



Número: **0000754-06.2016.8.17.2370**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **5ª Vara Cível da Comarca do Cabo de Santo Agostinho**

Última distribuição : **18/06/2020**

Valor da causa: **R\$ 5.231,25**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
MARCIO DA SILVA AZEVEDO (AUTOR)		VIVIANE EVANGELISTA DE SOUZA ALVES (ADVOGADO)	
COMPANHIA EXCELSIOR DE SEGUROS (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
66880094	25/08/2020 09:25	ANEXO 1	Outros (Documento)



Seguradora Líder - DPVAT

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.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 0174301744 - carta_15R

00030072



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(s) Examinado(a): MARCIO DA SILVA AZA VEDO
Endereço do(s) Examinado(a): RUA 21 DE ABRIL, Nº 1831 - CONVENTO - RIBEIRÃO 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(s) 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 CIRÚRGICO EM FACE VIA OSTEOSSÍNTESE, TTO CIRÚRGICO EM COXA ESQ. VIA OSTEOSSÍNTESE E TTO CIRÚRGICO EM PUNHO ESQ. VIA OSTEOSSÍNTESE COM ALTA MÉDICA

III. Existe seqüela (lesão deficitária irreversível não mais suscetível a qualquer medida terapêutica)?

☒ SIM ☐ NÃO

Existindo seqüela(s) que seja(m) gerador(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anômicas 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 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

Indicar 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)

ME

☐ 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 - assinalar 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 Especialista em
Ortopedia e Traumatologia
CRM 5263800-5







Seguradora Líder • DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT



"0014"

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 AguiarPORTADOR(A) DO RG Nº 7.737.013 EXPEDIDO POR 5091PE EM 02/03/10CPF 00177735574-10 / CNPJ 000000000-00000000 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 Aguiar 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.

1 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);

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);

3) O CPF da conta informada para depósito não pode ser diferente do CPF cadastrado no SISPDPVAT 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 2509-7 (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 VALOR REFERIDO INDENIZAÇÃO.

CONTATOS

(81) 3491.0010 / 3491.0023
(81) 6219.0525 / 6219.0538
(81) 3216.3135 / 3216.3148

LOCAL Lililimã PE DATA 09/07/14

31 JUL. 2014

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

ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT paga indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/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.

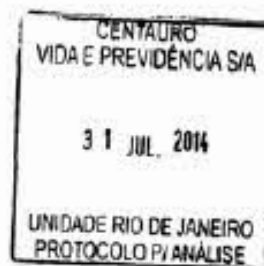
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurosdostransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.

UNIDADE RIO DE JANEIRO
PROTOCOLO PTANALISE



CONTATOS
(81) 3491.0380 / 3431.8823
(81) 9219.0525 / 3075.6564
(81) 9219.3738 / 2974.0269

CIP
CONTATOS
(81) 3491.0380 / 3431.8823
(81) 9219.0525 / 3075.6564
(81) 9219.3738 / 2974.0269





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

*** CONFIDENCIAL ***
* USO EXCLUSIVO PARA INVESTIGACAO E/OU
INQUERITO POLICIAL *

Ocorrência

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

Data: 8/6/2014 Hora: 19:00
Motivação: NÃO INFORMADO
Endereço do Fato: EM FRENTE 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 Sexual: NÃO INFORMADO, Identidade Ativa sexual: NÃO INFORMADO, Apelido: NÃO INFORMADO, Mãe: MARIA ELINEIDE SILVA DOS SANTOS, Pai: MONASSEIS PEREIRA DOS SANTOS, Nascimento: 28/05/1986, 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:



9/7/2014 12:47



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: 00000000; Sexo: **MASCULINO**; Orientação Ativa: **DESCONHECIDO**; Identidade Ativa: **DESCONHECIDO**; Idade: **NÃO INFORMADO**; Mãe: **NÃO INFORMADO**; Pai: **MANOEL DE AZEVEDO**; Nascimento: 20/5/1982; Nacionalidade: **RIBEIRAO / PERNAMBUCO / BRASIL**
Documentos: 7737013/SDS/PE (RG), 01777667410 (CPF); Estado Civil: **SOLTEIRO(A)**; Escolaridade: **DESCONHECIDO**; Profissão: **AUXILIAR DE SERVICOS GERAIS** Telefones Celulares: 88118598

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 Ativa: **DESCONHECIDO**; Identidade Ativa: **DESCONHECIDO**; Idade: **NÃO INFORMADO**; Mãe: **NÃO INFORMADO**; Pai: **NÃO INFORMADO**; Nascimento: **NÃO INFORMADO**; Nacionalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**
Estado Civil: **NÃO INFORMADO**; Escolaridade: **NÃO INFORMADO**; Profissão: **NÃO 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**

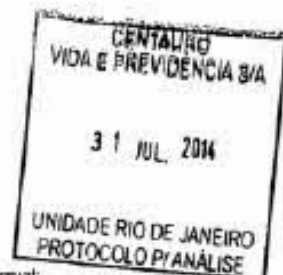
Endereço Residencial: **NÃO INFORMADO**
Endereço Comercial: **NÃO INFORMADO**

Empresa: **NÃO INFORMADO**

MARCELO BARBOSA DE MENEZES (não presente ao plantão) Sexo: **MASCULINO**; Orientação Ativa: **DESCONHECIDO**; Identidade Ativa: **DESCONHECIDO**; Idade: **NÃO INFORMADO**; Mãe: **NÃO INFORMADO**; Pai: **NÃO INFORMADO**; Nascimento: **NÃO INFORMADO**; Nacionalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**
Documentos: 04429603494 (CPF); Estado Civil: **NÃO INFORMADO**; Escolaridade: **NÃO INFORMADO**; Profissão: **NÃO 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**



9/7/2014 12:47



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
Unidade: **(MOEDA NÃO INFORMADA)**

Placa: **KKU6372 (PERNAMBUCO / NÃO INFORMADO)** Renavam: **919702697** 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
Unidade: **(MOEDA NÃO INFORMADA)**

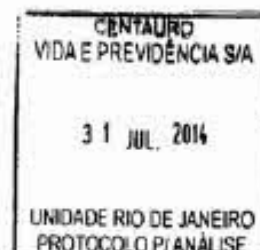
Placa: **NÃO INFORMADO (PERNAMBUCO / NÃO INFORMADO)**

Complemento

NA DATA DE HOJE FOI NOTICIADO NESTA 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 INDÓ 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 VÁRIAS 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 ÓBITO 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**



27/7/2014 12:47





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, 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) 3481.0220 / 3481.8023
(81) 3219.0220 / 3219.0224
(81) 3219.0220 / 3219.8283

- ☒ 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

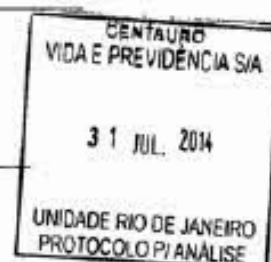
CONTATOS
(81) 3481.0220 / 3481.8023
(81) 3219.0220 / 3219.0224
(81) 3219.0220 / 3219.8283

Ribeirão PE 09/07/2014

Local e data

Marcio da Silva Azevedo
Assinatura do declarante
CONTATOS
(81) 3481.0220 / 3481.8023
(81) 3219.0220 / 3219.0224
(81) 3219.0220 / 3219.8283

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 505/PECPF 077.775.574-10. 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/Prça)	<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
(01) 0430.0000 / 0430.0023
(01) 0219.0000 / 0070.8558
(01) 0218.5125 / 0074.8283

Por ser verdade, firmo-me.

Ribeirão PE 09/07/14
Local e data

CONTATOS
(01) 0430.0000 / 0430.0023
(01) 0219.0000 / 0070.8558
(01) 0218.5125 / 0074.8283

Marcio da Silva Aguiar

Assinatura do declarante

(01) 0430.0000 / 0430.0023
(01) 0219.0000 / 0070.8558
(01) 0218.5125 / 0074.8283

Assinatura do representante legal



NOTA FISCAL | FATURA | CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

1/5

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 0806 0810420/PROTEÇÃO 0806 0810196
Atendimento ao cliente audiotivo ou de fax: 0800 281 0142
Ouvidoria 0800 282 5599
Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados do Estado
de Pernambuco-ARPE: 0800-727-0157, Ligação Gratuita de Telefones Fixos
Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL
167 - Ligação Gratuita de telefones fixos e
tollfree na origem para telefones celulares

DADOS DO CLIENTE

CINTIA PEREIRA DOS SANTOS

CPF: 078.541.334-50

NIS: 16624060905

DATA DE VENCIMENTO
02/07/2014

TOTAL A PAGAR (R\$)
19,10

DATA DE EMISSÃO DA NOTA FISCAL
09/06/2014

DATA DA APRESENTAÇÃO
25/06/2014

NÚMERO DA NOTA FISCAL
000809554

CONTA/CONTRATO
7005953639

Nº DO CLIENTE
2002870509

Nº DA INSTALAÇÃO
5332944

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA 21 DE ABRIL 1831 - B

CONVÊNIO/RIBEIRÃO
5552-000 RIBEIRÃO PE

CLASSIFICAÇÃO
B1 RESIDENCIAL - BAIXA RENDA COM NIS
Monofásico

RESERVADO AO FISCO

8297 ACB2 A6EC A7EF C4DC E461 4E14 E661

As condições para o fornecimento (Resolução ANEEL 416/2010), tarifas, produtos,
serviços prestados e tributos se encontram à disposição, para consulta em nossas
unidades de atendimento e no site: www.celpe.com.br

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

	QUANTIDADE	PREÇO UNITÁRIO	VALOR
Consumo Ativo até 30 kWh	30,00000000	0,1264166	3,84
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	35,00000000	0,21951033	7,68
Condição Iluminação Noturna			2,60
Multa por atraso NF 000000001 - 08/04/14			0,20
Juros por atraso NF 000000001 - 08/04/14			0,09

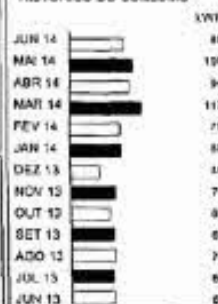
Comunicamos o não pagamento da(s) conta(s) de energia citada(s):
Vencido Di reaviso Valor Vencido Di reaviso Valor
29/05/14 25/06/14 20,28

Em caso de não pagamento do débito, o fornecimento de energia poderá ser
suspensão, 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 coroados após o fim do processo.

CONTATOS
(81) 3219.0380 / 3219.0381
(81) 3219.0382 / 3219.0383
(81) 3219.0384 / 3219.0385

Tarifas Aplicadas
Consumo Ativo até 30 kWh 0,1264166
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh 0,21951033

HISTÓRICO DO CONSUMO



COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

	R\$	%
Geração de Energia	16,98	88,89
Transmissão	0,47	2,46
Distribuição (Celpe)	9,65	50,52
Encargos Setoriais	1,60	8,38
Tributos	0,99	5,18
Total	28,69	100

TOTAL DA FATURA **19,10**

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

ICMS			PIS			COFINS		
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPÓSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPÓSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPÓSTO
		18,12	1,01		0,16	18,12	4,94	0,74

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

NÚMERO DO MEDIDOR	TÍPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR DATA	ANTERIOR LEITURA	ATUAL DATA	ATUAL LEITURA	Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (kWh)
301198750	CAT	30/05/2014	2.538,00	06/06/2014	2.622,30	37	1.8900		85,00

DATA PREVISTA DA PRÓXIMA LEITURA: 09/07/2014

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

DESCRIÇÃO	DESCRIÇÃO	FAZEL	FAZEL	FAZEL	FAZEL
RECUP de hora sem energia	RECUP de hora sem energia	RECUP de hora sem energia	RECUP de hora sem energia	RECUP de hora sem energia	RECUP de hora sem energia
RECUP de hora sem energia	RECUP de hora sem energia	RECUP de hora sem energia	RECUP de hora sem energia	RECUP de hora sem energia	RECUP de hora sem energia
RECUP de hora sem energia	RECUP de hora sem energia	RECUP de hora sem energia	RECUP de hora sem energia	RECUP de hora sem energia	RECUP de hora sem energia
RECUP de hora sem energia	RECUP de hora sem energia	RECUP de hora sem energia	RECUP de hora sem energia	RECUP de hora sem energia	RECUP de hora sem energia

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

A partir de 2015 entrará em vigor o sistema de bandeiras tarifárias. Neste mês estará em vigor a Bandeira VERMELHA que implica cobrança adicional em 0,03 kWh. Mais informações em www.aneel.gov.br.
Pagamento em atraso: Multa 2% (R\$ 414/ANEXO 1, 29/09/10) 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, da RICMS-PE.
O cliente é compensado quando há violação da continuidade de fornecimento ou do nível de tensão do fornecimento.
O consumo pela aplicação da Tarifa Social de Energia Elétrica está sujeito à Lei nº 10.438 de 26/04/02 - R\$ 16,32.
O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial.
Em caso de suspensão do fornecimento, o encerramento do contrato poderá ocorrer após 2 ciclos de fornecimento,
podendo também ser coroados o cliente de disponibilidade no dia em que ocorrer a suspensão.

NÍVEL DE TENSÃO

TIPO DE TENSÃO	TIPO DE TENSÃO	TIPO DE TENSÃO	TIPO DE TENSÃO
TIPO DE TENSÃO	TIPO DE TENSÃO	TIPO DE TENSÃO	TIPO DE TENSÃO
TIPO DE TENSÃO	TIPO DE TENSÃO	TIPO DE TENSÃO	TIPO DE TENSÃO
TIPO DE TENSÃO	TIPO DE TENSÃO	TIPO DE TENSÃO	TIPO DE TENSÃO

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

DESTAQUE ADIC

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

83830000005 19160116978 005953639106 016700289238



FALSO DE PAGAMENTO

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

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

UNIDADE RIO DE JANEIRO
PROTOCOLO P/ANÁLISE

31 JUL 2014





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



GOVERNO DO
Pernambuco

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 ÀS 07:00 HORAS. LEVAR TODOS OS EXAMES. MARCAR CONSULTA COM ANTECEDÊNCIA.

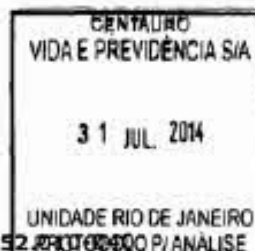
Encaminhado para:

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.



Av. Agamenon Magalhães, S/N - Derby - Recife - PE CEP 52.070-000
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 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

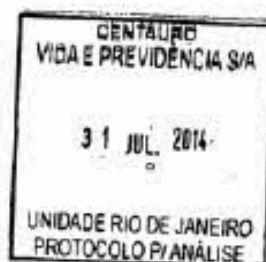
DATA DE ALTA: 01/07/2014

CONSULTA DE RETORNO: 17/07/14 ÀS 07H

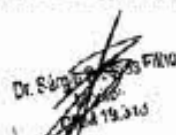
MÉDICO ASSISTENTE: DR. MARCO LIMA

CONSULTA DE RETORNO: 07/07/14 ÀS 10H

MÉDICO ASSISTENTE: DR. GISELLY VERÍSSIMO



JABOATÃO DOS GUARARAPES, 01/07/14


Dr. Sérgio dos Reis Figueira
CRM 19.313

MÉDICO (A)





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL	
ESTADO DO RIO DE JANEIRO	
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA	
DEPARTAMENTO DE REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS FÍSICAS	
R47	
MARCIO DA SILVA AZEVEDO	
CARTEIRA DE IDENTIDADE	

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
REGISTRO GERAL	7.737.013
DATA DE EXPIRAÇÃO	02/03/2010
<< MARCIO DA SILVA AZEVEDO >>	
<< MANOEL DE AZEVEDO >>	
<< SUELI MARIA DA SILVA >>	
RESIDÊNCIA	RIBEIRÃO - PE
DATA DE NASCIMENTO	20/05/1982
<< CN. 18755 L'AGO F.31 CART RIBEIRÃO-PE 11.03.2008 >>	
CPF	
LEI Nº 7.942 DE 2.08.82	
F-31 30.441 - 4321	

CONTATOS

(01) 5481.0200 / 3481.8023
(01) 5219.0367 / 3481.8024
(01) 5218.5.157 / 3481.8023

CÓDIGO DE CONTROLE
7357.2165.0367.032F

A autenticidade deste comprovante deverá
ser confirmada na Internet, no endereço:
www.receita.fazenda.gov.br

Comprovante em 14 de maio
Secretaria da Receita Federal do Brasil
às 10:20:20 do dia 14/05/2010 (hora e data de Brasília)
digito verificador: 34



MINISTÉRIO DA FAZENDA
Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas



COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número
017.775.574-10

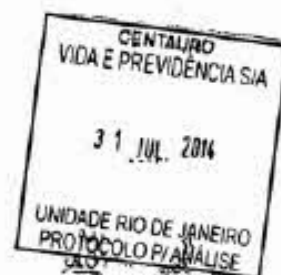
Nome
MARCIO DA SILVA AZEVEDO

Nascimento
20/05/1982

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE REGISTRAÇÃO

CONTATOS

(01) 5481.0200 / 3481.8023
(01) 5219.0367 / 3481.8024
(01) 5218.5.157 / 3481.8023



CENTAURO

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:

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

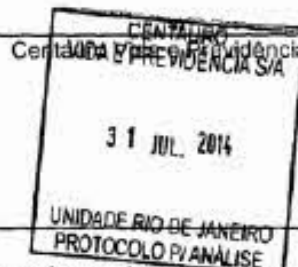
Local do Aviso _____

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 Líder, gerado o número Megadata.

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

Centro - Cep: 20031-007

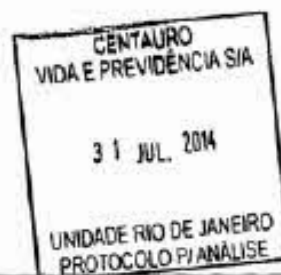
Tel.: (21) 2240-0401 Fax: (21) 2220-1402

site: <http://www.centauroseg.com.br> e-mail: dpvat-rj@centauroseg.com.br

RIO DE JANEIRO - RJ



 CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA <i>Seguros para viver</i>		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 KCU-5372/PE	Tipo de Veículo 09-Ciclomotor/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 MARCIO DA SILVA AZEVEDO	CEP 55520-000	Endereço RUA 21 DE ABRIL 1831	Tipo Benef. Vítima	Vínculo VITIMA
Profissão TRAB PROD INDUST, OPER MAQ, CONDUZ VEIC E	Bairro CONVENTO		Dt.Nasc. 20/05/1982	CPF/CNPJ 017.775.574-10
Banco: 001 Banco do Brasil S.A. Ag: 2529-1 C/P 28004-6		Renda R\$ DE 1,00 A 1.000,00	Cidade RIBEIRAO	UF PE
Histórico				
Data 24/07/2014 13:33:58	Usuário MSA LETICIA	Situação Pré-Cadastro não analisado		
28/07/2014 19:23:17	MSA HELLLEN	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 Líder, 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 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 OSTEOSINTESE, TTO CIRURGICO EM COXA ESQ. VIA OSTEOSINTESE E TTO CIRURGICO 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 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

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

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