



Rio de Janeiro, 02 de Setembro de 2014

Carta n°: 5003624

A/C: MARCIO DA SILVA AZAVEDO

Sinistro: 2014619486  
Vitima: MARCIO DA SILVA AZAVEDO  
Data Acidente: 08/06/2014  
Natureza: INVALIDEZ  
Procurador:

**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: MARCIO DA SILVA AZAVEDO

Valor: R\$ 8.268,75

Banco: 001

Agência: 000002529-1

Conta: 000010028004-8

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

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 leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 100%) 25,00%

Valor a indenizar: 25,00% x 13.500,00 =	R\$ 3.375,00
---	--------------

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos punhos 25%

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 25%) 18,75%

Valor a indenizar: 18,75% x 13.500,00 =	R\$ 2.531,25
---	--------------

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 =	R\$ 2.362,50
---	--------------

Multa: R\$ 0,00

Juros: R\$ 0,00

Total creditado: R\$ 8.268,75

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.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br).

Atenciosamente,



# 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

Sinistro: 2014619486 - 1

Nome do(a) Examinado(a): MARCIO DA SILVA AZAVEDO

Endereço do(a) Examinado(a): RUA 21 DE ABRIL nº 1831 - CONVENTO - RIBEIRAO/PE

Identificação - Órgão Emissor/UF/Número: RG 7737013 - SSP

Data local do exame: 22/08/2014 RECIFE/PE

### Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)

**FRATURA EM MAXILAR ESQ., FRATURA DE FEMUR ESQ. E FRATURA DE RÁDIO ESQ.**

a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação?

SIM  NÃO

b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico?

SIM  NÃO

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações.

**TTO CIRÚRGICO EM FACE VIA OSTEOSINTSE, TTO CIRÚRGICO EM COXA ESQ. VIA OSTEOSINTSE E TTO CIURGICO EM PUNHO ESQ. VIA OSTEOSINTSE COM ALTA MEDICA**

III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)?

SIM  NÃO

Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

**DOR EM MAXILAR ESQ., COM PARESTESIA EM CICATRIZ CIRÚRGICA, LIMITAÇÃO DA ABERTURA DA BOCA E DEFÍCIT DA MASTIGAÇÃO. DOR EM COXA ESQ., COM LEVE ATROFIA MUSCULAR ADJACENTE, LIMITAÇÃO DA FLEXÃO DO QUADRIL ESQ. E DEFÍCIT DA MARCHA. DOR EM PUNHO ESQ., COM INTENSA ATROFIA MUSCULAR ADJACENTE E IMPORTANTE LIMITAÇÃO DA FLEXO EXTENSÃO.**

IV. 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

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

Exame não permite conclusão

Vide motivo do impedimento no campo das observações

b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal(Sequela)

**FACE**

10%  25%  50%  75%  100%

Região Corporal(Sequela)

**PUNHO E.**

10%  25%  50%  75%  100%

Região Corporal(Sequela)

**MIE**

10%  25%  50%  75%  100%

Região Corporal(Sequela)

10%  25%  50%  75%  100%

c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações(\*):

Total = "100% da IS"

V. Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valorização do dano corporal.

Local e data de realização do exame médico legal:

PE - RECIFE, 22/08/2014

Médico Perito: CLAUDIO VITOR GROSSI CRM: 5263800-5

  
Claudio Vitor Grossi  
Médico Perito  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM 5263800-5





Seguradora Líder • DPVAT

## AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO \_\_\_\_\_

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com **dados do beneficiário** da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, *Marcio da silva Agrevedo*

PORTADOR(A) DO RG N° 7.737.013 EXPEDIDO POR SOS/PC EM 02/03/10  
 CPF 017.775.674-10 /CNPJ 00000000-0000-00, PROFISSÃO Aux. de Montagem  
 E RENDA MENSAL DE R\$ 900,00 (\*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO  
 SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Marcio da silva Agrevedo. AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO  
 DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(\*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.



Para evitar a reprogramação de um pagamento, lembre-se:

1) Os seguintes documentos não devem, de forma nenhuma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício;
- Conta pessoa jurídica;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for o titular;
- Conta tipo FÁCIL: atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta-POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidades Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$2000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (não será aceita proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);

**CONTATOS**  
 (81) 3491.0030 / 3491.8823  
 (81) 9219.0523 / 9873.3354  
 (81) 9216.5135 / 22.4.8269

2) O CPF do beneficiário/vítima não pode estar inválido, pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL - [www.receita.fazenda.gov.br](http://www.receita.fazenda.gov.br));

3) O CPF da conta informada para depósito não pode ser diferente do CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistro.

 CRÉDITO EM CONTA-CORRENTE (ACEITAS CONTAS DE TODOS OS BANCOS)

BANCO \_\_\_\_\_ AGÊNCIA \_\_\_\_\_ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-CORRENTE \_\_\_\_\_

 CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO BRADESCO

BANCO 237 • AGÊNCIA \_\_\_\_\_ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA \_\_\_\_\_

 CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO DO BRASILBANCO 001 • AGÊNCIA 2529-1 (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA 28.004-6 CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO ITAÚ

BANCO 341 • AGÊNCIA \_\_\_\_\_ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA \_\_\_\_\_

 CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DA CAIXA ECONÔMICA FEDERAL

BANCO 104 • AGÊNCIA \_\_\_\_\_ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA \_\_\_\_\_

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ACIMA DESCRIPTAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO GENTIL REFERIDA VIDA E PREVIDÊNCIA SA

**CONTATOS**  
 (81) 3491.0030 / 3491.8823  
 (81) 9219.0523 / 9873.3354  
 (81) 9216.5135 / 22.4.8269

LOCAL Ribeirão Preto DATA 09/07/16

31 JUL. 2014

ASSINATURA DO(A) BENEFICIÁRIO (A) Marcio da silva Agrevedo

UNIDADE RIO DE JANEIRO  
 PROTOCOLO P/ANALISE

 ATENÇÃO CONTATOS

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente); indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.

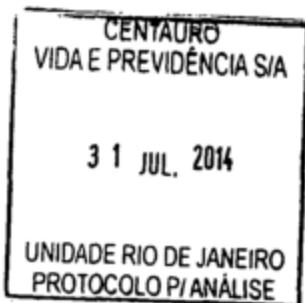
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br) ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.



CONTATOS  
(81) 3491.0360 / 3431.8823  
(81) 9219.0525 / 3075.6564  
(81) 9218.3735 / 8874.8263

cif

CONTATOS  
(81) 3491.0360 / 3431.8823  
(81) 9219.0525 / 3075.6564  
(81) 9218.3735 / 8874.8263





**GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLICIA DA 071A. CIRCUNSCRICAO - RIBEIRAO**

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA (COMPLETO)  
Nº. 14E0161000872**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 09/07/2014 às 11:50

**\*\*\* C O N F I D E N C I A L \*\*\*  
\* USO EXCLUSIVO PARA INVESTIGACAO E/OU  
INQUERITO POLICIAL\***

**Ocorrência**

Natureza: ACIDENTE DE TRANSITO COM VITIMA FATAL - Culposo (Consumado)

Data: 8/6/2014 Hora: 19:00

Motivação: NÃO INFORMADO

Endereço do Fato: EM FRETE A ESCOLA SAVINA PETRILERIBEIRAO, PERNAMBUCO, BRASIL

Próximo a: MUNICIPIO DE RIBEIRAO, 01 CENTRO, RIBEIRAO, PERNAMBUCO, BRASIL

Local do fato: VIA PUBLICA

**Envolvidos:**

ELINALDO ( AUTOR VAGENTE )  
CINTIA PEREIRA DOS SANTOS ( NOTICIANTE )  
MARCELO BARBOSA DE MENEZES ( OUTRO )  
MARCIO DA SILVA AZEVEDO ( VITIMA )

**Objetos:**

VEICULO: CICLOMOTO (Usado na geração da ocorrência) - Proprietário: MARCIO DA SILVA

AZEVEDO - Utilizado por: MARCIO DA SILVA AZEVEDO

VEICULO: MOTOCICLETA (Usado na geração da ocorrência) - Proprietário: MARCELO BARBOSA DE

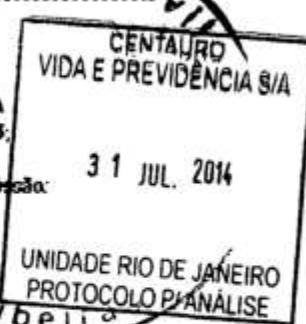
MENEZES - Utilizado por: MARCELO BARBOSA DE MENEZES

**Envolvidos**

CINTIA PEREIRA DOS SANTOS (presente ao plantão) Sexo: FEMININO; Orientação Afetivo-sexual: NÃO INFORMADO; Identidade Afetivo-sexual: NÃO INFORMADO; Apelido: NÃO INFORMADO; Mãe: MARIA ELINEIDE SILVA DOS SANTOS; Pai: MONASSEIS PEREIRA DOS SANTOS; Nascimento: 28/6/1986; Naturalidade: RIBEIRAO / PERNAMBUCO / BRASIL; Documentos: 7692198/SDS/PE (RG); Estado Civil: SOLTEIRO(A); Escolaridade: DESCONHECIDO; Profissão: DO LAR Telefones Celulares: 81876914; Turma: OUTROS

**Características Físicas:**

Idade aparente: 29; Aparência: DESCONHECIDO; Cor da pele: DESCONHECIDA; Cor dos olhos: DESCONHECIDO; Cor dos cabelos: DESCONHECIDO; Tipo de cabelo: DESCONHECIDO; Pelagem facial:



**DESCONHECIDO**

Peculiaridade: **OUTRO**.

Pessoa com Deficiência: **SEM DEFICIÊNCIAS**.

Marcas Físicas: **NÃO INFORMADO**

Endereço Residencial: **RUA 21 DE ABRIL, CONVENTO RIBEIRAO, PERNAMBUCO, BRASIL**  
Endereço Comercial: **NÃO INFORMADO**

Empresa: **NÃO INFORMADO**

**MARCIO DA SILVA AZEVEDO** (não presente ao plantão) NIC: 0000000; Sexo: **MASCULINO**; Orientação Afetivo-sexual: **CUNHADO**; Identidade Afetivo-sexual: **HETEROSSEXUAL**; Identidade Afetivo-sexual: **HETEROSSEXUAL**; Apelido: **NÃO INFORMADO**; Mãe: **SUELÍ MARIA DA SILVA**; Pai: **MANOEL DE AZEVEDO**; Nascimento: 20/5/1982; Naturalidade: **RIBEIRAO / PERNAMBUCO / BRASIL**  
Documentos: 7737013/SDS/PE (RG), 01777667410 (CPF); Estado Civil: **SOLTEIRO(A)**; Escolaridade: **INSTRUÇÃO FUNDAMENTAL / DESCONHECIDO**; Profissão: **AUXILIAR DE SERVICOS GERAIS Telefones Celulares: - 88118698**

Turista: **OUTROS**

Características Físicas:

Aparência: **DESCONHECIDO**; Cor da pele: **DESCONHECIDA**; Cor dos olhos: **DESCONHECIDO**; Cor dos cabelos: **DESCONHECIDO**; Tipo de cabelo: **DESCONHECIDO**; Pelagem facial: **DESCONHECIDO**

Peculiaridade: **OUTRO**.

Pessoa com Deficiência: **SEM DEFICIÊNCIAS**.

Marcas Físicas: **NÃO INFORMADO**

Endereço Residencial: **RUA 21 DE ABRIL, CONVENTO RIBEIRAO, PERNAMBUCO, BRASIL**  
Endereço Comercial: **NÃO INFORMADO**

Empresa: **NÃO INFORMADO**

**ELINALDO** (não presente ao plantão) Sexo: **MASCULINO**; Orientação Afetivo-sexual: **DESCONHECIDO**; Identidade Afetivo-sexual: **DESCONHECIDO**; Apelido: **NÃO INFORMADO**; Mãe: **NÃO INFORMADO**; Pai: **NÃO INFORMADO**; Nascimento: **NÃO INFORMADO**; Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

Estado Civil: **NAO INFORMADO**; Escolaridade: **NAO INFORMADO**; Profissão: **NAO INFORMADO**

Características Físicas:

Aparência: **DESCONHECIDO**; Cor da pele: **DESCONHECIDA**; Cor dos olhos: **DESCONHECIDO**; Cor dos cabelos: **DESCONHECIDO**; Tipo de cabelo: **DESCONHECIDO**; Pelagem facial: **DESCONHECIDO**

Peculiaridade: **OUTRO**.

Pessoa com Deficiência: **DESCONHECIDO**.

Marcas Físicas: **NÃO INFORMADO**

Endereço Residencial: **NÃO INFORMADO**

Endereço Comercial: **NÃO INFORMADO**

Empresa: **NÃO INFORMADO**

**MARCELO BARBOSA DE MENEZES** (não presente ao plantão) Sexo: **MASCULINO**; Orientação Afetivo-sexual: **NÃO INFORMADO**; Identidade Afetivo-sexual: **NÃO INFORMADO**; Apelido: **NÃO INFORMADO**; Mãe: **NÃO INFORMADO**; Pai: **NÃO INFORMADO**; Nascimento: **NÃO INFORMADO**; Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

Documentos: 04429603494 (CPF); Estado Civil: **NAO INFORMADO**; Escolaridade: **NAO INFORMADO**; Profissão: **NAO INFORMADO** Turista: **OUTROS**

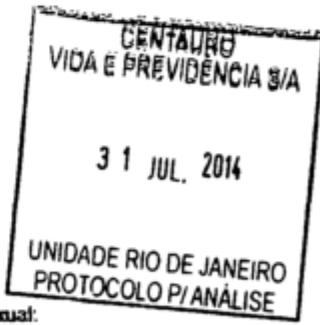
Características Físicas:

Aparência: **DESCONHECIDO**; Cor da pele: **DESCONHECIDA**; Cor dos olhos: **DESCONHECIDO**; Cor dos cabelos: **DESCONHECIDO**; Tipo de cabelo: **DESCONHECIDO**; Pelagem facial: **DESCONHECIDO**



13º USPC

Ribeirão



Peculiaridade: OUTRO.

Pessoa com Deficiência: DESCONHECIDO.

Marcas Físicas: NÃO INFORMADO

Endereço Residencial: NÃO INFORMADO

Endereço Comercial: NÃO INFORMADO

Empresa: NÃO INFORMADO



#### Objetos

##### MOTOCICLETA (VEÍCULO)

Categoria/Marca/Modelo: MOTOCICLETA / HONDA / CG 160 - Objeto apreendido: Não  
 Número de Série: NÃO INFORMADO Cor: VERMELHA Quantidade: (UNIDADE NÃO INFORMADA) Valor Unitário: (MOEDA NÃO INFORMADA)

Placa: KNU6372 (PERNAMBUCO / NÃO INFORMADO) Renavam: 919702687 Chassi: 9C2KC08207R044896  
 Ano Fabricação/Modelo: 2007 / 2007

##### CICLOMOTO (VEÍCULO)

Categoria/Marca/Modelo: CICLOMOTOR / SHINERAY / NÃO INFORMADO - Objeto apreendido: Não  
 Número de Série: NÃO INFORMADO Cor: PRETA Quantidade: (UNIDADE NÃO INFORMADA) Valor Unitário: (MOEDA NÃO INFORMADA)

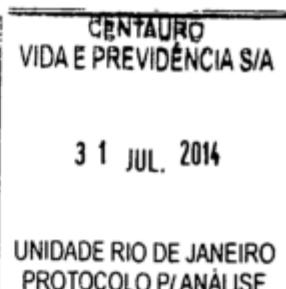
Placa: NÃO INFORMADO (PERNAMBUCO / NÃO INFORMADO )

#### Complemento

NA DATA DE HOJE FOI NOTICIADO NESSA DELEGIACIA DE POLÍCIA PELA NOTICIANTE, CINTIA PEREIRA DOS SANTOS, RG.:7692198/SDS/PE, A OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRANSITO COM VÍTIMA FATAL ONDE FIGUROU COMO VÍTIMA SEU MARIDO, MÁRCIO DA SILVA AZEVEDO, RG.:7737013/SDS/PE (NÃO FATAL) E ELINALDO (VÍTIMA FATAL). NA OCASIÃO MÁRCIO ESTAVA indo PARA CASA DE UM AMIGO PILOTANDO UM CICLOMOTOR PERTENCENTE AO SEU CUNHADO, SILVA, MAS AO CHEGAR NAS PROXIMIDADES DO COLÉGIO SAVINA PETRILE FOI ATIGIDO POR POR UMA MOTOCICLETA, JÁ IDENTIFICADA A CIMA, PILOTADA POR ELINALDO. COM A COLISÃO MÁRCIO E ELINALDO FORAM LANÇADOS AO CHÃO E SOFRERAM VARIAS LESÕES, SENDO OS DOIS SOCORRIDOS POR POPULARES PARA O HOSPITAL DE RIBEIRÃO, ONDE RECEBERAM OS PRIMEIROS SOCORROS E EM SEGUITA, DEVIDO A GRAVIDADE DOS FERIMENTOS, EM CAMINHADOS PARA O HOSPITAL DA RESTALRAÇÃO EM RECIFE. MÁRCIO PASSOU POR 2 (DUAS) OPERAÇÕES NO HR PARA O TRATAMENTO DE TRAUMAS NA FACE, E 2 (DUAS) OPERAÇÕES NO HOSPITAL MEMORIAL DE JABOTATÃO REFERENTES A FRATURAS NO PUNHO E FÉMUR. JÁ ELINALDO NÃO RESISTIU AOS FERIMENTOS VINDO A OBITO NO DIA SEGUINTE AO ACIDENTE. DIANTE DO EXPOSTO CINTIA VEIU INFORMAR A AUTORIDADE POLICIAL O FATO PARA SEU DEVIDO REGISTRO.

\* Cintia Pereira dos Santos

B.O. registrado pelo policial: SERGIO RODRIGUES DE MELO - Matrícula: 2731525



## DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, Marcio da Silva Azevedo

portador da carteira de identidade nº 7.737.013 e inscrito no CPF/MF sob o nº 017.775.574-10

residente e domiciliado na Rua 21 de Abril, 18313 Convento

Cidade Ribeirão, Estado PE, 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:

**CONTATOS**  
(81) 3481.0300 / 3481.8823  
(81) 3219.0383 / 3219.0384  
(81) 3218.3.13 / 3214.8263

- Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou  
 O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou  
 O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido 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 a 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 impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

**CONTATOS**  
(81) 3481.0300 / 3481.8823  
(81) 3219.0383 / 3219.0384  
(81) 3218.3.13 / 3214.8263

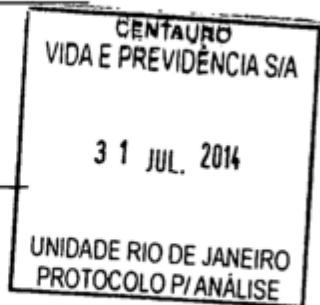
Ribeirão PE 09/07/2014

Local e data

Marcio da Silva Azevedo  
CONSELHO  
(81) 3481.0300 / 3481.8823  
(81) 3219.0383 / 3219.0384  
(81) 3218.3.13 / 3214.8263

Assinatura do declarante

Assinatura do representante legal



# BANCO DO BRASIL

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

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

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 27/08/2014

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 8.268,75

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MARCIO DA SILVA AZAVEDO

BANCO: 001

AGÊNCIA: 02529-1

CONTA: 000010028004-8

---

Nr. da Autenticação 543EE1126BE4F50B

## DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Comprovante de residência



Eu, Marcio da silva Agrevedo

RG nº 7.737.013, data de expedição 02/03/10, Órgão SOS/PE,

CPF 011.775.574 - 10, Venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro(Rua/Avenida/Praça)	<u>Rua 21 de Abril</u>
Número	<u>18313</u>
Apto/Complemento	
BAIRRO	<u>Convento</u>
CIDADE	<u>Ribeirão</u>
ESTADO	<u>PE</u>
CEP	<u>55520 - 000</u>
Telefone de Contato	
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Ribeirão/PE 09/07/14

Local e data

CONTATOS  
 (81) 3426-2220 / 3131-8023  
 (81) 2219-0321 / 3075-8554  
 (81) 2219-0321 / 3074-8263  
 (81) 2219-0321 / 3074-8263

Marcio da silva Agrevedo

Assinatura do declarante

Assinatura do representante legal



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



Grupo Neoenergia

www.celpe.com.br

Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02  
COMERCIAL 0800 0810120|PRONTIDÃO 0800 0810196  
Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142  
Ouvíndia 0800 281 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  
tarifada na origem para telefones celulares

## DADOS DO CLIENTE

CINTIA PEREIRA DOS SANTOS

CPF: 078.941.334-50 NIS: 16624060965

ENDERECO DA UNIDADE CONSUMIDORA  
RUA 21 DE ABRIL 1831 -BCONVENTO/RIBEIRAO  
55520-000 RIBEIRAO PEAs 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](http://www.celpe.com.br)DATA DE VENCIMENTO  
**02/07/2014**TOTAL A PAGAR (R\$)  
**19,10**DATA DA EMISSÃO DA NOTA FISCAL  
**09/06/2014**DATA DA APRESENTAÇÃO  
**25/06/2014**NÚMERO DA NOTA FISCAL  
**000809554**CONTA CONTRATO  
**7005953639**Nº DO CLIENTE  
**2002879509**Nº DA INSTALAÇÃO  
**5332944**

## CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL - BAIXA RENDA COM NIS  
Monofásico

## RESERVADO AO FISCO

8297.AC82.A6EC.A7EF.C4DC.E461.4E14.E861

## DESCRÍCÃO DA NOTA FISCAL

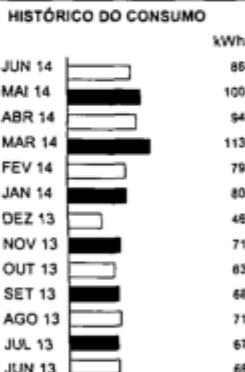
	QUANTIDADE	FRESCO(R\$)	VALOR(R\$)
Consumo Ativo até 30 kWh	30.000000	0,12804789	3,84
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	58.000000	0,21951033	12,28
Contribuição Iluminação Pública			2,80
Multa por atraso-NF 000865051 - 08/04/14			0,29
Juros por atraso-NF 000865051 - 08/04/14			0,09

Comunicamos o não pagamento da(s) conta(s) de energia citada(s):  
Vencido Dt reaviso Valor Vencido Dt reaviso Valor  
29/05/14 25/06/14 20,28

Em caso de não pagamento do débito, o fornecimento de energia poderá ser suspenso, bem como poderá ocorrer sua inclusão nos registros de restrição de crédito do SPC e SERASA, com abrangência nacional.  
Este comunicado não substitui o aviso de débitos anteriores bem como não abrange débitos em discussão judicial que poderão ser cobrados após o fim do processo.

CONTATOS  
(81) 3491-0360 / 3491-0361  
(81) 9219-0525 / 9219-0526  
(81) 9218-3735 / 9218-3736  
(81) 9218-3737 / 9218-3738

Tarifas Aplicadas	
Consumo Ativo até 30 kWh	0,12081300
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	0,20710800



	R\$	%
Geração de Energia	16,98	59,79
Transmissão	0,47	1,65
Distribuição (Celpe)	9,05	31,87
Encargos Setoriais	1,00	3,52
Tributos	0,90	3,17
Total	28,40	100

DURADAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES					
DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APLICADO	LIMITES MÉDIA	LIMITES MÍN.	LIMITES MÁX.
DIC-Nº de horas sem Energia	JOSE MARIAO	0,00	6,81	13,74	27,48
FIC-Nº de vezes sem Energia		0,00	3,86	7,72	15,45
DMIC-Duração máxima de Interrupção contínua		0,00	3,97	0,00	0,00
DICRI-Duração de Interrupção em dia crítico				Última DICRI: 12,22	
EUSD-Valor do Encargo de uso do sistema de distribuição = R\$ 7,48					

Todo Consumidor pode solicitar a alteração dos indicadores DIC, FIC, DMIC e DICRI a qualquer tempo.

TOTAL DA FATURA

**19,10**

## INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

ICMS					
BASE DE CALCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CALCULO	%	VALOR DO IMPPOSTO
16,12	1,01	0,16	16,12	4,64	0,74

## DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

NUMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR	ATUAL	Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (kWh)
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA		
3011006739	CAT	08/05/2014	2.536,00	09/06/2014	2.622,00	32	1.00000

DATA PREVISTA DA PRÓXIMA LEITURA: 09/07/2014

## INFORMAÇÕES IMPORTANTES

A partir de 2015 entrará em vigor o sistema de bandeiras tarifárias. Neste mês estará em vigor a bandeira VERMELHA que implicaria cobrança adicional em 0,03 R\$/kWh. Mais informações em [www.aneel.gov.br](http://www.aneel.gov.br).  
Pagamento em atraso gera: Multa 2% (Res. 414/ANEEL-09/09/10) e Juros 1% a.m. (Lei 10.438-26/04/02), no próximo mês. Isenção do ICMS conforme art. 9º, XLVIII, a, 2.2.2, do RICMS-PE.  
O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou no nível de tensão de fornecimento. Desconto pela aplicação da Tarifa Social de Energia Elétrica criada pela Lei Nº 10.438 de 26/04/02 - R\$ 15,82 . O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial. Em caso de suspensão de fornecimento, o encerramento do contrato poderá ocorrer após 2 ciclos de faturamento, podendo também ser cobrado o custo de disponibilidade no ciclo em que ocorrer a suspensão.

## NÍVEIS DE TENSÃO

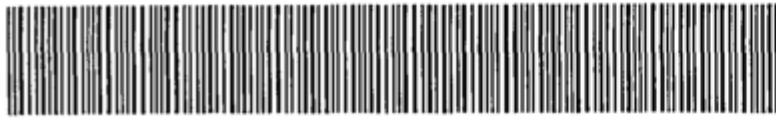
TENSÃO NOMINAL (V)	LIMITE DE VARIAÇÃO (%)	
	MÍNIMO	MÁXIMO
220	201	231

## AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

## DESTAQUE AQUI

CONTA CONTRATO  
**7005953639**MÊS/ANO  
**06/2014**TOTAL A PAGAR(R\$)  
**19,10**VENCTIMENTO  
**02/07/2014**

638900000005 191000110078 005953639100 016700289238



## TALÃO DE PAGAMENTO

Evite dobrar, perfurar ou rasgar. Este canhoto será usado em leitora ótica.

31 JUL. 2014

## AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

UNIDADE RIO DE JANEIRO  
PROTÓCOLO P/ANALISE

INTERNAÇÃO P/ RECOLHIMENTO

INTERNAÇÃO P/ RECUPERAÇÃO

INTERNAÇÃO P/ CONSULTA



## FICHA DE ESCLARECIMENTO

NOME: MARCIO DA SILVA AZEVEDO	PRONTUÁRIO: 1450473	ATENDIMENTO: 00325551
DATA DE NASCIMENTO: 20/05/1982	FOI ATENDIDO EM: 08/06/2014 ÀS 22:05	DATA DA ALTA: 11/06/2014 ÀS 09:17

**Diagnóstico Provável:**

PACIENTE VITIMA DE COLISÃO MOTO X MOTO CURSANDO TRAUMA EM FACE E FRATURA DE ZIGOMA ESQUERDO, FRATURA DE SINFISE MANDIBULAR.

**Tratamento Realizado:**

CIRURGIA DE URGÊNCIA NO DIA 09/06/2014 POR DR THAMES, DR LUCIANO, DRA MARIANA COM ACESSO CIRURGICO VESTIBULO MANDIBULAR PARA REDUÇÃO E FIXAÇÃO DE FRATURA DE SINFISE MANDIBULAR COM COLOCAÇÃO DE 02 PLACAS 2.0MM.

**Observação:**

COMPARECER AO AMBULATORIO CTBMF TERÇA-FEIRA AS 07:00 HORAS. LEVAR TODOS OS EXAMES. MARCAR CONSULTA COM ANTECEDÊNCIA.

**Encaminhado para:**

MARIANA VASCONCELOS DA CRUZ GOUBEIA - CRO: Nº.10173

Recife, 11, JUNHO ,2014

**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.

CENTAURO  
VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

31 JUL. 2014

UNIDADE RIO DE JANEIRO  
Av. Agamenon Magalhães, S/N - Derby - Recife - PE CEP 52.000-000 P/ANALISE

Fones (0XX)81 - 3181-5400

**DECLARAÇÃO E ATESTADO MÉDICO**

**PACIENTE: MARCIO DA SILVA AZEVEDO**

DECLARO PARA OS DEVIDOS FINS QUE O PACIENTE ACIMA CITADO ESTEVE INTERNADO EM NOSSO SERVICO, ONDE FOI SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO, RECEBENDO ALTA HOSPITALAR APÓS MELHORA CLÍNICA.

ATESTO PARA OS DEVIDOS FINS QUE O PACIENTE ACIMA CITADO NECESSITA AFASTAR-SE DAS ATIVIDADES LABORAIS POR UM PERÍODO DE 90 (NOVENTA) DIAS A PARTIR DESTA DATA.

RETORNO AO AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA DO HOSPITAL MEMORIAL JABOATÃO PARA CONSULTA DE RETORNO NO DIA E HORÁRIO MARCADO ABAIXO.

CID: S72.3 + S52.5

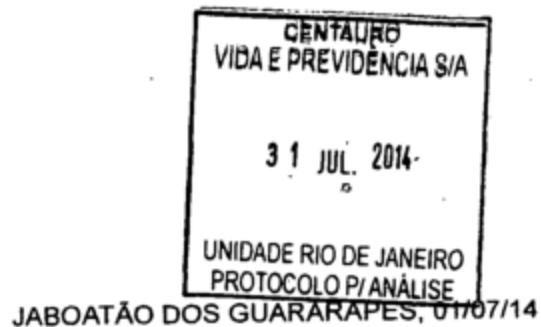
DATA DE INTERNAMENTO: 18/06/2014

DATA DO PROCEDIMENTO: 26/06/2014 E 30/06/2014

DATA DE ALTA: 01/07/2014

CONSULTA DE RETORNO: 17/07/14 ÀS 07H  
MÉDICO ASSISTENTE: DR. MARCO LIMA

CONSULTA DE RETORNO: 07/07/14 ÀS 10H  
MÉDICO ASSISTENTE: DR. GISELLY VERÍSSIMO



Dr. Sérgio dos Santos Filho  
Data 19.313

MÉDICO (A)



**CÓDIGO DE CONTROLE**  
7357.2165.0367.D32F

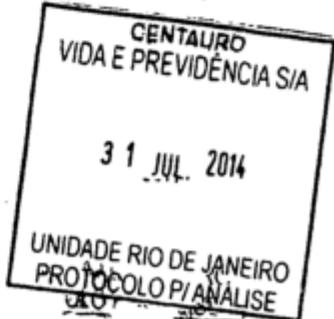
A autenticidade deste comprovante deverá ser confirmada na Internet, no endereço [www.receita.fazenda.gov.br](http://www.receita.fazenda.gov.br)  
Comprovante em São Paulo  
Secretaria da Receita Federal do Brasil  
às 10:30:28 do dia 22/03/2010 (hora e data de Brasília)  
digito verificador: 00

**CONTATOS**  
(31) 3491.0000 / 2431.8223  
(81) 8219.0000 / 2075.5504  
(81) 8218.0.05 / 2074.6233

**MINISTÉRIO DA FAZENDA**  
**Receita Federal**  
Cadastro de Pessoas Físicas

**COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO**  
Número  
017.775.574-10  
Nome  
MARCIO DA SILVA AZEVEDO  
Nascimento  
20/05/1982  
VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

**CONTATOS**  
(31) 3681.0000 / 2074.6223  
(81) 8219.0000 / 2075.5504  
(81) 8218.0.05 / 2074.6233





Outros

**CENTAUB**

vida e previdência

Seguros para viver

**Aviso de Sinistro DPVAT**

Código: 631210

Na forma do disposto, na resolução Nº 01/75 do Conselho de Seguros Privados e Capitalização - CNSP - levo ao conhecimento desta companhia a ocorrência do acidente em questão, com o veículo descrito abaixo:

<b>Tipo de Veículo</b> 09-Ciclomotor/Motoneta/Motocicleta/Triciclo		<b>Placa</b> KKU-5372/PE		
<b>Nome da Vítima</b> MARCIO DA SILVA AZEVEDO			<b>Natureza</b> 2 - INVALIDEZ	
<b>Tipo Sinistrado</b> 2 - Não Transportado	<b>Data Nascimento</b> 20/05/1982	<b>Tipo de CPF</b> 0 - Possui CPF	<b>CPF da Vítima</b> 017.775.574-10	<b>Data Ocorrência</b> 08/06/2014

Em cumprimento ao item 10 da resolução Nº 01/75 do CNSP, junto ao presente aviso de sinistro os seguintes documentos.:

( ) Certidão Nº 14E0161000872 da autoridade policial sobre a ocorrência;

( ) DUT Nº \_\_\_\_\_ ( ) \_\_\_\_\_ ( ) \_\_\_\_\_

( ) RG e CPF do Sinistrado ( ) \_\_\_\_\_ ( ) \_\_\_\_\_

( ) RG e CPF do(s) Beneficiário(s) ( ) \_\_\_\_\_ ( ) \_\_\_\_\_

**Beneficiários**

Nome	Tipo Benef.	Vínculo	Dt.Nasc.	CEP	CPF/CNPJ
MARCIO DA SILVA AZEVEDO	Vitima	VITIMA	20/05/1982	55520-000	017.775.574-10

Declaramos ter recebido a via original do presente Aviso do Sinistro, com todos os documentos assinalados com (X). Observações.:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Nota.: Para cada vítima deverá ser emitido um aviso de sinistro, ainda que tenha havido diversas no mesmo acidente em 2(duas) vias, permanecendo uma em poder do beneficiário, a título de protocolo de recebimento dos documentos.

Local do Aviso \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Local da Entrega \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Beneficiário

CENTAURO  
Vida e Previdência S/A

31 JUL. 2014

UNIDADE RIO DE JANEIRO  
PROTOCOLO P/ANALISE

## Atenção :

- O processo de avaliação sobre o pagamento da indenização ou reembolso, ocorrerá somente após a apresentação de todos os documentos em conformidade com a legislação vigente.
- O prazo determinado por Lei de 30 dias para o pagamento, somente será iniciado quando este processo completo for cadastrado na Seguradora Lider, gerado o número Megadata.

AVENIDA TREZE DE MAIO, 41 , 4º ANDAR - SALAS 401/402

Centro – Cep: 20031-007

Tel.: (21) 2240-0401 Fax: (21) 2220-1402

site: <http://www.centauroseg.com.br> e-mail: [dpvat-rj@centauroseg.com.br](mailto:dpvat-rj@centauroseg.com.br)

RIO DE JANEIRO - RJ



Seguros para viver

# Registro de Sinistro



DP.: 111

Processo: 0000/631210

Código: 631210

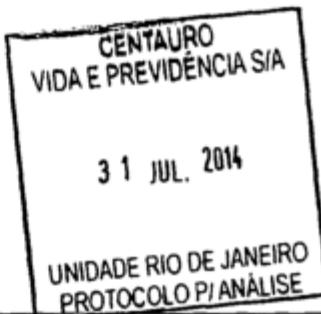
Unidade CENTAURO RIO DE JANEIRO		Parceiro M.S.A. SERVIÇOS DE		Sub-Parceiro MR ASSESSORIA	
BO N° 14E0161000872	Data BO 09/07/2014	DELEGACIA D.P. 71ª CIRC. RIBEIRAO/PE			
Placa KKU-5372/PE	Tipo de Veículo 09-Cicliomotor/Motoneta/Motocicleta/Triciclo			IML	
Nome da Vítima MARCIO DA SILVA AZEVEDO			Tipo Sinistrado 2 - Não Transportado		Natureza 2 - INVALIDEZ
Sexo Sinistrado MASCULINO	Data Nascimento 20/05/1982	Tipo de CPF 0 - Possui CPF		CPF da Vítima 017.775.574-10	Data Ocorrência / Hora 08/06/2014 / 19:00
Cidade RIBEIRAO		UF PE	CEP 55520-000	Telefones Fone: (81)3491-0360	
Email atendimento@salek.com.br					
Qtde.Benef. 1	Data Óbito	Médico SERGIO FILHO			Valor(INVALIDEZ)

## Beneficiários

Nome CEP Profissão	Endereço	Tipo Benef. Complemento	Vínculo Renda	Bairro	Dt.Nasc.	CPF/CNPJ
						Cidade UF
MARCIO DA SILVA AZEVEDO 55520-000 RUA 21 DE ABRIL 1831 TRAB PROD INDUST, OPER MAQ, CONDUT VEIC E	Vitima	VITIMA	CONVENTO R\$ DE 1,00 A 1.000,00		20/05/1982	017.775.574-10 RIBEIRAO PE
Banco: 001 Banco do Brasil S.A. Ag.: 2529-1 C/P 28004-6						

## Histórico

Data	Usuário	Situação
24/07/2014 13:33:58	MSA LETICIA	Pré-Cadastro não analisado
28/07/2014 19:23:17	MSA HELLEN	Pré-Cadastro analisado e aprovado



### Atenção :

- O processo de avaliação sobre o pagamento da indenização ou reembolso, ocorrerá somente após a apresentação de todos os documentos em conformidade com a legislação vigente.
- O prazo determinado por Lei de 30 dias para o pagamento, somente será iniciado quando este processo completo for cadastrado na Seguradora Lider, gerado o número Megadata.

AVENIDA TREZE DE MAIO, 41 , 4º ANDAR - SALAS 401/402 Centro – Cep: 20031-007

Tel.: (21) 2240-0401 Fax: (21) 2220-1402

e-mail: dpvat-rj@centauroseg.com.br

RIO DE JANEIRO - RJ

Entre em nosso site <http://www.centauroseg.com.br> e acesse em DPVAT ON LINE, faça sua consulta individual, citando o código 631210 e a data de nascimento 20/05/1982 da vítima e acompanhe o seu processo em tempo REAL!!!!

# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 2014619486      **Cidade:** Ribeirão  
**Vítima:** MARCIO DA SILVA AZAVEDO      **Data do acidente:** 08/06/2014  
**Natureza:** Invalidez Permanente  
**Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA EM MAXILAR ESQ.,FRATURA DE FEMUR ESQ. E FRATURA DE RADIO ESQ.

**Descrição do exame médico pericial:** DOR EM MAXILAR ESQ.,COM PARESTESIA EM CICATRIZ CIRURGICA,LIMITAÇÃO DA ABERTURA DA BOCA E DEFICIT ESQ,COM LEVE ATROFIA MUSCULAR ADJACENTE,LIMITAÇÃO DA FLEXÃO DO QUADRIL ESQ. E DEFICIT DA MARCHA.  
DOR EM PUNHO ESQ.,COM INTENSA ATROFIA MUSCULAR ADJACENTE E IMPORTANTE LIMITAÇÃO DA FLEXO EXTENSÃO

**Resultados terapêuticos:** TTO CIRURGICO EM FACE VIA OSTEOSSINTESE, TTO CIRURGICO EM COXA ESQ. VIA OSTEOSSINTESE E TTO CIURGICO EM PUNHO ESQ. VIA OSTEOSSINTESE COM ALTA MEDICA

**Sequelas permanentes:** APRESENTA TRAUMA DA FACE  
APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO  
APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO PUNHO ESQUERDO

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 22/08/2014

**Conduta mantida:**

**Observações:**

**Médico examinador:** CLAUDIO VITOR GROSSI

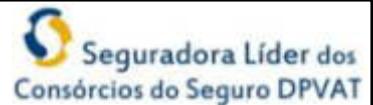
**CRM do médico:** 52638005

**UF do CRM do médico:** RJ

## DANOS

<b>DANOS CORPORAIS COMPROVADOS</b>	<b>Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)</b>	<b>Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)</b>	<b>% Apurado</b>	<b>Indenização pelo dano</b>
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve	17,5 %	R\$ 2.362,50
radial, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie,	100 %	Em grau leve	25 %	R\$ 3.375,00
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau intenso	18,75 %	R\$ 2.531,25
<b>Total</b>			<b>61,25 %</b>	<b>R\$ 8.268,75</b>

## PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



### PRESTADOR

CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

**Médico revisor:** MARIA DE FATIMA FURTADO MELO

**CRM do médico:** 52.49515-5

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**

A handwritten signature in black ink, appearing to read "Maria de Fátima Furtado Melo".

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 2014619486

**Cidade:** Ribeirão

**Natureza:** Invalidez

**Vítima:** MARCIO DA SILVA **Data do acidente:** 08/06/2014  
AZAVEDO

**Emissor do parecer:** Carolina Maia Santos de Oliveira

**Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

**Prestadora:** IBMES INST.BRASDE MEDICINA ESPEC.EM SEGUROS LTDA

**CRM do médico:** 52.90638-7

## PARECER

**Data da análise:** 12/08/2014

**Valorização do IML:** 0,00

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** Trauma na face

**Resultados terapêuticos:** Documentação não apresenta registro médico que permita conclusão

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** O exame deverá apurar a existência de dano permanente indenizável

**Valor pleiteado:** 13.500,00

**Médico avaliador:**

**UF do CRM do médico:**

## DANOS

Dano	%	Dimensão	Graduação
------	---	----------	-----------

Danos não definidos.

**Valor avaliado:** 0,00