



Número: **0000677-96.2019.8.17.3370**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **1ª Vara Cível da Comarca de Serra Talhada**

Última distribuição : **17/04/2019**

Valor da causa: **R\$ 13.500,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
FABIO VALENTINO DE SOUZA SANTANA (AUTOR)		HAROLDO MAGALHAES DE CARVALHO (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (RÉU)		RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO)	
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
56674 158	20/01/2020 16:08	2643180_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_JUR_01	Petição em PDF



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 1ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE SERRA TALHADA/PE

Processo: 00006779620198173370

SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A, empresas seguradoras previamente qualificadas nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada, por seus advogados que esta subscreve, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **FABIO VALENTINO DE SOUZA SANTANA**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem mui respeitosamente, à presença de V. Ex.ª, em cumprimento ao referido despacho de fls., expor para ao final requerer o que se segue:

DO LAUDO PERICIAL

Trata-se de caso em que o Autor alega ser vítima de acidente automobilístico, resultando em invalidez permanente.

A parte autora requereu administrativamente indenização à ré, sendo realizada pericia a qual apurou traumatismo crânio encefálico com repercussão residual (10%) e lesão neurológica também com repercussão residual (10%), efetuando o pagamento no valor de R\$1.350,00 para cada lesão, **totalizando o montante de R\$2.700,00:**

Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020
www.joaobarbosaadvass.com.br



PARECER MÉDICO DE TRAUMATISMO CRÂNIO ENCEFÁLICO:

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA				
DADOS DO SINISTRO				
Número: 3180082157	Cidade: Serra Talhada	Natureza: Invalidez Permanente		
Vítima: FABIO VALENTINO DE SOUZA SANTANA	Data do acidente: 30/09/2017	Seguradora: ARUANA SEGUROS S/A		
PARECER				
Diagnóstico: TRAUMATISMO CRÂNIO ENCEFÁLICO FRATURA DE ARCO ZIGOMÁTICO ESQUERDO				
Descrição do exame médico pericial: APRESENTA DISCRETO ABAIXAMENTO AO NÍVEL DO ARCO ZIGOMÁTICO ESQUERDO				
Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR PACIENTE EVOLUIU SEM SEQUELAS MOTORAS. APRESENTA DISCRETA DEFORMIDADE EM HEMIFACE ESQUERDA SEM COMPLICAÇÕES				
Sequelae permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL RESIDUAL DE ESTRUTURAS CRÂNIO FACIAIS.				
Sequelae: Com sequela				
Data da perícia: 10/03/2018				
Conduta mantida:				
Observações:				
Médico examinador: Andre Gustavo Ferreira de Souza				
CRM do médico: 19340				
UF do CRM do médico: PE				
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

COMPROVANTE DE PAGAMENTO:

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: 16/03/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.350,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: FABIO VALENTINO DE SOUZA SANTANA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00914

CONTA: 000000056083-0

Nr. da Autenticação 07286CDE6FDCEDF0

Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020
www.joaobarbosaadvass.com.br



PARECER MÉDICO DE LESÃO NEUROLÓGICA:

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA				
DADOS DO SINISTRO				
Número: 3180082157	Cidade: Serra Talhada	Natureza: Invalidez Permanente		
Vítima: FABIO VALENTINO DE SOUZA SANTANA	Data do acidente: 30/09/2017	Seguradora: ARUANA SEGUROS S/A		
PARECER				
Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO E FRATURA DE FACE (ZIGOMÁTICO ESQUERDO)..				
Descrição do exame médico pericial: SINAL DE ROMBERG SENSIBILIZADO POSITIVO, DÉFICIT DE MEMÓRIA RECENTE; DISCRETO INFRADESNIVELAMENTO EM HEMIFACE ESQUERDA.				
Resultados terapêuticos: HOUE CONSOLIDAÇÃO DE FRATURA DE FACE COM DISCRETO DESNIVELAMENTO.				
Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU RESIDUAL DO(A) LESÕES DE ÓRGÃOS E ESTRUTURAS CRÂNIO-FACIAIS E LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU RESIDUAL DO(A) LESÕES NEUROLÓGICAS QUE CURSEM COM IMPEDIMENTO DO LIVRE DESLOCAMENTO CORPORAL				
Sequelas: Com sequela				
Data da perícia: 17/05/2018				
Conduta mantida: Não				
Observações: VITIMA JÁ INDENIZADA A CONTEÚTO POR DANO RESIDUAL DE ESTRUTURAS CRÂNIO FACIAIS.				
Médico examinador: Emanuel de Barros e Silva				
CRM do médico: 18229				
UF do CRM do médico: BA				
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 neurológicas que cursem com impedimento do senso de orientação espacial e/ou do livre deslocamento corporal	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
Total		10 %	R\$ 1.350,00	

COMPROVANTE DE PAGAMENTO:

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: 25/05/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.350,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: FABIO VALENTINO DE SOUZA SANTANA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00914

CONTA: 000000056083-0

Nr. da Autenticação 39CF17AD451971B0

Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020
www.joaobarbosaadvass.com.br



Desta forma, ao contrário do exposto na peça de bloqueio, o pagamento administrativo foi realizado no valor de R\$2.700,00 referente às duas lesões apuradas (traumatismo craniano e lesão neurológica), conforme demonstrado acima.

Após o deferimento da produção de perícia judicial médica, foi elaborado laudo pericial apurando lesão neurológica com igual repercussão apurada em sede administrativa e traumatismo crânio encefálico com repercussão leve (25%).

Ressalta-se a discrepância entre as avaliações médicas. Administrativamente, foram apuradas lesão neurológica com igual repercussão apurada em sede administrativa (10%) e traumatismo crânio encefálico com repercussão residual (10%), todavia, no presente laudo pericial tal lesão foi enquadrada como leve (25%), uma diferença gradual de 15%.

Desta forma não é crível que com os avanços da medicina, os tratamentos realizados na parte autora serviram para agravar a sequela oriunda do traumatismo craniano sofrido pela autora e não oportunizaram uma melhora ou, no mínimo, a manutenção da lesão apurada na esfera administrativa.

É certo que o julgador não está adstrito à conclusão contida no laudo pericial, mas a simples leitura do mesmo demonstra que a r. Perito não buscou comprovar o suposto agravamento da lesão, somente limitando-se a responder os quesitos apresentados de maneira simplista e sem qualquer fundamentação.

Pelo exposto, a parte ré impugna o laudo pericial produzido, requerendo que seja afastada a conclusão pericial, devendo ser levado em consideração o conjunto fático-probatório dos autos, sobretudo os documentos médicos acostados na exordial, que demonstram a ausência de agravamento da lesão capaz de gerar complementação indenizatória, sendo os pedidos autorais julgados improcedentes.

Outrossim, na hipótese de condenação, salienta a ré que o valor indenizatório deverá respeitar a tabela inserida na Lei 11.945/09, devendo ainda ser observado o pagamento administrativo realizado na monta de R\$ 2.700,00 (dois mil e setecentos reais).

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

SERRA TALHADA, 16 de janeiro de 2020.

JOÃO BARBOSA
OAB/PE 4246

ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELO JUNIOR
30225 - OAB/PE

Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020
www.joaobarbosaadvass.com.br





Número: **0000677-96.2019.8.17.3370**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **1ª Vara Cível da Comarca de Serra Talhada**

Última distribuição : **17/04/2019**

Valor da causa: **R\$ 13.500,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
FABIO VALENTINO DE SOUZA SANTANA (AUTOR)		HAROLDO MAGALHAES DE CARVALHO (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (RÉU)		RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO)	
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
56674 161	20/01/2020 16:08	ANEXO 1	Outros (Documento)



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/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ 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 COAF².

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

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 nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Romana de M. S. Cavalcante inscrito (a) no CPF sob o Nº 051.394.714 / 25
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Fabio Valentino de Souza Santana inscrito
(a) no CPF sob o Nº 702.090.834 / 92 do sinistro de DPVAT cobertura Invalida da Vítima
Fabio Valentino de Souza Santana inscrito (a) no CPF sob o Nº 702.090.834 / 92, conforme
determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: Recurso Renda: Recurso 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>Rua Francisco Olayo</u>		Número <u>110</u>	Complemento <u>casa</u>
Bairro <u>IPSEP</u>	Cidade <u>Serra Talhada</u>	Estado <u>PE</u>	CEP <u>56912-130</u>
Email		Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD)

S. Talhada 25 de Janeiro de 2018
Local e Data

Romana de M. S. Cavalcante
Assinatura do Declarante



Declaração Circular SUSEP 445/12



DLDR.L001 V001/2017



Declaração do proprietário do veículo



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Cícero Gleidson Caboclo

RG nº 8.387.351, data de expedição 13/11/2013

Órgão SDS/PE, portador do CPF nº 080.601.794-54 com domicílio na cidade de Serra Talhada, no Estado de PE, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

Rua Tereza de Mota, nº 01,

complemento Cama, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima Fabio Valentino de Sousa

Santana cujo o condutor era Cícero Gleidson Caboclo.

Veículo: PAS / MOTOCICLETA

Modelo: HONDA / CG 150 TITAN MIX RS

Ano: 2009 / 2009

Placa: KL FG 799

Chassi: 9C2KC16109R043404

Data do Acidente: 30/09/2017

Local e Data: S. Talhada, 06/12/17

X Cícero Gleidson Caboclo
Assinatura do Declarante

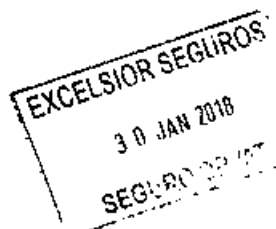


Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE SERRA TALHADA
Titular: REGINALDO AMARAL DA SILVA
Telefone: (47) 38311-924

Reconheço a Firma por Autenticidade de CÍCERO GLEIDSON CABOCLLO. Dou Fé. Serra Talhada - PE, Em Teste da verdade. () Reginaldo Amaral da Silva, Titular. () Maria Lúcia de Sousa, Substituta. R\$ 0,30. TGNR - R\$ 0,78. PERC - R\$ 0,39. ISS - R\$ 0,19.

Selo: 0074872.J2H01201601.04399 25/01/2018 11:31:34
Consulte Autenticidade em www.tjpe.jus.br/selodigital





HOSPITAL RE... AGAMENON MAGALHÃES
Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
Serra Talhada - FUSAM / SUS / PE

BOLETIM DE EMERGÊNCIA

13:43 Nº 65

Data e Hora: 30-09-17	Data Nasc.: 30/09/92
Nome: Fabio Valentim de Sousa Santana	
Mãe: My Froneide de Souza Santana	
Profissão: Pedreiro	Sexo: M Estado Civil: Solteiro Escolaridade:
Responsável: genitora	
End. do Paciente: Rua Um 972	
Bairro: Bom Jesus	Município: Serra Talhada/PE Fone: 9657 8003
Cartão SUS:	Doc. Identidade: 176.284
Raça/Cor: ☐ Preto ☐ Parda ☐ Amarelo ☐ Indígena	

Pressão Arterial:	Pulso:	Temperatura:	Peso:
-------------------	--------	--------------	-------

História e Exame Físico:

Paciente alcoolizado, com febre, náuseas e vômitos. TCE e hemograma em fase aguda, com leucopenia e plaquetas baixas. RAC: REG, híst. Depressão, uso de álcool, desnutrição. Abd: Depressão plástica, sem dor à palpação. Exame físico: PA: 90x60 mmHg, FC: 100 bpm.

Tratamento:

- Analgesia Neurológica
- SRL 1500 ml. de 3°
- Voltare 1g IM

Paulo Cesar Faria
Enfermeiro Emergência
COREN-PE 236-842

Atenção odontológica.

DO EXAME FÍSICO FOI OBSERVADO: PAU DE FANTASMA DO ANCO CILINDRICO, SEM MUDANÇA DE POSIÇÃO E PARADO LATERAL DO SEIO ESQUERDO. AVALIAÇÃO: 5267673

Dr. Paulo Cordeiro
CRM-PE 7921

Impressão Diagnóstica:

Destino do Paciente: Residência ☐ Internado ☐ Transferido ☐

Removido para Hospital

Óbito às

Chs do dia

Dr. Raimery Machado

Médico - Cirurgião Geral

CREMEDE: 22566

CREMECE: 17637

Médico - Carimbo

EXCELSIOR SEGUROS



FICHA DE OBSERVAÇÃO MÉDICA

Paciente: **Fabio Valantino** DATA: **13/05/2013** HORA: **14h**
 Idade: **45 anos**
 Sexo: **M**
 Estado Civil: **casado**
 Profissão: **professor**
 Endereço: **Rua ...**
 CID: **...**
 Diagnóstico: **...**
 Tratamento: **...**
 Hipótese Diagnóstica: **...**

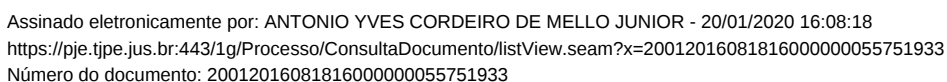
HIPÓTESE DIAGNÓSTICA

30/09/12 ~~NR~~

AM: 22h. Paciente vítima de acidente de moto no asfalto em via pública de São Paulo, apresentando lesões extensas na cabeça e no tronco. Exame Neurológico: FCC

Exames Solicitados em região frontal saturado, localizando os
fórmulas dolorosas com HSE, pedras soltas, sem Aro,
6CS = 09, isocôico, sem imobilização cervical.

PRESCRIÇÃO MÉDICA CT de Grams.

[illegible]

Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



FICHA DE ESCLARECIMENTO

Nº Atendimento: 843199

Nome: Felipe Valente de Saia

Foi atendido às 16:22 hs. do dia 01/10/2017

Diagnóstico Provável: Paciente vítima de acidente eletroeletrico com eletrocardiograma anormal

* Paciente necessita de 30 dias de repouso domiciliar

Tratamento Realizado: tratamento ambulatorial

Observação: Receberá os medicamentos SNE de quimioterapia de 13 dias (precisa ser monitorado)

Cópia de: alta SNE dia 02-10-17

DR. KAYANE NEVES
Médico(a) Responsável

ATENÇÃO: Este documento destina-se a comprovação de atendimento hospitalar ambulatorial para INSS, Empresas, Escolas, Ministério do Trabalho. Continuidade do tratamento ambulatorial, segundo a recomendação Nº 04/2002 do Ministério Público do Estado de Pernambuco.

EXCELSIOR SEGURO

30 JAN 2018

SEG-01

Cód. 0157



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



FICHA DE ESCLARECIMENTO

Nº Atendimento : _____

Nome : EDILIO VALENTIM DA SILVA BARBOSA

Foi atendido às _____ hs. do dia 01 / 20 / 11

Diagnóstico Provável : TCT 1801

CONCURSO UNIFORME

HA R

elo 190

Tratamento Realizado : Exame físico e radiológico
em RA 20 m radiológico

Atendimento em Ambulatório Unificado
em S-A 2011

Observação : Do diagnóstico N/A 01/11

Cópia de : 2452 B 1

Médico - CRM Nº _____

EXCELSIOR SEGUROS

30 JAN 2018

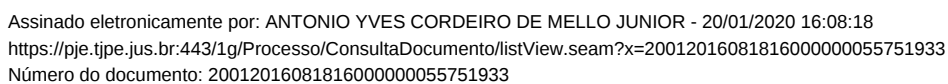
SEGUROS

ATENÇÃO : Este documento destina-se a comprovação de atendimento hospitalar ou ambulatorial para INSS, Empresas, Escolas, Ministério do Trabalho, Continuidade do tratamento ambulatorial, segundo a recomendação Nº 04/2002 do Ministério Público do Estado de Pernambuco.

Cód. 0157



EXCELSIOR SEGUROS
30 JAN 2018
SEGUROS





Dra. Andreia Diniz
ORTODONTICA -
CLINICA MEDICA - TRATAMENTO DE DOR CRÔNICA

Dr. Carlos Kennedy
NEUROLOGIA - NEUROFISIOLOGIA

Dr. Eberone A. Silva
ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA -
CIRURGIA DO JOELHO - USO MUSCULOESQUELETICO

Dra. Martha Arruda
GINECOLOGIA - OBSTETRICA -
CIRURGIA - GINECOLOGIA ONCOLOGICA

Dr. Adelson Feitosa
MEDICINA ORTODONTICA -
USO DO CONTROLE DE OCLUSÃO

Dra. Ana Carolina Sampaio
FONOAUDIOLOGIA - FISIOTERAPIA ORFOTICA -
FISIOTERAPIA DE SAUDE COGNITIVA

Dr. Antônio Melo
CLINICA MEDICA - CARDIOLOGIA -
ECOCARDIOGRAFIA

Dr. Jailson José
REUMATOLOGIA

Dra. Danielly Duarte
GINECOLOGIA - OBSTETRICA -
USO GINECOLOGIA E OBSTETRICA -
MEDICINA FETAL

Documentação médica - hospitalar



FABIO VALENTINO DE SOUZA SANTANA

RELATORIO MEDICO

TRAUMA CRANIO-ENCEFALICO EM ACIDENTE MOTOCICLETA .
TOMOGRAFIA COM SINAIS DE HSA E FRATURA DE ZIGOMATICO .
REALIZADO TRATAMENTO CONSERVADOR E ACOMPANHAMENTO
AMBULATORIAL
APRESENTA HISTORIA DE TONTURAS .
CEFALEIA
ALTA MEDICA JANEIRO 2018

SERRA TALHADA 26-04-2018

DR. EBERONE SILVA 15.122
CEM/PE: (87) 9.9916-0112



Rua Joaquim Godoy, 393 - Centro - 56.912-450 - Serra Talhada - PE
Fone: (87) 3831-8446 (87) 99916-0112 - e-mail: cem_st@hotmail.com



[illegible][illegible]

EXCELSIOR SEC
30 JAN 2018
SECRET



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180082157 **Cidade:** Serra Talhada **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FABIO VALENTINO DE SOUZA **Data do acidente:** 30/09/2017 **Seguradora:** ARUANA SEGUROS S/A
SANTANA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 08/03/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMA CRANIOFACIAL

Resultados terapêuticos: DEPENDE DE PERÍCIA MÉDICA

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: DOCUMENTAÇÃO EM ANEXO INSUFICIENTE PARA VALORAÇÃO SEGURA

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

PRESTADOR

AMORIM E MATTOS SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS LT

Nome do médico: DORIAN BRAGA SARAIVA

CRM do médico: 52.32571-1

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

Dorian Braga Saraiva



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180082157 **Cidade:** Serra Talhada **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FABIO VALENTINO DE SOUZA **Data do acidente:** 30/09/2017 **Seguradora:** ARUANA SEGUROS S/A
SANTANA

PARECER

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIO ENCEFÁLICO
FRATURA DE ARCO ZIGOMÁTICO ESQUERDO

Descrição do exame médico pericial: APRESENTA DISCRETO ABAIXAMENTO AO NÍVEL DO ARCO ZIGOMÁTICO ESQUERDO

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR
PACIENTE EVOLUIU SEM SEQUELAS MOTORAS. APRESENTA DISCRETA DEFORMIDADE EM HEMIFACE ESQUERDA SEM COMPLICAÇÕES

Sequelae permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL RESIDUAL DE ESTRUTURAS CRÂNIO FACIAIS.

Sequelae: Com sequela

Data da perícia: 10/03/2018

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Andre Gustavo Ferreira de Souza

CRM do médico: 19340

UF do CRM do médico: PE

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 cranio-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

PRESTADOR

SAUDESEG SISTEMAS DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: LEONARDO NEVE

CRM do médico: 17742

UF do CRM do médico: PE

Assinatura do médico:



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180082157 **Cidade:** Serra Talhada **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FABIO VALENTINO DE SOUZA SANTANA **Data do acidente:** 30/09/2017 **Seguradora:** ARUANA SEGUROS S/A

PARECER

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO E FRATURA DE FACE (ZIGOMÁTICO ESQUERDO)..

Descrição do exame médico pericial: SINAL DE ROMBERG SENSIBILIZADO POSITIVO, DÉFICIT DE MEMÓRIA RECENTE; DISCRETO INFRADESNIVELAMENTO EM HEMIFACE ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: HOUE CONSOLIDAÇÃO DE FRATURA DE FACE COM DISCRETO DESNIVELAMENTO.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU RESIDUAL DO(A) LESÕES DE ÓRGÃOS E ESTRUTURAS CRÂNIO-FACIAIS E LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU RESIDUAL DO(A) LESÕES NEUROLÓGICAS QUE CURSEM COM IMPEDIMENTO DO LIVRE DESLOCAMENTO CORPORAL

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 17/05/2018

Conduta mantida: Não

Observações: VITIMA JÁ INDENIZADA A CONTEÚTO POR DANO RESIDUAL DE ESTRUTURAS CRÂNIO FACIAIS.

Médico examinador: Emanuel de Barros e Silva

CRM do médico: 18229

UF do CRM do médico: BA

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 neurológicas que cursem com impedimento do senso de orientação espacial e/ou do livre deslocamento corporal	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
Total			10 %	R\$ 1.350,00

PRESTADOR

SAUDESEG SISTEMAS DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: GALDINO LEONARDO

CRM do médico: 17727

UF do CRM do médico: PE

Assinatura do médico:



Procuração

Pelo presente instrumento particular de procuração, o outorgante abaixo qualificado confere ao outorgado, também qualificado, os poderes abaixo transcritos:

1. Outorgante Fábio Valentino de Souza Santana
portador(a) do documento de identidade nº 9.176.284, expedido por SDS/PE, em
23/02/2011 inscrito no CPF sob o nº 702.090.834-92, residente na
Rua Cap Manoel Inácio de Medeiros, nº 972
complemento Casa, Bairro Alto Bom Jesus, cidade
Serra Talhada, Estado PE.

2. Outorgado Rosana de Menezes Silva Cavalcante
portador(a) do documento de identidade nº 6.870.802, expedido por SDS-PE, em
29/05/2001 inscrito no CPF sob o nº 051.394.744-25, residente na
Rua Francisco Olavo, nº 110
complemento Casa, Bairro IPSEP, cidade
Serra Talhada, Estado PE.

Amplios poderes para praticar todos os atos administrativos e judiciais que se fizerem necessários na movimentação e conclusão dos processos novos e complementares do Seguro Obrigatório - DPVAT, e especialmente para preenchimento e assinatura do FORMULÁRIO DE AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO.

S. Talhada, 06 de dezembro 2017.

Outorgante

Fábio Valentino de Souza Santana



CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE SERRA TALHADA
TITULAR: REGINALDO ANÍSIO DA SILVA
CPF: 167.033.334-20
Telefone: (84) 35311-924

Reconheço a firma por Autenticidade de FÁBIO VALENTINO DE SOUZA SANTANA, Dou. ES, Serra Talhada - PE, Em Teste () da Verdade () Reginaldo Anísio da Silva - Titular () Maria Lúcia de Sousa - Substituta/Empl. - R\$ 3,30 - ISNR - R\$ 0,78 - FERC - R\$ 0,30 - 125 - Ano

Selo 0074872.UYU01201801.04400.25/01/2018 11:31:34
Consulta autenticidade em www.tjpe.jus.br/selodigital

Maria Lúcia de Sousa
CPF: 167.033.334-20

Procuração



Procuração

Pelo presente instrumento particular de procuração, o outorgante abaixo qualificado confere ao outorgado, também qualificado, os poderes abaixo transcritos:

1. Outorgante Fábio Valentino de Souza Santana
portador(a) do documento de identidade nº 9.176.284, expedido por SDS/PE, em
23/02/2011 inscrito no CPF sob o nº 702.090.834-92, residente na
Rua Cap Manoel Inácio de Medeiros, nº 972
complemento Casa, Bairro Alto Bom Jesus, cidade
Serra Talhada, Estado PE.

2. Outorgado Rosana de Menezes Silva Cavalcante
portador(a) do documento de identidade nº 6.870.802, expedido por SDS-PE, em
29/05/2001 inscrito no CPF sob o nº 051.394.744-25, residente na
Rua Francisco Olavo, nº 110
complemento Casa, Bairro IPSEP, cidade
Serra Talhada, Estado PE.

Amplios poderes para praticar todos os atos administrativos e judiciais que se fizerem necessários na movimentação e conclusão dos processos novos e complementares do Seguro Obrigatório - DPVAT, e especialmente para preenchimento e assinatura do FORMULÁRIO DE AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO.

S. Talhada, 06 de dezembro 2017.

Outorgante

Fábio Valentino de Souza Santana



CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE SERRA TALHADA
TITULAR: REGINALDO ANÍSIO DA SILVA
CPF: 167.033.20
Telefone: (84) 35311-924

Reconheço a firma por Autenticidade de FABIO VALENTINO DE SOUZA SANTANA, Dou. ES. Serra Talhada - PE, Em Teste () da Verdade () Reginaldo Anísio da Silva - Titular () Maria Lúcia de Sousa - Substituta/Empl. - R\$ 3,30 - ISNR - R\$ 0,78 - FERC - R\$ 0,30 - 125 - Ano

Selo 0074872.UYU01201801.04400.25/01/2018 11:31:34
Consulta autenticidade em www.tjpe.jus.br/selodigital

Maria Lúcia de Sousa
CPF: 167.033.20

Procuração



SEGUR



Rio de Janeiro, 22 de Fevereiro de 2018

Aos Cuidados de: **FABIO VALENTINO DE SOUZA SANTANA**

Nº Sinistro: **3180082157**

Vitima: **FABIO VALENTINO DE SOUZA SANTANA**

Data do Acidente: **30/09/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **ROSANA DE MENEZES SILVA CAVALCANTE**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180082157**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

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

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 12414647

Pag. 01621/01622 - carta_01 - INVALIDEZ



00020811



Rio de Janeiro, 22 de Fevereiro de 2018

Aos Cuidados de: **FABIO VALENTINO DE SOUZA SANTANA**

Nº Sinistro: **3180082157**

Vítima: **FABIO VALENTINO DE SOUZA SANTANA**

Data do Acidente: **30/09/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **ROSANA DE MENEZES SILVA CAVALCANTE**

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180082157**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Comprovante de residência não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **CIA EXCELSIOR DE SEGUROS**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00731/00732 - carta_03 - INVALIDEZ



Carta nº 12416770



Rio de Janeiro, 08 de Março de 2018

Aos Cuidados de: **FABIO VALENTINO DE SOUZA SANTANA**

Sinistro: **3180082157**
Vítima: **FABIO VALENTINO DE SOUZA SANTANA**
Data do Acidente: **30/09/2017**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **ROSANA DE MENEZES SILVA CAVALCANTE**

Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o número **3180082157** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00379/00380 - carta_02 - INVALIDEZ



Carta nº 12484570



Rio de Janeiro, 22 de Março de 2018

Carta nº: 12554210

A/C: FABIO VALENTINO DE SOUZA SANTANA

Nº Sinistro: 3180082157
Vitima: FABIO VALENTINO DE SOUZA SANTANA
Data do Acidente: 30/09/2017
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: ROSANA DE MENEZES SILVA CAVALCANTE

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: FABIO VALENTINO DE SOUZA SANTANA

Valor: R\$ 1.350,00

Banco: 104

Agência: 000000914

Conta: 0000056083-0

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

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
---	-----	----------

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 01161/01162 - carta_15R - INVALIDEZ

00020581



Rio de Janeiro, 31 de Maio de 2018

Carta nº: 12895178

A/C: FABIO VALENTINO DE SOUZA SANTANA

Nº Sinistro: 3180082157
Vitima: FABIO VALENTINO DE SOUZA SANTANA
Data do Acidente: 30/09/2017
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: ROSANA DE MENEZES SILVA CAVALCANTE

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: FABIO VALENTINO DE SOUZA SANTANA

Valor: R\$ 1.350,00

Banco: 104

Agência: 000000914

Conta: 0000056083-0

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

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

Dano Pessoal: Lesões neurológicas que cursem com impedimento do senso de orientação espacial e/ou do livre deslocamento corporal 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
---	-----	----------

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00795/00796 - carta_15R - INVALIDEZ

00030398



Autorização de pagamento



AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - 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 PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 - "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

Nome completo da vítima

702.090.834-92

Fabio Valentino de Souza Santana

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo Fabio Valentino de Souza Santana		CPF titular da conta 702.090.834-92	Profissão agricultor
Endereço Rua Cap Manoel Inacio de Medeiros		Número 972	Complemento Casa
Bairro Alto Bom Jesus	Cidade Serra Talhada	Estado PE	CEP 55906-430
Email		Telefone (DDD) 18719634-4907	

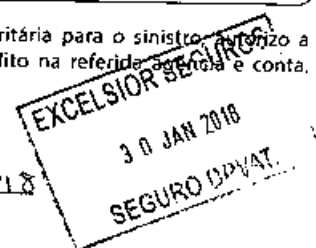
Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

☒ RECUSO INFORMAR	☐ SEM RENDA	☐ ATÉ R\$ 1.000,00	☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00	
☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ GRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAU (341) ☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)		☐ CONTA CORRENTE (todos os bancos)	
AGÊNCIA NRO. 0914	DIV. []	CONTA NRO. 56083	DIV. []
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Lider a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

S. Talhada, 25 de janeiro de 2018
Local e Data



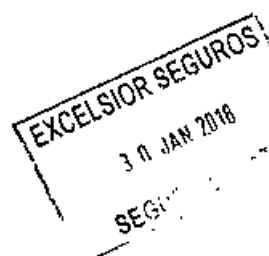
X Fabio Valentino de Souza Santana

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPPF.001 V001/2017







**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: 3180082157
Nome do(a) Examinado(a): Fabio Valentino de Souza Santana
Endereço do(a) Examinado(a): Rua Manoel Inacio de Medeiros, 972 Casa
Bom Jesus Serra Talhada PE CEP: 56906-430
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SDS / PE] 9176284
Data local do acidente: [30/09/2017]
Data local do exame: [10/03/2018] Serra Talhada [PE]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:
**TRAUMATISMO CRANIO ENCEFÁLICO
FRATURA DE ARCO ZIGOMÁTICO ESQUERDO**
- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.
**Tratamento: TRATAMENTO CONSERVADOR
Complicações: SEM COMPLICAÇÕES
Data da Alta: 02/10/2017**
- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:
APRESENTA DISCRETO ABAIXAMENTO AO NÍVEL DO ARCO ZIGOMÁTICO ESQUERDO
- IV. Nexos 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:
DEFORMIDADE EM HEMIFACE ESQUERDA
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 (*).
- | | |
|--|---|
| () "Vítima em tratamento"
<i>Esta avaliação médica deve ser repetida em dias</i> | () "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> |
|--|---|
- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.
- | | |
|--|---|
| Região Corporal (Sequela):
LESÕES DE ÓRGÃOS E ESTRUTURAS CRÂNIO-FACIAIS
% do dano: (X) 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo | Região Corporal (Sequela):
% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo |
| Região Corporal (Sequela):
% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo | Região Corporal (Sequela):
% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo |
- VIII. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

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


Dr. André Gustavo F. Souza
- Médico -
CRM-PE 19340/CRM-PB 8607



**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: 3180082157
Nome do(a) Examinado(a): Fabio Valentino de Souza Santana
Endereço do(a) Examinado(a): Rua Manoel Inacio de Medeiros, 972 Casa
Bom Jesus Serra Talhada PE CEP: 56906-430
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SDS / PE] 9176284
Data local do acidente: [30/09/2017]
Data local do exame: [10/03/2018] Serra Talhada [PE]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:
**TRAUMATISMO CRANIO ENCEFÁLICO
FRATURA DE ARCO ZIGOMÁTICO ESQUERDO**
- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.
**Tratamento: TRATAMENTO CONSERVADOR
Complicações: SEM COMPLICAÇÕES
Data da Alta: 02/10/2017**
- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:
APRESENTA DISCRETO ABAIXAMENTO AO NÍVEL DO ARCO ZIGOMÁTICO ESQUERDO
- IV. Nexos 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:
DEFORMIDADE EM HEMIFACE ESQUERDA
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 (*).
- | | |
|--|---|
| () "Vítima em tratamento"
<i>Esta avaliação médica deve ser repetida em dias</i> | () "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> |
|--|---|
- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.
- | | |
|--|---|
| Região Corporal (Sequela):
LESÕES DE ÓRGÃOS E ESTRUTURAS CRÂNIO-FACIAIS
% do dano: (X) 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo | Região Corporal (Sequela):
% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo |
| Região Corporal (Sequela):
% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo | Região Corporal (Sequela):
% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo |
- VIII. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

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


Dr. André Gustavo F. Souza
- Médico -
CRM-PE 19340/CRM-PB 8607



**Lauda 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: 3180082157
Nome do(a) Examinado(a): Fabio Valentino de Souza Santana
Endereço do(a) Examinado(a): Rua Manoel Inacio de Medeiros, 972 Casa
Bom Jesus Serra Talhada PE CEP: 56906-430
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SDS / PE] 9176284
Data local do acidente: [30/09/2017]
Data local do exame: [17/05/2018] Petrolândia [PE]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:
TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO E FRATURA DE FACE (ZIGOMÁTICO ESQUERO)..
- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.
Tratamento: REALIZADO TRATAMENTO CONSERVADOR.
Complicações: NÃO HÁ RELATOS.
Data da Alta: 23/04/2011
- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:
SINAL DE ROMBERG SENSIBILIZADO POSITIVO, DÉFICIT DE MEMÓRIA RECENTE; DISCRETO INFRADENIVELAMENTO EM HEMIFACE ESQUERDA.
- IV. Nexa de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?
(X) Sim () Não
- V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)
(X) Sim () Não
- VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:
DISTÚRBO DE MEMÓRIA E DE EQUILÍBRIO E DEFORMIDADE EM HEMIFACE.
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 (*).
- | | |
|--|---|
| () "Vítima em tratamento"
<i>Esta avaliação médica deve ser repetida em dias</i> | () "Sem sequela permanente"
<i>(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)</i> |
|--|---|
- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.
- | | |
|---|--|
| Região Corporal (Sequela):
LESÕES DE ÓRGÃOS E ESTRUTURAS CRÂNIO-FACIAIS | Região Corporal (Sequela):
LESÕES NEUROLÓGICAS QUE CURSEM COM IMPEDIMENTO DO LIVRE DESLOCAMENTO CORPORAL |
| % do dano: (X) 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo | % do dano: (X) 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo |
| Região Corporal (Sequela): | Região Corporal (Sequela): |
| % do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo | % do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo |
- VIII. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

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


Dr. Emanuel de Barros e Silva
CPF - 025.757.634-79
CRM/BA - 18229



**Lauda 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: 3180082157
Nome do(a) Examinado(a): Fabio Valentino de Souza Santana
Endereço do(a) Examinado(a): Rua Manoel Inacio de Medeiros, 972 Casa
Bom Jesus Serra Talhada PE CEP: 56906-430
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SDS / PE] 9176284
Data local do acidente: [30/09/2017]
Data local do exame: [17/05/2018] Petrolândia [PE]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:
TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO E FRATURA DE FACE (ZIGOMÁTICO ESQUERO)..
- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.
Tratamento: REALIZADO TRATAMENTO CONSERVADOR.
Complicações: NÃO HÁ RELATOS.
Data da Alta: 23/04/2011
- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:
SINAL DE ROMBERG SENSIBILIZADO POSITIVO, DÉFICIT DE MEMÓRIA RECENTE; DISCRETO INFRADESNIVELAMENTO EM HEMIFACE ESQUERDA.
- IV. Nexa de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?
(X) Sim () Não
- V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)
(X) Sim () Não
- VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:
DISTÚRBO DE MEMÓRIA E DE EQUILÍBRIO E DEFORMIDADE EM HEMIFACE.
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 (*).
- | | |
|--|---|
| () "Vítima em tratamento"
<i>Esta avaliação médica deve ser repetida em dias</i> | () "Sem sequela permanente"
<i>(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)</i> |
|--|---|
- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.
- | | |
|---|--|
| Região Corporal (Sequela):
LESÕES DE ÓRGÃOS E ESTRUTURAS CRÂNIO-FACIAIS | Região Corporal (Sequela):
LESÕES NEUROLÓGICAS QUE CURSEM COM IMPEDIMENTO DO LIVRE DESLOCAMENTO CORPORAL |
| % do dano: (X) 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo | % do dano: (X) 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo |
| Região Corporal (Sequela): | Região Corporal (Sequela): |
| % do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo | % do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo |
- VIII. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

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


Dr. Emanuel de Barros e Silva
CPF - 025.757.634-79
CRM/BA - 18229



13/11/2017

Boletim de Ocorrência



Boletim de ocorrência



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLICIA DA 177ª CIRCUNSCRIÇÃO - SERRA TALHADA - DP177ªCIRC
DINTER2/21ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 17E0267004081

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 13/11/2017 às 20:58

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia 30/9/2017 às 13:30

Fato ocorrido no endereço: **RODOVIA BR-232, 1 - Bairro: CENTRO - SERRA TALHADA/PERNAMBUCO/BRASIL** - Ponto de Referência: **ENTRADA DE BERNARDO VIEIRA**
Local do Fato: **RODOVIA FEDERAL / BR-232**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

NAO SE APLICA (AUTOR / AGENTE)
CICERO GLEIDSON CABOCLO (NOTICIANTE)
FABIO VALENTINO DE SOUZA SANTANA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse de **CICERO GLEIDSON CABOCLO**

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

CICERO GLEIDSON CABOCLO (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: CARMEN SILVA CABOCLO Pai: VALDOMIRO JOSE CABOCLO Data de Nascimento: 24/4/1984 Naturalidade: SERRA TALHADA/PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 8387381/SDS/PE (RG), 08060179454 (CPF), 04726197586 (CNPJ) Estado Civil: AMASIADO(A) Escolaridade: 2º. GRAU COMPLETO Profissão: MOTOTAXISTA Telefones Celulares: -87996541418

Endereço Residencial: **RUA TREZE DE MAIO, 1 - CEP: 0 - Bairro: CENTRO - SERRA TALHADA/PERNAMBUCO/BRASIL**

FABIO VALENTINO DE SOUZA SANTANA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: MARIA IVONEIDE DE SOUZA SANTANA Pai: FRANCISCO VALENTINO E SANTANA Data de Nascimento: 20/9/1992 Naturalidade: SERRA TALHADA / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 9176284/SDS/PE (RG), 70209083492 (CPF) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 1º. GRAU INCOMPLETO Profissão: OUTRAS PROFISSOES Telefones Celulares: -87996688717

Residência: **RUA UM, Nº972, ALTO BOM JESUS - SERRA TALHADA/PERNAMBUCO/BRASIL Próximo a: MUNICIPIO DE SERRA TALHADA, 972 - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - SERRA TALHADA/PERNAMBUCO/BRASIL**

NAO SE APLICA (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): **CICERO GLEIDSON CABOCLO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **CICERO GLEIDSON CABOCLO**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 150** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **1 (UNIDADE)**

13/11/2017

Boletim de Ocorrência

Placa: **KLF6799** (PERNAMBUCO/SERRA TALHADA) Renavam: **166250554** Chassi: **9C2KC16109R043404**
Ano Fabricação/Modelo: **2009/2009** Combustível: **ALCO/GASOL**

Complemento / Observação

COMPARECEU A ESTA DELEGACIA O SR. CICERO GLEIDSON CABOCLO, PARA COMUNICAR QUE CONDUZIA A MOTOCICLETA EM TELA PELA RODOVIA BR-232 NO SENTIDO SERRA TALHADA-PE / SALGUEIRO, LEVANDO EM SUA CARUPA A VITIMA FABIO VALENTINO DE SOUZA SANTANA, QUANDO NA, IMEDIAÇÕES DA ENTRADA DE BERNARDO VIEIRA AO BATER EM UMA PEDRA, VEIO A PERDER O CONTROLE E CAIR JUNTAMENTE COM A VITIMA, SENDO A VITIMA SOCORRIDA POR POPULARES PARA O HOSPAM, ONDE RECEBEU ATENDIMENTO MEDICO COM DR. RANIERY MACHADO (BOLETIM DE EMERGENCIA N°65)

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

CICERO GLEIDSON CABOCLO
(NOTICIANTE)

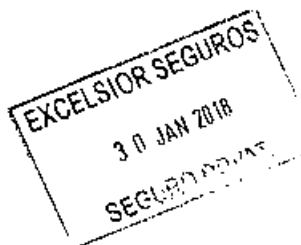
x Cicero Gleidson Caboclo

FABIO VALENTINO DE SOUZA SANTANA
(VITIMA)

x Fabio Valentin de Souza Santana

Alexandre B. Santos
B.O. registrado por: **ALEXANDRE BITTENCOURT SANTOS** - Matrícula: **272.710-2**

Imprimir



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos - O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador - Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

Fábio Valentim de Souza Santos

CPF da Vítima

702.090.834-92

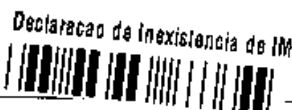
Data do Acidente

30/09/2017

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

Email



CPF do Representante legal

Telefone (DDD)

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:

Assinalar uma das opções abaixo:

- ☒ Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- ☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- ☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido.

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

EXCELSIOR SEGUROS
30 JAN 2018
SEGURO DPVAT

S. Talhacila 25 de janeiro de 2018
Local e Data

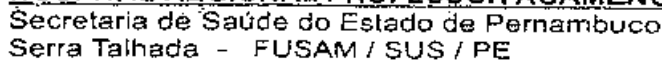
X Fábio Valentim de Souza Santos

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DALI.001 V001/2017





65-12

Pressão Arterial:	Pulso:	Temperatura:	Peso:
-------------------	--------	--------------	-------

Para a alcoolização, o vidro deve ser lavado com TCE e homogêneo e por ele, não se lava frontal.

Abol: Degrèvement de la place, sur la 2^e et 3^e en premier
bravo. CHASSON 14. PA: 90x60. 14. FC 14

Documento: *Analogos Kemelag, 5*
SR 1500-1.2 *20* *30*
Volcan 1000 IM.

Paulo Cesar Faria
Enfermeiro Emergência
COREN-PE 236-842

Analiza de caracteristici

[illegible]

EXCELSIOR SECURES

Dr. Angelo Corbelli
CRJ-7E 7921

Removido para Hospital

Médico - Carimbo e CRM:

CREMERE: 72566
CREMERE: 17637



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:	16/03/2018
------------------------	------------

NUMERO DO DOCUMENTO:

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

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: FABIO VALENTINO DE SOUZA SANTANA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00914

CONTA: 000000056083-0

Nr. da Autenticação 07286CDE6FDCEDF0



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:	25/05/2018
------------------------	------------

NUMERO DO DOCUMENTO:

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

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: FABIO VALENTINO DE SOUZA SANTANA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00914

CONTA: 000000056083-0

Nr. da Autenticação 39CF17AD451971B0



Comprovante de residencia



Tarifa Social de Energia Elétrica Criada pela Lei 10.408, de 2004
 Companhia Energética de Pernambuco
 Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife, Pernambuco - CEP 50050-902
 CNPJ 15.815.925/0001-43 | Insc. Est. 000542-93 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE
 FRANCISCO VALENTE DE SANTANA

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
 RUA CAP. MARCEL INACIO DE MEDEIROS
 872

CPF 594 150 614-72

ALTO DOM JESUS SERRA TALHADA
 SERRA TALHADA PE
 56800-430

CLASSIFICAÇÃO
 01 R.
 RESIDÊNCIA
 Monofase

CONDIÇÃO DE PAGAMENTO
 000320701 | UNICA | 04/04/2017
 DATA DE VENCIMENTO
 04/04/2017 | 2000011055 | 2000000

CONDIÇÃO DE PAGAMENTO
 0222405028 | 04/2017
 DATA DE VENCIMENTO
 11/04/2017 | 04/05/2017
 TOTAL A PAGAR
 50,66

Consumo Ativo (kWh)	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo (kWh)	76,000000	0,68092518	44,63
ACRESCIMO R. Energia Acelerada			1,78
ACRESCIMO R. Energia Acelerada			0,44
ICMS Substituição CDB-AF 000710399-05/01/17			1,04
ICMS Substituição CDB-AF 00082988-05/02/17			0,89
PRO-CRENS A-09/11/17-BNCC 2900 031 8989			0,87
			0,98

Nº DO MÊS	Tipo da Fatura	Anterior	Atual	Nº DE DIAS	CONSUMO	ADJUST	CONSUMO Faturado
12	12	01-01-2017	12-01-2017	12	12	12	12

Item	Descrição	Valor	Valor	Valor	Valor	Valor	Valor
12	12	12	12	12	12	12	12

4/04/2017 10:04:08 PM 4/04/2017 10:04:08 PM

EXCELSIOR SEGUROS
 30 JAN 2018
 SEGURO

Item	Descrição	Valor	Valor	Valor	Valor	Valor	Valor
12	12	12	12	12	12	12	12



Tarifa Social de Energia Elétrica Criada pela Lei 10.095, de 26/04/01

Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife, Pernambuco - CEP 50090-002
CPF 10.835.032/0001-01 | Ins. Est. 0008943-03 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE
MARGARIDA ALVES CAVALCANTE

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA FRANCISCO OLAVO 110

CPF: 368.710.384-15

IPSEP/SERRA TALHADA
SERRA TALHADA PE
56912-150

CLASSIFICAÇÃO
B1 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL
Monofase

003304538 UNICA 20/08/2017
29/09/2017 7000136726 3872821

213,68

CONSUMO (KWH)	DEBITO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo (KWH)	279.0000000	0,01319072
Adiantamento Bandeira AMARELA		185,38
Adiantamento Bandeira VERMELHA		5,74
Contribuição Iluminação Pública		2,07
ICMS Subvenção CDE-NF 002147188-18/07/17		7,80
Multa por atraso NF 007527122-22/08/17		1,42
Multa por atraso NF 007147188-18/07/17		2,27
Juros por atraso NF 007147188-18/07/17		3,83
Juros por atraso NF 007527122-22/08/17		1,92
Alcance NF 007527122-22/08/17		1,18
PRO-CRANVIA (0913412-8280 0800 001 8900)		0,10
		0,06

TOTAL DA FATURA 213,68

Nº DE	TIPO DA	DATA	ANTERIOR	LEITURA	DATA	ATUAL	Nº DE	CONSUMO	ALANTE	OCCORRÊNCIA (KWH)
003304538	CLT	15-08-2017	13-08-2017	13-08-2017	13-08-2017	13-08-2017	29	1,0000		279,00

CONSUMO (KWH)	VALOR (R\$)	CONSUMO (KWH)	VALOR (R\$)
003304538	185,38	003304538	185,38
003304538	5,74	003304538	5,74
003304538	2,07	003304538	2,07
003304538	7,80	003304538	7,80
003304538	1,42	003304538	1,42
003304538	2,27	003304538	2,27
003304538	3,83	003304538	3,83
003304538	1,92	003304538	1,92
003304538	1,18	003304538	1,18
003304538	0,10	003304538	0,10
003304538	0,06	003304538	0,06

EXCELSIOR SEGUROS
30 JAN 2018
SEGURANÇA

124.0001 E052 4706 F004 1788 E088 6013

Comprovante de residência



CONSUMO (KWH)	VALOR (R\$)	CONSUMO (KWH)	VALOR (R\$)
003304538	185,38	003304538	185,38
003304538	5,74	003304538	5,74
003304538	2,07	003304538	2,07
003304538	7,80	003304538	7,80
003304538	1,42	003304538	1,42
003304538	2,27	003304538	2,27
003304538	3,83	003304538	3,83
003304538	1,92	003304538	1,92
003304538	1,18	003304538	1,18
003304538	0,10	003304538	0,10
003304538	0,06	003304538	0,06

213,68

83830000002-0 13880011002-8 27807801810-0 09348487683-0



celpe neoenergia

Tarifa Social de Energia Elétrica: Criada pela Lei 10.438, de 26/04/02

NOTA FISCAL DE ENERGIA ELÉTRICA

Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife, Pernambuco - CEP 52050-902
CNPJ 16.835.932/0001-08 | Ins. Est. 0005843-83 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE
FABIO VALENTINO LE SOUZA SANTANA

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA CAP MANUEL RIAÇO DE MEDEIROS
912
ALTO BOM, RECIFE, PERNAMBUCO
SERRA TALHADA PE
55006-430

CLASSIFICAÇÃO
B1 RESIDENCIAL
Monofase

DATA DE EMISSÃO
05/02/2018

VALOR TOTAL
119,55

QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Abundante	152,0000000	0,57781320
Acrescimo Bandeira VERMELHA		4,58
Contribuição para o Povo		7,98

FLUXO DE CASH

Nº DO MEDIDOR	Tipo da Medição	Anterior	Atual	Nº DE CONTAS	ABASTE	Consumo (kWh)
8177819	C40	11-12-2017	12-01-2018	11-01-2018	1	152,00

Detalhamento de Valores

Item	Valor (R\$)
Consumo Abundante	0,57781320
Acrescimo Bandeira VERMELHA	4,58
Contribuição para o Povo	7,98
Total	119,55

ECAF 3782 BYCB 383A 211A 0228 828A F287

INFORMAÇÕES ADICIONAIS

Atenção: O cliente deve estar atento ao valor da tarifa social de energia elétrica, que é de R\$ 0,00 por kWh. O valor da tarifa social de energia elétrica é de R\$ 0,00 por kWh. O valor da tarifa social de energia elétrica é de R\$ 0,00 por kWh.

ATENÇÃO: A CELPE INFORMA QUE VOCÊ POSSUI CONTAS EM ATRASO

Consulte suas contas em atraso no site: www.celpe.com.br

ATENÇÃO: O cliente deve estar atento ao valor da tarifa social de energia elétrica, que é de R\$ 0,00 por kWh. O valor da tarifa social de energia elétrica é de R\$ 0,00 por kWh. O valor da tarifa social de energia elétrica é de R\$ 0,00 por kWh.

EXCELSIOR SEGURO
01 MAR 2018
SEGURO DPVAT

