



Número: **0012835-85.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 29ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **06/03/2020**

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

Assuntos: **Acidente de Trânsito, Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
MARCILIO DA COSTA ALMEIDA (AUTOR)		sharon Stéphane Lins Barros (ADVOGADO)	
MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S/A (REU)			
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)			
PAULO FERNANDO BEZERRA DE MENEZES FILHO (PERITO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
65362034	28/07/2020 10:59	ANEXO 1	Outros (Documento)



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

Rio de Janeiro, 07 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190466324

Vítima: MARCILIO DA COSTA ALMEIDA

Data do Acidente: 16/12/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: SHARON STEPHANE LINS BARROS

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), MARCILIO DA COSTA ALMEIDA

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Declaração do Proprietário do Veículo	Apresentar o formulário "Declaração do Proprietário do Veículo" para validar o acidente noticiado. O formulário, disponível em nosso site, deverá ser preenchido e assinado, com reconhecimento de firma por autenticidade, pelo proprietário do veículo em que a vítima estava no acidente.
--	--

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01991/01992 - carta_03 - INVALIDEZ

00030996



Carta nº 14675886





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

Rio de Janeiro, 07 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190466324

Vítima: MARCILIO DA COSTA ALMEIDA

Data do Acidente: 16/12/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: SHARON STEPHANE LINS BARROS

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MARCILIO DA COSTA ALMEIDA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 14675887





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, 13 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3190466324 Vítima: MARCILIO DA COSTA ALMEIDA

Data do Acidente: 16/12/2017 Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: SHARON STEPHANE LINS BARROS

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), MARCILIO DA COSTA ALMEIDA

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00027/00028 - carta_02 - INVALIDEZ

00070014



Carta nº 15101363





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, 10 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190466324

Vítima: MARCILIO DA COSTA ALMEIDA

Data do Acidente: 16/12/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: SHARON STEPHANE LINS BARROS

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), MARCILIO DA COSTA ALMEIDA

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Foi verificado que o dano pessoal evoluiu sem sequela definitiva, razão pela qual não foi caracterizada a invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01983/01984 - carta_04 - INVALIDEZ

00060992



Carta nº 1521295





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

NP do sinistro ou ROL

CNPJ da vítima

Nome completo da vítima

057.193.474-96 **Marcilio da Costa Almeida**

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

Nome completo

Marcilio da Costa Almeida

CPF: **057.193.474-96**

Profissão

Comissário militar

Endereço

Rua Duque de Caxias, 1, Bn. N

Número

339

Complemento

Ap. 104

Bairro

Capitão

Cidade

São Lourenço da Mata

Estado

PE

CEP

54.705-210

Tel. (DDD)

X

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

REDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR

☐ ATÉ R\$1.000,00

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos citados. Assinale uma opção)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

☒ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

Nome do BANCO:

☐ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: **1058**

8

CONTA: **0021234**

2

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar código se existir)

(Informar código se existir)

(Informar código se existir)

(Informar código se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na(s) conta(s) bancária(s) informada(s) na(s) presente(s) declaração de indenização do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, recebendo-a de imediato, de forma a sumamente atualizada, até o valor da indenização total, de valor recebido.

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) da cidade de residência ou de trabalho do acidente, de forma a sumamente atualizada, até o valor da indenização total, de valor recebido.

☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência ou

☐ O IML que atenda a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT, ou

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

Estou obrigado a assinar o presente documento de declaração de ausência de laudo do IML, sob pena de anulação da indenização do Seguro DPVAT, por não apresentar a documentação necessária para a análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por não apresentar a documentação necessária para a análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por não apresentar a documentação necessária para a análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____

Vítima deixou herdeiro(s) ou nascido(s)? ☐ Sim ☐ Não

Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará a indenização do Seguro DPVAT por morte à(s) pessoa(s) beneficiária(s) que eu apresentar(em) e provar(em) esta condição, estando o(a) beneficiário(a) de quem eu estou declarando a condição de morte, não tendo direito a indenização do Seguro DPVAT, além da indenização do Seguro DPVAT, por não apresentar a documentação necessária para a análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT.

Local e Data: **Sabão 10 de Julho 2019**

Nome

CPF

TESTEMUNHAS

1ª | Nome

CPF

Assinatura

2ª | Nome

CPF

Assinatura

(*) Assinatura de quem assina (RGDO)

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Shannon Barros

Assinatura do Representante legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU RGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar ciência do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

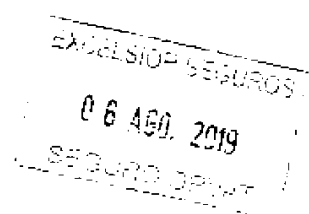
NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

EXCLUSÃO SEGUROS

450, 2019

SEGURO DPVAT







GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 038ª CIRCUNSCRIÇÃO - SÃO LOURENÇO DA MATA -
DP38ªCIRC DIM/9ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **18E0128003088**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **26/09/2018** às **10:42**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **16/12/2017** no período da **Madrugada**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE SAO LOURENCO DA MATA, 01, BR 408, PROXIMO A ARENA PERNAMBUCO.** - Bairro: **CENTRO - SAO LOURENCO DA MATA/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

INDIVIDUO (AUTOR / AGENTE)
MARCILIO DA COSTA ALMEIDA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

OUTROS TIPO DE OBJETO: (Outros motivos) , que estava em posse do(a) Sr(a): INDIVIDUO

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

MARCILIO DA COSTA ALMEIDA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe **LINDALVA DA COSTA ALMEIDA** Pai **MARLUCIO BATISTA DE ALMEIDA** Data de Nascimento **22/3/1985** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**
Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE SAO LOURENCO DA MATA, 01, RUA DUQUE DE CAXIAS, 324, CAPIBARIBE, APTO 104, BLOCO N - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - SAO LOURENCO DA MATA/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

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

VEICULO (OUTROS TIPO DE OBJETO) de propriedade do(a) Sr(a): **INDIVIDUO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **INDIVIDUO**
Categoria/Marca/Modelo: **NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Complemento / Observação

RELATA A VITIMA QUE CONDUZIA A MOTOCICLETA DE PLACA OYX-8894, DE PROPRIEDADE DE ELIZEU VENCESLAU DA SILVA, QUANDO UM VEICULO QUE VINHA NO MESMO SENTIDO, ULTRAPASSOU DE FORMA IMPRUDENTE, FAZENDO COM QUE A VITIMA DESVIASSE A MOTOCICLETA PARA EVITAR UMA COLISAO, PASSANDO POR UM BURACO, ONDE CAIU AO SOLO. AFIRMA QUE SOFREU LESAO NA REGIAO DA CABECA E REGIAO DO ROSTO, SENDO CONDUZIDO PELOS BOMBEIROS PARA O HOSPITAL DA POLICIA

26/09/2018 10:39



MILITAR, ONDE RECEBEU ATENDIMENTO.

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


MARCILIO DA COSTA ALMEIDA
(VITIMA)

B.O. registrado por:  **MAGNUM SANSÃO MENDES LIMA** - Matrícula: **273258-0**

26/09/2018 10:39





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura

☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL

CNPJ da vítima

Nome completo da vítima

057.193.474-96 Marcilio da Costa Almeida

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

Nome completo

Marcilio da Costa Almeida

CPF 057.193.474-96

Profissão

Comercio mltiplo

Endereço

Rua Duque de Caxias, 54, N

Número

339

Complemento

Ap 804

Bairro

Capitão

Cidade

São Lourenço da Mata

Estado

PE

CPF

54.705-210

E-mail

X

Tel (DDD)

X

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

REND MENSAL

☒ RECUSO INFORMAR

☐ ATÉ R\$1.000,00

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

☐ CONTA CORRENTE (qualquer banco)

☒ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

Nome do BANCO:

☐ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA:

1058

8

CONTA:

002

234

2

AGÊNCIA:

0000

00

CONTA:

0000

00

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/prestação do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, considerando o prazo, o prazo e o prazo de validade do crédito, a menos do valor total do valor recebido.

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impedindo, todo, de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

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

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

Relembro, ao assinalar, sob o compromisso de não pedir a indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, e em base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter a avaliação médica das listas da Seguradora Líder para verificação da extensão e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme Lei 104/74, art. 2º, §1º. Declarando que esta autorização não é condicionada com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar o laudo decorrente do acidente.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúva Data do óbito da vítima

Gráu de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a) ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tenha filhos, informar quantos

Vítima deixou

☐ Sim ☐ Não

Vítima deixou

☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso ocorra a indenização do Seguro DPVAT por morte, apenas a beneficiária ou que se apresentar e se provar em sua condição, incluindo o filho, a mãe, do qual qualquer um deles ou deles, não poderá, porém, o pagamento de ressarcimento devido pelo seguro de vida, caso a vítima tenha sido beneficiária por morte.

Local e Data: Jaboatão PE, Julho 2019

Nome

CPF

TESTEMUNHAS

1ª | Nome

CPF

Assinatura

2ª | Nome

CPF

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU RGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do conteúdo antes do preenchimento e assinar o presente formulário.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS

EXCLUSÃO DE SEGUROS

16.06.2019

SEGURO DPVAT

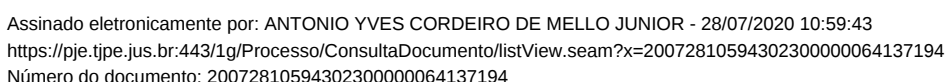
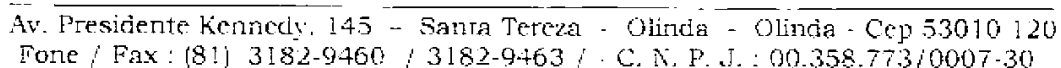




Certidão nº. 002/18- Div. Op.

Na impedimento
CRISTIANO CORREA - MAJ QOC/PM
Subcomandante do GRAPH

ENBELGIER SEGUROS
06 460 2019
SEGUROS DE VITA



NOTA FISCAL FATURA CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA		2a VIA
COMPANHIA ENERGÉTICA DE PERNAMBUCO AV. JOÃO DE BARROS, 111, BOA VISTA, RECIFE, PERNAMBUCO CEP 50050-902 CNPJ 10.835.932/0001-08 INSCRIÇÃO ESTADUAL 0005943-93		Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02 COMERCIAL 116 PRONTIDÃO 116 Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142 Ouvidoria 0800 282 5599 Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados do Estado de Pernambuco-ARPE: 0800-727-0167-Ligação Gratuita de Telefones Fixos Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL 167-Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis

DADOS DO CLIENTE MARCILIO DA COSTA ALMEIDA CPF: 057.193.474-96		DATA DE VENCIMENTO 06/08/2019 TOTAL A PAGAR (R\$) 71,31		DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL 11/07/2019 DATA DA APRESENTAÇÃO 11/07/2019 NÚMERO DA NOTA FISCAL 069188240		CONTRA CONTRATO 007006687045 Nº DO CLIENTE 2011337517 Nº DA INSTALAÇÃO 0005369459	
ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA RUA DQ DE CAXIAS 339 AP.104 BL-N CAPIBARIBE/SÃO LOUREN D DA MATA 54705-210 SAO LOURENCO DA MATA PE		CLASSIFICAÇÃO B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL Monofásico					
As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL 414/2010), tarifas, produtos, serviços prestados e tributos se encontram a disposição, para consulta em nossas unidades de atendimento e no site www.celpe.com.br		RESERVADO AO FISCO 26A5.AD25.DCAA.F97A.51BF.3897.ECF1.0CFF					

DESCRICAÇÃO DA NOTA FISCAL	
1	2
3	4
5	6
7	8
9	10
11	12
13	14
15	16
17	18
19	20
21	22
23	24
25	26
27	28
29	30
31	32
33	34
35	36
37	38
39	40
41	42
43	44
45	46
47	48
49	50
51	52
53	54
55	56
57	58
59	60
61	62
63	64
65	66
67	68
69	70
71	72
73	74
75	76
77	78
79	80
81	82
83	84
85	86
87	88
89	90
91	92
93	94
95	96
97	98
99	100

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)	77,00	0,78063095	60,10
Acréscimo Banheira AMARELA			0,48
Contrib. Ilum. Pública Municipal			9,04
ICMS Subvenção-CDE-NF 061655482-13/05/19			0,70
Multa por atraso-NF 061655482 - 13/05/19			1,82
Juros por atraso-NF 061655482 - 13/05/19			0,15
Atualização IGPM-NF 061655482 - 13/05/19			0,05
Bônus ITAIPU - art 71 da Lei 10.438/2007			1,01
TOTAL DA FATURA			71,31

TARIFAS APLICADAS				HISTÓRICO DO CONSUMO	
Consumo Ativo(kWh)	5.54933090	JUL 19		77	
		JUN 19		123	
		MAI 19		118	
		ABR 19		125	
		MAR 19		110	
		FEV 19		111	
		JAN 19		88	
		DEZ 18		158	
		NOV 18		100	
		OUT 18		113	
		SET 18		112	
		AGO 18		111	
		JUL 18		88	

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO							
R\$		%					
Geração de Energia	19,91	21,67					
Transmissão	2,18	3,60					
Distribuição (Celpel)	15,23	21,98					
Encargos Setoriais	3,12	5,15					
Tributos	17,93	26,64					
Perdas de Energia	4,11	6,99					
TOTAL	80,56	100					

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS								
ICMS			PIS			COFINS		
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
60,56	25,00	15,14	60,56	0,82	0,49	60,56	3,81	2,30

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL									
NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
00000000301109199	CAT	11/08/2018	10.149,00	15/07/2018	10.228,00	30	1.80000	0,00	77,00

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES					
DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	META MENSAL	META TRIM.	META ANUAL
ma-2019					
DIC-fim de hora sem energia	FABATINGA	0,00	3,67	11,34	22,60
FIC-fim de vagem sem Energia		0,00	1,30	6,60	13,20
D4IC-Duração máxima de interrupção contínua		0,00	1,29	0,00	0,90
D4CII-Duração de interrupção em 0,4 crítico		Limite D4CII: 12,72			
EUSD-Valor do Encargo de Uso = R\$ 22,97					
Toda Consumidor pode solicitar a adequação aos indicadores DIC, FIC, D4IC e D4CII a qualquer tempo					

INFORMAÇÕES IMPORTANTES Pague no ponto mais perto de você, antes das 18h. r. Antonio Pereira de Lucena, João Paulo e J. e Arrazáez r. de Pedro Augusto Cordeiro de Araújo 900, Centro, Curitiba em www.cispe.com.br Na data da leitura a bandeira em vigor é a Amarela. Mais informações em www.aneel.gov.br Governança ICMS sobre subversão CDE, conforme Decreto Estadual 39.459/13. O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento. o PAGO, em atraso gera multa 2% (R-4414/ANEEL), Juros 1% a.m (Lei 10.438/02) e atualização monetária no prox. mês O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial.		NÍVEL DE TENSÃO <table> <tr> <th rowspan="2">TENSÃO NOMINAL (V)</th><th colspan="2">LIMITE DE VARIAÇÃO (V)</th></tr> <tr> <th>MÍNIMO</th><th>MÁXIMO</th></tr> <tr> <td>220</td><td>202</td><td>231</td></tr> </table>			TENSÃO NOMINAL (V)	LIMITE DE VARIAÇÃO (V)		MÍNIMO	MÁXIMO	220	202	231
TENSÃO NOMINAL (V)	LIMITE DE VARIAÇÃO (V)											
	MÍNIMO	MÁXIMO										
220	202	231										
		AUTENTICAÇÃO MECÂNICA										

DESTAQUE AQUI				
CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR(R\$)	VENCIMENTO	TALÃO DE PAGAMENTO
007006687045	07/2019	71,31	06/08/2019	Evite dobrar, perfurar ou rasurar. Este canhoto será usado em leitora ótica.

838700000001 713100110076 006687045109 141236385635

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

06 450, 2019



NOTA FISCAL | FATURA | CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA 2a VIA

COMPANHIA ENERGÉTICA
DE PERNAMBUCO
AV. JOÃO DE BARROS, 111, BOA VISTA
RECIFE, PERNAMBUCO
CEP 50050-902
CNPJ 10.835.932/0001-08
INSCRIÇÃO ESTADUAL 0005943-93



CELPE

www.celpe.com.br

Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02
COMERCIAL 116 | PRONTIDÃO 116
Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142
Ouvidoria 0800 282 5599

Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados do Estado
de Pernambuco-ARPE: 0800-727-0167-Ligação Gratuita de Telefones Fixos
Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL
167-Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis

DADOS DO CLIENTE

EDIVALDO DA SILVA BARROS
CPF: 118.001.602-59

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA CEL AMIZO RODRIGUES CORREIA 168 AP-201
EDIFÍCIO ESCUNA
BOA VIAGEM/RECIFE
51021-130 RECIFE PE

As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL 414/2010),
tarifas, produtos, serviços prestados e tributos se encontram à
disposição, para consulta em nossas unidades de atendimento e no
site www.celpe.com.br

DATA DE VENCIMENTO

15/07/2019

TOTAL A PAGAR (R\$)

0,00

DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL

08/07/2019

DATA DA APRESENTAÇÃO

08/07/2019

NÚMERO DA NOTA FISCAL

068658074

CONTA CONTRATO

007005107940

Nº DO CLIENTE

2001833317

Nº DA INSTALAÇÃO

0005015600

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL
Monofásico

RESERVADO AO FISCO

205B.EF55.2E6D.9B37.0B0A.992C.BC9D.1DA8

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)	437,00	0,78063095	341,13
Acréscimo Bandeira AMARELA			1,73
Contrib. Ilum. Pública Municipal			31,09
ICMS Subvenção-CDE-NF 061018720-08/05/19			2,79
Bônus ITAIPU - art 21 da Lei 10.438/2002			0,45

TOTAL DA FATURA

376,29

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

ICMS			PIS			COFINS		
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
342,86	25,00	85,71	342,86	0,82	2,81	342,86	3,81	13,06

Tarifas Aplicadas

Consumo Ativo(kWh)

1,540(3)200

HISTÓRICO DO CONSUMO

					kWh
JUL 19					437
JUN 19					485
MAI 19					464
ABR 19					438
MAR 19					447
FEB 19					496
JAN 19					415
DEZ 18					430
NOV 18					364
OCT 18					373
SET 18					259
AGO 18					330
JUL 18					451

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

	R\$	%
Geração de Energia	112,89	32,88
Transmissão	12,35	3,60
Distribuição (Cadeia)	75,01	21,88
Encargos Setoriais	17,84	5,14
Tributos	101,58	29,51
Perdas de Energia	23,62	6,88
TOTAL	342,86	100

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

NUMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR	ATUAL	Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh
00000000991528905	CAT	06/06/2019 45.785,90	08/07/2019 46.322,08	32	1,00000	0,00	437,00

DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 07/08/2019

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPTÕES

DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	MÉDIA ANUAL	META ANUAL	MÉDIA ANUAL
maio/2019					
DIC-Med. de horas sem Energia	RIO JORDAO	0,00	4,83	9,67	19,34
FIC-No de vezes sem Energia		0,00	3,11	6,22	12,45
FACI-Duração máxima de interrupção contínua		0,00	2,69	0,00	0,00
DICRI-Duração de interrupção em dia crítico				Limite DICRI: 12,22	
EU50-Valor do Encargo de Uso = R\$ 130,19					
Toda Consumidora pode solicitar a apuração dos indicadores DIC, FIC, DMC e DICRI a qualquer tempo.					

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pague no ponto mais perto de você: as correioes palmiras, rua padre carapuceiro conjunto boa viagem / as correioes shopping paralela: rua padre carapuceiro boa viagem. Lista completa em www.celpe.com.br.
Na data da leitura a bandeira em vigor é a Amarela. Mais informações em www.aneel.gov.br.
Cobrança ICMS sobre subvenção CDE, conforme Decreto Estadual 39.459/13.
O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento.
Pagto. em atraso gera multa 2%(Resol414/ANEEL), Juros 1%a m(Lei 10.438/02) e atualização monetária no próx. mês.
O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial.

NÍVEL DE TENSÃO

TENSÃO NOMINAL(V)	LIMITE DE VARIAÇÃO(V)	
	MÍNIMO	MÁXIMO
220	202	231

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

DESTAQUE AGUI

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR(R\$)	VENCIMENTO
007005107940	07/2019	0,00	15/07/2019

TALÃO DE PAGAMENTO

Evite dobrar, perfurar ou rasurar.
Este carnê será usado em leitora ótica.

FATURA PAGA

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

EXCELSIOR SEGUROS

06/06/2019

Atendimento.celpe.com.br/NDP_DCSRUCES_D-home-neologw-sap.com/servlet/login.neoenergia.com.RFCGoverSaoServile?redirefatura=t... 1/1





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

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

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF¹.

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E REGULAÇÃO 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 INDICÂNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.613/98

Pelo exposto, eu Sharon Stephanie Loris Barros
inscrito (a) no CPF/CNPJ 821.283.372, 15, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário
Marcelo de Costa Almeida inscrito (a) no CPF sob o Nº 057.193.474, 96
do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da vítima Marcelo de Costa Almeida
inscrito (a) no CPF sob o Nº 057.193.474, 96, conforme determinação da Circular Susep 445/12:
Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios.
☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço: <u>R. Cel. Américo Rodrigues Coelho</u>	Número: <u>163</u>	Complemento: <u>AP 201</u>
Bairro: <u>Gr. Viagem</u>	Cidade: <u>Recife</u>	Estado: <u>PE</u>
E-mail: _____	CEP: <u>51021-230</u>	Te. (DDD): _____

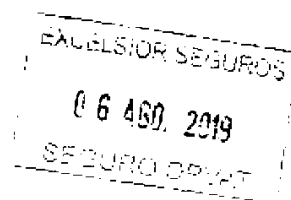
Local e Data:

Recife 12.04.19

Sharon Stephanie Loris Barros

Assinatura do Declarante

DLDR001 V001/2017





DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

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

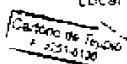
Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4070-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

Eu, Elizeu Venceslau da Silva
RG nº 4033.203, data de expedição 28/05/2003
Órgão SDSP/PE, portador do CPF nº 062.150.424.63
com domicílio na cidade de Recife, no Estado de
Pernambuco, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Rua Manoel Saraiva nº 35
complemento X, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima
Marcelo da Costa Almeida, cujo o condutor era
Marcelo da Costa Almeida.
Veículo: Motocicleta Modelo: Honda - XRE 300 Ano: 2014
Placa: OYX 8894 Chassi: 9C2 ND 1110 ERO1E301
Data do Acidente: 11/12/2017

Local e Data: Recife 01 de outubro de 2019



Elizeu Venceslau da Silva

Assinatura do Declarante

[Assinatura]

Assinatura do Condutor

(caso seja um tercelro que não a vítima reclamante do sinistro)

Carimbo de Tercelro

Reconheço por AUTENTICIDADE a firma de
ELIZEU VENCESLAU DA SILVA
que confere c/c o padrão reg. neste cartório. Recife,
01 de outubro de 2019 13:15:34.
Em testemunho da verdade
Gilda Magalhães Hernunio (Escrivente)
Selo: 0073478.MCV08201902 03120



[Assinatura]
Carimbo de Tercelro





SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA MILITAR DE PERNAMBUCO
SMH - AMBULATÓRIO

Data: 17/12/2017
Hora: 09:26:40
Emitido por: manuelaestelita

EVOLUÇÃO CLÍNICA

Atendimento: 1010295 Data: 16/12/2017
Paciente: MARCILIO DA COSTA ALMEIDA
Médico responsável: Dr(a) IGOR FIGUEIREDO GONÇALVES CRM: 21311

SPA

Paciente trazido pelo SAMU com relato de acidente automobilístico, associado ao uso de álcool. Chega à unidade agressivo, agitado, pouco colaborativo com os cuidados de saúde, necessitando de sedação para controle de agitação psicomotora. Apresenta-se estável, porém sonolento e algo desorientado.

Ao exame:

EGR, sonolento, afebril, eupneico

RR 2T BNF s/ sopros FC: 72 bpm

+ em AHT s/ RA Spo2: 98%

Abdome flácido, depressível, indolor, RHA+

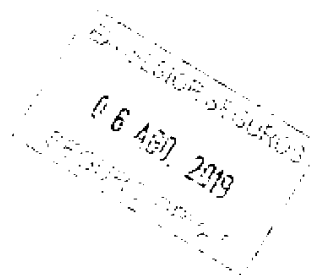
ECG = 13 (O3V4M6), PIFR, sem déficit motor apendicular

HD:

- 1) Politraumatismo
- 2) Abuso de álcool

CD:

- 1) Hidratação venosa + Complexo B
- 2) Como paciente com ECG = 13, solicito TC de crânio
- 3) Vigilância clínica e neurológica
- 4) Aguardo exames de imagem solicitados na admissão





SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA MILITAR DE PERNAMBUCO

DIRETORIA DE SAÚDE
CENTRO MÉDICO HOSPITALAR

FICHA DE EVOLUÇÃO CLÍNICA

01 - Nome do Paciente

Marcelo da Costa Almeida

02 - Data:

17/12/17

03 - Hora:

10:00h

04 - Nº Prontuário

Paciente internado neste setor HD: TCE
foi solicit. parecer do neuro. Parecer do do
sucromaxilar, por resg. tce de júnio
Paciente evolui Estado Geral regular,
consciente, orientado para tempo e
espaço, normotenso, ECG normal, sem
Pré-eclâmpsia (S.E.). Informo também que a dieta
estar liberada até as 22h. Segue as ordens
de enf.

Erivaldo Alves da Silva
Enfermeiro
COREN-PE 520.398

17/12/17 Enfermagem / Plantão Diurno

Paciente admitido às 11h procedente do SPA com HD
de TCE. Chegou c/ E.G. Regular, consciente, orientado,
apetível, eufórico, normotenso, normofrênico, normotérmico,
do. Com JVs hidráticas em MSD, intakes regulares, h
dietação. Nega: DM + HAS + alergia medicamentosa. Refere
do cefaleia, com início às 11h (Dra Camila) do SPA, m.c.p.
Apresentando escoriações no ombro E + joelho E + pé E,
curativo renovar diariamente com spray spray. D.E.
E (não sabe informar desde quando). Edema + hematoma
em face a esquerda. Segue em observação. Aguardando
do parecer do neurologista + exames - máb facial, com
nion. Em observação. Deambula.

Thiago S. da Costa
Enfermeiro
COREN - 83.500

EXCERTE - 06/06/2018

06 AGO, 2019

SECURD OPAT



NUR 17.12.12

Parente retro de exatută de
măla un capetei noi alcoolice
h_i ± 30h, prin pichet de conservare
de la muls

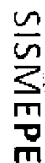
de pen. După stăuturi, echiv
de pichet. sem defecte focuș & reflex
VR.

VR. Sem de ~~ce~~ m ~~ce~~ m
fatare. Trame & pichet. de
~~ce~~ & ~~ce~~
pichet.

Cond. Ală de m. m.
Pis amole de B.M.F


Dr. Maria M. Martz
Pedagogia
CRM 8124





SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA MILITAR DE PERNAMBUCO

5TH - AMBULATORIO

64748. L
103-5.

Pág. 1/1
Emitido por: IgoNlg
Data/Hora: 16/12/2017 07:48:10

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Atendimento	1010255	Data da prescrição	16/12/2017
Paciente	71037740; MARCILIO DA COSTA ALMEIDA		
Médico responsável	Dr(a) IGOR FIGUEIREDO GOMÇALVES		

Idade: 32 anos, 6 meses
CRM: 24311

Medicamento	SN	Qtd.	Unidade	Frequência	Via de admin.	Duas	Início em	Susp.
CLORETO DE SÓDIO 0,9% - SOL. INJETÁVEL - 500 ML	N	1,00	AMP	DOSE ÚNICA	ENDOVENOSA	1	16/12/2017 07:45:00	N
GLUCOSE 5% - SOL. INJETÁVEL 500 ML	N	1,00	FR	DOSE ÚNICA	ENDOVENOSA	1	16/12/2017 07:45:00	N
DIÁLISE PERITONEAL - 2000 ML - 4x/dia	N	1,00	AMP	DOSE ÚNICA	ENDOVENOSA	1	16/12/2017 07:46:00	N
VITAMINA DO COMPLEXO B - SOL. INJETÁVEL	N	1,00	AMP	DOSE ÚNICA	ENDOVENOSA	1	16/12/2017 07:46:00	N

Dr. Igor Figueroa
Médico
CRNPE 21.311

IGOR FIGUEIREDO GONÇALVES
CRM-PE 21311

FARMACIA

ENFERMAGEM

Karim

4200

Gratiarum agere in reg. entia, variate, variatim: entia

(cont.)
T.C. também fornece dados sobre topografia de Montevideo
e a cidade de Montevideo. Se em de topografia. Se em de topografia.
Se em de topografia. Se em de topografia. Se em de topografia.

Chas. H. some }
Carroll & wife }
with. }
Philip Sisco

~~Dr. Antonio Luis Sibero~~
GCM

Praga do Derby, S/N - Derby - Racião-PE

Dry branch

2214217

GRA. AMANDA MUNIZ
14J. PM QDM
0:11048



- 1) SGT - 1000 } 2330
 Colúmbia - 1000 }
 Glencoe - 1000 }
 2) Colúmbia - 1000 - 1000 } 2330
 3) Glencoe - 1000 - 1000 } 2330
 4) Alvar P.A. - 1000 } 2330
 5) Alvar P.A. - 1000 } 2330
 6) Alvar P.A. - 1000 } 2330
 7) Alvar P.A. - 1000 } 2330
 8) Alvar P.A. - 1000 } 2330
 9) Alvar P.A. - 1000 } 2330
 10) Alvar P.A. - 1000 } 2330
 11) Alvar P.A. - 1000 } 2330
 12) Alvar P.A. - 1000 } 2330
 13) Alvar P.A. - 1000 } 2330
 14) Alvar P.A. - 1000 } 2330
 15) Alvar P.A. - 1000 } 2330
 16) Alvar P.A. - 1000 } 2330
 17) Alvar P.A. - 1000 } 2330
 18) Alvar P.A. - 1000 } 2330
 19) Alvar P.A. - 1000 } 2330
 20) Alvar P.A. - 1000 } 2330
 21) Alvar P.A. - 1000 } 2330
 22) Alvar P.A. - 1000 } 2330
 23) Alvar P.A. - 1000 } 2330
 24) Alvar P.A. - 1000 } 2330
 25) Alvar P.A. - 1000 } 2330
 26) Alvar P.A. - 1000 } 2330
 27) Alvar P.A. - 1000 } 2330
 28) Alvar P.A. - 1000 } 2330
 29) Alvar P.A. - 1000 } 2330
 30) Alvar P.A. - 1000 } 2330
 31) Alvar P.A. - 1000 } 2330
 32) Alvar P.A. - 1000 } 2330
 33) Alvar P.A. - 1000 } 2330
 34) Alvar P.A. - 1000 } 2330
 35) Alvar P.A. - 1000 } 2330
 36) Alvar P.A. - 1000 } 2330
 37) Alvar P.A. - 1000 } 2330
 38) Alvar P.A. - 1000 } 2330
 39) Alvar P.A. - 1000 } 2330
 40) Alvar P.A. - 1000 } 2330
 41) Alvar P.A. - 1000 } 2330
 42) Alvar P.A. - 1000 } 2330
 43) Alvar P.A. - 1000 } 2330
 44) Alvar P.A. - 1000 } 2330
 45) Alvar P.A. - 1000 } 2330
 46) Alvar P.A. - 1000 } 2330
 47) Alvar P.A. - 1000 } 2330
 48) Alvar P.A. - 1000 } 2330
 49) Alvar P.A. - 1000 } 2330
 50) Alvar P.A. - 1000 } 2330
 51) Alvar P.A. - 1000 } 2330
 52) Alvar P.A. - 1000 } 2330
 53) Alvar P.A. - 1000 } 2330
 54) Alvar P.A. - 1000 } 2330
 55) Alvar P.A. - 1000 } 2330
 56) Alvar P.A. - 1000 } 2330
 57) Alvar P.A. - 1000 } 2330
 58) Alvar P.A. - 1000 } 2330
 59) Alvar P.A. - 1000 } 2330
 60) Alvar P.A. - 1000 } 2330
 61) Alvar P.A. - 1000 } 2330
 62) Alvar P.A. - 1000 } 2330
 63) Alvar P.A. - 1000 } 2330
 64) Alvar P.A. - 1000 } 2330
 65) Alvar P.A. - 1000 } 2330
 66) Alvar P.A. - 1000 } 2330
 67) Alvar P.A. - 1000 } 2330
 68) Alvar P.A. - 1000 } 2330
 69) Alvar P.A. - 1000 } 2330
 70) Alvar P.A. - 1000 } 2330
 71) Alvar P.A. - 1000 } 2330
 72) Alvar P.A. - 1000 } 2330
 73) Alvar P.A. - 1000 } 2330
 74) Alvar P.A. - 1000 } 2330
 75) Alvar P.A. - 1000 } 2330
 76) Alvar P.A. - 1000 } 2330
 77) Alvar P.A. - 1000 } 2330
 78) Alvar P.A. - 1000 } 2330
 79) Alvar P.A. - 1000 } 2330
 80) Alvar P.A. - 1000 } 2330
 81) Alvar P.A. - 1000 } 2330
 82) Alvar P.A. - 1000 } 2330
 83) Alvar P.A. - 1000 } 2330
 84) Alvar P.A. - 1000 } 2330
 85) Alvar P.A. - 1000 } 2330
 86) Alvar P.A. - 1000 } 2330
 87) Alvar P.A. - 1000 } 2330
 88) Alvar P.A. - 1000 } 2330
 89) Alvar P.A. - 1000 } 2330
 90) Alvar P.A. - 1000 } 2330
 91) Alvar P.A. - 1000 } 2330
 92) Alvar P.A. - 1000 } 2330
 93) Alvar P.A. - 1000 } 2330
 94) Alvar P.A. - 1000 } 2330
 95) Alvar P.A. - 1000 } 2330
 96) Alvar P.A. - 1000 } 2330
 97) Alvar P.A. - 1000 } 2330
 98) Alvar P.A. - 1000 } 2330
 99) Alvar P.A. - 1000 } 2330
 100) Alvar P.A. - 1000 } 2330

Dr. Antonio Luis Silva
 Médico
 CRM 14536





SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA MILITAR DE PERNAMBUCO

DIRETORIA DE SAÚDE
CENTRO MÉDICO HOSPITALAR

FICHA DE EVOLUÇÃO CLÍNICA

01 - Nome do Paciente

Manoel

02 - Data:

21/12/17

03 - Hora:

04 - Nº Prontuário

NCR - Reavaliar

Paciente fic restrito
com tonturas e ataxia,
sem monitor
card. ok

SOLTA - controle

21/12/17

CM

MD: TCB

trabalho de foca

suplente de TCB

Roliz

chido

20/12/17

paciente em melhor

estado em função (16.00 - 18.00)

em função

em função

em função

em função de TCB e
recolher de Buro e
NCR

(1) A todos direções 1800h

IMPRESSO NO FÓRUM DO CASO

23/12/14 Euf Diano

- P ad eodem extendi, licet, orientis auctoritas
 spiritus, auctoritas auctoritas / P ad eodem
 tota finitima deinde, quoniam de Te enim
 deinde P ad eodem, auctoritas finitima

WCA 24.12.17.

Parute per quare.

Ex Noord.

P.C. Son al wacis

Atte de non sol occupazione ambulante.

24.12

pete avallii GGR com dentes brancos
lado afimil exposto normalmente
dentado. Dente 50. 10. 10. 10. 10.
no momento.





SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA MILITAR DE PERNAMBUCO

DIRETORIA DE SAÚDE
CENTRO MÉDICO HOSPITALAR

FICHA DE EVOLUÇÃO CLÍNICA

01 - Nome do Paciente

Marcilio da Costa Macedo

02 - Data:

24 / 12 / 19

03 - Hora:

04 - Nº Prontuário

Paciente do SEDA, apresentando quadro de Dor no
Vestíbulo D. dor e parafuso, com abdução bucal limitada, Dor
10/100 (ru)

condição óbvias. Dor no dorso

0 Rec. em an.

Dr. Jorge O. S. S.
Médico Especialista
CRO-PE 5149

Exatidão em 25/12/19

Pde. evolui 662; consciente; calmo; hidratado; orientado; deambula;
contatando verbalmente; acanótico; arduo; barba; eufórico;
normotenso; normofígico; afeto no momento. Acute de dor no
Vestíbulo e dor no dorso. Dor no dorso. Dor no dorso. Dor no dorso.
no momento. Hipertensão do. Edema face. Edema face. Edema face.
nação, dor no dorso, dor no dorso, dor no dorso. Dor no dorso.
bucal. Aguardando reavaliação de dor. Segue em cuidados
da enfermagem.

EXATIDÃO 25/12/19

06/12/2019

Evana Rodrigues
CRO-PE 5149

26/12 BMF:

laureti, malou um sem quixo p/
momento, mas p/ casa e continuou amputada
de dor no dorso. Dor no dorso. Dor no dorso. Dor no dorso.
de dor no dorso. Dor no dorso. Dor no dorso. Dor no dorso.

Apto p/ alta hospitalar

Dr. Evana Rodrigues
CRO-PE 5149

26/12/19 Enfermagem / Plantão Dia

Paciente com E.G. Regular, consciente, orientado, agitado, eufórico, normotenso, normofrênico, normotônico. Diet por VO Deambulando jul-
co hochelizado. ATB EV. Eliminação fisiológica presente. Melhora do
edema facial. Visto que bem-mais-faiz. De alta hospitalar.
Segue em obs. —

Thiaguy C. R. de Costa
Enfermeiro
COREN - 83.808





SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA MILITAR DE PERNAMBUCO

DIRETORIA DE SAÚDE
CENTRO MÉDICO HOSPITALAR

FICHA DE EVOLUÇÃO CLÍNICA

01 - Nome do Paciente

02 - Data:

19/12/17

03 - Hora:

04 - Nº Prontuário

PMF:

Paciente com equimose periorbitária esquerda de face (cortes somente arcial) moles palpáveis de parede anterior de nariz esquerdo segundo esposa, edema mandibular, apatia. Fíg. plenas, ped. nove TC + exame sangue. conduta: manter dieta.

PMF
DIRETORIA DE SAÚDE
CENTRO MÉDICO HOSPITALAR
GRUPO 51-10

19/12/17 Exame físico - Paciente evoluiu EGA, consciente, orientado, contactivo verbalmente, deambula sozinho, evacuações, consciência cênica avaliada p/ Dr. Paloma Duque, mácula aguda de mandíbula + face que na EE plantar.

PMF
DIRETORIA DE SAÚDE
CENTRO MÉDICO HOSPITALAR
GRUPO 51-10

20/12/17 Paciente com E.G. Regular, consciente, orientado, afébril, eufórico, normotensa, normofrequência, normoventilado. Aceita dieta por VD insatisfatória. Deambula sozinho. Edema acentuado em face D. Realizado exame tomográfico de face de urgência, aguarda resultados. Hematoma em alto esquerdo. Refere dor no antebraço D. e afébril. Verifica por VD em MSE (20/12) E.D. D.D. Segue em obs.

PMF
DIRETORIA DE SAÚDE
CENTRO MÉDICO HOSPITALAR
GRUPO 51-10

PMF
DIRETORIA DE SAÚDE
CENTRO MÉDICO HOSPITALAR
GRUPO 51-10

IMPRESSO NO PARQUE GRÁFICO DO CASAS - RUA B. L. DA SILVA - OLINDA - PE - 54060-000



20/12/17 Paciente evoluiu com aumento de volume em face (principalmente abcesso de dente 48). Apresenta trauma recente e higiene ruim. TC solicitada, ainda não está pronto. Medici antiulcer e hidrocortisona.

Conduta: Vigilância - arizar e fazer anamnese

[Stamps: "Assinatura do Médico", "Carimbo do Hospital"]

21/12/17 BHF: Pto visto, evoluindo bem, apresenta do dente abcesso a nível do 8/9. *[Stamps: "Assinatura do Médico", "Carimbo do Hospital"]*
 Conduta: 1) Drenagem do abcesso, bochechos e higiene da região com soro fisiológico e água oxigenada 10vol. It. D: Antibio. local direta

- 2) Solução Hemagran, leucograma.
- 3) Rinsão em anexo.
- 4) Ao clínico geral, Ao Neuro (neurologia)
- 5) observação posterior.
- 6) Vigilância constante.

[Stamps: "Assinatura do Médico", "Carimbo do Hospital"]

(on)

22/12/17

HD: Celula Joel
 ROCEFIN + clind = 20132.

temp máxima 37,7°C.

APAO 80-100

APAS 120-160 mmHg

evolui q melhora de dor

Assam, ECH, curativo, curativo com anti
 oxidado
 AR-MUNISAP





SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA MILITAR DE PERNAMBUCO

DIRETORIA DE SAÚDE
CENTRO MÉDICO HOSPITALAR

FICHA DE EVOLUÇÃO CLÍNICA

01 - Nome do Paciente

Marcelo da Costa Almeida

02 - Data:

21/11/12

03 - Hora:

14h

04 - Nº Prontuário

CONTINUAÇÃO 21/11/12

Dr. PACHECO

10. depressão melhora

CDI. VPM
EX1

DR. AMANDA MUNIZ
MAJ. PM GOM
CRM: 11048

Enfermeira # 21/11/12

Paciente evolui EG, consciente, orientado, eupórico, afeto
no momento, ecológico verbalmente, aceita dieta v.o.
líquida e sólida, visto pelo bacteriologista segue com exames
de urina e corrim 450518

BMP:

Paciente evolui bem, com franca regressão
do aumento de volume na face. Ainda com edema
aparecendo pouco no membros inferiores da perna
direita.

1) Manter medicação
2) Manter vigilância

24/25 - Funcionando veis. por
litro com 22. 22/11/12

ENCARGO DEBORA

16.469-2019

IMPRESSO NO PARGO E GRAFICO DO CASO - PARGO - ALFABETIZANDO - 2012 - 10



25/12/12 44

DE: PA: Entaul

T: ofense

AO exame

Paciente com rotul

Exa, exames, exames do, exames,
Exa do

de W@ em oIT ~ 13

de W@ em oIT ~ 13

de W@ em oIT ~ 13

AO Exame

© W@ em oIT ~ 13

25/12/12 44





SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA MILITAR DE PERNAMBUCO

DIRETORIA DE SAÚDE
CENTRO MÉDICO HOSPITALAR

ATESTADO MÉDICO

NOME Manuel da Costa Almeida RAVENHA 710317
POSTO (SERIAL) 6660 UNIDADE 6BAPLH

A) DISPENSA PARA TRATAMENTO DE SAÚDE (DTS)

Dispensado por 1 dia(s) a contar de 26/12/17

- ☐ Exercícios Físicos
☐ Exercícios Militar
☐ Exercícios Profissionais
☐ Outras Restrições

Devendo ser cumprida na OME, no horário do expediente, em virtude da doença ou

CID

B) LICENÇA PARA TRATAMENTO DE SAÚDE (LTS)

Licença do serviço por 20 unidade dias, a contar de 26/12/17

Devendo ser cumprida fora da OME, em virtude da doença ou

CID

C) APTO. A CONTAR DE 15/01/18

26/12/17
DATA

ASSINATURA E CARIMBO

Exercícios Militar

- ordem unida, a pé, firme, com ou sem arma, ordem unida, em marcha com ou sem arma, e manobridade com ou sem arma.

Exercícios físicos

- instrução com exercícios físicos de tropa, mesmp educat vo; serviços que exija movimentos rápidos e sincronizados.

Exercícios profissionais

- policiamento ostensivo ou de quarenta; atividades profissionais a em da corporação de polícia militar, que exijam esforços físicos. Atividades a serem exercidas fora do espaço físico do quartelamento em que serve.

Recebu o original
em 27/12/17 às 14.30h
79876 P 50700206.
MR



Opini-1



SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA MILITAR DE PERNAMBUCO

101-5

DIRETORIA DE SAUDE - CENTRO MÉDICO HOSPITALAR

PRESCRIÇÃO MÉDICA

01 - Nome do Paciente

Messias da Costa Almeida

02 - Nº Pictuário

71037700

Soluto

Pacem: Buca maxilo

Subs. gaceta / Jovem de
maxila.

16/12/17

03 - Data

04 - Assinatura de Antonio Yves Cordeiro de Mello Junior

CRM 24398

CMH: Praça do Deby, s/nº - Recife - PE, CEP: 52.010-140
Fone: 0 (**) 3181-1445



Paciente _____: 464129-Marcilio Da Costa Almeida
Data _____: 20/12/2017
Nº Laudo _____: 11400601
Dat. Nasc. _____: 22/03/1985

SIR

Exame: TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DA FACE

TÉCNICA DE EXAME:

Foram obtidas aquisições da face em tomógrafo computadorizado de multidetectores, sem a administração venosa do contraste iodado.

**EXAME REALIZADO E AVALIADO EM CARÁTER DE URGÊNCIA.
EVIDENCIA:**

Espessamento densificação da pele e tecido subcutâneo da face predominando por edema.

Presença de múltiplos traços de fraturas desnivelados comprometendo as paredes do seio maxilar esquerdo e algumas células etmoidais médias, associado a presença de líquido com densidade heterogênea no interior dos seios (hemossinus).
Existem traços de fraturas comprometendo também o assoalho orbitário, a face zigomática da órbita e o arco zigomático homolateral. Notando-se que um dos traços de fratura no assoalho da órbita esquerda atinge o forame intra-orbitário.

Espessamento revestimento mucoso do seio maxilar direito e algumas células etmoidais posteriores homolaterais.

Complexos óstio-meatais livres.

Meatos médios e inferiores permeáveis.

Não há desvio significativo do septo nasal.

Parede posterior do rinofaringe de aspecto anatômico.

Fossas ptérigo-palatinas e infra-temporais preservadas.

Dra Regina Celi Marinho

Dra Regina Celi Marinho CRM PE - 17607





Paciente _____: 464129-Marcilio Da Costa Almeida
Data _____: 22/12/2017
Nº Laudo _____: 11406111
Dat. Nasc. _____: 22/03/1985
Exame: TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO

TÉCNICAS DE EXAME:

Estudo realizado através de cortes tomográficos computadorizados multislice, com reconstruções, sem a administração do meio de contraste endovenoso.

Laudo emitido em caráter de urgência evidenciando como principais achados:

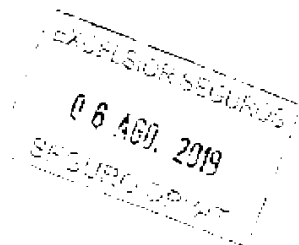
Parênquima encefálico com atenuação preservada.
Sistema ventricular de morfologia e dimensões normais.
Sulcos corticais e fissuras com amplitude conservada.
Não há desvios significativos da linha média.
Nota-se hiperdensidade projetada na topografia do tentório cerebelar
Calota craniana sem anormalidades significativas.
Presença de fraturas ósseas comprometendo o maxilar esquerdo com envolvimento das paredes do seio correspondente como também envolvendo o processo zigomático esquerdo associado a material hipodenso com atenuação de partes moles maxilo-etmoidal podendo representar material inflamatório / hemossinus.

Observação: Não houve modificações apreciáveis em relação ao exame tomográfico prévio datado de 16/12/2017

Exame documentado em 3 filmes.

Ana Ines A. Cavalcanti

Dra Ana Ines Cavalcanti CRM PE - 11080



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS INDÚSTRIAS
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
DIRETORIA NACIONAL DE REGISTRAÇÃO

NOME
MARCILLO DA COSTA ALMEIDA

DOC. IDENTIFIC. (RG, PASSAPORTE)
7022662 RGS PE

CPF
057.192.674-96

DATA DE NASCIMENTO
22/03/1985

PLACA
MARCUJO BATISTA DE
ALMEIDA
LINDALVA DA COSTA
ALMEIDA

PROFISSÃO
CC
COT. VEH.

Nº REGISTRO
00720775001

VALOR
16/10/2008

VALORES EM JUROS
O DEBITADO NACIONAL
1107185916

CLASSIFICAÇÃO
A

EXERCÍCIO Ativ. Remunerada

Assinatura do Titular

Assinatura do Registrado

DATA
ENCERVA - PE 23/09/2015

ASSINATURA DO REGISTRADO

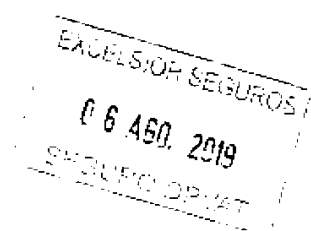
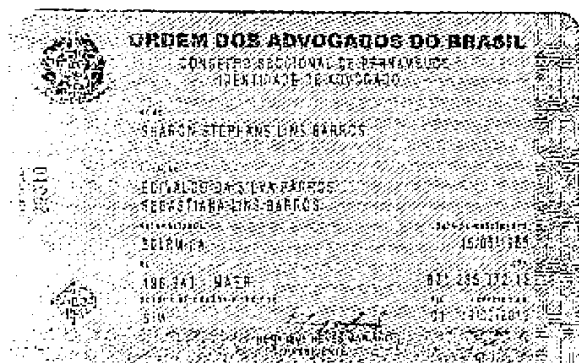
55485048285
PRO07162740

DETACH. PE (PERMANENTE)

PROCURADOR PLASTIFICAR
1107185916

EXCELSIOR SEGUROS
06/08/2019
SEGURO DP-VIT





REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PE Nº **04 20077440**
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA **1** COD. RENAVAM **1005097907** PLANT. R.C. ********* EXERCÍCIO **2019**

PLACA **022.159.800-0** **GTB0004**

FAB **1005097907** **GTB0004**

MARKA / MODELO **FIAT / PRIMA** **ANO FAB** **2014** **ANO MOD.** **2014**

CAP / POT / CIL **207291CL** **CATEGORIA** **PARTIC** **VEIC. PREDOMINANTE** **1005097907**

DATA ÚNICA **2019.01.18** **VENC. DATA ÚNICA** **13** **VENC. DATA ÚNICA** **13**

FAIXA I.P.V.A. **1** **PARCELAMENTO DATA ÚNICA** **1** **PARCELAMENTO DATA ÚNICA** **1**

PREMIO TARIFARIO (R\$) **1005097907** **IOF (R\$)** **1005097907** **PREMIO TOTAL (R\$)** **1005097907** **DATA DE PAGAMENTO** **1005097907**

OBSERVAÇÕES

DETRAN

EXCLUSÃO DE SEGUROS
06.06.2019
SEGURO DE FURTO



**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: 3190466324
Nome do(a) Examinado(a): Marcilio da Costa Almeida
Endereço do(a) Examinado(a): R Dq de Caxias, 339 Bl N Ap 104
Capibaribe São Lourenço da Mata PE CEP: 54705-210
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SDS / PE] 27103773
Data local do acidente: [16/12/2017]
Data local do exame: [06/12/2019] RECIFE [PE]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:
TRAUMA DE FACE COM FRATURA DE ZIGOMATICO E ORBITA ESQUERDOS, TCE
- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.
Tratamento: SUPORTE CLÍNICO, ANALGESIA, NÃO FEZ FISIOTERAPIA
Complicações: EVOLUI SEM COMPLICAÇÕES
Data da Alta: V?TIMA N?O APRESENTOU DOCUMENTOS
- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:
VITIMA CONSCIENTE E ORIENTADO AO EXAME, SEM DEFICIT COGNITIVO. APRESENTA SIMETRIA DE FACE, SEM LIMITAÇÃO NA ABERTURA DE CAVIDADE ORAL, SEM DEFICIT NA MASTIGAÇÃO.
- IV. Nexo 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)?
() Sim **(X) Não**
- VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:
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" **(X) "Sem sequela permanente"**
Esta avaliação médica deve ser repetida em _____ dias *(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)*
- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.
- | | |
|---|---|
| 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 |
| 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. Leonardo de Faria Neves

CPF - 045.955.274-03

CRM/PE - 17742



Seguradora Lider - DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS

ID

IDENTIFICAÇÃO

VITIMA

Franciele da Costa Almeida

DATA DO ACIDENTE

16/12/17

CPF DA VITIMA

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

() VITIMA () REPRESENTANTE LEGAL (CUIDO PARAFISCADO COM QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR

A VITIMA É

ENDEREÇO DO PORTADOR

Nº COMPLEMENTO

CIDADE

UF

CEP

BAIRRO

E-MAIL

TELEFONE (____) _____

MAQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

(X) REGISTRO DE DOENÇA INCLuíDO EM ALBUERTOBAE (CÓPIA AUTENTICA E LEGÍVEL)

(X) CERTIDÃO DE INTERDIÇÃO DA VITIMA OU CERTIDÃO DE INTERDIÇÃO DO REPRESENTANTE LEGAL (CÓPIA AUTENTICA E LEGÍVEL)

(X) CERTIDÃO DE INTERDIÇÃO DA VITIMA OU CERTIDÃO DE INTERDIÇÃO DO REPRESENTANTE LEGAL (CÓPIA AUTENTICA E LEGÍVEL)

(X) CERTIDÃO DE INTERDIÇÃO DA VITIMA OU CERTIDÃO DE INTERDIÇÃO DO REPRESENTANTE LEGAL (CÓPIA AUTENTICA E LEGÍVEL)

(X) CERTIDÃO DE INTERDIÇÃO DA VITIMA OU CERTIDÃO DE INTERDIÇÃO DO REPRESENTANTE LEGAL (CÓPIA AUTENTICA E LEGÍVEL)

(X) CERTIDÃO DE INTERDIÇÃO DA VITIMA OU CERTIDÃO DE INTERDIÇÃO DO REPRESENTANTE LEGAL (CÓPIA AUTENTICA E LEGÍVEL)

(X) CERTIDÃO DE INTERDIÇÃO DA VITIMA OU CERTIDÃO DE INTERDIÇÃO DO REPRESENTANTE LEGAL (CÓPIA AUTENTICA E LEGÍVEL)

(X) CERTIDÃO DE INTERDIÇÃO DA VITIMA OU CERTIDÃO DE INTERDIÇÃO DO REPRESENTANTE LEGAL (CÓPIA AUTENTICA E LEGÍVEL)

(X) CERTIDÃO DE INTERDIÇÃO DA VITIMA OU CERTIDÃO DE INTERDIÇÃO DO REPRESENTANTE LEGAL (CÓPIA AUTENTICA E LEGÍVEL)

(X) CERTIDÃO DE INTERDIÇÃO DA VITIMA OU CERTIDÃO DE INTERDIÇÃO DO REPRESENTANTE LEGAL (CÓPIA AUTENTICA E LEGÍVEL)

(X) CERTIDÃO DE INTERDIÇÃO DA VITIMA OU CERTIDÃO DE INTERDIÇÃO DO REPRESENTANTE LEGAL (CÓPIA AUTENTICA E LEGÍVEL)

(X) CERTIDÃO DE INTERDIÇÃO DA VITIMA OU CERTIDÃO DE INTERDIÇÃO DO REPRESENTANTE LEGAL (CÓPIA AUTENTICA E LEGÍVEL)

(X) CERTIDÃO DE INTERDIÇÃO DA VITIMA OU CERTIDÃO DE INTERDIÇÃO DO REPRESENTANTE LEGAL (CÓPIA AUTENTICA E LEGÍVEL)

(X) CERTIDÃO DE INTERDIÇÃO DA VITIMA OU CERTIDÃO DE INTERDIÇÃO DO REPRESENTANTE LEGAL (CÓPIA AUTENTICA E LEGÍVEL)

(X) CERTIDÃO DE INTERDIÇÃO DA VITIMA OU CERTIDÃO DE INTERDIÇÃO DO REPRESENTANTE LEGAL (CÓPIA AUTENTICA E LEGÍVEL)

(X) CERTIDÃO DE INTERDIÇÃO DA VITIMA OU CERTIDÃO DE INTERDIÇÃO DO REPRESENTANTE LEGAL (CÓPIA AUTENTICA E LEGÍVEL)

(X) CERTIDÃO DE INTERDIÇÃO DA VITIMA OU CERTIDÃO DE INTERDIÇÃO DO REPRESENTANTE LEGAL (CÓPIA AUTENTICA E LEGÍVEL)

OBS: DE PRESUNTA TE LEVA E QUEM REPRESENTA A VITIMA MENOR DE 06 (SEIS) ANOS, PODERÁ SER TAMBÉM O PAI

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

(X) REGISTRO DE DOENÇA INCLuíDO EM ALBUERTOBAE (CÓPIA AUTENTICA E LEGÍVEL)

(X) CERTIDÃO DE INTERDIÇÃO DA VITIMA OU CERTIDÃO DE INTERDIÇÃO DO REPRESENTANTE LEGAL (CÓPIA AUTENTICA E LEGÍVEL)

(X) CERTIDÃO DE INTERDIÇÃO DA VITIMA OU CERTIDÃO DE INTERDIÇÃO DO REPRESENTANTE LEGAL (CÓPIA AUTENTICA E LEGÍVEL)

(X) CERTIDÃO DE INTERDIÇÃO DA VITIMA OU CERTIDÃO DE INTERDIÇÃO DO REPRESENTANTE LEGAL (CÓPIA AUTENTICA E LEGÍVEL)

(X) CERTIDÃO DE INTERDIÇÃO DA VITIMA OU CERTIDÃO DE INTERDIÇÃO DO REPRESENTANTE LEGAL (CÓPIA AUTENTICA E LEGÍVEL)

(X) CERTIDÃO DE INTERDIÇÃO DA VITIMA OU CERTIDÃO DE INTERDIÇÃO DO REPRESENTANTE LEGAL (CÓPIA AUTENTICA E LEGÍVEL)

(X) CERTIDÃO DE INTERDIÇÃO DA VITIMA OU CERTIDÃO DE INTERDIÇÃO DO REPRESENTANTE LEGAL (CÓPIA AUTENTICA E LEGÍVEL)

(X) CERTIDÃO DE INTERDIÇÃO DA VITIMA OU CERTIDÃO DE INTERDIÇÃO DO REPRESENTANTE LEGAL (CÓPIA AUTENTICA E LEGÍVEL)

(X) CERTIDÃO DE INTERDIÇÃO DA VITIMA OU CERTIDÃO DE INTERDIÇÃO DO REPRESENTANTE LEGAL (CÓPIA AUTENTICA E LEGÍVEL)

(X) CERTIDÃO DE INTERDIÇÃO DA VITIMA OU CERTIDÃO DE INTERDIÇÃO DO REPRESENTANTE LEGAL (CÓPIA AUTENTICA E LEGÍVEL)

(X) CERTIDÃO DE INTERDIÇÃO DA VITIMA OU CERTIDÃO DE INTERDIÇÃO DO REPRESENTANTE LEGAL (CÓPIA AUTENTICA E LEGÍVEL)

(X) CERTIDÃO DE INTERDIÇÃO DA VITIMA OU CERTIDÃO DE INTERDIÇÃO DO REPRESENTANTE LEGAL (CÓPIA AUTENTICA E LEGÍVEL)

(X) CERTIDÃO DE INTERDIÇÃO DA VITIMA OU CERTIDÃO DE INTERDIÇÃO DO REPRESENTANTE LEGAL (CÓPIA AUTENTICA E LEGÍVEL)

(X) CERTIDÃO DE INTERDIÇÃO DA VITIMA OU CERTIDÃO DE INTERDIÇÃO DO REPRESENTANTE LEGAL (CÓPIA AUTENTICA E LEGÍVEL)

(X) CERTIDÃO DE INTERDIÇÃO DA VITIMA OU CERTIDÃO DE INTERDIÇÃO DO REPRESENTANTE LEGAL (CÓPIA AUTENTICA E LEGÍVEL)

(X) CERTIDÃO DE INTERDIÇÃO DA VITIMA OU CERTIDÃO DE INTERDIÇÃO DO REPRESENTANTE LEGAL (CÓPIA AUTENTICA E LEGÍVEL)

(X) CERTIDÃO DE INTERDIÇÃO DA VITIMA OU CERTIDÃO DE INTERDIÇÃO DO REPRESENTANTE LEGAL (CÓPIA AUTENTICA E LEGÍVEL)

(X) CERTIDÃO DE INTERDIÇÃO DA VITIMA OU CERTIDÃO DE INTERDIÇÃO DO REPRESENTANTE LEGAL (CÓPIA AUTENTICA E LEGÍVEL)

(X) CERTIDÃO DE INTERDIÇÃO DA VITIMA OU CERTIDÃO DE INTERDIÇÃO DO REPRESENTANTE LEGAL (CÓPIA AUTENTICA E LEGÍVEL)

(X) CERTIDÃO DE INTERDIÇÃO DA VITIMA OU CERTIDÃO DE INTERDIÇÃO DO REPRESENTANTE LEGAL (CÓPIA AUTENTICA E LEGÍVEL)

(X) CERTIDÃO DE INTERDIÇÃO DA VITIMA OU CERTIDÃO DE INTERDIÇÃO DO REPRESENTANTE LEGAL (CÓPIA AUTENTICA E LEGÍVEL)

(X) CERTIDÃO DE INTERDIÇÃO DA VITIMA OU CERTIDÃO DE INTERDIÇÃO DO REPRESENTANTE LEGAL (CÓPIA AUTENTICA E LEGÍVEL)

(X) CERTIDÃO DE INTERDIÇÃO DA VITIMA OU CERTIDÃO DE INTERDIÇÃO DO REPRESENTANTE LEGAL (CÓPIA AUTENTICA E LEGÍVEL)

(X) CERTIDÃO DE INTERDIÇÃO DA VITIMA OU CERTIDÃO DE INTERDIÇÃO DO REPRESENTANTE LEGAL (CÓPIA AUTENTICA E LEGÍVEL)

(X) CERTIDÃO DE INTERDIÇÃO DA VITIMA OU CERTIDÃO DE INTERDIÇÃO DO REPRESENTANTE LEGAL (CÓPIA AUTENTICA E LEGÍVEL)

(X) CERTIDÃO DE INTERDIÇÃO DA VITIMA OU CERTIDÃO DE INTERDIÇÃO DO REPRESENTANTE LEGAL (CÓPIA AUTENTICA E LEGÍVEL)

(X) CERTIDÃO DE INTERDIÇÃO DA VITIMA OU CERTIDÃO DE INTERDIÇÃO DO REPRESENTANTE LEGAL (CÓPIA AUTENTICA E LEGÍVEL)

(X) CERTIDÃO DE INTERDIÇÃO DA VITIMA OU CERTIDÃO DE INTERDIÇÃO DO REPRESENTANTE LEGAL (CÓPIA AUTENTICA E LEGÍVEL)

(X) CERTIDÃO DE INTERDIÇÃO DA VITIMA OU CERTIDÃO DE INTERDIÇÃO DO REPRESENTANTE LEGAL (CÓPIA AUTENTICA E LEGÍVEL)

(X) CERTIDÃO DE INTERDIÇÃO DA VITIMA OU CERTIDÃO DE INTERDIÇÃO DO REPRESENTANTE LEGAL (CÓPIA AUTENTICA E LEGÍVEL)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

VALORES DE INDENIZAÇÃO

VALORES DE INDENIZAÇÃO

VALORES DE INDENIZAÇÃO

VALORES DE INDENIZAÇÃO

VALORES DE INDENIZAÇÃO

VALORES DE INDENIZAÇÃO

VALORES DE INDENIZAÇÃO

VALORES DE INDENIZAÇÃO

VALORES DE INDENIZAÇÃO

VALORES DE INDENIZAÇÃO

VALORES DE INDENIZAÇÃO

VALORES DE INDENIZAÇÃO



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190466324

Cidade: São Lourenço da Mata

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: MARCILIO DA COSTA ALMEIDA

Data do acidente: 16/12/2017

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: TRAUMA DE FACE COM FRATURA DE ZIGOMÁTICO E ORBITA ESQUERDOS, TCE

Descrição do exame físico: VITIMA CONSCIENTE E ORIENTADO AO EXAME, SEM DEFICIT COGNITIVO. APRESENTA SIMETRIA DE FACE, SEM LIMITAÇÃO NA ABERTURA DE CAVIDADE ORAL, SEM DEFICIT NA MASTIGAÇÃO

Resultados terapêuticos: SUPORTE CLÍNICO, ANALGESIA, NÃO FEZ FISIOTERAPIA
EVOLUI SEM COMPLICAÇÕES
ALTA MÉDICA

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Data do exame físico: 06/12/2019

Conduta mantida:

Observações: O EXAME FÍSICO DESCRITO DEMONSTROU QUE APÓS A CONSOLIDAÇÃO DAS LESÕES OCORRIDAS NO TRAUMA E O TERMINO DO TRATAMENTO QUE NÃO EXISTEM SEQUELAS FUNCIONAIS E OU ANATÔMICAS A SEREM INDENIZADAS DECORRENTES DO ACIDENTE, PORTANTO MANTEMOS A CONDUTA DO MÉDICO EXAMINADOR.

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
		Total	0 %	R\$ 0,00



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190466324

Cidade: São Lourenço da Mata

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: MARCILIO DA COSTA ALMEIDA

Data do acidente: 16/12/2017

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 11/11/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRÂNIO ENCEFÁLICO. P2, 6, 17
TRAÇO DE FRATURA DE SEIO MAXILAR ESQUERDO.
TRAÇO DE FRATURA EM ARCO ZIGOMÁTICO DIREITO.
TRAÇO DE FRATURA EM ASSOALHO DA ÓRBIT DIREITA. P16

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR. P12, 13
ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Documento/Motivo: Recusa – Sem Sequelas (Evolução Sem Sequela Permanente)

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: EM TODOS OS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

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
		Total	0 %	R\$ 0,00





ADVOGADOS

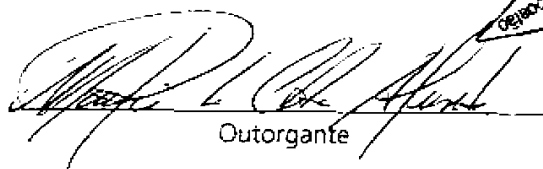
PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: MARCILIO DA COSTA ALMEIDA, brasileiro, solteiro, bombeiro militar, portador do CPF nº 057.193.474-96, residente e domiciliado na Rua Duque de Caxias, nº 339, apt. 104, Bloco N, Capibaribe, São Lourenço da Mata -PE. CEP: 54705-210.

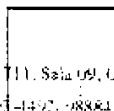
OUTORGADAS: SHARON STÉPHANE LINS BARROS, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/PE 29010-D. **KARINA MOURA CRUZ**, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/PE sob nº 39.000-D e **LUCIANA MARIA DA SILVA**, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/PE sob o nº 39.356-D, com escritório profissional à Rua Lins de Andrade, nº 711, sala 09, Piedade, Jaboatão dos Guararapes-PE. CEP: 54310-335. E-mail: scr.advogados.pe@gmail.com, onde recebem intimações e/ou notificações judiciais.

PODERES: Por este instrumento particular de procuração, o outorgante nomeia e constitui as outorgadas suas bastantes procuradoras para o fim especial de requerer junto a qualquer seguradora integrante do Consorcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro que vitimou em acidente de transito o Sr. **MARCILIO DA COSTA ALMEIDA**, ocorrido em **16/12/2017**, conforme registrado pelo B.O anexo ao processo, tendo como beneficiário(a): **MARCILIO DA COSTA ALMEIDA**. Podendo propor, desistir de ações, interpor recursos, transigir, receber e dar quitação, Levantar quantias em depósito administrativo ou judicial através de Alvará, firmar compromissos, usar de todos os recursos legais, por mais especiais que sejam, mesmo extraordinários, promover justificações, inquirir e contestar testemunhas, inclusive receber a citação inicial, confessar, reconhecer a procedência do pedido, usando, em suma, de todos os poderes permitidos em Direito, para que a sua defesa seja a mais ampla e cabal, inclusive substabelecer em Advogado de sua confiança, e quando lhe convier, com, ou sem reservas de poderes.

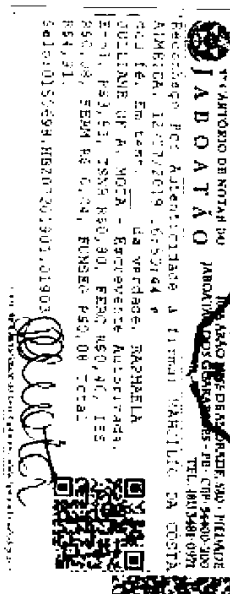
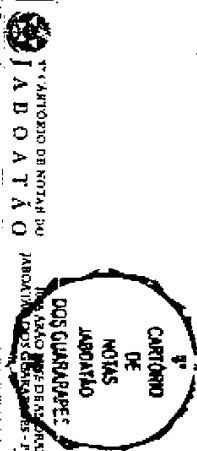
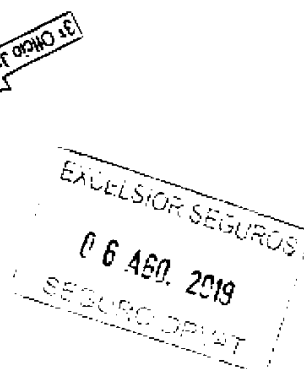
Jaboatão dos Guararapes/PE, 12 de julho de 2019.


Outorgante

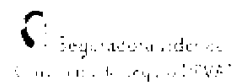
CPF: 057.193.474-96



Endereço: Rua Arão Lins de Andrade nº 711, Sala 09, Galeria Vip Point, Piedade, Jaboatão dos Guararapes-PE. CEP: 54310-335. Fone: (81) 3201-4492, 98884-4171. E-mail: scr.advogados.pe@gmail.com



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0268170/19
Vítima: MARCILIO DA COSTA ALMEIDA
CPF: 057.193.474-96
Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 16/12/2017
CPF de: Próprio
Titular do CPF: MARCILIO DA COSTA ALMEIDA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

SHARON STEPHANE LINS BARROS : 821.285.372-15

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

MARCILIO DA COSTA ALMEIDA : 057.193.474-96

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- 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.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 06/08/2019
Nome: SHARON STEPHANE LINS BARROS
CPF: 821.285.372-15

Responsável pelo cadastramento na seguradora

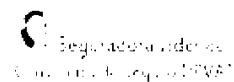
Data do cadastramento: 06/08/2019
Nome: SIMONE BARBOSA CORREIA
CPF: 026.826.254-36

SHARON STEPHANE LINS BARROS

SIMONE BARBOSA CORREIA



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0268170/19

Número do Sinistro: 3190466324

Vítima: MARCILIO DA COSTA ALMEIDA

CPF: 057.193.474-96

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 16/12/2017

CPF de: Próprio

Titular do CPF: MARCILIO DA COSTA ALMEIDA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Declaração do Proprietário do Veículo

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: 08/11/2019
Nome: SHARON STEPHANE LINS BARROS
CPF: 821.285.372-15

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 08/11/2019
Nome: RAIANNE SILVA BARBOSA
CPF: 102.869.074-61

SHARON STEPHANE LINS BARROS

RAIANNE SILVA BARBOSA

