

---

**Rio de Janeiro, 05 de Novembro de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190616502**

**Vítima: MARCELO DA SILVA SANTOS**

**Data do Acidente: 02/09/2018**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: CARLOS ANTONIO MANGABEIRA FERREIRA**

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), MARCELO DA SILVA SANTOS**

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

---

**Rio de Janeiro, 07 de Novembro de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190616502**

**Vítima: MARCELO DA SILVA SANTOS**

**Data do Acidente: 02/09/2018**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: CARLOS ANTONIO MANGABEIRA FERREIRA**

**Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE**

**Senhor(a), MARCELO DA SILVA SANTOS**

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

---

**Rio de Janeiro, 19 de Novembro de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190616502**

**Vítima: MARCELO DA SILVA SANTOS**

**Data do Acidente: 02/09/2018**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: CARLOS ANTONIO MANGABEIRA FERREIRA**

**Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO**

**Senhor(a), MARCELO DA SILVA SANTOS**

Comunicamos que o banco indicado para recebimento do Seguro DPVAT rejeitou o depósito por problemas nos dados informados e, com isso, não foi possível concluir o seu pagamento.

Para nova tentativa de depósito, será necessário o envio de novo formulário de Autorização de Pagamento com os dados bancários atualizados e devidamente assinado.

O formulário está disponível no nosso site e deverá ser entregue na CIA EXCELSIOR DE SEGUROS, ponto de atendimento onde o pedido do Seguro DPVAT foi feito.

O prazo de 30 (trinta) dias para pagamento do Seguro PVAT foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber o documento solicitado. Caso não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



---

**Rio de Janeiro, 06 de Janeiro de 2020**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190616502**

**Vítima: MARCELO DA SILVA SANTOS**

**Data do Acidente: 02/09/2018**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: CARLOS ANTONIO MANGABEIRA FERREIRA**

**Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO**

**Senhor(a), MARCELO DA SILVA SANTOS**

Comunicamos que o banco indicado para recebimento do Seguro DPVAT rejeitou o depósito por problemas nos dados informados e, com isso, não foi possível concluir o seu pagamento.

Para nova tentativa de depósito, será necessário o envio de novo formulário de Autorização de Pagamento com os dados bancários atualizados e devidamente assinado.

O formulário está disponível no nosso site e deverá ser entregue na CIA EXCELSIOR DE SEGUROS, ponto de atendimento onde o pedido do Seguro DPVAT foi feito.

O prazo de 30 (trinta) dias para pagamento do Seguro PVAT foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber o documento solicitado. Caso não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 29 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190616502

Vítima: MARCELO DA SILVA SANTOS

Data do Acidente: 02/09/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: CARLOS ANTONIO MANGABEIRA FERREIRA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), MARCELO DA SILVA SANTOS

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\$ 4.725,00

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

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 70%) 35,00%

Valor a indenizar: 35,00% x 13.500,00 = R\$ 4.725,00

Recebedor: MARCELO DA SILVA SANTOS

Valor: R\$ 4.725,00

Banco: 033

Agência: 000004039

Conta: 000001051857-5

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](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



---

**Rio de Janeiro, 18 de Fevereiro de 2020**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190616502**

**Vítima: MARCELO DA SILVA SANTOS**

**Data do Acidente: 02/09/2018**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: CARLOS ANTONIO MANGABEIRA FERREIRA**

**Assunto: REANÁLISE DO PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), MARCELO DA SILVA SANTOS**

Após revisão da Análise Médica Documental ou perícia em 17/02/2020, verificou-se que a lesão permanente apresentada já foi adequadamente indenizada, nos termos da Lei nº 6.194, de 1974, não tendo sido identificado agravamento da invalidez permanente da vítima, ou nova lesão permanente decorrente do mesmo acidente de trânsito.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para você



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 119.530.524-95 4 - Nome completo da vítima: MARCELO DA SILVA SANTOS

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

5 - Nome completo: MARCELO DA SILVA SANTOS 119.530.524-95  
7 - Profissão: RECUSO 8 - Endereço: SÍTIO SABUGI 9 - Número: 366 10 - Complemento:  
11 - Bairro: NOROESTE 12 - Cidade: PARLISA 13 - Estado: PE 14 - CEP: 53.401-450  
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD) (81) 8176 4047

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  
☐ SEM RENDA

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

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

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☐ 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: 0944 CONTA: 60064 9  
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_  
(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/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, 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 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 às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

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: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vairascor)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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

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

37 - (\*) 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, Recife 30 de Outubro de 2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) Marcelo da Silva Santos

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



of 2

09/10/2019 15:43



**GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 028ª CIRCUNSCRIÇÃO - PAULISTA -  
DP28ªCIRC DIM/8ªDESEC**

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E0118009696**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **09/10/2019** às **16:21**

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)**  
que aconteceu no dia **2/9/2018** às **00:06**

Fato ocorrido no endereço: **BAIRRO DE MARANGUAPE II, 1, AVENIDA F  
PRÓXIMO AO MERCADO BATISTA** - Bairro: **MARANGUAPE - II -  
PAULISTA/PERNAMBUCO/BRASIL**  
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

**Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:**

DESCONHECIDO (AUTOR \ AGENTE )  
HELIO MARTINS DA SILVA ( OUTRO )  
MARCELO DA SILVA SANTOS ( VITIMA )

**Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:**

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

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

**MARCELO DA SILVA SANTOS (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: MARIA  
APARECIDA DA SILVA Data de Nascimento: 31/5/1995 Naturalidade: NÃO INFORMADO /  
PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 9373804/SDS/PE (RG) Estado Civil: SOLTEIRO(A)  
Escolaridade: 2º. GRAU COMPLETO Profissão: OUTRAS PROFISSOES Telefones Celulares:  
- 983576630**

Endereço Residencial: **TRAVESSA DO SABUGI, 1, 4ª TRAVESSA - NOBRE - CEP: 55000-000  
- Bairro: CENTRO - PAULISTA/PERNAMBUCO/BRASIL**

**HELIO MARTINS DA SILVA (não presente ao plantão) - Sexo:  
Masculino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

**DESCONHECIDO (não presente ao plantão) - Sexo: Desconhecido Naturalidade: NÃO  
INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

**MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): HELIO MARTINS DA SILVA,  
que estava em posse do(a) Sr(a): HELIO MARTINS DA SILVA  
Categoria/Marca/Modelo: MOTOCICLETA/HONDA/XRE300 Objeto apreendido: NÃO  
Cor: PRETA - Quantidade: 1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**



Boletim de Ocorrência

file:///C:/Users/inv/.infopol/xml/BOEPreview.html

Placa: **PGR0084** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)  
Ano Fabricação/Modelo: **2013/2014**

**Complemento / Observação**

RELATA QUE PILOTAVA A MOTOCICLETA RETRO CITADA, QUANDO AO FAZER UMA MANOBRA PERDEU O CONTROLE E COLIDIU NUM VEICULO NÃO IDENTIFICADO QUE ESTAVA PARADO. A VITIMA FOI SOCORRIDA PELA SAMU PARA O HOSPITAL MIGUEL ARRAES, ONDE FICOU INTERNADO E POSTERIORMENTE PARA O HR. PELO EXPOSTO PEDE PROVIDÊNCIAS.

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

*Marcelo da Silva Santos*  
**MARCELO DA SILVA SANTOS**  
**(VITIMA)**

B.O. registrado por: **ANTONIO JOSE FERREIRA DA SILVA** - Matrícula: **3810658**

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 119.530.524-95 4 - Nome completo da vítima: MARCELO DA SILVA SANTOS

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

5 - Nome completo: MARCELO DA SILVA SANTOS 119.530.524-95  
7 - Profissão: RECUSO 8 - Endereço: SÍTIO SABUGI 9 - Número: 366 10 - Complemento:  
11 - Bairro: NORUE 12 - Cidade: PARLISA 13 - Estado: PE 14 - CEP: 53.401-450  
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD) (81) 8176 4047

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

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☐ 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)

AGÊNCIA: 0944 CONTA: 60064 9

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: CONTA:

(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/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, 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 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 às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

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: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vairascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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

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

37 - (\*) 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,

Recife 30 de Outubro de 2019  
MARCELO DA SILVA SANTOS

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

# 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: 23/01/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 4.725,00

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MARCELO DA SILVA SANTOS

BANCO: 033

AGÊNCIA: 04039

CONTA: 000001051857-5


---

Nr. da Autenticação 77815568FAE25DE0

## DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO

DA Nº 06.06.2019.  
EM: 04.06.2019.

Atendendo ao requerimento do Sr., **MARCELO DA SILVA SANTOS**, **RG Nº 9.373.804 - SDS - PE, CPF Nº 119.530.524-95**, declaramos que baseado na ficha de **Ocorrência Nº S - 521293** do dia **02 de setembro de 2018**, foi atendido pelo nosso Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU Paulista, por volta das 00hs e 06min, vítima de colisão envolvendo motocicleta x automóvel, na Av. F, S/N, Maranguape II - Paulista, nas proximidades do mercado Batista, sendo em seguida removido para o hospital Miguel Arraes.



**Carlos Augusto Sampaio**  
Coordenador  
SAMU-Paulista





Tarifa Social de Energia Elétrica: Criada pela Lei 10.438, de 26/04/02  
NOTA FISCAL - FATURA - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA  
Companhia Energética de Pernambuco  
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife, Pernambuco - CEP 50050-902  
CNPJ 10.835.932/0001-08 | Insc. Est. 0000943-03 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE  
ISRAEL JOSE DOS SANTOS  
PROC MD84097 061907033

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA  
RUA SABUJI 23 CASA

CPF 857 835 664-08

NOBRE/PAULISTA  
PAULISTA PE  
53401-450

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL  
RESIDENCIAL  
Monofásico

Nº DA NOTA FISCAL	SÉRIE	EMIÇÃO
000678447	ÚNICA	07/04/2017
APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA INSTALAÇÃO
07040017	200769456	2267772

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO
4009508068	7
DATA DE VENCIMENTO	DATA PREVISTA PRÓXIMA LEITURA
17/04/2017	09/
TOTAL A PAGAR (R\$)	135,87

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo (Wh)	199,000000	0,58388717	116,1
Acrescimo Bandeira AMARELA			4,10
Acrescimo Bandeira VERMELHA			2,04
Contribuição Iluminação Pública			12,94
ICMS Subvenção-CDE-NF 000871072-1001/17			0,24
ICMS Subvenção-CDE-NF 000868120-0602/17			0,56
<b>TOTAL DA FATURA</b>			<b>135,87</b>

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	DATA ANTERIOR	LEITURA ANTERIOR	DATA ATUAL	LEITURA ATUAL	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (KWH)
91030691	CAT	10-03-2017	684,00	27-04-2017	689,00	28	1,0000		199,00

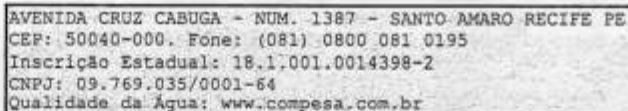
DETALHAMENTO DO CONSUMO		TAXAS DE APROVAÇÃO		COMPOSIÇÃO DO CONSUMO	
Mês/Ano	VALOR	TAXA DE APROVAÇÃO	VALOR	Descrição	VALOR
04/17	199,00	ICMS	1,10	Consumo de Energia	116,10
05/17	199,00	PIS	0,24	Acrescimo Bandeira	4,10
06/17	199,00	COPINS	0,56	Acrescimo Bandeira	2,04
07/17	199,00			Contribuição Iluminação Pública	12,94
08/17	199,00			ICMS Subvenção	0,24
09/17	199,00			ICMS Subvenção	0,56
10/17	199,00			<b>Total</b>	<b>135,87</b>

INFORMAÇÕES IMPORTANTES  
A tarifa de energia elétrica é composta por: energia elétrica, encargos de distribuição, encargos de transmissão, encargos de geração, encargos de comercialização, encargos de distribuição de energia elétrica, encargos de transmissão de energia elétrica, encargos de geração de energia elétrica, encargos de comercialização de energia elétrica.

QUANTIDADE	VALOR	LIMITE	LIMITE	LIMITE
CONSUMO	199,00	MINIMO	TEORÉTICO	ANUAL
199,00	199,00	199,00	199,00	199,00

QUANTIDADE	VALOR	LIMITE	LIMITE	LIMITE
CONSUMO	199,00	MINIMO	TEORÉTICO	ANUAL
199,00	199,00	199,00	199,00	199,00

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	DATA DE VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR (R\$)
4009508068	04/2017	17/04/2017	135,87
8384000001-4 358700 1004-7 00950906810-7 07047825543-9			



Escritório: OLINDA

THE JOURNAL OF THE

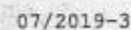
07/2019-3

OBSERVAÇÕES: (1) COLIFORMES TOTAIS AUSÊNCIA EM 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.

AGUA				
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	2 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	2 M3	9,48
MULTA P/IMPONTUALIDADE	06/2019			1,72
DOACAO AO HOSPITAL DE CANCER	07/2019			1,00

TOTAL A PAGAR	104,28
---------------	--------

Emitted on: 30/07/2019



TOTAL & PACMS	104,28
---------------	--------

VIA COMPESA

82880000001-4 04280018096-3 01621722001-7 07201930003-1





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

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou entre em contato através de um dos números abaixo:

**Central de Atendimento** (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 0800-1596 / 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 021 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/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. <sup>2</sup> 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 Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Carlos Alônio Mangabeira Feneries  
inscrito (a) no CPF/CNPJ 012.891.554/5, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

MARCELO DA SILVA SANTOS inscrito (a) no CPF sob o Nº 119.530.524/95,

do sinistro de DPVAT cobertura INURUBAS da Vítima MARCELO DA SILVA SANTOS

inscrito (a) no CPF sob o Nº 119.530.524/95, 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. Tiradentes</u>	Número: <u>366</u>	Complemento: _____
Bairro: <u>Rio Doce</u>	Cidade: <u>OLIMIA</u>	Estado: <u>PE</u>
E-mail: _____		CEP: <u>53.080.490</u>
		Tel.(DDD): _____

Local e Data: OLIMIA 27.10.19



Assinatura do Declarante

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 119.530.524.95 3 - CPF da vítima: 119.530.524.95 4 - Nome completo da vítima: MARCELO DA SILVA SANTOS

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

5 - Nome completo: MARCELO DA SILVA SANTOS 6 - CPF: 119.530.524.95

7 - Profissão: RECUSO 8 - Endereço: SABUSI 9 - Número: 23 10 - Complemento:

11 - Bairro: RUA SABUSI 12 - Cidade: PAULISTA 13 - Estado: SP 14 - CEP: 53.401.460

15 - E-mail: 16 - Tel (DDD): (81) 81764047

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

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

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

☐ Bradesco (37) ☐ Itaú (341)  
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: SANTANDER 1033

AGÊNCIA: 4039 CONTA: 01051857(5)  
(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/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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

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

- 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.

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ 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: Falecidos: 30 - Vítima deixou irmão(s)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª | Nome: CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Marcelo da S. Santos

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASI: 119.530.524-95 3 - CPF da vítima: 119.530.524-95 4 - Nome completo da vítima: MARCELO DA SILVA SANTOS

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

5 - Nome completo: MARCELO DA SILVA SANTOS 6 - CPF: 119.530.524-95

7 - Profissão: RECUSO 8 - Endereço: RUA DO SANGUI 9 - Número: 23 10 - Complemento:

11 - Bairro: CENTRO 12 - Cidade: PAULISTA 13 - Estado: PE 14 - CEP: 53.401-450

15 - E-mail: 16 - Tel (DDD): (81) 8116 4047

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\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ 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)

AGÊNCIA:   CONTA:    
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: SANTANDER

AGÊNCIA: 4039   CONTA: 00001051857    
(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/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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

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

- 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.

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no CIV) ☐ Divorçado ☐ 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: Falecidos: 30 - Vítima deixou resíduo (ou resíduo)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Paulista 10.01.20

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (da vítima)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



Santander

Data 10/01/2020 Hora 10:47 Local 4039 PAULISTA

EXTRATO DE CONTA - CONSOLIDADO

Conta 0033 4039 000010518575

MARCELO DA SILVA SANTOS

Data início

Data fim

Produto 22 CONTA CORRENTE

Subproduto 8949 SANTANDER MASTER

Saldo anterior -60,56

Dt. contábil	Hist. Descrição	Nº doc.	Valor D-C	Saldo
09/02/2018	2002 ADIANTAMENTO DE SALARIO HUMANUS - 11853137000105	010209	150,00 C	89,44
09/02/2018	0021 LÍQUIDO DE VENCIMENTO HUMANUS - 11853137000105	010209	846,00 C	935,44
09/02/2018	0204 SAQUE TERMINAL	004039	-930,00 D	5,44
01/03/2018	0036 IOF IMPOSTO OPERACOES FINANCEIRAS PERIODO: 01/02 A 28/02/18		-0,03 D	5,41
03/01/2020	0001 DEP DINHEIRO CAIXA	155439	20,00 C	25,41



# Laudo para solicitação de autorização de internação

## IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

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

## IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome do Paciente	MARCELO DA SILVA SANTOS			6 - Nº Prontuário	118047
7 - Cartão Nacional do SUS	8 - Data de Nascimento	9 - Sexo	10 - Raça/Cor	10.1 - Etnia	
706806202561420	31/05/1995	<input checked="" type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino	03 - Parda	0000 - Não Se Aplica	
11 - Nome da Mãe	MARIA APARECIDA DA SILVA			12 - Telefone de Contato	8198989725
Nome Responsável	MARIA APARECIDA			14 - Telefone de Contato	986763398
15 - Endereço (Rua, Nº, Bairro)	TRAVESSA SABUGI, 11 - NOBRE				
16 - Município	17 - IBGE	18 - UF	19 - CEP		
CAULISTA	261070	PE	53401457		

## LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Principais Sinais e Sintomas Clínicos

ENTE VITIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO HA 1 SEMANA RESULTANDO EM FRATURA DE FEMUR ESQUERDA JA OPERADA E FRATURA DE 3 A 5

TARSO ESQUERDO COLOCADO FIO K. FOI ENCAMINHADO AO HR NO DIA 05/09 PARA AVALIAÇÃO DA NEUROCIRURGIA POR CONTA DE ALTERAÇÕES NA

E CRANIO. RETORNA HOJE. REFERE DOR EM PÉ ESQUERDO. APRESENTA SINAIS FLOGÍSTICOS. FIOS K MAL POSICIONADOS AO RX CONTROLE

21 - Condições que justificam a internação

AS ACIMA

22 - Principais Resultados de Provas Diagnósticas

NOME CLÍNICO E RADIOLOGICO

23 - Diagnóstico inicial / Código

FRATURA DE OSSOS DO METATARSO

24 - CID 10 Principal

S923

25 - CID 10 Secundário

W199

26 - CID 10 Causas Associadas

04.15.01.6

## PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - Descrição do Procedimento Solicitado

PROCEDIMENTOS SEQUENCIAIS EM ORTOPEDIA

28 - Código do Procedimento

0415020069

29 - Especialidade

CIRÚRGICA

30 - Caráter de Atendimento

2

31 - Documento

(X) CNS ( ) CPF

32 - Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Solicitante/Assistente

980016000814998

33 - Nome do Profissional Solicitante/Assistente

FAGNER FONSECA DE ATHAYDE

34 - Data da Solicitação

12/09/2018

35 - Assinatura e Carimbo (Nº de Registro no Conselho)

Dr. Samuel Moura

16863

## PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - ( ) Acidente de Trânsito	39 - CNPJ Seguradora	40 - Nº Bilhete	41 - Série
37 - ( ) Acid. Trabalho Típico	42 - CNPJ / Empresa	43 - CNAE / Empresa	44 - CBOR
38 - ( ) Acid. Trabalho Trajeto			

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		
Data da Autorização	51 - Assinatura e Carimbo (Nº Registro do Conselho)	

AIH  
261810163903-2

Código do Laudo: 444213

Dr. Fagner Athayde  
Médico Ortopedista  
CRM 16863 - TEOT 125515



# FICHA DE INTERNAÇÃO

Cód. Atendimento: 444435

Rua Estrada da Fazendinha, S/N  
Jaguaribe - Paulista - PE  
CEP : 53.400 - 000

Usuário: ELISAMASP

## DADOS DO PACIENTE

Paciente: **MARCELO DA SILVA SANTOS**  
Idade: 23a 3m 14d      Sexo: M      Estado Civil: SOLTEIRO  
Profissão :      Escolaridade :      Telefone: 986763398  
R.G.: 9373804      C.P.F.:      CEP 53401457  
Endereço: 4 TRAVESSA SABUGI      - PAULISTA      - PE  
**Dados da Internação**  
Data e Hora da Internação: 13/09/2018 09:26  
Plano: GERAL  
Origem: URGENCIA/EMERGENCIA  
Convênio: SUS - INTERNACAO  
Unidade Internação: VERDE 2 ORTOPEDIA      Acomodação: ENFERMARIA DE OBSERVACA      Leito: VERD2-07  
Médico Internação: FAGNER FONSECA DE ATHAYDE

## DADOS DO RESPONSÁVEL

Nome:      R.G.:      C.P.F.: 20.09.11  
Endereço:      Número:      Estado civil :  
Telefone:      Cidade:

## DADOS DA LIBERAÇÃO DO PACIENTE

Data da Alta: 18/09/18      Hora da Alta: 17:30  
Motivo: ☒ Melhorado      ☐ A Pedido      ☐ Transferência      ☐ Óbito      ☐ Evasão  
Condições de Alta: Boas condições clínicas  
Diagnóstico Principal.....: Fx 3.4 e 5.0 MTR  
Diagnóstico Secundário01.:  
Diagnóstico Secundário02.:  
Procedimento.....: RFI com fio K 3.5 + Tendo 2

REVISADO  
CIH-HM

Filipe Guedes  
Ortopedia / Traumatologia  
CRM: 20033  
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 fizerem necessários para o diagnóstico, tratamento, cura e o bem estar do paciente.

Em \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Assinatura e RG do paciente ou pessoa responsável



DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 444213      Prontuário: 118047      SAME: 105071  
Paciente..... : MARCELO DA SILVA SANTOS  
Endereço..... : 4 TRAVESSA SABUGI  
Bairro..... : NOBRE  
Cidade..... : PAULISTA  
Convênio..... : SUS - EXTERNO / URGENCIA  
CID Principal..... : -  
CID's Secundários. :  
Resultado..... : ENCAMINHADO AO SETOR DE INTERNACAO  
Data Saída..... : 12/09/2018

Hora Atend: 22:10      Data Atend: 11/09/2018  
Idade: 23 a

UF.: PE      CEP: 53401457  
Plano.: PLANO UNICO

Hora Saída : 22:09

Prestador da Evolução Médica:

FAGNER FONSECA DE ATHAYDE

FAGNER FONSECA DE ATHAYDE / 16863  
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAES DE ALENCAR

# HOSPITAL METROP. NORTE MIGUEL ARRAES

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICACAO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 11/09/2018 22:08



Nome Paciente: MARCELO DA SILVA SANTOS  
Cód. Paciente: 118047  
Data de Nascimento: 31/05/1995  
Sexo: Masculino  
Idade: 23  
Senha: 0034  
Convênio: 2 - SUS - EXTERNO / URGENCIA  
Atendimento: 444213  
SAME: 105071

Período: 11/09/2018 22:15 - 11/09/2018 22:15  
RUBIANNE LIMA DE SOUZA - COREN: 12132 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

Prioridade:

NAO URGENTE - VERDE

Cor:

VERDE

Queixa Principal:

PACIENTE TRAZIDO DO HR, JÁ É PACIENTE DO SERVIÇO, CONSCIENTE, ORIENTADO.  
EMPÓS OP DE FRATURA DE FEMUR + PÉ.

Observação:

AVALIAÇÃO DA ORTOPEDIA

Fluxograma sintoma:

REVISÃO ORTOPEDIA

discriminador(es):

- REVISÃO DE ORTOPEDIA

especialidade:

ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Sinais Vitais Lidos:

- SACR - ESCALA DE GLASGOW: 15

REVISADO  
NEPI HMA

HMA - Hospital Metrop. Norte Miguel Arraes  
Lesão de Pórt  
Local Sim ☒ Não ☐  
RUBIANNE LIMA DE SOUZA  
11/09/2018 22:15

Acolhido(a) por: RUBIANNE LIMA DE SOUZA - COREN: 12132 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 11/09/2018 22:15



HOSPITAL  
MIGUEL ARRAES

HOSPITAL MIGUEL ARRAES

GERAL  
IMIP  
HOSPITALAR

Atendimento: 444213

Data e Hora: 11/09/2018 22:10

Senha da Classificação:

0034

Paciente: 118047 MARCELO DA SILVA SANTOS

Sexo: MASCULINO

Nome Social:

Data do Nascimento: 31/05/1995 Idade: 23 anos

Convenio: 2

SUS - EXTERNO / URGENCIA

Nome da Mãe: MARIA APARECIDA DA SILVA

Nome do Pai:

CRM: 12346

Estado Civil: SOLTEIRO

Nome do Médico: PLANTONISTA ORTOPEDIA

11

Bairro: NOBRE

Endereço: 4 TRAVESSA SABUGI

PE

Usuário Atendimento: MAYARAAM

Cidade/UF: PAULISTA

Informações Associadas a Pacientes Estrangeiros / Visitantes

Data Entrada Brasil:

Nacionalidade: BRASILEIRA

Nr Documento Estrangeiro:

Observação:

### RESUMO DE TRATAMENTO

Hora: 22:15L

Peso: \_\_\_\_\_ Altura: \_\_\_\_\_ Temperatura: \_\_\_\_\_

Queixa Principal

*Doente notou dor no braço direito + vermelhidão + inchaço no antebraço direito + dor no ombro direito.*

Exame Físico

*Doente não sabe informar o real motivo da dor. Aparelho ortopédico no antebraço direito.*

Hipótese Diagnóstico

*Infecção no antebraço direito.*

Prescrição Médica

*Requer monitorização (avaliação clínica) no antebraço direito não tem real foto!*

Matheus Passos Maia Coelho  
Residente  
Ortopedia / Traumatologia  
CRM/PE 24.335

Assinatura e Carimbo/Médico

Destino: ( ) Encaminhado ao Ambulatorio ( ) Residência

Senha: \_\_\_\_\_

( ) Transferido: Para \_\_\_\_\_

( ) Encaminhado ao setor de internação



## EVOLUÇÃO CLÍNICA

NOME: MARCELO DA SILVA SANTOS REG: 118047

CLÍNICA: \_\_\_\_\_ ENFERMAGEM: \_\_\_\_\_ LEITO: \_\_\_\_\_

DATA/HORA	
<b>12/9/2018</b>	<b># SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA</b>
	<b># ADMISSÃO</b>
	PACIENTE SEXO MASCULINO 23 ANOS REFERE ACIDENTE
	MOTO HÁ 1 SEMANA RESULTANDO EM FX DE FEMUR E JÁ
	TRATADA E FRATURA DO 3-5 METATARSOS ESQ. TRATADO
	COM FOI K. EVOLUIU COM ALTERAÇÃO DO NÍVEL DE CONSC
	CIÊNCIA NO DIA 05/09 FOI ENCAMINHADO AO HR PARA
	AValiação DA NEUROCIRURGIA . RETORNA HOJE COM
	RELATO DE DOR EDEMA EM PE ESQUERDO
	NEGA ALERGIAS E COMORBIDADES
	AO EXAME : BEG ORIENTADO CONSCIENTE EUPNEICO
	AFEBRIL CORADO HIDRATADO NORMOTENSO
	MIE: EDEMA E SINAIS FLOGÍSTICOS EM PÉ ESQUERDO
	FO DA COXA SEM ALTERAÇÕES
	HD: POI DE TTO CIRURGICO DE FX DE FEMUR ESQUERDO
	POI DE TTO CIRURGICO DE FX DE 3 A 5 MTT ESQUERDO
	COM FIO K
	INFECÇÃO DE FO?
	CD: INTERNAÇÃO
	SOLICITO EXAMES LABORATORIAIS
	INICIO ATB
	PROGRAMO PROCEDIMENTO
13-09-10	Dr. Samuel M. A. <i>Ortopedia e Traumatologia</i>
06:50	<i>Dr. AS</i>

*Paciente evolui estando se  
despertando no momento. Bebe água  
conscientemente. Hidratado e eufórico  
normotenso.  
MIE - SINAIS FLOGÍSTICOS EM PE  
CD: AB. Cirurgião*

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

Página.: 0001

Data.....: 17/09/2018

Hora.....: 15:53

**Ficha de Cirurgia Descritiva**

Aviso de Cirurgia : 51907

Paciente : 118047

Convênio Atend. : 1

Leito : 560

Dt. Início : 17/09/2018 13:56

Cid Pré-Operatório : S923

Cid Pós-Operatório : S923

Sala : 0002

SALA 02

MARCELO DA SILVA SANTOS

SUS - INTERNACAO

VERD2-07

Dt. Fim : 17/09/2018 15:52

FRATURA DE OSSOS DO METATARSO

FRATURA DE OSSOS DO METATARSO

Atendimento : 444435

Carteira :

Idade : 23 Anos 17 Dias 16 Horas

**Procedimentos**

Procedimento: 0408050691

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LUXAÇÃO / FRATURA-LUXAÇÃO METATARSO-FALANGIANA / INTER-FALANGIANA (PRINCIPAL)

Convênio: 001

Anestesia: 05

SUS - INTERNACAO

RAQUI ANESTESIA

**Equipe Médica**

CIRURGIAO

15570 ROMERO MONTENEGRO NERY

**Descrição****Descrição Cirúrgica :**DIAGNÓSTICO: FRATURA DE 3º E 5º MTTE + LESÃO TENDÕES EXTENSORES DE 4º E 5º MTTE  
INTERVENÇÃO: RAFI COM FIO K 2.0+ TENODESE DO 4º/5º EXTENSOR + SUTURA

OPERADOR: DR ROMERO NERY

1º AUXILIAR: DRA MARILIA LIMA

2º AUXILIAR: DR FILIPE GUEDES

ANESTESISTA: DRA MAIRA

ANESTESIA: RAQUIANESTESIA

1. PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL SOB RAQUIANESTESIA
2. ASSEPSIA + ANTISSEPISIA
3. APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS
4. ABORDAGEM DO FOCO DE FERIDA EM REGIÃO DORSO-LATERAL DO PÉ ESQUERDO. OBSERVADO PERDA DE SUBSTANC. E LESÃO DE TENDÕES EXTENSORES DO 4º/5º PODODÁCTILOS. FRATURA 3º E 5º METATARSOS
5. LAVAGEM COM SF 0,9% 2.000 ML
6. REALIZADA REDUÇÃO ABERTA E FIXAÇÃO INTERNA COM FIO K EM 3º E 5º MTTE; E REALIZADA TENODESE DO 4º/5º EXTENSORES COM 3º EXTENSOR.
7. SUTURA DE PELE COM NYLON 3-0
8. CURATIVO
9. OBSERVADO BOA PERFUSÃO DISTAL

**Achados Cirúrgicos:****Descrição Complementar**FATURADO  
20/09/18  
CLAUDEVAN SOUSA  
FATURISTADR(A) : ROMERO MONTENEGRO NERY  
CRM : 15570

## RESUMO DE ALTA HOSPITALAR/ESCLARECIMENTO

NOME: MARCELO DA SILVA SANTOS REG: 118047

IDADE: 23 anos SEXO: M DATA DA ADMISSÃO 12/9/2018 DATA DA ALTA 18/09/18

DIAGNÓSTICO: Fratura (U 3º 4º e 5º Metacarpo Esquerdo. Exposto)  
Lesão Tendão Retinaculo 6º e 5º

### TRATAMENTO REALIZADO:

#### CIRURGIAS:

Redução Aberta e Fixação interna com Fio K + Placa

### ORIENTAÇÃO:

→ TROCA DIÁRIA DE CURATIVOS CONFORME ORIENTADO

→ USAR MEDICAÇÃO PRESCRITA

→ AGENDAR RETORNO AO AMBULATÓRIO DE Dr. Romário Nery (1 semana)

→ PISAR COM MEMBRO OPERADO: SIM ( ) NÃO ☒ NÃO SE APLICA ( )

→ Cipropofloxacina 500mg 12/12 horas por 14 dias

→ Clindamicina 300mg 12/12 horas por 14 dias

### PROGRAMA APÓS ALTA:

AMBULATÓRIO DE EGRESSO SIM ☒ NÃO ( )

DATA DA CONSULTA AMBULATORIAL:    /    /   

Filipe Guedes  
Ortopedia / Traumatologia  
CRM: 15528

Dr. Ricardo Telim

ASSINATURA DO MÉDICO, CARIMBO E CRM



Atendimento: 444435

Dt Atendimento: 13/09/2018 - 09:26

Dt Alta: 18/09/2018 - 10:00

Paciente: 118047 MARCELO DA SILVA SANTOS

Serviço: 15 ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Convênio: 1 SUS - INTERNACAO

Leito: 560 VERD2-07

Plano: 1 GERAL

Motivo Alta: 1 ALTA MELHORADA

Usuário: ALYNEMA

CID:

Procedimento de Alta 0301060070 - DIAGNOSTICO E/OU ATENDIMENTO DE URGENCIA EM CLINICA CIRURGICA

Observação de Alta

ALYNE DE MOURA AZEVEDO

Esta conta foi paga com recursos públicos provenientes de seus impostos e contribuições sociais

HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAES DE ALENCAR



# Laudo para solicitação de autorização de internação

## IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

1 - ESTABELECIMENTO SOLICITANTE	HOSPITAL MIGUEL ARRAES	2 - CNES	6431569
3 - ESTABELECIMENTO EXECUTANTE	HOSPITAL MIGUEL ARRAES	4 - CNES	6431569

## IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - Nome do Paciente	MARCELO DA SILVA SANTOS			6 - Nº Prontuário	118047
7 - Cartão Nacional do SUS	8 - Data de Nascimento	9 - Sexo	10 - RaçaCor	10.1 - Etnia	
06806202561420	31/05/1995	Masculino <input checked="" type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/>	03 - Parda	0000 - Não Se Aplica	
11 - Nome da Mãe	MARIA APARECIDA DA SILVA			12 - Telefone de Contato	8198989725
13 - Nome Responsável	ELIO			14 - Telefone de Contato	
15 - Endereço (Rua, Nº, Bairro)	RUA CINQUENTA E SETE, 54 - MARANGUAPE II				
16 - Município	17 - IBGE	18 - UF	19 - CEP		
BRASILIA	261070	PE	53421291		

## LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais Sinais e Sintomas Clínicos  
PACIENTE VITMA DE TRAUMA MOTO-CARRO HA APROXIMADAMENTE 3 HORAS APRESENTA-SE AGITADO E REFERINDO DOR EM MIE (COXA, PERNA E PE), COM DEFORMIDADE EM COXA ESQUERDA E FERIMENTO EXTENSO EM FACE ANTERIOR E PERNA ESQUERDA E FACE DORSAL DE PERNA ESQUERDA. NEGA ALERGIAS. ACOMPANHANTE REFERE QUE O MESMO É PORTADOR DE ESQUIZOFRENIA.

21 - Condições que justificam a Internação  
NECESSIDADE DE TRATAMENTO CIRÚRGICO.

22 - Principais Resultados de Provas Diagnósticas  
ANAMNESE + EXAME FÍSICO + RADIOGRAFIA

23 - Diagnóstico Inicial / Código  
FRATURA DA DIAFISE DO FEMUR ESQUERDO + FX EXPSOTA DE 3º, 4º E 5º META ESQ. + FERIMENTO EXT. PERNA E.

24 - CID 10 Principal  
S723

25 - CID 10 Secundário  
V870  
V23.9

26 - CID 10 Causas Associadas  
581.7/592.31-2  
04.15.03.C01-3

## PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - Descrição do Procedimento Solicitado  
REDUCAO INCRUENTA DE FRATURA DIAFISARIA / LESAO FISARIA PROXIMAL DO FEMUR

28 - Código do Procedimento  
0408050233

30 - Carater de Atendimento  
2

31 - Documento  
(X) CNS ( ) CPF

32 - Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Solicitante/Assistente  
702609741329143

33 - Nome do Profissional Solicitante/Assistente  
IAN BUSTORFF FREIRE

34 - Data da Solicitação  
02/09/2018

35 - Assinatura e Carimbo (Nº de Registro no Conselho)  
26559

## PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - ( ) Acidente de Trânsito  
37 - ( ) Acid. Trabalho Típico  
38 - ( ) Acid. Trabalho Trajeto

39 - CNPJ Seguradora

40 - Nº Bihete

41 - Série

42 - CNPJ / Empresa

43 - CNAE / Empresa

44 - CBOR

45 - Vínculo com a Previdência  
( ) Empregado ( ) Empregador ( ) Autônomo ( ) Desempregado ( ) Aposentado ( ) Não Segurado

## AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador

47 - Cód. Órgão Emissor  
E260000001

48 - Documento  
( ) CNS ( ) CPF

49 - Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Autorizador

50 - Data da Autorização

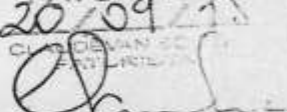
51 - Assinatura e Carimbo (Nº de Registro no Conselho)  
26559

52 - Nº da Autorização de Internação  
AIH  
261810163892-2  
AIH  
261810163893-3

**DADOS DO PACIENTE**

Paciente: **MARCELO DA SILVA SANTOS** Prontuário: 118047  
Idade: 23a 3m 3d Sexo: M Estado Civil: SOLTEIRO Data de Nascimento: 31/05/1995  
Profissão: Escolaridade: Telefone: CEP 53421291  
R.G.: 9373804 C.P.F.: ,54 - MARANGUAPÉ II - PAULISTA - PE  
Endereço: RUA CINQUENTA E SETE  
**Dados da Internação**  
Origem: URGENCIA/EMERGENCIA Data e Hora da Internação: 02/09/2018 03:33  
Convênio: SUS - INTERNACAO Plano: GERAL  
Unidade Internação: VERMELHA - EMERGEI Acomodação: ENFERMARIA DE OBSERVACA Leito: VERMELHO - EXTRA 004  
Médico Internação: PLANTONISTA ORTOPEDIA

**DADOS DO RESPONSÁVEL**

Nome: R.G.: C.P.F.: 20/09/2018  
Endereço: - Numero: Estado civil: 

**DADOS DA LIBERAÇÃO DO PACIENTE**

Data da Alta: 05/05/18 Hora da Alta: :

Motivo: ☐ Melhorado ☐ A Pedido ☒ Transferência ☐ Óbito ☐ Evasão

Condições de Alta:

Diagnóstico Principal.....: 1) Frat. displaced hum @

Diagnóstico Secundário01: 2) Frat. exp. hum @

Diagnóstico Secundário02: 3) Ferimento extenso em punho @

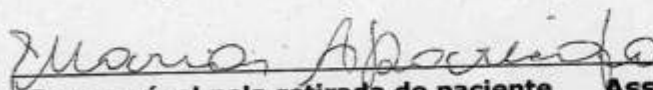
Procedimento.....: 4) RCT

1) CC + DC + PE em punho + no K m 3/5/18

2) RFT PE d HM em punho @

  
Dra. Luciana Moser  
Traumato - Ortopedia  
CRM: 17.171

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 \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Assinatura e RG do paciente ou pessoa responsável

**DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO**

Atendimento..... : 442981      Prontuário: 118047      SAME: 105071      Hora Atend: 01:12      Data Atend: 02/09/2018  
Paciente..... : MARCELO DA SILVA SANTOS      Idade: 23 a  
Endereço..... : RUA CINQUENTA E SETE  
Bairro..... : MARANGUAPE II  
Cidade..... : PAULISTA      UF.: PE      CEP: 53421291  
Convênio..... : SUS - EXTERNO / URGENCIA      Plano...: PLANO UNICO  
CID Principal..... : -  
CID's Secundários. :  
Resultado..... : ENCAMINHADO AO SETOR DE INTERNACAO  
Data Saída..... : 02/09/2018      Hora Saída : 03:31

Prestador da Evolução Médica: IAN BUSTORFF FREIRE

**DIAGNOSTICO**  
ENF RENATA ASSUNCAO

IAN BUSTORFF FREIRE / 26559  
CIRURGIA GERAL





HOSPITAL  
MIGUEL ARRAES

HOSPITAL MIGUEL ARRAES



Atendimento: 442981

Senha da Classificação:

0003

Data e Hora: 02/09/2018 01:12

Paciente: 118047 MARCELO DA SILVA SANTOS

Sexo: MASCULINO

Nome Social:

Data do Nascimento: 31/05/1995 Idade: 23 anos Convenio: 2 SUS - EXTERNO / URGENCIA

Nome da Mãe: MARIA APARECIDA DA SILVA

Nome do Pai:

Estado Civil: SOLTEIRO

Nome do Médico: PLANTONISTA ORTOPEDIA

CRM: 12346

Endereço: RUA CINQUENTA E SETE

54

Bairro: MARANGUAPE II

Cidade/UF: PAULISTA

PE

Usuário Atendimento: ADRIANABP

Informações Associadas a Pacientes Estrangeiros / Visitantes

Data Entrada Brasil:

Nacionalidade: BRASILEIRA

Nr Documento Estrangeiro:

Observação:

RESUMO DE TRATAMENTO

Peso: \_\_\_\_\_ Altura: \_\_\_\_\_ Temperatura: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

Queixa Principal:

ALGUMENTO AGITADO COM SINTOMAS  
DE USO DE DEDOS DE MÃO E PÉ. DOR  
DE AGRESSÃO A TENDÃO DO LADO

Exame Físico:

QUE O MENDOU  
ESCONDENDO EM FORÇA, TOP  
EXATAMENTE EM MENTE. FORTUNA  
BIOLOGIA: INOCENTE  
ECC-15.

Hipótese Diagnóstico

Prescrição Médica

ALGUMENTO AGITADO  
CE e OUTROS

Dr. Enivaldo T. de Mota  
Cir. Geral e Endoscopia Digestiva  
CRM 16445

#SOT#

PAIENTE VITIMA DE TRAUMA MOTO-CARRO AGITADO  
MUS COOPERATIVO MAS PRECISA INFORMAR A BOM  
DE SINTOMAS. REFERE DOR EM PERN E COXA (E)  
REFERE INJURIA DE BOLHA ALICOLA. NAO PRECISA  
REFERE QUE O MEMBRO E PORTADOR DE LESÃO

Destino: ( ) Encaminhado ao Ambulatorio ( ) Residência

( ) Transferido: Para \_\_\_\_\_

Senha: \_\_\_\_\_

( ) Encaminhado ao setor de internação

SOLICITO RX COXA (E) / PERNA (E) JOELHO (E) / T2 (E)

AP1 refu.

Dr. Gustavo Freire  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-PE 26.369

ALGUMENTO AGITADO. MIF: Depressão em coxa  
com depressão com ferimento extenso em  
perna esquerda PERNA (E) RULHO TIBIAL POSTERIOR (+)

# HOSPITAL METROP. NORTE MIGUEL ARRAES

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICACAO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 02/09/2018 01:07

Nome Paciente: MARCELO DA SILVA SANTOS  
Cód. Paciente: 118047  
Data de Nascimento: 31/05/1995  
Sexo: Masculino  
Idade: 23  
Senha: 0003  
Convênio: 2 - SUS - EXTERNO / URGENCIA  
Atendimento: 442981  
SAME: 105071

C6  
Cstep.

Período: 02/09/2018 01:16 - 02/09/2018 01:17

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

Prioridade:

EMERGENCIA VERMELHO

Cor: VERMELHO

Queixa Principal: PACIENTE VITIMA DE COLISÃO MOTO - CARRO HIPOCORADO DESORIENTADO EM AR AMBIENTE C/SIANIS DE FRAT. EXPOSTA EM MIE EM ESCORIAÇÕES EM MSE ABD, E MID

Observação: VINDO C/ SAMU

Fluxograma sintoma: TRAUMA

Eliminador(es): - FERIMENTO COM SANGRAMENTO ATIVO NÃO COMPRESSÍVEL  
- PALIDEZ CUTÂNEA, SUDORESE, PELE FRIA

Especialidade: CIRURGIA GERAL

Sinais Vitais Lidos: - SACR - REGUA DE DOR: 5  
- SACR - ESCALA DE GLASGOW: 15  
- FREQUENCIA CARDIACA: 110.00 BPM  
- FREQUENCIA RESPIRATORIA: 18.00 RPM  
- SATURAÇÃO DE OXIGÊNIO: 95.00 %

REVISADO  
NEPI-HMA

HMA - Hospital Miguel Arraes

Lesão de Pele

Sim ( ) Não ( )

Local MIE / MBE / Jcoelho D

MAURICELIA MARIA ALVES MACIEL  
ENFERMEIRA  
APRUTU URGENCIA/EMERGENCIA  
COREN-PE 266.143

REVISADO  
NEPI-HMA

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

Data Impressão: 02/09/2018 01:17



## EVOLUÇÃO CLÍNICA

NOME: MARCELO DA SILVA SANTOS REG: 118047

CLÍNICA: \_\_\_\_\_ ENFERMAGEM: \_\_\_\_\_ LEITO: \_\_\_\_\_

DATA/HORA	
<b>2/9/2018</b>	<b># SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA</b>
	<b># ADMISSÃO</b>
	<b>PACIENTE VITMA DE TRAUMA MOTO-CARRO HÁ APROXIMADAMENTE 3 HORAS APRESENTA-SE AGITADO E REFERINDO DOR EM MIE (COXA, PERNA E PÉ), COM DEFORMIDADE EM COXA ESQUERDA E FERIMENTO EXTENSO EM FACE ANTERIOR E PERNA ESQUERDA E FACE DORSAL DE PERNA ESQUERDA. NEGA ALERGIAS. ACOMPANHANTE REFERE QUE O MESMO É PORTADOR DE ESQUIZOFRENIA.</b>
	<b>REG, AFEBRIL, EUPNEICO, DESCORADO, DESIDRATADO MIE: DEFORMIDADE EM COXA ESQUERDA + FERIMENTO EXTENSO EM PERNA DIREITA (FACE ANTERIOR) E FERIMENTO EXTENSO EM FACE DORSAL DE PÉ ESQ. PULSO TIBIAL POST. +</b>
	<b>RX EVIDENCIANDO FRATURA DIAFISARIA DE FEMUR ESQUERDO E 3, 4 E 5 MTE</b>
	<b>HD. FRATURA EXPOSTA DE 3, 4 E 5 TEM FRATURA DE DIAFISE DE FEMUR E. FERIMENTO EXTENSO EM FACE ANTERIOR DE PERNA ESQUERDA</b>
	<b>CD. INTERNAMENTO / AO BLOCO / SOLICITADO 2 CH SOLICITO HEMOGRAMA COMPLETO / INR</b>
	<i>Dr. Bastian / Form</i>
	<i>CM 26549</i>

02/09/15

08:00 am

dot (POTOP 0000) Fatura Diária  
Formar Aquando + Fatura Médica  
Tubo-Ativo + Lesão tendão extensor

Paciente evoluindo bem, sem queixas  
no momento:

Adm: EGE apurou dot

U/E: Acabou bem posuando

ed: Aguarda vaga 5º Andar

4 de 20  
perfunção  
CHUVA

05/09/15

14h

#SOT#

#D: In unhas

Paciente exteal, sem queixas  
Rec, LOTE, expreio, apba

Boa relação da fratura aos  
raios X da coxa (E).

CD: Solicito avaliação da  
Nervo do HR devido lesão  
epidural.

Dr. Icaro Mólán de S. Pereira  
Ortopedia e Traumatologia  
CREMEPE 26560

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

Página.: 0001

Data.....: 02/09/2018

Hora.....: 06:15

**Ficha de Cirurgia Descritiva**

Número de Cirurgia : 51619

Sala : 0002

SALA 02

Paciente : 118047

MARCELO DA SILVA SANTOS

Atendimento : 442988

Convênio Atend. : 1

SUS - INTERNACAO

Carteira :

Leito : 253

VERMELHO - EXTRA 004

Idade : 23 Anos 2 Dias 6 Horas

Dt. Início : 02/09/2018 05:07

Dt. Fim : 02/09/2018 05:55

Operatório : S723

FRATURA DA DIAFISE DO FEMUR

Operatório : S723

FRATURA DA DIAFISE DO FEMUR

**Procedimentos**

Procedimento: 0408050519

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIAFISE DO FÊMUR (PRINCIPAL)

Convênio: 001

SUS - INTERNACAO

Anestesia: 05

RAQUI ANESTESIA

**Equipe Médica**

Cirurgião

16339 SORMANE DE CARVALHO BRITTO

**Descrição****Descrição Cirúrgica :**

DIAGNÓSTICO: FRATURA DIAFISÁRIA DO FÊMUR ESQ. + FRATURA EXPOSTA DE 3, 4 E 5ª MTE + FERIMENTO EXTENSO EM PERNA ESQUERDA + LESÃO DE TENDÕES EXTENSORES DE 4ª E 5ª PDE  
CIRURGIA: DC + LC + FIXADOR EXTERNO TUBO A TUBO

CIRURGIÃO: DR. SORMANE

AJÚDIO: DR. AYRON

AJÚDIO DR. IAN

ANESTESISTA: DRA. SIMONE

ANESTESIA: RAQUIANESTESIA

PACIENTE EM DECÚBITO LATERAL SOB ANESTESIA

1. ASSEPSIA E ANTISSEPSE DE MIE;

2. APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS;

2 INCISÕES DE 1 CM EM FACE LATERAL DE COXA ESQUERDA + 2 INCISÕES DE 1CM EM PERNA ESQUERDA FUGINDO DO EIXO DA FRATURA

PASSAGEM DE 2 PINOS DE SHANZEM FEMUR

2 INCISÕES DE 1 CM EM FACE MEDIAL DA PERNA ESQUERDA + 2 INCISÕES DE 1CM EM PERNA ESQUERDA, FUGINDO DO EIXO DA FRATURA

MONTAGEM DE FIXADOR EXTERNO TUBO A TUBO COM REDUÇÃO INCRUENTA E BOA REDUÇÃO SOB FLUOROSCOPIA

LIMPEZA CIRURGICA COM SF 0,9% 7000ML + DESBRIAMENTO CIRURGICO DE TECIDOS DESVITALIZADOS

VISUALIZADA LESÃO DE TENDÕES EXTENSORES DE 4ª E 5ª PDE

PASSAGEM DE 2 FIOS K 1,5MM APÓS REDUÇÃO CRUENTA

SUTURA DE LESÃO EM DORSO DE PÉ ESQUERDO E PERNA ESQUERDA COM NYLON 3-0

BOA PERFUSÃO DISTAL

Assinatura Cirúrgica:

Jan Bastian Freire  
Ortopedia - Traumatologia  
CRM-PE 26.568

Descrição Complementar

20/09/18  
CLAUDIA SOUSA  
FISIOTERAPISTA

DR(A) : SORMANE DE CARVALHO BRITTO  
CRM : 16339



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

Página.: 0001

Data.....: 02/09/2018

Hora.....: 06:20

**Ficha de Cirurgia Descritiva**

de Cirurgia : 51619	Sala : 0002	SALA 02	Atendimento : 442988
Paciente : 118047	MARCELO DA SILVA SANTOS		Carteira :
Unidade Atend. : 1	SUS - INTERNACAO		Idade : 23 Anos 2 Dias 6 Horas
Leito : 253	VERMELHO - EXTRA 004		
Dt. Início : 02/09/2018 05:07	Dt. Fim : 02/09/2018 05:55		
Pre-Operatório : S723	FRATURA DA DIAFISE DO FEMUR		
Pós-Operatório : S723	FRATURA DA DIAFISE DO FEMUR		

**Procedimentos**

Procedimento: 0408050519	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIÁFISE DO FÊMUR (PRINCIPAL)
Convênio: 001	SUS - INTERNACAO
Anestesia: 05	RAQUI ANESTESIA

**Equipe Médica**

URGIAO	16339 SORMANE DE CARVALHO BRITTO
--------	----------------------------------

**Descrição****Descrição Cirúrgica :**

DIAGNÓSTICO: FRATURA DIAFISÁRIA DO FÊMUR ESQ. + FRATURA EXPOSTA DE 3, 4 E 5° MTE + FERIMENTO EXTENSO EM  
PERNA ESQUERDA + LESÃO DE TENDÕES EXTENSORES DE 4° E 5° PDE  
CIRURGIA: DC + LC + FIXADOR EXTERNO TUBO A TUBO + PASSAGEM DE 2 FIOS K  
CIRURGIÃO: DR. SORMANE  
AUXÍLIO: DR. AYRON  
AUXÍLIO DR. IAN  
ANESTESISTA: DRA. SIMONE  
ANESTESIA: RAQUIANESTESIA

PACIENTE EM DECÚBITO LATERAL SOB ANESTESIA

ASSEPSE E ANTISSEPSE DE MIE;

POSICIONAMENTO DE CAMPOS ESTÉREIS;

2 INCISÕES DE 1 CM EM FACE LATERAL DE COXA ESQUERDA + 2 INCISÕES DE 1 CM EM PERNA ESQUERDA FUGINDO DO  
LOCO DA FRATURA

PASSAGEM DE 2 PINOS DE SHANZEM FEMUR

2 INCISÕES DE 1 CM EM FACE MEDIAL DA PERNA ESQUERDA + 2 INCISÕES DE 1 CM EM PERNA ESQUERDA, FUGINDO DO  
LOCO DA FRATURA

MONTAGEM DE FIXADOR EXTERNO TUBO A TUBO COM REDUÇÃO INCRUENTA E BOA REDUÇÃO SOB FLUOROSCOPIA

LIMPEZA CIRURGICA COM SF 0,9% 7000ML + DESBRIAMENTO CIRURGICO DE TECIDOS DESVITALIZADOS

VISUALIZADA LESÃO DE TENDÕES EXTENSORES DE 4° E 5° PDE

REDUÇÃO CRUENTA DE FRATURAS DE 4° E 5° MTE COM PASSAGEM DE 2 FIOS K 1,5MM

SUTURA DE LESÃO EM DORSO DE PÉ ESQUERDO E PERNA ESQUERDA COM NYLON 3-0

BOA PERFUSÃO DISTAL

**Atos Cirúrgicos:****Descrição Complementar**

20/09/18  
CLAU  
P  
STA

DR(A) : SORMANE DE CARVALHO BRITTO  
CRM : 16339



Atendimento: 442988

Dt Atendimento: 02/09/2018 - 03:33

Dt Alta: 06/09/2018 - 03:25

Paciente: 118047 MARCELO DA SILVA SANTOS

Serviço: 37 ORTOP23EDIA E TRAUMATOLOGIA

Convênio: 1 SUS - INTERNACAO

- Leito: 68 ORTL-510-LEITO 004

Plano: 1 GERAL

Motivo Alta: 44 TRANSFERENCIA EXTERNA

Usuário: IRACEMASMS

CID: S723

FRATURA DA DIAFISE DO FEMUR

Procedimento de Alta 0301060070 - DIAGNOSTICO E/OU ATENDIMENTO DE URGENCIA EM CLINICA CIRURGICA

Observação de Alta

ELISABETE DA CONCEICAO SILVA

Esta conta foi paga com recursos públicos provenientes de seus impostos e contribuições sociais

HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAES DE ALENCAR

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

## DECLARAÇÕES DO MÉDICO (DE PRÓPRIO PUNHO)

DATA DO ACIDENTE: 2/9/2018	DATA DO INÍCIO DO TRATAMENTO MÉDICO: 2/9/2018
NOME COMPLETO DA VÍTIMA: MARCELO DA SILVA SANTOS	
LESÕES RESULTANTES DO ACIDENTE: Paciente vítima de acidente de trânsito, com fratura exposta das 3ª, 4ª e 5ª metacarpas	
DADOS RESUMIDOS DOS TRATAMENTOS REALIZADOS (DATAS): Pé esquerdo + lesão dos tendões extensores + fratura de FÊMUR ESQUERDO. Paciente submetido a osteossíntese de FÊMUR (Haste Intra Medular) + Cirurgia do pé esquerdo (osteossíntese + TENCARRAF.)	
ALTA MÉDICA?	<input checked="" type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
EXISTE ALGUM DEFEITO OU DOENÇA PRÉ-EXISTENTE? CASO POSITIVO DESCREVER:	<input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO Redutor fixado por 30 dias
COM RELAÇÃO A INVALIDEZ PODE-SE CONCLUIR QUE: <input type="checkbox"/> A INVALIDEZ É TEMPORÁRIA, PORTANTO PASSÍVEL DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA ATRAVÉS DE TRATAMENTO. <input checked="" type="checkbox"/> A INVALIDEZ É PERMANENTE, OU SEJA, NÃO HÁ POSSIBILIDADE DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA.	

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

SEGMENTO ANATÔMICO OU ÓRGÃO AFETADO
1º Paciente com CREMICA e déficit de força no MIE, com claudicação
2º atrelada ao pé esquerdo, com rigidez dos dedos do
3º pé esquerdo com claudicação no MIE. Paciente com
4º Sequela FUNCIONAL de ruptura no pé esquerdo (75%) e a
5º nível de coxa esquerda (75%)

AFIRMO QUE ASSISTI E/OU AVALIEI A VÍTIMA NO PERÍODO DE 17/10/2019	17/10/2019
E QUE AS RESPOSTAS ACIMA, SÃO COMPLETAS E VERDADEIRAS.	
LOCAL Recife	DATA 17/10/2019
ASSINATURA E CARIMBO	

  
Mauricio César Leal  
Ortopedista  
CRM - 12396

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
 MINISTÉRIO DAS CIDADES  
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO  
 CATEGORIA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME  
 CARLOS ANTONIO MANGABEIRA FERREIRA

DOC IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF  
 6466408 SDS PE

CPF  
 012.891.554-45

DATA NASCIMENTO  
 15/10/1982

FILIAÇÃO  
 NÃO DECLARADO

TELMA LUCIA  
 MANGABEIRA FERREIRA

PERMISSÃO  
 ABC

ADC  
 AB

CAL. HAB.  
 AB

N.º REGISTRO  
 03938870503

VALIDADE  
 17/08/2021

1.ª HABILITAÇÃO  
 27/09/2006

OBSERVAÇÕES  
 Exerce Ativ Remunerada

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL  
 OLINDA - PE

DATA EMISSÃO  
 22/08/2016

ASSINATURA DO EMISSOR

04086869567  
 PE074467743

DETRAN - PE (PEENAMBUCO)

DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO

SAÍDA EM TODOS  
 O TERRITÓRIOS NACIONAIS  
 1301697147

037147

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190616502 **Cidade:** Paulista **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** MARCELO DA SILVA SANTOS **Data do acidente:** 02/09/2018 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA DIAFISÁRIA DE FÊMUR ESQUERDO, FRATURA DE 3 E 5 METATARSOS ESQUERDOS.

**Descrição do exame físico:** VITIMA COM ENCURTAMENTO DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO, COM BLOQUEIO ARTICULAR DE QUADRIL (FLEXÃO A 85 GRAUS), JOELHO (FLEXÃO A 90 GRAUS), DEFICIT DE FORÇA GRAU MÉDIO. APRESENTA CONSOLIDAÇÃO VICIOSA DAS FRATURAS DOS METATARSOS, COM LIMITAÇÃO NA EXTENSÃO, DEFICIT DE FORÇA, ALTERAÇÃO DA MARCHA (++-++++), PRESENÇA DE CICATRIZ CIRÚRGICA.

**Resultados terapêuticos:** HASTE INTRAMEDULAR NA FRATURA DE FÊMUR, FIO K NO PÉ. FEZ FISIOTERAPIA. ALTA HÁ CERCA DE 2 MESES.

**Sequelas permanentes:** DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

**Sequelas:** Com sequela

**Data do exame físico:** 08/11/2019

**Conduta mantida:**

**Observações:** O EXAME FÍSICO DESCRITO DEMONSTROU QUE APÓS A CONSOLIDAÇÃO DAS LESÕES OCORRIDAS NO TRAUMA E O TERMINO DO TRATAMENTO, HÁ UM QUADRO SEQUELAR CARACTERIZADO POR RESTRIÇÃO DOS MOVIMENTOS HABITUAIS DO MIE, PORTANTO MANTEMOS A CONDUTA DO MÉDICO EXAMINADOR.

## 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 médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
Total			35 %	R\$ 4.725,00



**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e  
Quantificação de Lesões Permanentes em Vitimas do Seguro DPVAT**

**Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo**

Número do Sinistro: 3190616502  
Nome do(a) Examinado(a): Marcelo da Silva Santos  
Endereço do(a) Examinado(a): Si Sabuji, 366  
Nobre Paulista PE CEP: 53401-450  
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [ SDS / PE ] 9373804  
Data local do acidente: [ 02/09/2018 ]  
Data local do exame: [ 08/11/2019 ] RECIFE [ PE ]

**Resultado da Avaliação Médica**

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:  
**FRATURA DIAFISARIA DE FEMUR ESQUERDO, FRATURA DE 3 E 5 METATARSOS ESQUERDOS**
- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.  
**Tratamento: HASTE INTRAMEDULAR NA FRATURA DE FEMUR, FIO K NO PÉ. FEZ FISIOTERAPIA. ALTA HA CERCA DE 2 MESES**  
**Complicações: EVOLUI COM CONSOLIDAÇÃO VICIOSA DA FRATURA DE PÉ, ENCURTAMENTO DO MEMBRO**  
**Data da Alta: V?TIMA N?O APRESENTOU DOCUMENTOS**
- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:  
**VITIMA COM ENCURTAMENTO DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO, COM BLOQUEIO ARTICULAR DE QUADRIL (FLEXÃO A 85 GRAUS), JOELHO (FLEXÃO A 90 GRAUS), DEFICIT DE FORÇA GRAU MEDIO. APRESENTA CONSOLIDAÇÃO VICIOSA DAS FRATURAS DOS METATARSOS, COM LIMITAÇÃO NA EXTENSÃO, DEFICIT DE FORÇA, ALTERAÇÃO DA MARCHA (+++\*\*\*\*), PRESENÇA DE CICATRIZ CIRURGICA,**
- IV. Nexo de casualidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?  
**(X) Sim** ( ) Não
- V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)  
**(X) Sim** ( ) Não
- VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:  
**LIMITAÇÃO DE GRAU MEDIO DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO, COM ENCURTAMENTO DO MEMBRO, CONSOLIDAÇÃO VICIOSA DE FRATURA**  
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 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 (\*).
- |  |  |
|--|--|
| <p>( ) "Vítima em tratamento"<br/>Esta avaliação médica deve ser repetida em      dias</p> | <p>( ) "Sem sequela permanente"<br/>(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)</p> |
|--|--|
- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.
- |  |  |
|--|--|
| <p>Região Corporal (Sequela):<br/><b>MEMBRO INFERIOR - Lado Esquerdo</b><br/>% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve<br/><b>(X) 50% médio</b> ( ) 75% intensa ( ) 100% completo</p> | <p>Região Corporal (Sequela):<br/>% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve<br/>( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo</p> |
| <p>Região Corporal (Sequela):<br/>% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve<br/>( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo</p>   | <p>Região Corporal (Sequela):<br/>% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve<br/>( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo</p> |
- VIII. (\*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)  
Carimbo com Nome e CRM

**Dr. Leonardo de Faria Neves**  
CPF - 045.955.274-03  
CRM/PE - 17742

  
LEONARDO FARIAS NEVES  
Médico  
CRM/PE 17742

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS - INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS

## IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA

Vítima:	Marela da Silva Santos		
Data do Acidente:	02/04/2018	CPF da vítima:	
Portador da documentação:	<input type="checkbox"/> Vítima <input type="checkbox"/> Representante legal, cujo parentesco com a vítima é:		
Qualificação do Portador:			
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. (pais 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 receituário 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. (pais 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
- Com base na legislação em vigor, poderão ser solicitados documentos complementares, como os listados ao lado, nesse formulário
- Para acompanhar o pedido de indenização, acesse [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou ligue para Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios): Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h

## RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

Data: 30/10/2019  
Nome: Popivella Cavaleanti  
Assinatura: \_\_\_\_\_

## PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE: marcelo da silva santos  
RG / CNH / TPS: 9.373.809, CPF: 119.530.524-95  
End: Sítio Salungi 4ª Transição n° 23  
maíra Paulista

OUTORGADO: CARLOS ANTÔNIO MANGABEIRA FERREIRA  
RG / CNH / TPS: 6.466.408 SDS/PE CPF: 012.891.554-45  
End: AV. TIRADENTES Nº 366, 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 DPVAT, que configura como vítima:**  
MARCELO DA SILVA SANTOS  
CPF: 119.530.524-95

Paulista, 09 de 10 de 2019



marcelo da silva santos

**(RECONHECER FIRMA POR AUTÊNTICIDADE)**

**SNR** SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAL - 2º OFÍCIO  
Titular: Esmeralda de Azevedo Carvalho - Substituta: Amália de C. Souza  
PRACA PARA JOÃO XXIII, 622, CENTRO, PAULISTA/PE. CEP 53.401-370 - FONES: (81) 3433-0068/3433-7777

**RECONHECIMENTO DE FIRMA N. 2019-016931**

Reconheço por autenticidade a firma de:  
MARCELO DA SILVA SANTOS  
Doc. nº, Paulista, PE, 09/10/2019 13:08:46

SELO DIGITAL: 0077644.KGV09201901.00235  
Consulte autenticidade em [www.tjpe.jus.br/seledigital](http://www.tjpe.jus.br/seledigital)  
EMOL: 3,51 TSNR: 0,00 FERC 0,40 ISS: 0,00  
FERR: 0,04 FUNSEG: 0,00

Amália de Carvalho Souza  
AMÁLIA DE CARVALHO SOUZA - SUBSTITUTA



# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0382727/19

**Número do Sinistro:** 3190616502

**Vítima:** MARCELO DA SILVA SANTOS

**CPF:** 119.530.524-95

**Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

**Data do acidente:** 02/09/2018

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** MARCELO DA SILVA SANTOS

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

Documentação médico-hospitalar

## ATENÇÃO

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

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

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

### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 14/02/2020

Nome: CARLOS ANTONIO MANGABEIRA FERREIRA

CPF: 012.891.554-45

CARLOS ANTONIO MANGABEIRA FERREIRA

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 14/02/2020

Nome: RAIANNE SILVA BARBOSA

CPF: 102.869.074-61

RAIANNE SILVA BARBOSA