



Número: **0072010-10.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 13ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **09/11/2020**

Valor da causa: **R\$ 8.775,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
MARCELO DA SILVA SANTOS (AUTOR)		JULIANA DE ALBUQUERQUE MAGALHAES (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)			
COMPANHIA EXCELSIOR DE SEGUROS (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
72248820	09/12/2020 11:50	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, 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

Carta nº 15064409

Pag. 01637/01638 - carta_01 - INVALIDEZ

00020819





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, 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

Pag. 01939/01940 - carta_02 - INVALIDEZ

00060970



Carta nº 15077783





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 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.

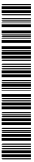
Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01531/01532 - carta_25 - INVALIDEZ

00020766





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, 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.

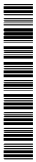
Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01245/01246 - carta_25 - INVALIDEZ

00020623





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, 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.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





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

Rio de Janeiro, 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

Pag. 01739/01740 - carta_09 - INVALIDEZ

00090870



Carta nº 15530815





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

4 - Nome completo da vítima

119.530.524-95

Manoel 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

Manoel da Silva Santos

6 - Nº do CPF

119.530.524-95

7 - Profissão

ILICUSO

8 - Cuidador

Silvia Sabus

9 - Número

346

10 - Complemento

11 - Bairro

Nordeste

12 - Cidade

Parlisa

13 - Estado

PE

14 - CEP

53401-450

15 - E-mail

(81) 87364047

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 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:

☒ RECLUIR INFORMAR

☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00

☐ R\$2.500,00 ATE R\$5.000,00

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 ATE 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)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

Nome do BANCO:

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 0944

CONTA: 60064

9

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar se existe)

(Informar se existe)

(Informar se existe)

(Informar se existe)

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 à região do acidente ou da minha residência, ou

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

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

Fico proibido 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 5.194/74, em 30.5.74, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestação, caso discorde do meu 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 de sua companhia(a):

☐ Sim

☐ Não

27 - Se a vítima de sua companhia(a), informar o nome completo

28 - Vítima teve filhos?

☐ Sim

☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar:

Vivos

Falecidos

30 - Vítima de seu nascimento (ver nascos)?

☐ 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 provido, a indenização do Seguro DPVAT com nome daqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a cobrança do resgate 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 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - (*) Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - (*) Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

Recife 30 de Outubro de 2019

Manoel da Silva Santos

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Princelador (se houver)

FPS-001 V007/2019

052

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: 31/8/1995 Naturalidade: NÃO INFORMADO /
PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 9373804/3DS/PE (RG) Estado Civil: SOLTEIRO(A)
Escolaridade: 2º. GRAU COMPLETO Profissão: OUTRAS PROFISSOES Telefones Celulares:
- 983878838**

Endereço Residencial: **TRAVESSA DO SABUGI, 1, 4ª TRAVESSA - NOBRE - CEP: 65000-000**
- 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)**



Relatório de Ocorrência

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

Placa: **POR9984** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)
Ano Fabricação/Modelo: **2013/2014**

Complemento / Observação

RELATA QUE PILOTAVA A MOTOCICLETA RETRO CITADA, QUANDO AO FAZER UMA MANOEIRA PERDEU O CONTROLE E COLIDIU NUM VEICULO NÃO IDENTIFICADO QUE ESTAVA PARADO. A VITIMA FOI SOCORRIDA PELA SAMU PARA O HOSPITAL MIGUEL ARRAS, 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 PEREIRA DA SILVA** - Matrícula: **3810653**





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

4 - Nome completo da vítima

119.530.524-95

Manoel 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

Manoel da Silva Santos

6 - Nº do CPF

119.530.524-95

7 - Profissão

ILICUSO

8 - Cuidador

Silvia Sabus

9 - Nº do RG

346

10 - Complemento

11 - Bairro

Nordeste

12 - Cidade

Parlisa

13 - Estado

PE

14 - CEP

53401-450

15 - E-mail

(81) 87364047

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 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:

☒ RECLUIR INFORMAR

☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00

☐ R\$2.500,00 ATE R\$5.000,00

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 ATE 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)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

Nome do BANCO:

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 0944

CONTA: 60064

9

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar se existe)

(Informar se existe)

(Informar se existe)

(Informar se existe)

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 à região do acidente ou da minha residência, ou

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

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

Fico proibido 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 3.194/74, em 30.5.79, declarando que esta declaração 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)

☐ Divorçado

☐ Separado judicialmente

☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima

26 - Vítima de sua companhia(a):

☐ Sim

☐ Não

27 - Se a vítima de sua companhia(a), informar o nome completo

28 - Vítima teve filhos?

☐ Sim

☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar:

Vivos

Falecidos

30 - Vítima de seu nascimento (ver nascos)?

☐ 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 provido, a indenização do Seguro DPVAT com nome daqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a cobrança do resgate 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 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - (*) Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - (*) Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

Recife 30 de Outubro de 2019

Manoel da Silva Santos

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Princelador (se houver)

FPS-001 V007/2019

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

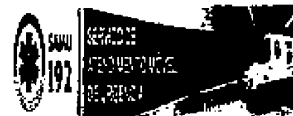
BANCO: 033

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
CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA
Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, São Vito, Recife, Pernambuco - CEP 50050-862
CNPJ 10.835.832/0001-08 | Tel: 0800-023232 | www.celpe.com.br

CONSUMIDOR
LUIZ ALVES DOS SANTOS
PRC. MADRUGA 081907335

ENDEREÇO DE ENTREGA DE ENERGIA
RUA SABAIA 23 CASA

CPF: 857.835.664-08

NORDE/PAULISTA
PAULISTA/PE
53601-400

TIPO DE CONSUMO
E1: RESIDENCIAL
RESIDENCIAL
Município

CONTA CONTRATO
4009508088

DATA DE VENCIMENTO
17/04/2017

TOTAL A PAGAR (R\$)

135,87

Nº DA CONTA	DATA	VALOR
00078447	17/04/2017	135,87

Nº DO CLIENTE	Nº DA SUBSTÂNCIA	Nº DA MEDIÇÃO
101764444	2287772	

	QUANTIDADE	PREÇO UNITÁRIO	VALOR UNITÁRIO
Consumo Adequado	158,000000	0,583897	92,23
Acréscimo Sanitário AMARELA			4,10
Acréscimo Sanitário VERMELHA			2,01
Consumo Sanitário Público			12,94
ICMS Substituição - CDE-RF 000871072-100-011			0,00
ICMS Substituição - CDE-RF 000869120-0000117			5,99
TOTAL DA FATURA			135,37

Nº DO MEDIDOR	Tipo da Função	DATA	ANTERIOR	LEITURA	DATA	ATUAL	LEITURA	Nº DE KWH	CONSUMO	ADICIONAR	CONSUMO (KWH)
000000	Cal	10-01-2017		00000	17-04-2017	00000	00000	0	0,0000		0,0000

Resumo da Conta											
Consumo				Tarifas				Tributos			
Descrição	Valor	Unidade	Valor	Descrição	Valor	Unidade	Valor	Descrição	Valor	Unidade	Valor
Consumo Adequado	92,23	KWh		Tarifa de Energia	92,23			ICMS	0,00		
Acréscimo Sanitário	6,11			Tarifa de Distribuição	0,00			ICMS	0,00		
Consumo Sanitário Público	12,94			Tarifa de Transmissão	0,00			ICMS	0,00		
ICMS Substituição	5,99			Tarifa de Uso	0,00			ICMS	0,00		
TOTAL				TOTAL				TOTAL			
135,37				135,37				135,37			

CONDIÇÕES DE PAGAMENTO
PAGAR EM 10 DIAS
PAGAR EM 30 DIAS
PAGAR EM 60 DIAS
PAGAR EM 90 DIAS
PAGAR EM 120 DIAS
PAGAR EM 150 DIAS
PAGAR EM 180 DIAS
PAGAR EM 210 DIAS
PAGAR EM 240 DIAS
PAGAR EM 270 DIAS
PAGAR EM 300 DIAS

Resumo da Conta											
Consumo				Tarifas				Tributos			
Descrição	Valor	Unidade	Valor	Descrição	Valor	Unidade	Valor	Descrição	Valor	Unidade	Valor
Consumo Adequado	92,23	KWh		Tarifa de Energia	92,23			ICMS	0,00		
Acréscimo Sanitário	6,11			Tarifa de Distribuição	0,00			ICMS	0,00		
Consumo Sanitário Público	12,94			Tarifa de Transmissão	0,00			ICMS	0,00		
ICMS Substituição	5,99			Tarifa de Uso	0,00			ICMS	0,00		
TOTAL				TOTAL				TOTAL			
135,37				135,37				135,37			

CONTA CONTRATO 4009508088 DATA DE VENCIMENTO 17/04/2017 TOTAL A PAGAR (R\$) 135,87

03840000017 258700 0004-7 00950008810-7 1704/825540-8





AVENIDA CRUZ CABOEA - SUM. 1187 - SANTO AMARU RECIFE PE
CEP: 50040-000, Fone: (081) 0800 061 1195
Inscrição Estadual: 18.1.001.0014399-2
CNPJ: 03.769.035/0001-64
Qualidade da Água: www.compesa.gov.br

Nº Documento: 20190116217220

Escritório: OLINDA

FATURA MENSAL DE ÁGUA E ESGOTO

MARIA CARMELO DE OLIVEIRA E SILVA
AV TIMADENTES, N. 00368 - APO DOCE GRANDE PE 03060-000
INSCRIÇÃO: 096.340.070.0260.000

GRUPO: 6

OPÇÃO DEB. AUTOMÁTICO: 01621722.0

01621722.0

07/2019-3

DEBIDO

DEBIDO

A 16/08/2019

23/06/2019

23/07/2019

REAL /REAL

ÁGUA
DEB. ANT.: 271
DEB. ATUAL: 283
DEB. FAT.: 283

CONSUMO: 12

ESGOTO
DEB. ANT.:
DEB. ATUAL:
DEB. FAT.:

VOLUME: 12

HISTÓRICO DE CONSUMO
REFERÊNCIA/CONSUMO

06/2018	07	9	A	
07/2018	07	8	A	
08/2018	07	7	A	
09/2018	07	7	A	
10/2018	07	7	A	
11/2018	07	9	A	
12/2018	07	8	A	

PARÂMETROS

EXIG. PELA PORT.

NÚMERO DE AMOSTRAS

ANÁLISES

ATENDEM A

PARÂMETROS	EXIG. PELA PORT.	ANÁLISES REALIZADAS	ATENDEM A LEGISLAÇÃO
TURBIDIDADE	MS 2.914/11	109	108
ODOR APARENTE	119	119	118
COLOREO RESIDUAL	119	119	119
COLIFORMES TOTAIS	119	119	119
COLIFORMES	119	119	119
OBSERVAÇÕES:	1) COLIFORMES TOTAIS AUSÊNCIA EM 25% DAS AMOSTRAS EXAMINADAS. 2) OS PARÂMETROS COLIFORMES TOTAIS, TURBIDIDADE, ODOR E COLOREO RESIDUAL SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES SANITÁRIAS DA ÁGUA. 3) OS PARÂMETROS COP E TURBIDIDADE SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES ASSOCIADAS AO ASPECTO VISUAL DA ÁGUA.		

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS E TARIFAS

CONSUMO POR FAIXA

VALOR R\$

ÁGUA

RESIDENCIAL 101 UNIDADE

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

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

ESGOTO (100% DO VALOR DA ÁGUA)

RESIDENCIAL 001 UNIDADE

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

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

CONTÁBIL/IMPONIBILIDADE 06/2019

EXATÃO AO HOSPITAL DE CÂNCER 07/2019

PLS
COPINS

101,56
101,56

1,64
1,64

1,68
1,72

15/08/2019

104,28

Entido por: INTERNET

Entido em: 23/07/2019



ATENDIMENTO: 0800-0810185
VAZAMENTOS: 0800-0810185

Arpe Agência de Regulação de Recursos

0800-2813844

01621722.0

07/2019-3

15/08/2019

104,28

CÓDIGO DE BARRAS

VIA COMPESA

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



AUTENTICAÇÃO MECÂNICA





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

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

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, 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://www7.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 de indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF¹.

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA, ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS - COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Por exposto, eu Carlos Alêmo Vilanovas da Fennier

inscrito (a) no CPF/CNPJ 012.891.554/45, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

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

do sinistro de DPVAT cobertura Integralidade da Vítima MARCULO 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. Itapiremas</u>	Número	<u>360</u>	Complemento	
Bairro	<u>Rio Doce</u>	Cidade	<u>Olinda</u>	CEP	<u>53.080.490</u>
E-mail		UF	<u>PE</u>	Tel.(DDD)	

Local e Data: Olinda 27.10.19

Assinatura do Declarante

CLDR.L001 V001/2017



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 09/12/2020 11:50:28
<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120911502788800000070830190>
Número do documento: 20120911502788800000070830190

Num. 72248820 - Pág. 15



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - IN do sinistro ou ASI: 119.530.524.95 3 - CPF do vítima: MARCELO DA SILVA SANTOS 4 - Nome completo da vítima:

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FOLHA 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: RECURSO 8 - Endereço: SABUSI 9 - Número: 23 10 - Complemento:

11 - Bairro: NUA SABUSI 12 - Cidade: PAULISTA 13 - Estado: SP 14 - CEP: 53401-960

15 - E-mail: 16 - IN (DPVAT): 81181764067

DADOS CADASTRAIS

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:

☒ RECURSO 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 (Exatamente para os bancos abaixo. Anular uma opção)
☐ Bradesco (337) ☐ 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)

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

INVALIDEZ PERMANENTE

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

23 - 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:

- 24 - Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- 25 - O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- 26 - 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 LIDER para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

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

MORTE

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: ☐ Sim ☐ Não

30 - Vítima deixou sucessores (nomes)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar: ☐ Sim ☐ Não 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora LIDER 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.

NÃO ALFABETIZADO

34 - 35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rgo)

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

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

38 - 39 - 40 - Nome: CPF: Assinatura da testemunha

41 - Assinatura da testemunha

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

44 - Local e Data: 45 - Assinatura do vítima/beneficiário (declarante)

46 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

47 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019

Scanned with CamScanner





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

☐ DIÁRIOS (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 RENDA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo:

MARCELO DA SILVA SANTOS

17 - CPF: 119.530.524-95

7 - Profissão:

RECUSO

8 - Endereço:

AV. DO SANGUI

9 - Número:

23

10 - Complemento:

11 - Bairro:

CECUBA

12 - Cidade:

PAULISTA

13 - Estado:

PE

14 - CEP: 53.401-450

15 - E-mail:

16 - Tel. (DDD): (81) 8164067

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:

☒ RECLUSO INFORMAR

☐ R\$1.000 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)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: SANTANDER

AGÊNCIA:

CONTA:

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/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 discordar do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (no CIV)

☐ 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 herdeiros?

☐ Sim

☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim

☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:

Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/mães 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 (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/ZG19

Scanned with CamScanner



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 LIQUIDO 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
03/03/2020	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
Canção Nacional do SUS	7 - Data de Nascimento	8 - Sexo	9 - Raça/Cor	10.1 - Etnia	0000 - Não Se Aplica
706806202561420	31/05/1995	Masculino ☒ 1 Feminino ☐ 3	03 - Parda	12 - Telefone de Contato	8198989725
Nome da Mãe	MARIA APARECIDA DA SILVA			14 - Telefone de Contato	986763398
Nome Responsável	MARIA APARECIDA			17 - IBGE	261070
Endereço (Rua, Nº, Bairro)	TRAVESSA SABUGI, 11 - NOBRE			18 - UF	PE
Município	SAULISTA			19 - CEP	53401457

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Principais Sinais e Sintomas Clínicos
Paciente vítima de acidente motociclistico há 1 semana resultando em fratura de fêmur esquerda já operada e fratura de 3ª e 5ª falange do dedo médio esquerdo colocado fio K. Foi encaminhado ao HR no dia 05/09 para avaliação da neurocirurgia por conta de alterações na ECRÂNIO. 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
EXAME CLÍNICO E RADIOLOGICO

24 - CID 10 Principal

5923

25 - CID 10 Secundário

W199
Y87.8

26 - CID 10 Causas Associadas

104.15.01.5

PROCEDIMENTO SOLICITADO

28 - Código do Procedimento

0415020069

30 - Caracter de Atendimento

2

31 - Documento

(X) CNS () CPF

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

980016000814998

34 - Data da Solicitação

12/09/2018

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

16863

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

36 - () Acidente de Trânsito

37 - () Acid. Trabalho Típico

38 - () Acid. Trabalho Trajetado

39 - CNPJ Seguradora

40 - Nº Boleto

41 - Série

42 - CNPJ Empresa

43 - CNAE Empresa

44 - CBO

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 Registro do Conselho)

52 - Nº da Autorização da Internação Hospitalar (AIH)

261810163903-2

Dr. Wagner Athayde
Médico Ortopedista
CRM 16863 - TEOT 12557

Código do Laudo: 444213



FICHA DE INTERNAÇÃO

Cód. Atendimento: **44443**

Usuário: ELISAMASP

DADOS DO PACIENTE

Paciente: **MARCELO DA SILVA SANTOS**

Idade: 23a 3m 14d

Sexo: M

Estado Civil: SOLTEIRO

Profissão:

Escolaridade:

R.G.: 9373804

C.P.F.:

Endereço: 4 TRAVESSA SABUGI

Telefone: 986763398

CEP: 53401457

- PAULISTA

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 OBSERVACAO Leito: VERDE2-07

Médico Internação: FAGNER FONSECA DE ATHAYDE

DADOS DO RESPONSÁVEL

Nome:

R.G.:

C.P.F.:

Endereço:

Numero:

Estado civil:

Telefone:

Cidade:

DADOS DA LIBERAÇÃO DO PACIENTE

Data da Alta:

Hora da Alta:

Motivo:

☒ Melhorado

☐ A Pedido

☐ Transferência

☐ Óbito

☐ Evasão

Condições de Alta:

Boas condições clínicas

Diagnóstico Principal.....:

Fx 3.4.5.50 RTTQ

Diagnóstico Secundário01.:

Diagnóstico Secundário02.:

Procedimento.....:

RxFT com Fx K 3.5.5 + Ferredaz

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 Hora Atend: 22:10 Data Atend: 11/09/2018
Paciente.....: MARCELO DA SILVA SANTOS Idade: 23 a
Endereço.....: 4 TRAVESSA SABUGI
Bairro.....: NOBRE UF.: PE CEP: 53401457
Cidade.....: PAULISTA Plano.: PLANO UNICO
Convênio.....: SUS - EXTERNO / URGENCIA
CID Principal.....: -
CID's Secundários.: -
Resultado.....: ENCAMINHADO AO SETOR DE INTERNACAO Hora Saída : 22:09
Data Saída.....: 12/09/2018

Prestador da Evolução Médica: **FAGNER FONSECA DE ATHAYDE**

FAGNER FONSECA DE ATHAYDE / 16863
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

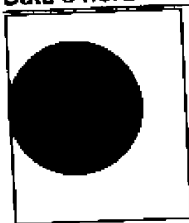
HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAES DE ALENCAR



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:

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 ORTOPIEDIA

Radiograma sintoma:

REVISÃO ORTOPIEDIA

discriminador(es):

- REVISÃO DE ORTOPIEDIA

especialidade:

ORTOPIEDIA/TRAUMATOLOGIA

Sinais Vitais Lidos:

- SACR - ESCALA DE GLASGOW: 15

REVISADO
NEPI HMA

HMA - Hospital

Lesão

Sim

Local

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

Data Impressão: 11/09/2018 22:15

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1





HOSPITAL
MIGUEL ARRAES

HOSPITAL MIGUEL ARRAES



Atendimento: 444213

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

Senha da Classificação:

2034

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: 12345

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: 22:45L

Peso:

Altura:

Temperatura:

Queixa Principal

Doente com trauma no membro superior direito, apresentando dor e inchaço no local da lesão. História de queda de altura.

Exame Físico

Exame físico normal, sem sinais de infecção ou fratura evidente. Membros inferiores sem alterações.

Hipótese Diagnóstica

Lesão por trauma no membro superior direito.

Prescrição Médica

Tratamento sintomático com analgésicos e anti-inflamatórios. Realizar fisioterapia funcional.

Márcia Rosa Maia Coelho
Residente
Ortopedia / Traumatologia
CRM/PE 24.338

Assinatura e Carimbo/Médico

Destino: () Encaminhado ao Ambulatório () Residência

() Transferido: Para

() Encaminhado ao setor de internação

Senha:



EVOLUÇÃO CLÍNICA

NOME: MARCELO DA SILVA SANTOS REG: 118047

CLÍNICA:

ENFERMAGEM:

LEITO:

DATA/HORA	
12/9/2018	# SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
	# ADMISSÃO
	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
13-09-18	
06:50	

Handwritten notes:
Paciente fraco, está com
dor no membro. Beg co.
consciente, hidratado, eufórico.
MIE - Sinais flogísticos em pé
CD: Ab. Cirurgia



Aviso de Cirurgia : 51907 Sala : 0002 SALA 02
Paciente : 118047 MARCELO DA SILVA SANTOS Atendimento : 444435
Convênio Atend. : 1 SUS - INTERNACAO Carteira :
Leito : 560 VERD2-07 Idade : 23 Anos 17 Dias 15 Horas
Dt. Início : 17/09/2018 13:56 Dt. Fim : 17/09/2018 15:52
Cid Pré-Operatório : S923 FRATURA DE OSSOS DO METATARSO
Cid Pós-Operatório : S923 FRATURA DE OSSOS DO METATARSO

Procedimento: 0408050691 TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LUXAÇÃO / FRATURA-LUXAÇÃO METATARSO-FALANGIANA
INTER-FALANGIANA (PRINCIPAL)
Convênio: 001 SUS - INTERNACAO
Anestesia: 05 RAQUI ANESTESIA

CIRURGIAO 15570 ROMERO MONTENEGRO NERY.

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 + ANTISSEPSIA
3. APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS
4. ABORDAGEM DO FOCO DE FERIDA EM REGIÃO DORSO-LATERAL DO PÉ ESQUERDO. OBSERVADO PERDA DE SUBSTÂNCIA 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

52/09/18
CLAUDEIA MONTENEGRO
DATE: 17/09/2018

DR(A) : ROMERO MONTENEGRO NERY
CRM : 15570

HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAES DE ALENCAR



RESUMO DE ALTA HOSPITALAR/ESCLARECIMENTO

NOME: MARCELO DA SILVA SANTOS REG: 118047

IDADE: 22 anos SEXO: M DATA DA ADMISSÃO 12/9/2018 DATA DA ALTA 18/09/18

DIAGNÓSTICO: Entorse do joelho direito, lesão do ligamento cruzado anterior e do ligamento colateral medial.

Tratamento conservador com fisioterapia.

TRATAMENTO REALIZADO:

CIRURGIAS:

ORIENTAÇÃO:

→ TROCA DIÁRIA DE CURATIVOS CONFORME ORIENTADO

→ USAR MEDICAÇÃO PRESCRITA

→ AGENDAR RETORNO AO AMBULATÓRIO DE Ortopedia em 15 dias

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

→ Cuidados com o joelho: manter o joelho em repouso, não fazer esforços, não subir escadas, não andar de bicicleta.

→ Cuidados com a medicação: tomar a medicação conforme prescrição.

PROGRAMA APÓS ALTA:

AMBULATÓRIO DE EGRESSO SIM ☒ NÃO ()

DATA DA CONSULTA AMBULATORIAL: ____/____/____


Antonio Yves Cordeiro de Mello Junior
CRM: 118047

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 - Raça/Cor	10.1 - Etnia	0000 - Não Se Aplica
06806202561420	31/05/1995	Masculino ☒ 1 ☐ 2 ☐ 3	03 - Parda	12 - Telefone de Contato	8198989725
11 - Nome da Mãe	MARIA APARECIDA DA SILVA			14 - Telefone de Contato	
13 - Nome Responsável	ELIO				
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 VITIMA 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 OUTRAS ACOMPANHANTE REFERE QUE O MESMO É PORTADOR DE ESQUIZOFRENIA.

21 - Condições que justificam a internação
NECESSIDADE DE TRATAMENTO CIRURGICO

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

23 - Diagnóstico Inicial / Código	24 - CID 10 Principal	25 - CID 10 Secundário	26 - CID 10 Causas Associadas
FRATURA DA DIAFISE DO FEMUR ESQUERDO + FX EXPOSITA DE 3º, 4º E 5º META ESQ. + FERIMENTO EXT. PERNA E.	S723	V870 V23.9	0415.03.CC

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - Descrição do Procedimento Solicitado	28 - Código do Procedimento	
REDUÇAO INCRUENTA DE FRATURA DIAFISARIA / LESAO FISARIA PROXIMAL DO FEMUR	0408050233	
30 - Caracter de Atendimento	31 - Documento	32 - Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Solicitante/Assistente
CIRURGICA	(X) CNS () CPF	702609741329143
33 - Nome do Profissional Solicitante/Assistente	34 - Data da Solicitação	35 - Assinatura e Carimbo (Nº de Registro no Conselho)
IAN BUSTORFF FREIRE	02/09/2018	26559

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - () Acidente de Trânsito	38 - CNPJ Seguradora	40 - Nº Bônus	41 - Série
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
	E260000001
48 - Documento	49 - Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Autorizador
() CNS () CPF	
50 - Data da Autorização	51 - Assinatura e Carimbo (Nº de Registro no Conselho)
	26559

AIH
261810163892-2

AIH
261810163893-3



FICHA DE INTERNAÇÃO

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

Cód. Atendimento: 442988

Usuário: PAULAFSC

DADOS DO PACIENTE

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

DADOS DO RESPONSÁVEL

Nome:	R.G.:	C.P.F.: 20.09
Endereço:	Numero:	
Telefone:	Cidade:	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 Fract. displaced humer	
Diagnóstico Secundário01: ② Fract. humer	
Diagnóstico Secundário02: ③ Ferimento extenso em punho	
Procedimento.....:	
① CC + DC + PE em punho + no hum 315:0 ② RFA PE cl hum em punho	
Responsável pela retirada do paciente	Assinatura e RG

Dr. Luciano Maser
Ortopedia - Ortopedia
CRM: 37.174

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**

DIAGNÓSTICO

ENF RENATA ASSUNCAO

IAN BUSTORFF FREIRE / 26559
CIRURGIA GERAL

HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAES DE ALENCAR





HOSPITAL
MIGUEL ARRAES

HOSPITAL MIGUEL ARRAES



Atendimento: 442981

Senha da Classificação: [REDACTED]

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:

PRESENTE AGITADO COM SINTOMAS
DE USO DE DEDOS DO PULGAR. PRESENTE
DE AGRESSÃO E QUEDA DO LAMINADO
QUE O ENTENDEU.

Exame Físico

ESQUELETO EM FORÇA, TÓRAX
EXPANSIVO E MARISS E MARISS. FROTAS
DO DENTE: INOCENTE.

Hipótese Diagnóstico

EEG = 15.

Prescrição Médica

Amplificação do Coração
CE FORTO DE [REDACTED]

Dr. Edilson L. de Mello
Cirurgião e Endoscopia Digestiva
CRM 15.345

#SOT#

PACIENTE VITIMA DE TRAUMA MOTO-CARRO AGITADO
mas cooperativo nos exames. Informa a quem
do acidente refere dor em pé e cotovelo.
Refere ingestão de bebida alcoólica. Apresenta
refere que o mesmo é portador de epilepsia.

Destino: ☐ Encaminhado ao Ambulatório ☐ Residência

☐ Transferido: Para _____

Senha: _____

☐ Encaminhado ao setor de Internação

SOLICITO RX JOELHO (E) / RIM (E) JOELHO (E) TUMOR

API perf.

Dr. Gustavo Freire
CRM 26.369

negativo glicúrio. MIF: Decomposição em cox.
sem decomposição com fragmento extenso
sem decomposição sem (E) Rolo TUBAL POSITIVO (E)

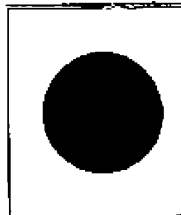


HOSPITAL METROP. NORTE MIGUEL ARRAES

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICACAO REDE IMIP

Data e hora registrada 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
0.148p.

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

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

Prioridade:

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

Fator 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 / MSE / Joelho D.

.....

Mauricelia Maciel
ENFERMEIRA
APR. URGÊNCIA/EMERGÊNCIA
COREN-PE 265.143

REVISADO
MED-HMA

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

Data Impressão: 02/09/2018 01:17

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1



EVOLUÇÃO CLÍNICA

NOME: MARCELO DA SILVA SANTOS REG: 118047

CLÍNICA: _____ ENFERMAGEM: _____ LEITO: _____

DATA/HORA	
2/9/2018	# SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
	# ADMISSÃO
	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.
	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. +
	RX EVIDENCIANDO FRATURA DIAFISARIA DE FEMUR ESQUERDO E 3, 4 E 5 MTE
	HD. FRATURA EXPOSTA DE 3, 4 E 5 TEM FRATURA DE DIAFISE DE FEMUR E. FERIMENTO EXTENSO EM FACE ANTERIOR DE PERNA ESQUERDA
	CD. INTERNAMENTO / AO BLOCO / SOLICITADO 2 CH SOLICITO HEMOGRAMA COMPLETO / INR
	<i>San Bartolomeu, Viana</i> <i>com 2657</i>



02/09/15

08:00 am

Dr. Josép ODEP Estima Diferença
Femur esquerdo + Fêmur direito
Tubo + Lente tríplice externa

Paciente evoluindo bem, sem queixa
de dor.

Boa, EBC apurado

Vic: pressão bem posuando

Ed. Aguarda uso S. Antim

4/12
perman
CHUVA

05/09/15

14h

#SOT#

HO: de novo

Paciente estável, sem queixas
REC, LITE, expressão, afeto

Boa redução da fratura com
marco X da coxa (-).

CD: Solicito avaliação da
Nervo do HR devido história
epilepsia.

Dr. Icaro Molin de S. Pereira
Ortopedia e Traumatologia
CRM/PE 26560



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

Página.: 0001

Data.: 02/09/2018

Hora.: 06:15

Sala 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

Procedimento : 0408050519

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIÁFISE DO FÊMUR (PRINCIPAL)

Convênio : 001

SUS - INTERNACAO

Anestesia : 05

RAQUI ANESTESIA

Cirurgião

16339 SORMANE DE CARVALHO BRITTO

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

AXILIO: DR. AYRON

AXILIO DR. IAN

ANESTESISTA: DRA. SIMONE

ANESTESIA: RAQUIANESTESIA

PACIENTE EM DECÚBITO LATERAL SOB ANESTESIA

1. ASSEPSIA E ANTISSEPSE DE MIE;

2. APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS;

3. 2 INCISÕES DE 1 CM EM FACE LATERAL DE COXA ESQUERDA + 2 INCISÕES DE 1 CM EM PERNA ESQUERDA FUGINDO DO

CO DA FRATURA

4. PASSAGEM DE 2 PINOS DE SHANZEM FEMUR

5. 2 INCISÕES DE 1 CM EM FACE MEDIAL DA PERNA ESQUERDA + 2 INCISÕES DE 1 CM EM PERNA ESQUERDA, FUGINDO DO

CO DA FRATURA

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

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

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

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

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

11. BOA PERFUSÃO DISTAL

Atos Cirúrgicos:

Assinado eletronicamente
por SORMANE DE CARVALHO BRITTO
CRM: 16339

Descrição Complementar

20/09/18

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

HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAES DE ALENCAR



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

Página.: 0001

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

Hora.....: 06.20

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

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

Cirurgião 16339 SORMANE DE CARVALHO BRITTO

Perícia 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
CIRURGIÃO: DC + LC + FIXADOR EXTERNO TUBO A TUBO + *fixação de fias K*
CIRURGIÃO DR. SORMANE
AUXÍLIO: DR. AYRON
AUXÍLIO DR. IAN
ANESTESISTA: DRA. SIMONE
ANESTESIA: RAQUIANESTESIA

PACIENTE EM DECÚBITO LATERAL SOB ANESTESIA
ASSEPSIA E ANTISSEPÇÃO 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
EIXO 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
EIXO DA FRATURA
MONTAGEM DE FIXADOR EXTERNO TUBO A TUBO COM REDUÇÃO INCRUENTA E BOA REDUÇÃO SOB FLUOROSCOPIA
LIMPEZA CIRÚRGICA COM SF 0,9% 7000ML + DESBRIAMENTO CIRÚRGICO DE TECIDOS DESVITALIZADOS
VISUALIZADA LESÃO DE TENDÕES EXTENSORES DE 4ª E 5ª PDE
REDUÇÃO CRUENTA DE FRATURAS DE 4ª E 5ª 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**

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

HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAES DE ALENCAR



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 da 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: Pacote vítima de acidente de trânsito Cl fratura da tíbia dos 3, 4, e 5. Metatarsos	
DADOS RESUMIDOS DOS TRATAMENTOS REALIZADOS (DATAS): Pé esquerdo + lesão dos tendões extensores + fratura da FÊMUR ESQUERDO. Pacote submetido a osteossíntese da FÊMUR (Haste Intra Medular) + Cirurgia do pé esquerdo (cateterismo + TENCARRAF)	
ALTA MÉDICA? ☒ SIM ☐ NÃO	
EXISTE ALGUM DEFEITO OU DOENÇA PRÉ-EXISTENTE? ☐ SIM ☒ NÃO	Redução fratura após 30 dias
CASO POSITIVO DESCREVER:	
COM RELAÇÃO A INVALIDEZ PODE-SE CONCLUIR QUE:	
☐ A INVALIDEZ É TEMPORÁRIA, PORTANTO PASSÍVEL DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA ATRAVÉS DE TRATAMENTO.	
☒ 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 Pacote Cl dos CRÊNICOS e dígitos da mão na M.I.E. Cl claudicação
2º ataxia na coxa esquerda + rigidez dos dedos da
3º Pé esquerdo Cl claudicação na M.I.E. Pacote Cl
4º Sequela FUNCIONAL definitiva na pé esquerda (75%) e a
5º nódulo de coxa esquerda (75%)
AFIRMO QUE ASSISTI E/OU AVALIEI A VÍTIMA NO PERÍODO DE 17/10/2019 a 17/10/2019 E QUE AS RESPOSTAS ACIMA, SÃO COMPLETAS E VERDADEIRAS.
LOCAL Recife DATA 17/10/2019 ASSINATURA E CARIMBO



GOVERNADORIA DO PIAUÍ
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
DEPARTAMENTO DE POLÍCIA DE TRÂNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO

Nome
CARLOS ANTONIO MANGABEIRA FERREIRA

CPF
012.891.554-45

Data de Nascimento
15/10/1982

Sexo
M

Estado Civil
MAD. DECLARADO

Nome da Mãe
TELMA LUCIA MANGABEIRA FERREIRA

Local de Emissão
PIAUI

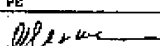
Data de Emissão
17/08/2021

Data de Validade
27/08/2026

Assinatura do Portador


Local
OZINDA - PE

Data de Emissão
22/08/2016

Assinatura do Emissor


Assinatura do Emissor
04086889567
28074467743

Assinatura do Emissor
04086889567
28074467743



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 Vítimas 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 HÁ 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 causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?
(X) Sim () Não
- V. Existe seqüela (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"
<i>Esta avaliação médica deve ser repetida em dias</i></p> | <p>() "Sem seqüela permanente"
<i>(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)</i></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):
MEMBRO INFERIOR - Lado Esquerdo
% do dano: () 10% residual () 25% leve
(X) 50% médio () 75% intensa () 100% completo</p> | <p>Região Corporal (Sequela):
% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo</p> |
| <p>Região Corporal (Sequela):
% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo</p> | <p>Região Corporal (Sequela):
% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 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) Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com Nome e CRM

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



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS - INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS

IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA

Vítima	<u>Marcia da Silva Santos</u>		
Data do Acidente	<u>02/10/2019</u>	CPF da vítima:	
Portador da documentação			
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 ambulatório (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 materiais acompanhados do respectivo recibo 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 ou ligue para Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prazos).
- Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

Data:	<u>30/10/2019</u>
Nome	<u>Roberto de Almeida</u>
Assinatura:	



PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE: marcelo da Silva Santos
RG / CNH / TPS: 9.373.809 CPF: 119.530.524-95
End: Sítio Salongi 4ª Transversal n.º 23
matriz Paulista

OUTORGADO: CARLOS ANTÔNIO MANGABEIRA FERREIRA
RG / CNH / TPS: 6.466.408 SDS/PE CPF: 012.891.554-45
End: AV. TIRADENTES Nº 386, 4º ETAPA – RIO DOCE – OLINDA/PE

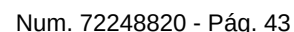
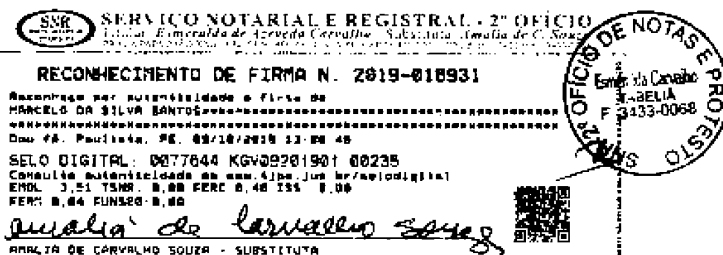
Nomeia meu bastante procurador o outorgado acima citado com poderes específicos para resolver todas as questões administrativas referentes ao SEGURO DPVAT, que configura como vítima: MARCELO DA SILVA SANTOS
CPF: 119.530.524-55

Pauлиста, 09 de 10 de 2019

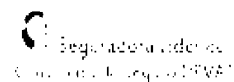
FIRMA RECONHECIDA
Tab. Emergência Corativo

Marcos da Silva Santos

(RECONHECER FIRMA POR AUTÊNTICIDADE)



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 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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 14/02/2020
Nome: RAIANNE SILVA BARBOSA
CPF: 102.869.074-61

CARLOS ANTONIO MANGABEIRA FERREIRA

RAIANNE SILVA BARBOSA

