data de nascimento: **NAO INFORMADO**; Nacionalidade: **NAO INFORMADO / NAO INFORMADO**

Estado Civil: **NAO INFORMADO**; Exatidão: **NAO INFORMADO**; Profissão: **NAO INFORMADO**; Telefone de Contato: **NAO INFORMADO**

Endereço Residencial: **NAO INFORMADO**

Endereço Comercial: **NAO INFORMADO**

Dados Comerciais: **NAO INFORMADO**

(OUTRO) - **ROSIANO REIS** (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino**

Mê: **NAO INFORMADO**; Pai: **NAO INFORMADO** Data de nascimento: **NAO INFORMADO**; Nacionalidade: **NAO INFORMADO / NAO INFORMADO**

Estado Civil: **NAO INFORMADO**; Exatidão: **NAO INFORMADO**; Profissão: **NAO INFORMADO**; Telefone de Contato: **NAO**

<http://www8.sds.pe.gov.br:8080/pernambuco/VisualizaBO.do?idUn=117&idO=3822172&...> 27/5/2013

10 JUN 2013

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

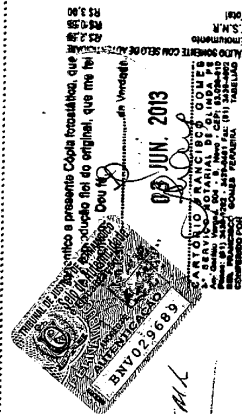
Placa: PFA0100 (PERNAMBUCO / NÃO INFORMADO)

Classificação Merc/Modelo: CAMINHÃO / FIAT / 1500H - Objeto apreendido: NÃO - Número de Série: NÃO INFORMADO
Cor: NÃO INFORMADO - Quantidade: 1 (UNIDADE NÃO INFORMADA) e Valor Unitário: (MOEDA NÃO INFORMADA)

Complemento / Observação

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

B.O. registrado pelo policial: **MILKANE LIMA DA SILVA** - Matrícula: **27306388**



Ernesto M. Navarro

<http://www8.sds.pe.gov.br:8080/pemambuco/VisualizaBO.do?idUn=117&idOc=3822172&...> 27/5/2013

10 JUN. 2013



Ofício nº 067/2010-TMLAPC - DIR

Recife, 19 de abril de 2010

Ilm. Sr.ª

Dr.ª Bruna Perazzo

65 - Seguros Ltda.

Rua Santos Dumont, 233 - Afetos

Nestlé

Prezada Senhora

Informamos a V.S.ª, abaixo, o endereço do Instituto de Medicina

Legal em Pernambuco e suas Regionais:

• Instituto de Medicina Legal Antonio Persivo Cunha - Sede: Rua Meireles da

Pombal nº 455 - Santo Amaro - Recife/PE - CEP: 50.100-170 -

Fones: 3183.5256 e 3183.5267

• Instituto de Medicina Legal Antonio Persivo Cunha - Regional Caruaru: Av.

Caruaru, s/nº - Boa Vista - Caruaru - PE - CEP: 55.038-270 - Fones:

3719.9470

• Instituto de Medicina Legal Antonio Persivo Cunha - Regional Petrolina - Av.

Sere de Setembro, s/nº Jardim Maravilha - Petrolina - PE - CEP: 56.300-000

- Fone: 3366.6382

Renovamos votos de estima e consideração, nos colocando a

disposição para quaisquer esclarecimentos.

Atenciosamente,

Bonifácio Passos Galindo Filho

Gestor do TMLAPC

Dr. Bonifácio Passos Galindo Filho

Medicina Legal

Medicina Legal

Rua Manoel de Araújo, 425 - São Antonio - Recife/PE - CEP: 50.061-150 - Fone: (011) 311-1200



10 JUN 2013

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

EU, MARCOS ANTONIO FERREIRA DA SILVA

PORTADOR(A) DO RG: 6383638 SDS/PE E CPF: 015.644.114-43

DECLARO PARA OS DEVIDOS FINS DE RECEBIMENTO DE SEGURO DPVAT, QUE MORO E

RESIDO NA: RUA TUPA, Nº 10

BAIRRO: TIMBO NA CIDADE DE: ABREU E LIMA

ESTADO DE: PERNAMBUCO

CEP: 53.500-000

TELEFONE PARA CONTATO: 81-34264486

REITERO QUE É MINHA INTEIRA RESPONSABILIDADE AS INFORMAÇÕES AQUI CONTIDAS.

RECIFE, 15 DE MAIO DE 2013.

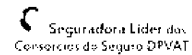
COMPROVANTE DE RESIDENCIA



Marcos Antonio Ferreira da Silva
MARCOS ANTONIO FERREIRA AD SILVA

10 JUN 2013

PARECER DE ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL



DADOS DO SINISTRO

Número: 2013338853	Cidade: Abreu e Lima	Natureza: Invalidez
Vítima: MARCOS ANTONIO FERREIRA DA SILVA	Data do acidente: 30/03/2012	Emissor do parecer: Arnaldo Kacelnik
Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A	Prestadora: IBMES INST.BRASDE MEDICINA ESPEC.EM SEGUROS LTDA	CRM do médico: 312915

PARECER

Data da análise: 18/06/2013
Valoração do IML:
Perícia médica: Sim
Diagnóstico: Lesão em pé D
Resultados terapêuticos: TTO conservador
Sequelas permanentes:
Sequelas:
Conduta mantida:
Quantificação das sequelas:
Documentos complementares:
Observações:
Valor pleiteado: 13.500,00
Médico avaliador: Arnaldo Kacelnik
UF do CRM do médico: RJ

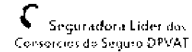
DANOS

Dano	% Dimensão	Graduação
Danos não definidos.		

Valor avaliado: 0,00



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 2013338853	Cidade: Abreu e Lima	Natureza: Invalidez
Vítima: MARCOS ANTONIO FERREIRA DA SILVA	Data do acidente: 30/03/2012	Emissor do parecer: Flavio Reis da Fonseca
Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A	Prestadora: CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços	CRM do médico: 52533315

PARECER

Diagnóstico:	LESÃO LACERANTE EXTENSA NO DORSO DO PÉ DIR C/ LESÃO DE T. EXTENSORES DOS DEDOS
Descrição do exame médico pericial:	EDEMA CRONICO.DOR E LIMIT MODERADA DA FLEXOEXTENSÃO DO PÉ
Resultados terapêuticos:	TTO CIR DE LESÃO LACERANTE EXTENSA NO DORSO DO PÉ DIR C/ LESÃO DE T. EXTENSORES DOS DEDOS
Sequelas permanentes:	APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO PÉ DIREITO
Sequelas :	Com sequela
Data da perícia:	20/06/2013
Conduta mantida:	
Observações:	
Valor pleiteado:	6.750,00
Médico avaliador:	ARMANDO SOUSA DE ARAUJO
UF do CRM do médico:	RJ

DANOS

Dano	%	Dimensão	Gradação
Perda funcional completa de um dos pés	50	1	50

Valor avaliado: 3.375,00

ile:///C:/Users/juliana.afonso/Desktop/PARECER%20DE%20PERÍCIA%20MÉDIC... 28/10/2020

