



Número: **0160423-28.2022.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 27ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **16/11/2022**

Valor da causa: **R\$ 3.037,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
MARCUS FERNANDO NOGUEIRA LIMA (AUTOR)		FLAVIA ROBERTA DA SILVA PEREIRA (ADVOGADO(A))	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (RÉU)		ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR (ADVOGADO(A))	
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
12353 9891	13/01/2023 17:08	ANEXO 1	Outros (Documento)



CAROLINA GUEIROZ
FISIOTERAPEUTA

FICHA DE AVALIAÇÃO FISIOTERAPÊUTICA



NOME: MARCUS FERNANDO NOGUEIRA LIMA

DATA DE NASCIMENTO: 12/05/1972 SEXO: M

PROFISSÃO: PROFESSOR

ENDEREÇO: RUA PROFESSOR ANTONIO AUSTRAGESILO N 180

BAIRRO: CORDEIRO

CIDADE: RECIFE/PE

TELEFONE: 81-

MÉDICO SOLICITANTE: DR. ELIANE DE BARROS (CRM 21390) ELIAS PAIM (CRM 20029)

DIAGNÓSTICO MÉDICO: FRATURA EXPOSTA DE TORNOZELO (ESQUERDO)

TRATAMENTO FISIOTERAPÊUTICO: Realizou tratamento cirurgico; cinesioterapia, eletroterapia, analgesia.

Declaro para fins que as respostas prestadas por mim nesta ficha são expressamente verdadeiras e estou ciente de todo procedimento a se realizado.

Local: Recife


Ana Carolina Q. Freitas
Fisioterapeuta
CREFITO - 200591-F

Assinatura fisioterapêutica

(81) 9 9639-8449

Fisioterapeutanaacarolina@gmail.com





ATA DE FREQUÊNCIA – FISIOTERAPIA

Nº SESSÕES	DATA	ASSINATURA
1	25/01/21	[assinatura]
2	27/01/21	[assinatura]
3	28/01/21	[assinatura]
4	29/01/21	[assinatura]
5	01/02/21	[assinatura]
6	03/02/21	[assinatura]
7	05/02/21	[assinatura]
8	08/02/21	[assinatura]
9	10/02/21	[assinatura]
10	12/02/21	[assinatura]
11	22/02/21	[assinatura]
12	24/02/21	[assinatura]
13	26/02/21	[assinatura]
14	01/03/21	[assinatura]
15	03/03/21	[assinatura]
16	05/03/21	[assinatura]
17	08/03/21	[assinatura]
18	10/03/21	[assinatura]
19	12/03/21	[assinatura]
20	15/03/21	[assinatura]
21	17/03/21	[assinatura]
22	19/03/21	[assinatura]
23	22/03/21	[assinatura]
24	24/03/21	[assinatura]
25	26/03/21	[assinatura]
26	29/03/21	[assinatura]
27	31/03/21	[assinatura]
28	01/04/21	[assinatura]
29	05/04/21	[assinatura]
30	07/04/21	[assinatura]
31		
32		
33		
34		
35		
36		
37		
38		
39		
40		

Carolina

Ana Carolina G. Freitas
Fisioterapeuta
CREFITO - 200501-F



RELATÓRIO DE FREQUÊNCIA DE ATENDIMENTO

PACIENTE: MARCUS FERNANDO NOGUEIRA LIMA/CPF: 779.673.304-63

FISIOTERAPEUTA: LUIS AUGUSTO MENDES FONTES/CREFITO 252359-F

DATA	VISTO PROFISIONAL	VISTO PACIENTE
11/12/2020	Luis Mendes Fisioterapeuta CREFITO: 252359-F	<i>[Handwritten signature]</i>
15/12/2020	Luis Mendes Fisioterapeuta CREFITO: 252359-F	<i>[Handwritten signature]</i>
17/12/2020	Luis Mendes Fisioterapeuta CREFITO: 252359-F	<i>[Handwritten signature]</i>
18/12/2020	Luis Mendes Fisioterapeuta CREFITO: 252359-F	<i>[Handwritten signature]</i>
22/12/2020	Luis Mendes Fisioterapeuta CREFITO: 252359-F	<i>[Handwritten signature]</i>
12/01/2021	Luis Mendes Fisioterapeuta CREFITO: 252359-F	<i>[Handwritten signature]</i>
14/01/2021	Luis Mendes Fisioterapeuta CREFITO: 252359-F	<i>[Handwritten signature]</i>
19/01/2021	Luis Mendes Fisioterapeuta CREFITO: 252359-F	<i>[Handwritten signature]</i>
21/01/2021	Luis Mendes Fisioterapeuta CREFITO: 252359-F	<i>[Handwritten signature]</i>
22/01/2021	Luis Mendes Fisioterapeuta CREFITO: 252359-F	<i>[Handwritten signature]</i>

[Handwritten signature]
Luis Mendes
Fisioterapeuta
CREFITO: 252359-F

COMPANHIA SIA
15 JUN 2022
PROTOCOLO
AGENCIA REGIST





GER DE GESTÃO DE PESSOAS E MOBILIZAÇÃO SOCIAL - GGM
COORDENAÇÃO SEGURANÇA E MEDICINA DO TRABALHO - CSM
Medicina do Trabalho
Fone (81) 3412 9033

PARA: Marcus Fernando Nogueira Lima

SOLICITO

Fisioterapia 20 sessões de

Justificativa: Fratura exposta tornozelo esquerdo e rigidez articular

11/12/2020


Dra. Eliana Santa Clara
Médica do Trabalho
CRM-PE 21390



ELIANA DE BARROS JERONIMO SANTA CLARA
Médica do Trabalho
CRM PE 21390



Companhia Pernambucana de Saneamento - Av. Cruz Cabugá, 1387, Santo Amaro, Recife | PE | www.compesa.com.br





HOSPITAL
DE FRATURAS

REGISTRO: 0834908 - 22/01/2021 às 15:24h
ATENDIMENTO EM: Ambulatório

PRONTUÁRIO/PACIENTE: 000139454 - **MARCUS FERNANDO NOGUEIRA LIMA** SEXO: (M)
NASCIMENTO: 12/05/1972 (48 anos)
CONVÊNIO: 059-COMSAUDE/ENFER MATRÍCULA: 0088528200

FISIOTERAPIA

Recife, 22 de Janeiro de 2021

- 20 SESSÕES

HD: FRATURA EXPOSTA TORNOZELO ESQUERDO E RIGIDEZ ARTICULAR

CID: S82

****REABILITAÇÃO, GANHO DE DORSIFLEXÃO, PROPRIOCEPÇÃO, FORTALECIMENTO MUSCULAR

Dr. Elias Paim Leonel
Cirurgia do Pé e Tornozelo
CRM-PE 20029

Dr.(a) **ELIAS PAIM LEONEL**
CRM: 20029-PE

Cirurgia da Coluna Vertebral: Dr. PAULO MELO
Cirurgia do Pé e Tornozelo: Dr. ELIAS PAIM
Cirurgia do Quadril: Dr. JOSÉ LEAL JUNIOR e Dr. JORGE ACOSTA
Cirurgia do Ombro, Braço e Cotovelo: Dr. TIAGO JUSTO
Outras Especialidades: OSTEOPOROSE, TRATAMENTO DE FRATURAS, PROCEDIMENTOS VIDEOARTROSCÓPICOS E MICROCIURGIAS.

Ortopedia Pediátrica: Dra. ELIANE BURITY e Dr. ELIAS PAIM
Cirurgia do Joelho: Dr. JOAQUIM BEZERRA
Cirurgia da Mão: Dra. SANDRA ANDRADE e Dra. RENATA LEAL
Cirurgia da Mão/Traumatologia: Dr. GABRIEL CAMPOS

CLÍNICA DE FRATURAS E REABILITAÇÃO LTDA
R. JOÃO FERNANDES VIÉIRA, 644 - BOA VISTA - RECIFE/PE
EMERGÊNCIA 24 HORAS: (81) 3423-2399

CONSULTAS • CIRURGIAS • INTERNAMENTOS • UTI

MARCAÇÃO DE CONSULTAS: (81) 3217-2452
WHATSAPP: (81) 98119-4250 • 98160-9177





GER DE GESTÃO DE PESSOAS E MOBILIZAÇÃO SOCIAL - GGM
COORDENAÇÃO SEGURANÇA E MEDICINA DO TRABALHO - CSM
Medicina do Trabalho
Fone (81) 3412 9033

PARA: Marcus Fernando Nogueira Lima

SOLICITO

Tomografia Computadorizada do Tornozelo Esquerdo

Justificativa: Fratura exposta tornozelo esquerdo

17/11/2020

Dra. Eliana Santa Clara
Médica do Trabalho
CRM-PE 21390 RGE 2187

ELIANA DE BARROS JERONIMO SANTA CLARA
Médica do Trabalho
CRM PE 21390

Companhia Pernambucana de Saneamento - Av. Cruz Cabugá, 1387. Santo Amaro, Recife | PE | www.compesa.com.br



Fatura Individual

CLINICA DE FRATURAS E REABILITACAO

RUA JOAO FERNANDES VIEIRA, Nº 644 RECIFE-PE
CNPJ: 10.797.579/0001-19 Fone: 8134232399

Fatura: 578928 (P)
Emissão: 17/11/2020
Vencimento: 17/11/2020
Página: 1

Informações do Paciente

Registro: 0825696 Leito: URGEN Clínica: ORTOPEDIA Tipo: TOTAL Prontuário: 000139454
Paciente: MARCUS FERNANDO NOGUEIRA LIMA Data Entrada: 17/11/2020
Identidade: 4230855 C.P.F.: 77967330463 Data Nasc.: 12/05/1972 Idade: 48 Hora Entrada: 21:37
Motivo Saída: ALTA MELHORADO Data Saída: 18/11/2020
Endereço: RUA PROFESSOR ANTONIO AUSTREGESILO Hora Saída: 01:37
CORDEIRO, RECIFE - PE
50630620 Telefone: 8188000121
Número: 180 Complemento:
Responsável: MARCUS FERNANDO NOGUEIRA LIMA Telefone: (81)8800-0121 Período de 17/11/2020 a 18/11/2020
Atendimento: CLINICO
Médico: 023019-THIAGO DANILLO RODRIGUES DE ALMEIDA
Observação:

Informações do Convênio

Convênio: 001-PARTICULAR Sub-Plano:
Plano: Senha:
Matricula: Validade:
Guia:

Consumo do Paciente

CÓDIGO	DESCR:ÇÃO	CÓD. AMB/TUSS	QUANTIDADE	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL
	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA				250.00
	SUB-TOTAL				250.00
	TOTAL DE DESCONTOS				0.00
	TOTAL GERAL				250.00

Relação de Débitos




FATURA (578928)	250.00
TOTAL A RECEBER	250.00



SILVANA PEREIRA BARBOSA

AGFA HealthCare
17/11/2020 21:46:30



 PREFEITURA DO RECIFE SECRETARIA DE FINANÇAS	 Nota Fiscal de Serviços Eletrônica	Número da Nota 00015950			
		Data e Hora de Emissão 18/11/2020 09:43:38			
		Código de Verificação WVHB-AYD3			
PRESTADOR DE SERVIÇOS					
 HOSPITAL DE FRATURAS	CPF/CNPJ: 10.797.579/0001-19 Nome/Razão Social: CLINICA DE FRATURAS E REABILITACAO LTDA Endereço: RUA JOAO FERNANDES VIEIRA 644 - BOA VISTA - CEP: 50050-245 Município: Recife	Inscrição Municipal: 003.648-3 UF: PE E-mail: clinicafraturas@veloxmail.com.br			
TOMADOR DE SERVIÇOS					
Nome/Razão Social: MARCUS FERNANDO NOGUEIRA LIMA CPF/CNPJ: 779.673.304-63 Inscrição Municipal: ---- Endereço: R Professor Antônio Austregésilo 180, 1º andar - Cordeiro - CEP: 50630-620 Município: Recife UF: PE E-mail: ----					
DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS					
ATENDIMENTO MEDICO HOSPITALAR PARA O MESMO TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA					
VALOR TOTAL DO SERVIÇO - R\$ 250,00					
Código da Atividade Prestada 8610101 - ATIVIDADES DE ATEND HOSPITALAR, EXC PRONIO-SOCORRO E UNIDADES P/ ATEND A URGÊNCIAS 84.03 - Hospitais, clínicas, laboratórios, sanatórios, manicômios, casas de saúde, prontos socorros, ambulatórios e congêneres.					
Deduções (R\$)	Desconto Incond. (R\$)	Base de Cálculo (R\$)	%Quota (%)	Valor do ISS (R\$)	Crédito p/ IPTU (R\$)
0,00	0,00	250,00	4,00%	10,00	3,00
OUTRAS INFORMAÇÕES					
- Esta NFS-e foi emitida com respaldo nas Leis 17.407/2008 e 17.408/2008. - O ISS referente a esta NFS-e foi recolhido em 10/12/2020. - O crédito gerado por esta NFS-e foi disponibilizado em 10/12/2020.					





PREFEITURA DO RECIFE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA



DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO

Nº DA	093.11.2020
DATA	02.12.2020

Atendendo ao requerimento da Sra. **CARMEM LÚCIA FERREIRA CARNEIRO NOGUEIRA LIMA**, portadora do Documento de Identidade nº **4368262** SDS/PE e inscrita no CPF/MF sob o nº **021.570.454-14**, declaramos que consta em nossos arquivos a ocorrência de nº **S -902843**, que no dia 17 de novembro de 2020, o paciente Sr. **MARCUS FERNANDO NOGUEIRA LIMA**, portador do Documento de Identidade nº **4230855** SDS/PE e inscrito no CPF/MF sob o nº **779.673.304-63**, foi atendido por nosso Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU Metropolitano do Recife, vítima de colisão em acidente de trânsito envolvendo moto com moto, por volta das 19h40, na Rua Gomes Taborda, no cruzamento com a Rua Xavier Sobrinho, imediações ao Henrique Cell, no bairro Prado, Recife-PE e, sendo direcionado para a Clínica de Fraturas Recife, 02 de dezembro de 2020.

Dr. Sérgio Parente Costa

Gerente de Informação e Avaliação
SAMU Metropolitano - Recife

Dr. Sergio Parente Costa
Gerente de Informação e Avaliação
SAMU Metropolitano do Recife





**HOSPITAL
DE FRATURAS**

REGISTRO: 0829192 - 10/12/2020 às 15:17h
ATENDIMENTO EM: Ambulatório

PRONTUÁRIO/PACIENTE: 000139454 - **MARCUS FERNANDO NOGUEIRA LIMA** SEXO: (M)
NASCIMENTO: 12/05/1972 (48 anos)
CONVÊNIO: 059-COMSAUDE/ENFER MATRÍCULA: 0088528200

LAUDO MÉDICO

PACIENTE MASCULINO, 48 ANOS, COM HISTÓRIA DE FRATURA EXPOSTA DE TORNOZELO E LESÃO LIGAMENTAR, FOI SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO NO DIA 17/11/2020 PARA COLOCAÇÃO DE FIXADOR EXTERNO E DIA 25/11/2020 PARA A FIXAÇÃO DEFINITIVA DA FRATURA. APRESENTA NECROSE EXTENSA DE PELE NO TORNOZELO E DEISCÊNCIA DE FERIDA OPERATÓRIA. APRESENTA BOA EVOLUÇÃO AO TRATAMENTO DE OXIGENIOTERAPIA HIPERBÁRICA, MAS NECESSITA CONTINUIDADE DO TRATAMENTO. À DISPOSIÇÃO

CID: S82 / S93.2

Recife, 10 de Dezembro de 2020

Dr. Elias Paim Leonel
Cirurgia do Pé e Tornozelo
CRM-PE 20029

Dr.(a) **ELIAS PAIM LEONEL**
CRM 20029-PE

Cirurgia da Coluna Vertebral: Dr. PAULO MELO
Cirurgia do Pé e Tornozelo: Dr. ELIAS PAIM
Cirurgia do Quadril: Dr. JOSÉ LEAL JUNIOR e Dr. JORGE ACOSTA
Cirurgia do Ombro, Braço e Cotovelo: Dr. TIAGO JUSTO

Ortopedia Pediátrica: Dra. ELIANE BURITY e Dr. ELIAS PAIM
Cirurgia do Joelho: Dr. JOAQUIM BEZERRA
Cirurgia da Mão: Dra. SANDRA ANDRADE e Dra. RENATA LEAL
Cirurgia da Mão/Traumatologia: Dr. GABRIEL CAMPOS

Outras Especialidades: OSTEOPOROSE, TRATAMENTO DE FRATURAS, PROCEDIMENTOS VIDEOARTROSCÓPICOS E MICROCIRURGIAS.

CLÍNICA DE FRATURAS E REABILITAÇÃO LTDA
R. JOÃO FERNANDES VIÉIRA, 644 - BOA VISTA - RECIFE/PE
EMERGÊNCIA 24 HORAS: (81) 3423-2399

CONSULTAS • CIRURGIAS • INTERNAMENTOS • UTI

MARCAÇÃO DE CONSULTAS: (81) 3217-2452
WHATSAPP: (81) 98119-4250 • 98160-9177





HOSPITAL DE FRATURAS

REGISTRO: 0838939 - 22/02/2021 às 14:51h
ATENDIMENTO EM: Ambulatório

PRONTUÁRIO/PACIENTE: 000139454 - **MARCUS FERNANDO NOGUEIRA LIMA** SEXO: (M)
NASCIMENTO: 12/05/1972 (48 anos)
CONVÊNIO: 059-COMSAUDE/ENFER MATRÍCULA: 0088528200

LAUDO MÉDICO

PACIENTE MASCULINO, 48 ANOS, COM HISTÓRIA DE FRATURA EXPOSTA DE TORNOZELO E LESÃO LIGAMENTAR, FOI SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO NO DIA 16/11/2020 PARA COLOCAÇÃO DE FIXADOR EXTERNO E DIA 25/11/2020 PARA A FIXAÇÃO DEFINITIVA DA FRATURA. EM REAVALIAÇÃO HOJE, PACIENTE APRESENTA BOA EVOLUÇÃO, PORÉM AINDA NÃO SUFICIENTE PARA RETORNAR ÀS ATIVIDADES HABITUAIS. ASSIM, DEVERÁ PERMANECER AFASTADO DE SUAS ATIVIDADES HABITUAIS POR PELO MENOS MAIS 60 (SESSENTA) DIAS, À DISPOSIÇÃO

CID: S82 / S93.2

Recife, 22 de Fevereiro de 2021

Dr. Elias Paím Leonel
Cirurgia do Pé e Tornozelo
CRM-PE 20029


Dr. (a) ELIAS PAÍM LEONEL
CRM 20029-PE

Cirurgia da Coluna Vertebral: Dr. PAULO MELO
Cirurgia do Pé e Tornozelo: Dr. ELIAS PAÍM
Cirurgia do Quadril: Dr. JOSÉ LEAL JUNIOR e Dr. JORGE ACOSTA
Cirurgia do Ombro, Braço e Cotovelo: Dr. TIAGO JUSTO
Outras Especialidades: OSTEOPOROSE, TRATAMENTO DE FRATURAS, PROCEDIMENTOS

Ortopedia Pediátrica: Dra. ELIANE BURITY e Dr. ELIAS PAÍM
Cirurgia do Joelho: Dr. JOAQUIM BEZERRA
Cirurgia da Mão: Dra. SANDRA ANDRADE e Dra. RENATA LEAL
Cirurgia da Mão/Traumatologia: Dr. GABRIEL CAMPOS
PROCEDIMENTOS VIDEARTROSCÓPICOS E MICROCIURGIAS

CLÍNICA DE FRATURAS E REABILITAÇÃO LTDA
R. JOÃO FERNANDES VIÉIRA, 644 - BOA VISTA - RECIFE/PE
EMERGÊNCIA 24 HORAS: (81) 3423-2399

CONSULTAS • CIRURGIAS • INTERNAMENTOS • UTI
MARCAÇÃO DE CONSULTAS: (81) 3217-2452
WHATSAPP: (81) 98119-4250 • 98160-9177



RELATÓRIO CIRÚRGICO



Paciente: Marcus Fernando Nogueira Lima

Data cirurgia: 17/11/2020

Cirurgião: Elias Paim Leonel

1º Aux.: José Leal Júnior

2º Aux.: Adlay Danielly

Anestesiasta.: Andrea

Anestesia tipo: Raqui + sedação

Instrumentador: Juliana + Gabriela

Diagnóstico: Fratura exposta grave de tornozelo

Cirurgia: Trat cirúrgico de Fratura de tornozelo + Extensos ferimentos, desbridamento e rotação de retalho

Diagnóstico pós operatório: o mesmo

Descrição: Após procedimentos anestésicos, feito antissepsia com clorexidina degermante e SF, após pintado membro com solução alcoólica de clorexidina, então colocação de campos estéreis. Lavagem copiosa do merimento maleolar medial com grande exposição de todo maléolo medial, luxado e com lesão completa do ligamento deltóide, completamente exposto. Ampliada lesão proximal e distalmente, nova lavagem. Observada lesão osteoligamentar gravíssima devido à luxação completa tibio-társica. Colocação de segunda luva estéril em toda equipe, então feitas mini incisões anteriores na tibia e colocação de dois pinos de Schanz 4.5mm cônicos. Montada primeira barra anterior na tibia. Então passado pino de Schanz 4.5mm através da tuberosidade do calcâneo com mini-incisões, montados conectores e mais duas barras com montagem "em delta". Realizadas manobras de redução da fratura sob fluoroscopia, até alinhamento anatômico, então fixado sistema. Para cobertura osteoligamentar, realizada rotação de retalho fascio-cutâneo. Lavagem das incisões perfazendo total de 12L de SF, suturas com 5 fios de nylon 3.0, 4 fios de Nylon 2.0, curativo. Após liberação anestésica, a paciente foi conduzida à recuperação em boas condições gerais e boa perfusão distal. Utilizadas 20 compressas cirurgicas

- Rx controle mostrou boa redução da fratura e bom posicionamento do fixador externo
- OPME: Fixador externo tubo a tubo com 3 barras, 2 conectores barra-barra, 4 conectores barra Schanz, 3 pinos de Schanz

Dr. Elias Paim Leonel
Cirurgia do Pé e Tornozelo
CRM-PE 20029

Dr. Elias Paim Leonel
Médico Ortopedista e Traumatologista
CRM PE 20029 / TEOT 10990
Ortopedia Pediátrica
Pé & Tornozelo



RELATÓRIO DE FREQUÊNCIA DE ATENDIMENTO

PACIENTE: MARCUS FERNANDO NOGUEIRA LIMA/CPF: 779.673.304-63

FISIOTERAPEUTA: LUIS AUGUSTO MENDES FONTES/CREFITO 252359-F

DATA	VISTO PROFISIONAL	VISTO PACIENTE
11/12/2020	Luis Mendes Fisioterapeuta CREFITO: 252359-F	<i>[Handwritten signature]</i>
15/12/2020	Luis Mendes Fisioterapeuta CREFITO: 252359-F	<i>[Handwritten signature]</i>
17/12/2020	Luis Mendes Fisioterapeuta CREFITO: 252359-F	<i>[Handwritten signature]</i>
18/12/2020	Luis Mendes Fisioterapeuta CREFITO: 252359-F	<i>[Handwritten signature]</i>
22/12/2020	Luis Mendes Fisioterapeuta CREFITO: 252359-F	<i>[Handwritten signature]</i>
12/01/2021	Luis Mendes Fisioterapeuta CREFITO: 252359-F	<i>[Handwritten signature]</i>
14/01/2021	Luis Mendes Fisioterapeuta CREFITO: 252359-F	<i>[Handwritten signature]</i>
19/01/2021	Luis Mendes Fisioterapeuta CREFITO: 252359-F	<i>[Handwritten signature]</i>
21/01/2021	Luis Mendes Fisioterapeuta CREFITO: 252359-F	<i>[Handwritten signature]</i>
22/01/2021	Luis Mendes Fisioterapeuta CREFITO: 252359-F	<i>[Handwritten signature]</i>

[Handwritten signature]
Luis Mendes
Fisioterapeuta
CREFITO: 252359-F



Digitizada com CamScanner



CARTEIRA DE IDENTIDADE

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL



ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR

COMPROMISSO DO GOVERNO FEDERAL
15 JUN 2022
PROTOCOLO AGENCIA RECEBE

COMPROMISSO DO GOVERNO FEDERAL
01 JUN 2022
PROTOCOLO AGENCIA RECEBE



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

4.230.855

DATA
EXPIRAÇÃO

26/11/2015

<< MARCUS FERNANDO NOGUEIRA LIMA >>

FILIAÇÃO

<< MARCOS ANTONIO NOGUEIRA LIMA >>

<< MARIA DE LOURDES FONSECA LIMA >>

NATURALIDADE

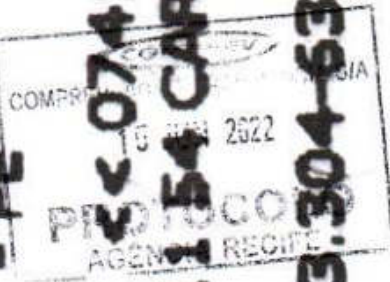
DATA DE NASCIMENTO

RECIFE - PE

12/05/1972

DOC ORIGEM

002261154 CARUARU-PE >>



CPF

779.673.304-63

Ass. Patrícia C.O. Alcoforado
Delegada de Polícia - Gerente IIIB

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7 116 DE 29/08/83

1515026050312152408.6617479

F-69 42.356

- 4322



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3220033161 **Cidade:** Recife **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARCUS FERNANDO NOGUEIRA LIMA **Data do acidente:** 17/11/2020 **Seguradora:** USEBENS SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 17/06/2022

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DO TORNOZELO ESQUERDO COM LESÃO LIGAMENTAR.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIXADOR EXTERNO) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO TORNOZELO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO TORNOZELO ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações: PÁGINAS 04, 09, 10, 11 E 12.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3220033161 **Cidade:** Recife **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARCUS FERNANDO NOGUEIRA LIMA **Data do acidente:** 17/11/2020 **Seguradora:** USEBENS SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 17/06/2022

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DO TORNOZELO ESQUERDO COM LESÃO LIGAMENTAR.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIXADOR EXTERNO) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO TORNOZELO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO TORNOZELO ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações: PÁGINAS 04, 09, 10, 11 E 12.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0018106/22

Vítima: MARCUS FERNANDO NOGUEIRA LIMA

CPF: 779.673.304-63

Seguradora: USEBENS SEGUROS S/A

Data do acidente: 17/11/2020

Titular do CPF: MARCUS FERNANDO NOGUEIRA LIMA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

MARCUS FERNANDO NOGUEIRA LIMA : 779.673.304-63

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: 15/06/2022
Nome: MARCUS FERNANDO NOGUEIRA LIMA
CPF: 779.673.304-63

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 15/06/2022
Nome: Rebeka Vitória Ursulino da Silva
CPF: 137.332.474-00

MARCUS FERNANDO NOGUEIRA LIMA

Rebeka Vitória Ursulino da Silva



BANCO DO BRASIL S.A.

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: Doc - Transferencia para conta em outro banco

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

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1912 CONTA: 611000

DATA DA TRANSFERENCIA: 24/06/2022

NUMERO DO DOCUMENTO: PAG_8129963

VALOR TOTAL: 1.687,50

TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MARCUS FERNANDO NOGUEIRA LIMA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 01606

CONTA: 000000072472

Número da Autenticação

B52BBAF3FEB5BBF2





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, 28 de Junho de 2022

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3220033161

Vítima: MARCUS FERNANDO NOGUEIRA LIMA

Data do Acidente: 17/11/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), MARCUS FERNANDO NOGUEIRA LIMA

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um tornozelo 25%	
Graduação: Em grau médio 50%	
% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%	
Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 =	R\$ 1.687,50

Recebedor: MARCUS FERNANDO NOGUEIRA LIMA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 237

Agência: 000001606-3

Conta: 0000072472-6

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.

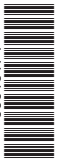
Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00347/00348 - carta_15R - INVALIDEZ

00010174





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

DAMS (DÉSPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:

779 673 304-63

MARCUS FERNANDO NOGUEIRA LIMA

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 612/2021

5 - Nome completo:

MARCUS FERNANDO NOGUEIRA LIMA

6 - CPF:

779 673 304-63

7 - Profissão:

8 - Endereço:
RUA PROFESSOR AUGUSTO GESSIVO

9 - Número:

150

10 - Complemento:

11 - Bairro:

CORDEIRO

12 - Cidade:

RIO DE JANEIRO

13 - Estado:

RJ

14 - CEP:

15 - E-mail:

16 - Tel.(DDD):

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR DE 18 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: RECUSO INFORMAR R\$1.00 A R\$1.000,00 R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ACIMA DE R\$5.000,00

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

CONTA POUPOANÇA (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: BRANDESCO (237)

AGÊNCIA:

(Informar o dígito se existir)

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

(Informar o dígito se existir)

CONTA:

(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.

Atenção! Campo de preenchimento obrigatório para vítima e/ou beneficiário menor de idade representado.

Na qualidade de representante legal, autorizo a coleta e o tratamento dos dados cadastrais e bancários do menor de idade, ora indicado, nos limites que forem necessários para o processamento do pedido do Seguro DPVAT e posterior indenização/reembolso do Seguro DPVAT, podendo compartilhar tais dados com terceiros com os quais tenha legitimidade, se necessário, para fins de análise e liquidação do pedido de indenização/reembolso do Seguro DPVAT.

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, após a apresentação da documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica necessária, caso necessário, as 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 qualquer outra que possa ser necessária, caso discordo de seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

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

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a): Sim Não

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

28 - Vítima teve filhos? Sim Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou resíduo (ao nascer)? Sim Não

31 - Vítima teve irmãos? Sim Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

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

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, RIO DE JANEIRO 28/05/2023

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

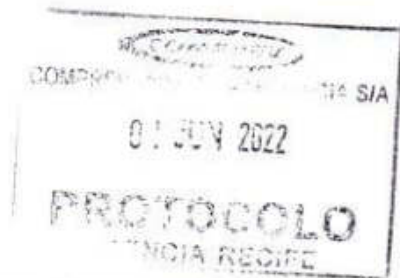
43 - Assinatura do Procurador (se houver)

Iturra do Representante Legal (se houver)





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 013ª CIRCUNSCRIÇÃO - MUSTARDINHA - DP13ªCIRC
DIM/4ªDESEC



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 22E0103000461

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **12/04/2022** às **09:46**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia **17/11/2020** às **18:00**

Fato ocorrido no endereço: **RUA GOMES TABORDA, 1** - Bairro: **PRADO** - **RECIFE/PERNAMBUCO**
/BRASIL - CEP: **50720-158** - Ponto de Referência: **ANTIGA HENRIQUE CELL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

VINICIUS GUILHERME SILVA SOUZA (AUTOR \ AGENTE)
MARCUS FERNANDO NOGEIRA LIMA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): VINICIUS
GUILHERME SILVA SOUZA
VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): MARCUS FERNANDO
NOGEIRA LIMA

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

MARCUS FERNANDO NOGEIRA LIMA (presente ao plantão) - Sexo: **Feminino** Mãe: **MARIA DE LOURDES FONSECA LIMA** Pai: **MARCUS ANTONIO NOGUEIRA LIMA** Data de Nascimento: **12/5/1972** Naturalidade: **RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **42308555/SDS/PE (RG)** Estado Civil: **CASADO(A)** Escolaridade: **3ª. GRAU COMPLETO** Profissão: **FUNCIONARIO PUBLICO ESTADUAL** Telefones Celulares: **- 81988000121**

VINICIUS GUILHERME SILVA SOUZA (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **ANECY JEANE DA SILVA** Pai: **MILTON DE AZEVEDO SOUZA JUNIOR** Data de Nascimento: **18/1/1999** Naturalidade: **RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL**
Endereço Residencial: **RUA MINISTRO MARCOS FREIRE, 145 - CEP: 55000-000 - Bairro: IPUTINGA - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL, SEM**

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

VEICULO.01 (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **MARCUS FERNANDO NOGEIRA LIMA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **MARCUS FERNANDO NOGEIRA LIMA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/XRE300** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Descrição: **DE PLACA PGL5527**

12/04/2022 10:21



VEICULO.02 (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **VINICIUS GUILHERME SILVA SOUZA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **VINICIUS GUILHERME SILVA SOUZA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/XR250 TORNADO** Objeto apreendido: **Não**
Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Descrição: **NAO SOUBE INFORMAR A PLACA, NEM A COR**

Complemento / Observação

A VITIMA RELATA QUE NA HORA E DATA CITADAS NESTA, ESTAVA PARADO EM SUA MOTOCICLETA NA VIA MENCIONADA, QUANDO A MOTOCICLETA , CONDUZIDA PELO SENHOR VINICIUS GUILHERME COLIDIU NA TRASEIRA DE SUA MOTO. NESSA HORA SOFREU UM APAGAO. LOGO APOS, FOI SOCORRIDO PELO SAMU, AO HOSPITAL DE FRATURAS. A VITIMA SOFREU LESOES NO TORNOZELO ESQUERDO, FRATURA EXPOSTA E ROMPIMENTO DE LIGAMENTOS. E NADA MAIS DISSE DIGNO DE REGISTRO.

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


MARCUS FERNANDO NOGUEIRA LIMA
(VITIMA)


B.O. registrado por: **ADILAILSON MARCELINO SANTOS DE SOUZA SILVA** - Matrícula: **221.176-9**
(Liberado em **12/04/2022** às **10:22**)

12/04/2022 10:21





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: _____ 3 - CPF da vítima: 779.673.304-63 4 - Nome completo da vítima: MARCUS FERNANDO NOGUEIRA LIMA

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 612/2021

5 - Nome completo: MARCUS FERNANDO NOGUEIRA LIMA 6 - CPF: 779.673.304-63
 7 - Profissão: _____ 8 - Endereço: RUA PROFESSOR AUGUSTO GESSIVO 9 - Número: 180 10 - Complemento: _____
 11 - Bairro: CORDEIRO 12 - Cidade: RACIETA 13 - Estado: PE 14 - CEP: _____
 15 - E-mail: _____ 16 - Tel.(DDD): _____

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR DE 18 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\$1.00 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)

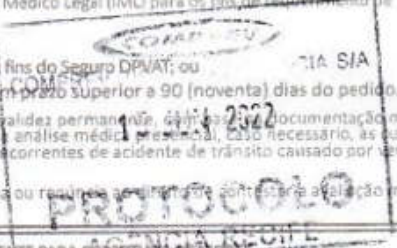
CONTA POUPOANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
 Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)
 CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
 Nome do BANCO: BRANDESCO (237)
 AGÊNCIA: 1606 CONTA: 72472 6
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (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.

Atenção! Campo de preenchimento obrigatório para vítima e/ou beneficiário menor de idade representado.
 Na qualidade de representante legal, autorizo a coleta e o tratamento dos dados cadastrais e bancários do menor de idade, ora indicado, nos limites que forem necessários para o processamento do pedido do Seguro DPVAT e posterior indenização/reembolso do Seguro DPVAT, podendo compartilhar tais dados com terceiros com os quais tenha legitimidade, se necessário, para fins de análise e liquidação do pedido de indenização/reembolso do Seguro DPVAT.

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 documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter a análise médica necessária, 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 qualquer outra contestação a avaliação médica, caso discordo do seu conteúdo.



DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorçado Separado judicialmente Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: _____
 25 - Grau de Parentesco com a vítima: _____ 26 - Vítima deixou companheiro(a): Sim Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
 28 - Vítima teve filhos? Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: _____ Fallecidos: _____ 30 - Vítima deixou resíduo (ou herança)? Sim Não 31 - Vítima teve irmãos? Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: _____ Fallecidos: _____ 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

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

34 - 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, RACIETA 28/05/2022
 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) [assinatura]
 43 - Assinatura do Procurador (se houver) _____



bradesco
289 - R. DA CONCORDIA - URE
R. DA CONCORDIA 148
50010-520 RECIFE



PE 0056095



CTC RECIFE PE PL1

MARCUS FERNANDO NOGUEIRA LIMA
R PROFESSOR ANTONIO AUSTRAGESILO 180
CORDEIRO
50630-620 RECIFE

PE



7209036539026100000005609530250422

