



Número: **0130631-63.2021.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 24ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **08/12/2021**

Valor da causa: **R\$ 12.150,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
JOSE ROBSON MARQUES (AUTOR)		BRUNNA MARQUES PERAZZO SEIXAS (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)			
MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S/A (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
95528357	20/12/2021 11:23	2849934_CONTESTACAO_Anexo_04	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, 30 de Junho de 2021

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3210015584

Vítima: JOSE ROBSON MARQUES

Data do Acidente: 08/03/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: GLEYBSON SANTANA DO AMARAL

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOSE ROBSON MARQUES

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.350,00

Dano Pessoal: Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital 100%

Graduação: Em grau residual 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 100%) 10,00%

Valor a indenizar: 10,00% x 13.500,00 = R\$ 1.350,00

Recebedor: JOSE ROBSON MARQUES

Valor: R\$ 1.350,00

Banco: 104

Agência: 000000943

Conta: 0000031902-2

Tipo: CONTA POUPANÇA

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,



BANCO DO BRASIL S.A.

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: DOC / TED

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA:	23/06/2021
------------------------	------------

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:	1.350,00
--------------	----------

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE ROBSON MARQUES

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00943

CONTA: 000000031902-2

Nr. da Autenticação 383A61279B3C4BCE



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3210015584 **Cidade:** Gravatá **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE ROBSON MARQUES **Data do acidente:** 08/03/2020 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 17/06/2021

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE MANDÍBULA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE). ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL DE ÓRGÃOS E ESTRUTURAS CRÂNIO-FACIAIS.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICA DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL RESIDUAL DE ÓRGÃOS E ESTRUTURAS CRÂNIO-FACIAIS.

**Documentos
complementares:**

Observações: PÁG.2/3/4_CIRURGIA

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
		Total	10 %	R\$ 1.350,00



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:

08315261495

4 - Nome completo da vítima:

JOSE ROBSON MARGUES

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

5 - Nome completo:

JOSE ROBSON MARGUES

6 - CPF:

08315261495

7 - Profissão:

RECUSA

8 - Endereço:

AV. MIGUEL BENTO

9 - Número:

455

10 - Complemento:

11 - Bairro:

N.º DAS GRAÇAS

12 - Cidade:

GRAVATA

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

55642-630

15 - E-mail:

16 - Tel. (DDD):

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\$1.000,00 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: 0943

CONTA: 31902

AGÊNCIA:

CONTA:

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.

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 atenda a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
 - O IML que atenda 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 necessária para a concessão da indenização 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 discordo do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - 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 tem filhos?

☐ Sim

☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos:

☐ Sim

☐ Não

30 - Vítima deixou nascituro (a) (nascido)?

☐ Sim

☐ Não

31 - Vítima tem irmãos?

☐ Sim

☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar 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 170 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:

GRAVATA 13/01/2021

Assinatura do Representante Legal (se houver)

001 V002/2019

Assinatura do Procurador (se houver)

F4

F5





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 062ª CIRCUNSCRIÇÃO - GRAVATÁ - DP62ªCIRC DINTER1/12ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 20E0152004347

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 28/12/2020 às 15:38

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia 8/3/20
às 19:00

Fato ocorrido no endereço: **LOTEAMENTO SANTANA, 1 - Bairro: - GRAVATA/PERNAMBUCO/BRASIL -**
CEP: **55640000**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

INEXISTENTE (AUTOR/AGENTE)
JOSE ROBSON MARQUES (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): JOSE ROBSON MARQUES

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

JOSE ROBSON MARQUES (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: MARIA JOSE DOS SANTOS MARQUES
Pai: **HELENO ANTONIO MARQUES** Data de Nascimento: **13/12/1987** Naturalidade: **GRAVATA / PERNAMBUCO /**
BRASIL Documentos: **8080383/SDS/PE (RG), 08315261495 (CPF), 06228203957 (CNH)** Profissão: **OUTRAS PROFISSOES**
Telefones Celulares: **81994445440**

Endereço Residencial: **RUA ESPERANCA, 455, 455-B - BAIRRO NOSSA SENHORA DAS GRACAS - CEP: 0 - Bairro: SANTO**
ANTONIO - GRAVATA/PERNAMBUCO/BRASIL

INEXISTENTE - Ramo de Atividade: **NAO INFORMADO**

Nome do Representante: - Cargo do Representante: - Pessoa de Contato no estabelecimento comercial: - Telefone de Contato: -

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

MOTOCICLETA (VEICULO), que estava em posse do(a) Sr(a): **JOSE ROBSON MARQUES**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 160 FAN ESDI** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRETA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PCG1719 (PERNAMBUCO/GRAVATA)**
Ano Fabricação/Modelo: **2016/2016**

28/12



Complemento / Observação

O SR. JOSÉ ROBSON MARQUES COMPARECEU A ESTA DELEGACIA PARA REGISTRAR BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRANSITO NO QUAL A VITIMA TRANSITAVA COM SUA MOTOCICLETA PELO BAIRRO LOTEAMENTO SANTANA, OCASIÃO EM QUE VEIO A CAIR APÓS PERDER O CONTROLE DA MOTO. EM VIRTUDE DA QUEDA A VITIMA FOI SOCORRIDA PARA O HOSPITAL LOCAL POR UMA EQUIPE DO SAMU, E TRÊS DIAS APÓS FOI ENCAMINHADO PARA O HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE, ONDE FOI SUBMETIDO A PROCEDIMENTO CIRÚRGICO.

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

JOSE ROBSON MARQUES
(VITIMA)

B.O. registrado por: **MARCOS PAULO DE OLIVEIRA** - Matrícula: **273536-9**
(Liberado em 28/12/2020 às 15:55)



28/12/2020



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:

08315261495

4 - Nome completo da vítima:

JOSE ROBSON MARGUES

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

5 - Nome completo:

JOSE ROBSON MARGUES

6 - CPF:

08315261495

7 - Profissão:

RECUSA

8 - Endereço:

AV. MIGUEL BENTO

9 - Número:

455

10 - Complemento:

11 - Bairro:

N.º DAS GRAÇAS

12 - Cidade:

GRAVATA

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

55642-630

15 - E-mail:

16 - Tel. (DDD):

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\$1.000,00 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)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

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

AGÊNCIA: 0943

CONTA: 31902

AGÊNCIA:

CONTA:

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.

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 atenda a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
 - O IML que atenda 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 pericial, não me opondo, de modo algum, à 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 discordo do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não

24 - Data do óbito da vítima:

28 - Vítima tem filhos? ☐ Sim ☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: 30 - Vítima deixou nascituro (a) (nascido)? ☐ Sim ☐ Não

31 - Vítima tem irmãos? ☐ Sim ☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: 33 - Vítima deixou pai/mãe 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 responsabilização criminal nos termos do Art. 170 do Código Penal.

34 - 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: GRAVATA 13/01/2021

Assinatura do Representante Legal (se houver)

001 V002/2019

Assinatura do Procurador (se houver)





| 237-2 |

2379415009 91510.607566 16000.224507 9 00000000000000

Nome do pagador/CPF/CNPJ/Endereço/Cidade/UF/CEP

GLEYBSON S AMARAL - 84770589468

RUA RIVALDO BALTAR - 56 -

PRADO - GRAVATA - PE CEP 55642155

Sacador/Avalista

REDMI NOTE 8
AI QUAD CAMERA

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

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/biblioteca/web/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**.*

* Superintendência de Seguros Privados - SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguros.

* Conselho de Controle de Atividades Financeiras - COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu GLEYSOON SANTANA DO AMARAL inscrito (a) no CPF 847705894 / 68,
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário JOSE ROBSON MARQUES inscrito
(a) no CPF sob o nº 083/52614 / 95, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima
JOSE ROBSON MARQUES, inscrito (a) no CPF sob o nº 083/52614 / 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 Lider-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>Rua Rivaldo Baltan</u>		Número: <u>56</u>	Complemento: _____
Bairro: <u>PRADO</u>	Cidade: <u>GRAVATA'</u>	Estado: <u>PE</u>	CEP: <u>55642-155</u>
Telefone comercial (DDD): _____		Telefone celular (DDD): <u>91 992285097</u>	

GRAVATA' 13 de JANEIRO de 2021
Local e Data

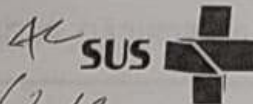
Gleyson Santa do Amaral
Assinatura do Declarante

DL01/002 0000/2003





PREFEITURA MUNICIPAL DE GRAVATÁ
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL DR PAULO DA VEIGA PESSOA
FICHA DE PRONTO ATENDIMENTO



IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nº DO REGISTRO DO HOSPITAL: 460390
PACIENTE: JOSE ROBSON MARQUES
GENITORA: MARIA JOSE DOS SANTOS MARQUES
DATA DE NASCIMENTO: 13/12/1987 IDADE: 32
ENDEREÇO: RUA PADRE CICERO
BAIRRO: NOSSA SENHORA DAS GRAÇAS CIDADE: GRAVATÁ
PONTO DE REFERÊNCIA: ACOMPANHANTE: ADRIANA NAMORADA

DATA: 08/03/2020
HORA DA CHEGADA AO HOSPITAL: 23:36
CNS:
TELEFONE: (81) 9444-6440
SEXO: Masculino COR: Sem Informação
Nº: 81 UF: PE CEP:

HDA

*Doença aguda, desconhecida, de
natureza infecciosa. Ex: Ex. TBC, HASS
buna e outros: veros. ECG = N.*

EXAME FÍSICO

Homo traicando afeil

EXAMES SOLICITADOS

HD

Alusioh K. Lima ap

CID

MÉDICO COM CARIMBO E ASSINATURA

[Assinatura]
Mauricio Leite
Médico
CRM 9219

Rua Joaquim Souto Major, S/N. Nsrª das Graças - Gravata - 55647-760 (01) 3533 0400



PRESCRIÇÃO, PROCEDIMENTOS – EVOLUÇÃO MEDICA E ENFERMAGEM

SINAIS VITAIS

IP.		HGT		P.A.	
C.		F.R.			

① *Apelido / us*

Dr. Antonio YVES
Médico
CRM 1219

② *Boleia 2/ + 500mg / 14*

③ *Ultrason 12/ 14*

④ *Exame 12/ 14*

⑤ *Dr. + [assinatura] [assinatura]*

*balança
65+489
100*

Dr. Antonio YVES
Médico
CRM 1219

HORA: *14* DATA: *20/12/2021*

ALTA

CURADO ☐ MELHORADO ☒ A PEDIDO ☐

TRANSFERIDO ☐ ADMINISTRATIVO ☐ ÓBITO ☐

MÉDICO RESPONSÁVEL / ASSINATURA E CARIMBO

FATURAMENTO / PROCEDIMENTO SUS

Bom Insuflador Cuidado Alente

Gratias – Gravata - 55642-250. (81) 3533-0423



REGISTRO DE VÍTIMAS DE ACIDENTES DE TRANSPORTE TERRESTRE

Unidade de Notificação: Gravata - PE		Gênero	
Unidade Sentinelas: Hospital Geral de Gravata Dr. Paulo da V		CNES: 2435802	Vítima Nº
Data do atendimento: 08/03/2020 às 20:00-01-01 23:36:00-02:00		Número de Registro/Prontuário: 00008929	
Nome: JOSE ROSSON MARQUES			
Sexo: ☒ 1 Masculino ☐ 2 Feminino ☐ 9 Ignorado		Data de nascimento: 13/12/1957 ☐ 9 Ignorado	
Idade: 32 ☐ 9 Ignorado		Ocupação: ☐ 9 Ignorado	
Município de residência: Gravata - PE		Código IBGE 260640	
Religião: ☐ 1 Branco ☐ 2 Preto ☐ 3 Amarela ☐ 4 Parda ☐ 5 Indígena ☒ 9 Ignorada			
Município onde ocorreu o acidente			
Zona do acidente: ☐ 1 Urbana ☐ 2 Rural ☐ 9 Ignorada			
Exatidão do acidente			
Data do acidente			
Dia do acidente do acidente		Hora do acidente	
☐ 1 00h ☐ 2 01h ☐ 3 02h ☐ 4 03h ☐ 5 04h ☐ 6 05h ☐ 7 06h ☐ 8 07h		☐ 1 08h ☐ 2 09h ☐ 3 10h ☐ 4 11h ☐ 5 12h ☐ 6 13h ☐ 7 14h ☐ 8 15h ☐ 9 Ignorado	
Tipo de vítima		Meio de locomoção da vítima no momento do acidente	
☐ 1 Condutor ☐ 2 Passageiro ☐ 3 Passageiro convidado adequadamente ☐ 4 Passageiro convidado inadequadamente ☐ 9 Ignorado		☐ 1 A pé ☐ 2 Automóvel ☐ 3 Motocicleta ☐ 4 Bicicleta ☐ 5 Colete ☐ 6 Veículo Pesado ☐ 8 Ignorado ☐ 9 Outro	
Acidentes relacionados ao trânsito		Outra parte envolvida no acidente	
☐ 1 Sim ☐ 2 Não ☐ 9 Ignorado		☐ 1 Automóvel ☐ 2 Motocicleta ☐ 3 Bicicleta ☐ 4 Colete ☐ 5 Objeto fixo ☐ 6 Animal ☐ 7 Veículo pesado ☐ 8 Ignorado ☐ 9 Não se aplica	
Fatores relacionados ao acidente		Uso de capacete pela vítima	
☐ 1 Sim ☐ 2 Não ☐ 9 Ignorado		☐ 1 Sim ☐ 2 Não ☐ 9 Ignorado	
Uso de cinto de segurança pela vítima		Uso de capacete pelo condutor	
☐ 1 Sim ☐ 2 Não ☐ 9 Ignorado		☐ 1 Sim ☐ 2 Não ☐ 9 Ignorado	
Uso de cinto de segurança pelo condutor		Soma do condutor	
☐ 1 Sim ☐ 2 Não ☐ 9 Ignorado		☐ 1 Sim ☐ 2 Não ☐ 9 Ignorado	
Condições relacionadas ao acidente		Condições de habilitação	
☐ 1 Sim ☐ 2 Não ☐ 9 Ignorado		☐ 1 Sim ☐ 2 Não ☐ 9 Ignorado	
Meio de locomoção da vítima para chegar à Unidade Sentinelas		Transferência de vítima	
☐ 1 A pé ☐ 2 Automóvel ☐ 3 Motocicleta ☐ 4 Bicicleta ☐ 5 Colete ☐ 6 Veículo Pesado ☐ 7 Objeto fixo ☐ 8 Animal ☐ 9 Não se aplica		☐ 1 Sim ☐ 2 Não ☐ 9 Ignorado	
Condições de vítima ao chegar na Unidade Sentinelas		Responsável pelo preenchimento	
☐ 1 Consciente ☐ 2 Inconsciente ☐ 9 Ignorado		☐ 1 Sim ☐ 2 Não ☐ 9 Ignorado	
Assinatura		Função	



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE - HRA

RESUMO DE ALTA

Nome: Antônio Roberto Marques

Prontuário: 356188

Data: 09 / 03 / 2020

Hora: _____

DIAGNÓSTICO:

Fratura complexa de mandíbula (ângulo (e))

AMBULATÓRIO DE EGRESSO - INFORMAÇÕES ADICIONAIS:

Deixou para acompanhamento ambulatorial com Dr.
Belmiro Torres em 01/04/2020 às 14:00. Levou todos os documentos e marcar
com antecedência.

TRATAMENTO REALIZADO:

Colocação de fixação complexa de mandíbula.

Alta Hospitalar: Data: 24 / 03 / 20

Hora: 8:00

At- Dr.º Marcelo 20/04/20
Hora: 07:00

Muelly Lôbo
Assistente Social HRA
Pessoa (CRP) 781

Ass. do Médico e CRM



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE - HRA

RESUMO DE ALTA

Nome: Antônio Roberto Marques

Prontuário: 356188

Data: 09 / 03 / 2020

Hora: _____

DIAGNÓSTICO:

Fratura complexa de mandíbula (ângulo (e))

AMBULATÓRIO DE EGRESSO - INFORMAÇÕES ADICIONAIS:

Deixou para acompanhamento ambulatorial com Dr.

Belmiro Torres da Silva/CRM 12000. Local todos os dias para a marca
com avaliação

TRATAMENTO REALIZADO:

Colocação de fixação complexa de mandíbula

Alta Hospitalar: Data: 24 / 03 / 20

Hora: 8:00

At- Dr.º Marcelo 20/04/20
Hora: 07:00

Muelly Lôbo
Assistente Social HRA
Pessoa (CRP/PE 781)

Ass. do Médico e CRM



Secretaria de Saúde do estado de Pernambuco - SES/ SUS / PE
HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

RECEITUÁRIO

Unidade: HRA

Nome: Jose Robson Marques

Registro Nº 356198

Clinica _____ Enfermária: BMF L. 09

Encaminhamento a Ortopedia

Paciente vítima de acidente
motociclistico há 15 dias cursando
com queima elétrica e dificuldade
em realizar movimentos finos
em mão (E).

Data: 24.08.20

Yasmin Nascimento
Residente CTBMF HRA
Protocolo CROIPE 1443

Médico - CRM

O primeiro Cigarro é uma passagem para o vício
Elaida Monteiro de Souza

1º Lugar

2º Concurso 89



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

Unidade de Saúde: HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

Paciente: José Robson Marques

Nº do Registro: 356188

Clínica: BMF

Nº do Leito 88

Operador: Eudes Quatão

1º Assistente: Jaelma Andrade R3

2º Assistente: Jeymaria Andrade R2

Instrumentador: Maely Loubo R1

Anestesista:

Anestesia: Geral

Duração:

Data da Operação:

Início:

Término:

Diagnóstico Pré-Operatório:

Fratura completa de mandíbula (ângulo E).

Diagnóstico Pós-Operatório:

O mesmo

Operação Proposta:

Osteossíntese de fratura completa de mandíbula

Operação Realizada:

A mesma

DESCRIÇÃO DO ATO OPERATÓRIO

- 1) Paciente em decúbito dorsal horizontal, sob anestesia geral;
- 2) Antissepsia + exposição dos campos cirúrgicos estéril;
- 3) Anestesia local infiltrativa e/ou bloco e/ou + instalação de tampão oxigenado;
- 4) Incisão + abertura + exposição dos troços de fratura através de acesso submandibular (E)
- 5) Bm rígido com 04 (quatro) IMF
- 6) Reduc + fixação da fratura com 02 (duas) placas vetas + 10 (dez) parafusos corticais, sendo 02 (dois) da refração
- 7) Remoc de Bm rígido
- 8) Irrigação com SF 0,9%
- 9) Sutura por planos
- 10) Curativo





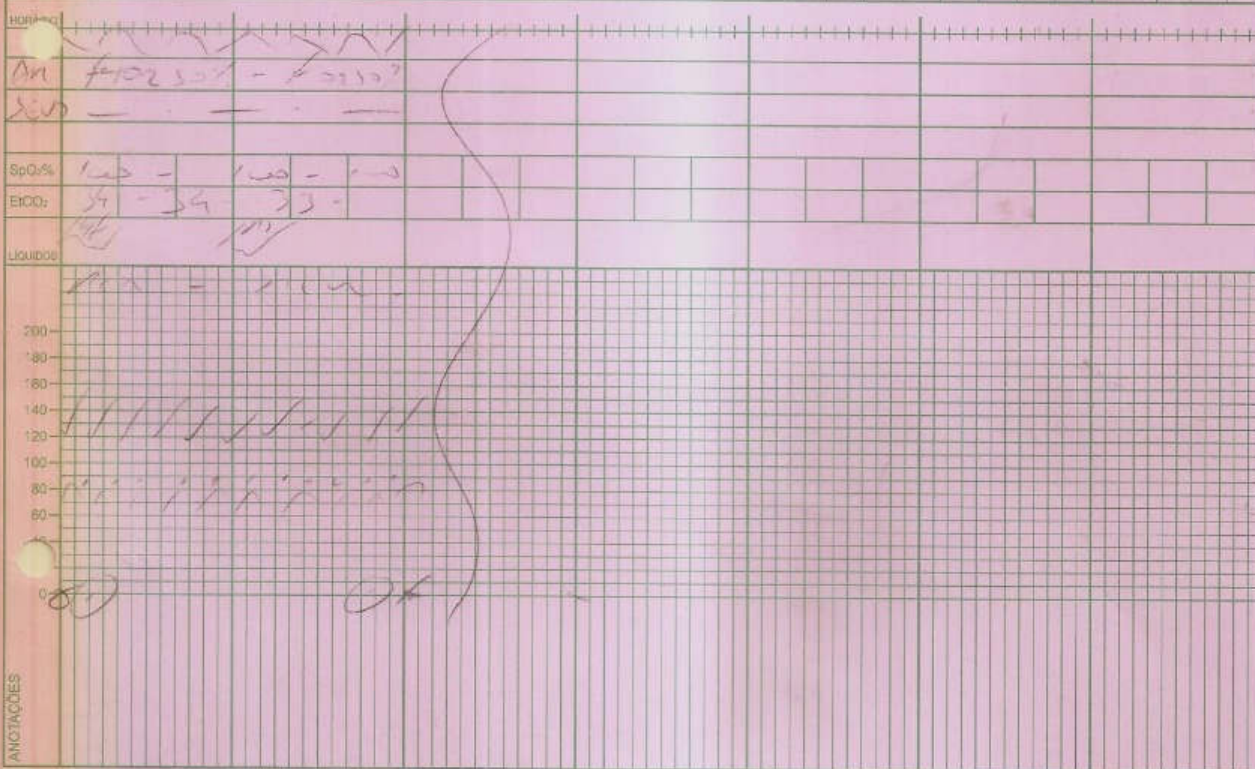
COOPERATIVA DOS MÉDICOS
ANESTESIOLOGISTAS DO INTERIOR DE PE

FICHA DE ANESTESIA

Nº 18967

VALOR

NOME	Dr. ROBSON MARQUES			REGISTRO	356188		CATEGORIA	JUS	
HOSPITAL	HND			SEXO	M ☒ F ☐	COR	Br ☐ Pd ☐ N ☐	IDADE	32
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO				PESO	70 Kg	PA	120 x 80	FC	80
DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO				CÓDIGO CIRURGIA			PORTE	%	
0 mesmo				30204121-16			5	100	
OPERAÇÃO PROPOSTA									
Anest. Gaseosa									
OPERAÇÃO REALIZADA									
A mesma									



AGENTES	CONC.	QUANTIDADE	TÉCNICA ANESTÉSICA
Propofol		100ml	Anestesia Gaseosa
Midazolam		10mg	SEM Titulação - 60s
Atropina		1mg	
Adrenalina		1mg	
DURAÇÃO DA OPERAÇÃO:			DURAÇÃO DA ANESTESIA:
☐ CARDIOSCÓPIO ☒ CAPNÓGRAFO ☐ PVC			☐ ENCAMINHADO
☒ OXÍMETRO ☐ S. VESICAL ☐ TEMPERATURA			☐ PACORDADO
☒ PNI ☐ LINHA ARTERIAL ☐ MONITOR DO ESTADO CEREBRAL			☐ ADORMECIDO
			☐ SONOLENTO
			☐ INTUBADO
			DESTINO
			☐ RPA
			☐ UTI
			☐ QUARTO

Raoni de Araújo Lima
ANESTESIOLOGISTA
24.197

SECRETARIA DO ESTADO DE PERNAMBUCO
CONSUMO DE MEDICAMENTOS E MATERIAIS EM CIRURGIAS
HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

At: 595355

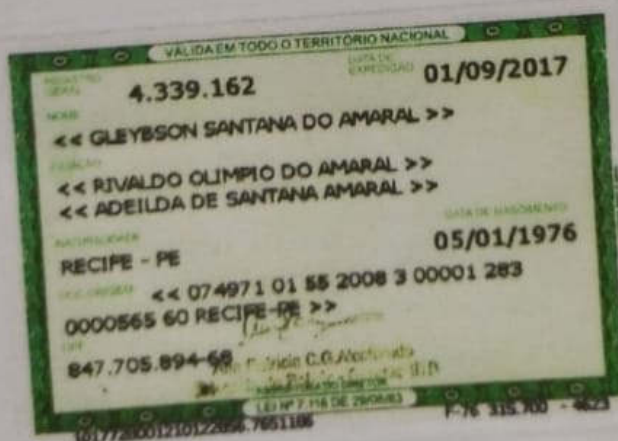
BLOCO CIRÚRGICO							
PACIENTE: <u>JOSÉ ROSSOV MANDRES</u>				REGISTRO Nº <u>356188</u>			
SALA CIRÚRGICA Nº <u>04</u>				DATA <u>23/03/2020</u>			
CIRURGIA: <u>OSTEOSÍNTese DE FÊMUR DE MANDÍBULA</u>				CIRURGIÃO: <u>ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR</u>			
ANESTESIA: <u>GERAL</u>				ANESTESIOLOGISTA: <u>Laércio Lima</u>			
QUANT.	ESPECIFICAÇÃO	PREÇO		QUANT.	ESPECIFICAÇÃO	PREÇO	
		UNIT.	TOTAL			UNIT.	TOTAL
<u>1x</u>	Oxigênio			<u>17</u>	Agulha Descartável		
<u>1x</u>	Água Destilada				Agulha para Pendura		
	Atropina				Agulha para Raqui		
	Bupivacaína				Atadura Gessada		
	Cefazolina 1g				Atadura Crepom		
	Clonidina				Cateter para Oxigênio		
<u>1</u>	Dezametasona 4mg				Cateter para Venopunção		
	Diclofenaco				Coletor de Urina Aberto		
<u>1</u>	Dipirona				Coletor de Urina Fechado		
	Etilefrina				Dreno		
<u>1</u>	Glicose 50%			<u>1</u>	Eletrodo p/ Monitorização		
	Lidocaina				Equipo para Sangue		
	Metoclopramida			<u>01</u>	Equipo para Soro		
	Neostgmina				Fio Cat Gut Cromado		
	Prometazina				Fio Gat Gut Simples		
	Ranitidina			<u>1</u>	Fio de Aço		
<u>1</u>	Ringer co Lactato			<u>1</u>	Fio de Algodão <u>4,0 Simplex</u>		
<u>1</u>	Soro Fisiológico			<u>1</u>	Fio de Nylon <u>Nº 02</u>		
	Soro Glicosado				Fio de Polipropileno		
	Succinato de Estriol			<u>1</u>	Gase 7,5x7,5		
<u>1</u>	Tenoxicam			<u>1</u>	Lâmina de Bisturi <u>Nº 29</u>		
<u>1</u>	<u>Propofol</u>			<u>1</u>	Luvas Estéreis 7,0		
<u>1</u>	<u>Lidocaina</u>			<u>1</u>	Luvas Estéreis 7,5		
<u>1</u>	<u>Fentile</u>			<u>1</u>	Luvas Estéreis 8,0		
<u>1</u>	<u>Ceftriaxona</u>				Seringa 5ml		
				<u>1</u>	Seringa 10ml		
				<u>1</u>	Seringa 20ml		
					Sonda de Foiev		
					Sonda Endotraqueal		
					Sonda Nasogástrica		
					Sonda Uretal		
				<u>01</u>	Tubo para Aspiração		
				<u>1</u>	<u>compresa</u>		
				<u>1</u>	<u>Telex N°20</u>		
				<u>1</u>	<u>Amigdalotomia</u>		
SUBTOTAL				SUBTOTAL			
				TOTAL			

Observação: No caso de serem utilizados outros itens especificá-los.

Assinatura do Cirurgião

Assinatura do Responsável pela Sala de Cirurgia





REDMI NOTE 8
AI QUAD CAMERA





VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 8.080.383 DATA DE EMISSÃO 06/06/2006

NOME << JOSÉ ROBSON MARQUES >>

FILIAÇÃO << HELENO ANTONIO MARQUES >>

<< MARIA JOSE DOS SANTOS MARQUES >>

NATURALIDADE GRAVATA - PE DATA DE NASCIMENTO 13/12/1987

DOC ORIGEM << CN.30228 L.25-A F.158 CART. GRAVATA-PE 03.06.2000 >>

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI N° 7.116 DE 29/08/83

F-20 51.865

10 VACINADO

BRASIL LIVRE

20.08.2012



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0014354/21

Vítima: JOSE ROBSON MARQUES

Data do acidente: 08/03/2020

CPF: 083.152.614-95

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOSE ROBSON MARQUES

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

GLEYBSON SANTANA DO AMARAL : 847.705.894-68

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

JOSE ROBSON MARQUES : 083.152.614-95

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 14/01/2021
Nome: GLEYBSON SANTANA DO AMARAL
CPF: 847.705.894-68

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 14/01/2021
Nome: Marta Marinho dos Santos
CPF: 492.294.514-87

GLEYBSON SANTANA DO AMARAL

Marta Marinho dos Santos



PROCURAÇÃO PARTICULAR

ORTOGANTE: DATA DO ACIDENTE 08/03/2020 SINISTRO: INVALIDEZ PERMANENTE

NOME: JOSE ROBSON MARQUES

RG: 8.080.383 SDS/PE

CPF: 083.152.614-95

Estado Civil: SOLTEIRO

Profissão: AUTÔNOMO

Endereço: RUA MIGUEL BENTO Nº 455 bairro: NSB DAS GRAÇAS

GRAVATA/PE CEP: 55642-630, neste ato tendo assinado a rogo,

RG:

CPF:

Endereço:

Nº:

Bairro:

cep:

OUTORGADO:

Nome: GLEYBSON SANTANA DO AMARAL

Nacionalidade: BRASILEIRO

Profissão: ANALISTA DE SEGUROS

Est. Civil: DIVORCIADO

Identidade: 4.339.162 SSD/PE

CPF: 847.705.894-68

Endereço: RUA RIVALDO BALTAR N 56, BAIRRO PRADO, CEP 55.642-155

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante A SEGURADORA LÍDER DOS CONSORCIOS, podendo para tanto requerer o que necessário for, assinar, substabelecer esta, dar quitação e praticar enfim, todos os atos de direito, permitindo para perfeito cumprimento deste mandato, da vítima

OBS: É de responsabilidade do outorgante a veracidade das informações prestadas e documentos Apresentados e disponibilizados ao outorgado.

x JOSE ROBSON MARQUES
OUTORGANTE

A Rogo:

Testemunhas:

GRAVATA, 15, Janeiro, 2021
Local e Data

Reconhecer Firma Por Autenticidade.



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0014354/21

Número do Sinistro: 3210015584

Vítima: JOSE ROBSON MARQUES

Data do acidente: 08/03/2020

CPF: 083.152.614-95

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOSE ROBSON MARQUES

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

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: 17/06/2021
Nome: GLEYBSON SANTANA DO AMARAL
CPF: 847.705.894-68

GLEYBSON SANTANA DO AMARAL

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 17/06/2021
Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA
CPF: 114.202.964-69

JULIANA BEZERRA DE LUNA

