

Rio de Janeiro, 02 de Setembro de 2014

Carta nº: 5003624

A/C: MARCIO DA SILVA AZAVEDO

Sinistro: 2014619486  
Vítima: 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,

Seguradora Líder-DPVAT



# Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e Quantificação de Lesões Permanentes em Vitimas 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 RADIO 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 complicação.

**TTO CIRURGICO EM FACE VIA OSTEOSINTESE, TTO CIRURGICO EM COXA ESQ. VIA OSTEOSINTESE E TTO CIRURGICO EM PUNHO ESQ. VIA OSTEOSINTESE COM ALTA MEDICA**

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

☒ SIM

☐ NÃO

Existindo seqüela(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 CIRURGICA, LIMITAÇÃO DA ABERTURA DA BOCA E DEFICIT DA MASTIGAÇÃO. DOR EM COXA 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.**

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 seqüela 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 52.63800-5





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, Marcos da Silva Azevedo  
PORTADOR(A) DO RG Nº 7.737.013 EXPEDIDO POR SOS/PE EM 02/03/10 E  
CPF 017775574-10 / CNPJ 000000000-0000-00, 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 Marcos da Silva Azevedo, 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) 3491.0080 / 3491.8823  
(81) 9218.0525 / 9073.3584  
(81) 9218.5135 / 9073.4.8263

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 BRASIL  
BANCO 001 • AGÊNCIA 2529-7 (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 DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O PAGAMENTO REFERIDO NA INDENIZAÇÃO.

CONTATOS

(81) 3491.0080 / 3491.8823  
(81) 9218.0525 / 9073.3584  
(81) 9218.5135 / 9073.4.8263

LOCAL Ribeirão Preto DATA 09/07/14

31 JUL 2014

ASSINATURA DO(A) BENEFICIÁRIO(A) Marcos da Silva Azevedo

UNIDADE RIO DE JANEIRO  
PROTOCOLO P/ANÁLISE



ATENÇÃO

- 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.

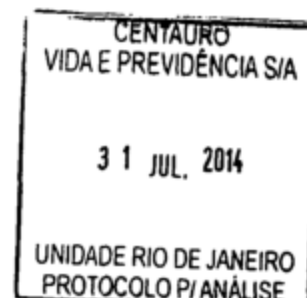
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br) ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.



CONTATOS  
(81) 3491.0360 / 3431.8823  
(81) 9219.0525 / 3075.6564  
(81) 9218.3735 / 8574.8263

CIP

CONTATOS  
(81) 3491.0360 / 3431.8823  
(81) 9219.0525 / 3075.6564  
(81) 9218.3735 / 8574.8263





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 FRENTE A ESCOLA SAVINA PETRILERIBEIRAO, PERNAMBUCO, BRASIL**

Próximo a: **MUNICÍPIO DE RIBEIRAO, 01 CENTRO, RIBEIRAO, PERNAMBUCO, BRASIL**

Local do fato: **VIA PÚBLICA**

**Envelopes:**

ELINALDO (AUTOR VAGANTE)

CINTIA PEREIRA DOS SANTOS ( NOTICIANTE )

MARCELO BARBOSA DE MENEZES ( OUTRO )

MARCIO DA SILVA AZEVEDO (VITIMA)

**Objection:**

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: **28/8/1986**, Naturalidade: **ROBEIRAO / PERNAMBUCO / BRASIL**, Documentos: **7692198/SDS/PE (RG)**, Estado Civil: **SOLTEIRO(A)**, Escolaridade: **DESCONHECIDO**, Profissão: **DO LAR** Telefones Celulares: **711**

R1876914

**Turquia: OUTROS**

### Características Fisicas:

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: **DESCONHECIDO**; Identidade Afetivo-sexual: **DESCONHECIDO**; Apelido: **NÃO INFORMADO**; Mãe: **SUELI MARIA DA SILVA**; Pai: **MANOEL DE AZEVEDO**; Nascimento: 20/6/1982; Naturalidade: **RIBEIRAO / PERNAMBUCO / BRASIL**; Documentos: 7737013/SDS/PE (RG), 01777557410 (CPF); Estado Civil: **SOLTEIRO(A)**; Escolaridade: **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**

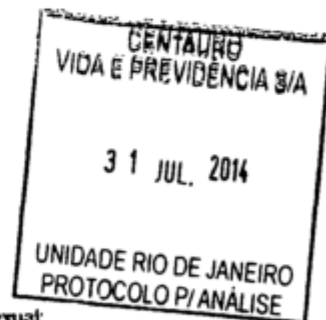
Endereço Comercial: **NÃO INFORMADO**

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: 04429503494 (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**



Peculiaridade: **OUTRO,**Pessoa com Delicência: **DESCONHECIDO,**Marcas Físicas: **NÃO INFORMADO**Endereço Residencial: **NÃO INFORMADO**Endereço Comercial: **NÃO INFORMADO**Empresa: **NÃO INFORMADO****Objetos****MOTOCICLETA (VEICULO)**

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: **KKU5372 (PERNAMBUCO / NÃO INFORMADO)** Renavam: **919702597** Chassi:  
**9C2KC08207R044896**  
Ano Fabricação/Modelo: **2007 / 2007**

**CICLOMOTO (VEICULO)**

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)**

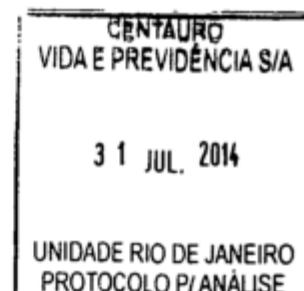
Placa: **NÃO INFORMADO (PERNAMBUCO / NÃO INFORMADO)**

**Complemento**

NA DATA DE HOJE FOI NOTICIADO NESSA DELEGACIA 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 SEGUIDA, 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 JABOATÃO REFERENTES A FRATURAS NO PUNHO E FÊMUR. 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 7.734.013 e inscrito no CPF/MF sob o nº 017.775.574-10  
residente e domiciliado na Rua 21 de Abril, 1831.3 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) 3481.0323 / 3481.8823  
(81) 3219.0323 / 3219.6024  
(81) 3218.0323 / 3218.8223

- ☒ 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.

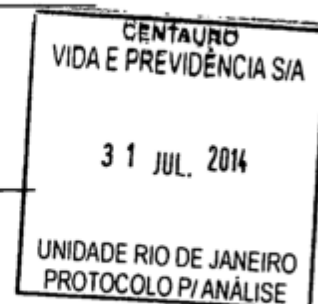
Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância  
com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

CONTATOS  
(81) 3481.0323 / 3481.8823  
(81) 3219.0323 / 3219.6024  
(81) 3218.0323 / 3218.8223

Ribeirão PE 09/07/2014  
Local e data

Marcio da Silva Azevedo  
Assinatura do declarante  
CONTATOS  
(81) 3481.0323 / 3481.8823  
(81) 3219.0323 / 3219.6024  
(81) 3218.0323 / 3218.8223

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

Eu, Marcio da Silva AguiarRG nº 7.737.013, data de expedição 02/03/10, Órgão SDS/PECPF 017.775.574-10, 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>1831 B</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	

CONTATOS  
(81) 3434.2322 / 3434.8823  
(81) 3219.0327 / 3075.8534  
(81) 9218.3135 / 3374.8263

Por ser verdade, firmo-me.

Ribeirão PE 03/07/14  
Local e data

CONTATOS  
(81) 3434.2322 / 3434.8823  
(81) 3219.0327 / 3075.8534  
(81) 9218.3135 / 3374.8263

Marcio da Silva Aguiar  
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



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  
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  
tarifada na origem para telefones celulares

#### DADOS DO CLIENTE

CINTIA PEREIRA DOS SANTOS

CPF: 078.941.334-50

NIS: 16624060965

#### ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA 21 DE ABRIL 1831 - B

CONVENTO/RIBEIRAO  
55520-000 RIBEIRAO PE

#### 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.ACB2.A6EC.A7EF.C4DC.E461.4E14.E861

#### DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

	QUANTIDADE	PREÇO(R\$)	VALOR(R\$)
Consumo Ativo até 30 kWh	30,0000000	0,12804769	3,84
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	58,0000000	0,21851033	12,28
Contribuição Iluminação Pública			2,60
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) 3451.0360 / 3451.0361  
(81) 9219.0525 / 9219.0526  
(81) 0218.3735 / 0218.3736

TOTAL DA FATURA 19,10

#### INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

ICMS		PIS		COFINS	
BASE DE CÁLCULO	%	BASE DE CÁLCULO	%	BASE DE CÁLCULO	%
16,12	1,01	0,16	16,12	4,64	0,74

Tarifas Aplicadas	
Consumo Ativo até 30 kWh	0,12801300
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	0,20710800

#### HISTÓRICO DO CONSUMO

	kWh
JUN 14	86
MAI 14	100
ABR 14	94
MAR 14	113
FEV 14	79
JAN 14	80
DEZ 13	46
NOV 13	71
OUT 13	63
SET 13	68
AGO 13	71
JUL 13	67
JUN 13	68

#### COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

	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

#### DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (kWh)
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
3011006739	CAT	08/05/2014	2.538,00	08/06/2014	2.622,00	32	1,00000		86,00

DATA PREVISTA DA PRÓXIMA LEITURA: 09/07/2014

#### DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APLICADO	LIMITE MENOR	LIMITE MAIOR	LIMITE REAL
DIC-Nº de horas sem Energia	JOSE MARIANO	abr/2014	0,00	6,87	13,74
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
DICR-Duração de interrupção em dia crítico					12,22
EUSD-Valor do Encargo de uso do sistema de distribuição					R\$ 7,46

Todo Consumidor pode solicitar a geração dos indicadores DIC, FIC, DMIC e DICR a qualquer tempo.

#### INFORMAÇÕES IMPORTANTES

A partir de 2015 entrará em vigor o sistema de bandeiras tarifárias. Neste mês estaria 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. 9, XLVIII, a, 2.2.2, do RICMS-PE.  
O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do 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(V)	
	MÍNIMO	MÁXIMO
220	201	231

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

#### DESTAQUE AQUI

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

838900000005 191000110078 005953639100 016700289238



#### TALÃO DE PAGAMENTO

Evite dobrar, perfurar ou rasurar este canhoto será usado em leitora ótica.

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

31 JUL 2014

UNIDADE RIO DE JANEIRO  
PROTOCOLO P/ANÁLISE

**FICHA DE ESCLARECIMENTO**

<b>NOME:</b> MARCIO DA SILVA AZEVEDO	<b>PRONTUÁRIO:</b> 1450473	<b>ATENDIMENTO:</b> 00325551
<b>DATA DE NASCIMENTO:</b> 20/05/1982	<b>FOI ATENDIDO EM:</b> 08/06/2014 Às 22:05	
	<b>DATA DA ALTA:</b> 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 MANDIBULR 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 GOUVEIA - CRO: N°.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 N° 04/2002 do Ministério Público do Estado de Pernambuco.

CENTAUR  
VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

31 JUL 2014

UNIDADE RIO DE JANEIRO  
PROTOCOLO P/ANÁLISE

**DECLARAÇÃO E ATESTADO MÉDICO**

**PACIENTE: MARCIO DA SILVA AZEVEDO**

DECLARO PARA OS DEVIDOS FINS QUE O PACIENTE ACIMA CITADO ESTEVE INTERNADO EM NOSSO SERVIÇO, 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

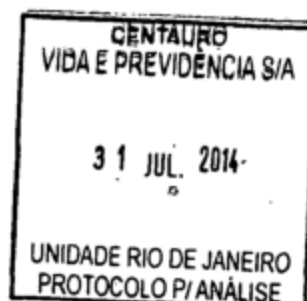
DATA DE ALTA: 01/07/2014

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



JABOATÃO DOS GUARARAPES, 01/07/14

Dr. Sérgio Augusto Filho  
CRM 19.313

MÉDICO (A)

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL		VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
<p>ESTADO DE PERNAMBURGO</p> <p>SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL</p> <p>INSTITUTO DE DEFESA SOCIAL JAVIERES PUGLIA</p>		<p>REGISTRO GERAL 7.737.013</p> <p>DATA DE EXPEDIÇÃO 02/03/2010</p>	
<p>HOME &lt;&lt; MARCIO DA SILVA AZEVEDO &gt;&gt;</p> <p>FILIAÇÃO &lt;&lt; MANOEL DE AZEVEDO &gt;&gt;</p> <p>&lt;&lt; SUELI MARIA DA SILVA &gt;&gt;</p>		<p>DATA DE NASCIMENTO 20/05/1982</p>	
<p>NATURALIDADE RIBEIRÃO - PE</p>		<p>DOC. ORIGEM &lt;&lt; CN.18755 L/A60 F.31 CART RIBEIRÃO-PE 11.03.2008 &gt;&gt;</p>	
<p>CPF</p>		<p>ASSINATURA DO DIRETOR</p> <p>LEI Nº 7.116 DE 26/08/83</p>	
<p>ESTADO DE PERNAMBURGO</p> <p>SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL</p> <p>INSTITUTO DE DEFESA SOCIAL JAVIERES PUGLIA</p> <p>Marcio da Silva Azevedo</p> <p>CPF 7.737.013</p>		<p>F-39 20.441 - 4321</p>	

CONTATOS

(31) 3491.0280 / 3431.8523  
(81) 9219.0523 / 9217.5534  
(81) 9218.3.15 / 9214.5233

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 pela

Secretaria da Receita Federal do Brasil

às 10:30:28 do dia 22/10/2010 (hora e data de Brasília)  
dígito verificador: 00



MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal  
Cadastro de Pessoas Físicas



COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número

017.775.574-10

Nome

MARCIO DA SILVA AZEVEDO

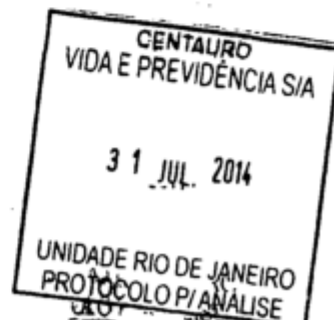
Nascimento

20/05/1982

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

CONTATOS

(31) 3491.0280 / 3431.8523  
(81) 9219.0523 / 9217.5534  
(81) 9218.3.15 / 9214.5233



  
**CENTAURO**  
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	Vítima	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.:

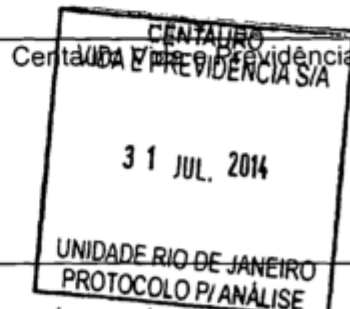
Nota.: Para cada vítima deverá ser emitido um aviso de sinistro, ainda que tenha havido diversas no mesmo acidente em 2(duas) vias, permanecendo uma em poder do beneficiário, a título de protocolo de recebimento dos documentos.

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

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

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

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

\_\_\_\_\_  
Beneficiário**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



**CENTAURO**

vida e previdência

Seguros para viver

**Registro de Sinistro**

DP.: 111

Processo: 0000/631210

Código: 631210

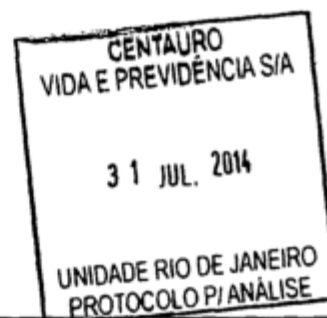
<b>Unidade</b> CENTAURO RIO DE JANEIRO		<b>Parceiro</b> M.S.A. SERVIÇOS DE		<b>Sub-Parceiro</b> MR ASSESSORIA	
<b>BO Nº</b> 14E0161000872		<b>Data BO</b> 09/07/2014		<b>DELEGACIA</b> D.P. 71ª CIRC. RIBEIRAO/PE	
<b>Placa</b> KKU-5372/PE		<b>Tipo de Veículo</b> 09-Ciclomotor/Motoneta/Motocicleta/Triciclo			<b>IML</b>
<b>Nome da Vítima</b> MARCIO DA SILVA AZEVEDO				<b>Tipo Sinistrado</b> 2 - Não Transportado	<b>Natureza</b> 2 - INVALIDEZ
<b>Sexo Sinistrado</b> MASCULINO	<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 / Hora</b> 08/06/2014 / 19:00
<b>Cidade</b> RIBEIRAO		<b>UF</b> PE	<b>CEP</b> 55520-000	<b>Telefones</b> Fone: (81)3491-0360	
<b>Email</b> atendimento@salek.com.br					
<b>Qtde.Benef.</b> 1	<b>Data Óbito</b>	<b>Médico</b> SERGIO FILHO			<b>Valor(INVALIDEZ)</b>

**Beneficiários**

Nome	Tipo Benef.	Vínculo	Dt.Nasc.	CPF/CNPJ
CEP	Endereço	Complemento	Bairro	Cidade
Profissão	Renda			UF
MARCIO DA SILVA AZEVEDO	Vítima	VITIMA	20/05/1982	017.775.574-10
55520-000 RUA 21 DE ABRIL 1831		CONVENTO	RIBEIRAO	PE
TRAB PROD INDUST, OPER MAQ, CONDUT VEIC E		R\$ DE 1,00 A 1.000,00		
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 **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** MARCIO DA SILVA AZAVEDO **Data do acidente:** 08/06/2014 **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 DA MASTIGAÇÃO.DOR EM COXA ESQ.COM LEVE ATROFIA MUSCULAR ADJACENTE,LIMITAÇÃO DA FLEXÃO DO QUADRIL ESQ. E DEFICT DA MARCHA. DOR EM PUNHO ESQ.,COM INTENSA ATROFIA MUSCULAR ADJACENTE E IMPORTANTE LIMITAÇÃO DA FLEXO EXTENSÃO

**Resultados terapêuticos:** TTO CIRURGICO EM FACE VIA OSTEOSINTESE, TTO CIRURGICO EM COXA ESQ. VIA OSTEOSINTESE E TTO CIURGICO EM PUNHO ESQ. VIA OSTEOSINTESE 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

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve	17,5 %	R\$ 2.362,50
Perda funcional completa de um dos membros superiores, causando 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
Total			61,25 %	R\$ 8.268,75

## 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:**



# PARECER DE ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 2014619486

**Cidade:** Ribeirão

**Natureza:** Invalidez

**Vítima:** MARCIO DA SILVA  
AZAVEDO

**Data do acidente:** 08/06/2014

**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

**Valoração 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