

Rio de Janeiro, 17 de Junho de 2014

Carta n°: 4564610

A/C: LINDEMBERG FAUSTINO DE SOUZA

**Sinistro:** 2014254198  
**Vitima:** LINDEMBERG FAUSTINO DE SOUZA  
**Data Acidente:** 18/12/2013  
**Natureza:** INVALIDEZ  
**Procurador:**

**Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

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: LINDEMBERG FAUSTINO DE SOUZA**

**Valor: R\$ 5.062,50**

**Banco: 104**

**Agência: 000000876**

**Conta: 0000097145-1**

**Tipo: CONTA POUPANÇA**

Memória de Cálculo:

<b>Perda completa da mobilidade de um dos punhos, em grau médio = 18,75%</b>	R\$ 2.531,25
<b>Perda completa da mobilidade de um dos punhos, em grau intenso = 18,75%</b>	R\$ 2.531,25
<b>Perda completa da mobilidade de um tornozelo, em grau médio = 18,75%</b>	R\$ 2.531,25
<b>Perda completa da mobilidade de um tornozelo, em grau intenso = 18,75%</b>	R\$ 2.531,25
<b>Total avaliado:</b>	R\$ 5.062,50
<b>Valor de Multa / Juros:</b>	R\$ 0,00

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

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

## Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Sinistro: 2014254198 - 1

Nome do(a) Examinado(a): LINDEMBERG FAUSTINO DE SOUZA

Endereço do(a) Examinado(a): RUA ERCINA LAPENDA nº 105 - MATRIZ DA LUZ - SAO LOURENCO DA MATA/PE

Identificação - Órgão Emissor/UF/Número: RG 6852298 - SSP

Data local do exame: 05/06/2014 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 DE RADIO DISTAL PUNHO DIR E MALEOLO LATERAL TORNZOELO 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.

**TRATAMENTO CIRURGICO DE PUNHO E GESSO EM TORNZOELO**

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.

**LIMITAÇÃO ACENTUADA DA FLEXOEXTENSAO E SUPINAÇÃO PUNHO DIR**

**LIMITAÇÃO DA FLEXAO E EVERSAO TORNZOELO ESQ**

IV. Segundo o previsto no inciso II, nº1º 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)

Região Corporal(Sequela)

**PUNHO DIR**

10%  25%  50%  75%  100%

10%  25%  50%  75%  100%

Região Corporal(Sequela)

Região Corporal(Sequela)

**TORNZOELO ESQ**

10%  25%  50%  75%  100%

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, 05/06/2014

Médico Perito: MARIA DE FATIMA FURTADO VELOSO DE MELO CRM: 52495155

Dra. Fatima Furtado Melo  
Médica Perita  
CRM-RJ - 52 49515-5  
Cadastro Nacional



Assinatura do perito Examinador - CRM

# BANCO DO BRASIL

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 11/06/2014

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 5.062,50

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

CLIENTE: LINDEMBERG FAUSTINO DE SOUZA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00876

CONTA: 00000097145-1

---

Nr. da Autenticação 986DCFDF8D521644



# HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo  
MANCHESTER\_V2  
18/12/2013 15:10

--

Nome Paciente: LINDEM BERG FAUSTINO DE SOUZA  
Cod. Paciente: 923823  
Data de Nascimento: 14/02/1984  
Sexo: Masculino  
Idade: 29  
Senha: EAD022  
Convênio: 2 - SUS - AMBULATÓRIO  
Atendimento: 201562

18/12/2013 15:10 - ALDIVA ERICE BEZERRA MODESTO DE LUNA - COREN: 94448 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Prioridade:

AMARELO - URGENTE

--

AMARELO

Queixa Principal:

VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO COM TRAUMA EM MSD, DOR NAS COSTAS E ESCORIAÇÃO PEQUENA EM PESCOÇO

Observação:

NEGA ALERGIAS

Fluxograma sintoma:

PROBLEMAS EM EXTREMIDADES

Discrição(s):

- DOR MODERADA?

Especialidade:

ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Alergia(s):

- REGUA DE DOR: 5

Sinais Vitais Lidos:

RESINTRAN

02 ABR. 2014

Acolhida(s) por: ALDIVA ERICE BEZERRA MODESTO DE LUNA

Data: 18/12/2013 15:10





SES  
 HOSPITAL OTÁVIO DE FREITAS

**ENTREVISTA SERVIÇO SOCIAL**  
**ÁREA DE ATUAÇÃO: C. Círculo Legal**

**ENTREVISTA SERVIÇO SOCIAL**  
**C. Círculo Legal**  
**ÁREA DE ATUAÇÃO:**

# Chenko Katina + Campanhate

**Elizabeth Miguel dos Santos**  
Assistente Social  
CRESS - PE 29000









SES/FUSAM  
HOSPITAL GERAL OF

SES/FUSAM  
GERAL OTÁVIO DE FREITAS

2

No. REGISTRATION

EVOLUÇÃO CLÍNICA

None: Wendy Faulkner

CLÍNICA

100



## Evolução Clínica

NAME:	Lindemberg Fausto de Souza		
CLÍNICA:	Trauma I		
DATA	HORA	ENF.	LETO:
23/03/15	18:00	EVOLUÇÃO	01.
		Spontâneo + Trauma I	
		paciente uomo xcc, consciente, orientado, atra-	
		nos, anestesiado, sedativado.	
03	10		
	11		
	12		
	13		
04	11/12		
	12		
	13		
05	11/12		
	13		
06	11/12		
	13		
07	11/12		
	13		
08	11/12		
	13		
09	11/12		
	13		
10	11/12		
	13		
11	11/12		
	13		
12	11/12		
	13		
13	11/12		
	13		
14	11/12		
	13		
15	11/12		
	13		
16	11/12		
	13		
17	11/12		
	13		
18	11/12		
	13		
19	11/12		
	13		
20	11/12		
	13		
21	11/12		
	13		
22	11/12		
	13		
23	11/12		
	13		
24	11/12		
	13		
25	11/12		
	13		
26	11/12		
	13		
27	11/12		
	13		
28	11/12		
	13		
29	11/12		
	13		
30	11/12		
	13		
31	11/12		
	13		
01	11/12		
	13		
02	11/12		
	13		
03	11/12		
	13		
04	11/12		
	13		
05	11/12		
	13		
06	11/12		
	13		
07	11/12		
	13		
08	11/12		
	13		
09	11/12		
	13		
10	11/12		
	13		
11	11/12		
	13		
12	11/12		
	13		
13	11/12		
	13		
14	11/12		
	13		
15	11/12		
	13		
16	11/12		
	13		
17	11/12		
	13		
18	11/12		
	13		
19	11/12		
	13		
20	11/12		
	13		
21	11/12		
	13		
22	11/12		
	13		
23	11/12		
	13		
24	11/12		
	13		
25	11/12		
	13		
26	11/12		
	13		
27	11/12		
	13		
28	11/12		
	13		
29	11/12		
	13		
30	11/12		
	13		
31	11/12		
	13		
01	11/12		
	13		
02	11/12		
	13		
03	11/12		
	13		
04	11/12		
	13		
05	11/12		
	13		
06	11/12		
	13		
07	11/12		
	13		
08	11/12		
	13		
09	11/12		
	13		
10	11/12		
	13		
11	11/12		
	13		
12	11/12		
	13		
13	11/12		
	13		
14	11/12		
	13		
15	11/12		
	13		
16	11/12		
	13		
17	11/12		
	13		
18	11/12		
	13		
19	11/12		
	13		
20	11/12		
	13		
21	11/12		
	13		
22	11/12		
	13		
23	11/12		
	13		
24	11/12		
	13		
25	11/12		
	13		
26	11/12		
	13		
27	11/12		
	13		
28	11/12		
	13		
29	11/12		
	13		
30	11/12		
	13		
31	11/12		
	13		
01	11/12		
	13		
02	11/12		
	13		
03	11/12		
	13		
04	11/12		
	13		
05	11/12		
	13		
06	11/12		
	13		
07	11/12		
	13		
08	11/12		
	13		
09	11/12		
	13		
10	11/12		
	13		
11	11/12		
	13		
12	11/12		
	13		
13	11/12		
	13		
14	11/12		
	13		
15	11/12		
	13		
16	11/12		
	13		
17	11/12		
	13		
18	11/12		
	13		
19	11/12		
	13		
20	11/12		
	13		
21	11/12		
	13		
22	11/12		
	13		
23	11/12		
	13		
24	11/12		
	13		
25	11/12		
	13		
26	11/12		
	13		
27	11/12		
	13		
28	11/12		
	13		
29	11/12		
	13		
30	11/12		
	13		
31	11/12		
	13		
01	11/12		
	13		
02	11/12		
	13		
03	11/12		
	13		
04	11/12		
	13		
05	11/12		
	13		
06	11/12		
	13		
07	11/12		
	13		
08	11/12		
	13		
09	11/12		
	13		
10	11/12		
	13		
11	11/12		
	13		
12	11/12		
	13		
13	11/12		
	13		
14	11/12		
	13		
15	11/12		
	13		
16	11/12		
	13		
17	11/12		
	13		
18	11/12		
	13		
19	11/12		
	13		
20	11/12		
	13		
21	11/12		
	13		
22	11/12		
	13		
23	11/12		
	13		
24	11/12		
	13		
25	11/12		
	13		
26	11/12		
	13		
27	11/12		
	13		
28	11/12		
	13		
29	11/12		
	13		
30	11/12		
	13		
31	11/12		
	13		
01	11/12		
	13		
02	11/12		
	13		
03	11/12		
	13		
04	11/12		
	13		
05	11/12		
	13		
06	11/12		
	13		
07	11/12		
	13		
08	11/12		
	13		
09	11/12		
	13		
10	11/12		
	13		
11	11/12		
	13		
12	11/12		
	13		
13	11/12		
	13		
14	11/12		
	13		
15	11/12		
	13		
16	11/12		
	13		
17	11/12		
	13		
18	11/12		
	13		
19	11/12		
	13		
20	11/12		
	13		
21	11/12		
	13		
22	11/12		
	13		
23	11/12		
	13		
24	11/12		
	13		
25	11/12		
	13		
26	11/12		
	13		
27	11/12		
	13		
28	11/12		
	13		
29	11/12		
	13		
30	11/12		
	13		
31	11/12		
	13		
01	11/12		
	13		
02	11/12		
	13		
03	11/12		
	13		
04	11/12		
	13		
05	11/12		
	13		
06	11/12		
	13		
07	11/12		
	13		
08	11/12		
	13		
09	11/12		
	13		
10	11/12		
	13		
11	11/12		
	13		
12	11/12		
	13		
13	11/12		
	13		
14	11/12		
	13		
15	11/12		
	13		
16	11/12		





EVOLUÇÃO CLÍNICA

卷之三

Lindenbergs Fausitrof de Sorge

CLÍNICA

60

DATA	HORA	EVOLUÇÃO
------	------	----------

20/12 Paciente ADM. por conta de comissões  
corre, exantemado, capilário expandido,  
menor edema. V.R.umentos  
Safra 19:30 + 19:50. Seguiu  
que parou em 19:30. Diverg. DM + Hg.  
exames positivos e prescreveu medicação oral

~~19:30~~  
Safra 19:30  
exames  
negativos

negativa

20/12 HD. F. de rotina dia 10  
Rx: cl. dexamet. 300mg

Item: exames  
negativos  
exames  
negativos

DD: 10/12/13  
exames  
negativos

21/12

Item: exames  
negativos  
exames  
negativos

Item: exames  
negativos

22/12 EG.R. parox. iniciado, 3x/dia, estatinas.  
Inmunoterap. Tabela 1000 mg 2 ME, 2x/dia  
Hiperico 200 mg 1x/dia Rx: Pedi. c. manutenção

~~19:30~~

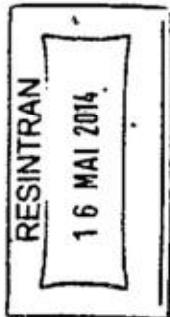
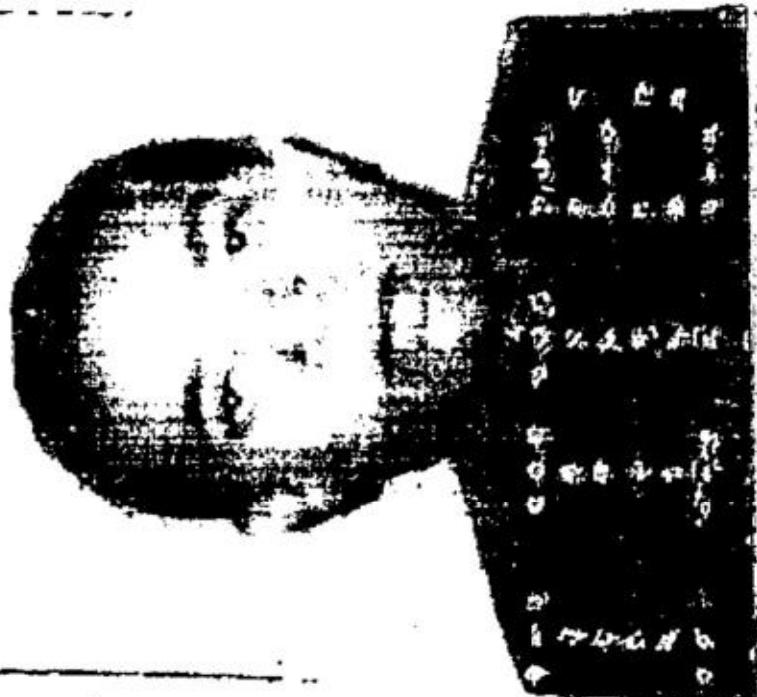
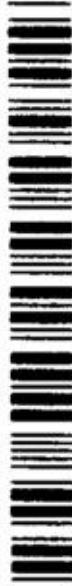
22	01 h	Exames negativos
23	01 h	Exames negativos
23	01 h	Exames negativos
		RESINTRAN
		02 ABR. 2014

ASSINATURA DO TITULAR

Edwin de Almeida Soárez

10043

DOCUMENTOS DE IDENTIFICAÇÃO



ESTADO DE PERNAMBUCO

SECRETARIA DE DESENVOLVIMENTO SOCIAL

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO TAVARES BURIN

REGISTRO GERAL HOME 6852298  
VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL DATA DE EXPEDICAO 03.06.2001

TRANSPORTE PAGAMENTO DE SERVIÇO

MOVIMENTAÇÃO DE MATERIAIS DE CONSTRUÇÃO

ELUCAO

NO ME

GERAL

REGISTRO

DATA DE NASCIMENTO 14.02.1984

URALIDADE

2011-PE-PM

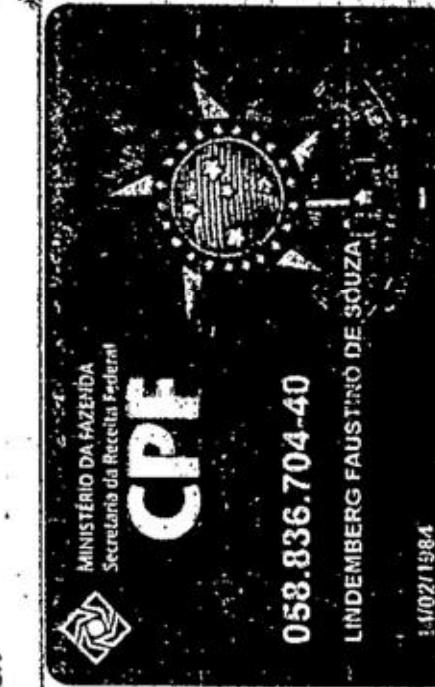
Nº DE ORIGEM C. N.º 3.0824-1.º A22-5.º 259-C8xt.3º

BEL. GILLENDO HUGO GOMES DE SIQUEIRA  
ASSINATURA DO DIRETOR

LEI N°7.116 DE 29/08/83

RESINTRAN

16 MAI 2014



**ESTADO DE PERNAMBUCO**  
SECRETARIA DE DESENVOLVIMENTO SOCIAL  
Nº 1000 DE 06/09/2010 VERSÃO NORMATIVA

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, LINDENBERG FAUSTINO DE SOUZA, portador da carteira de identidade nº 6852298 e inscrito no CPF/MF sob o nº 058.836.704-40 residente e domiciliado na RUA ERICKA LAZUNDA LOS-A, RESIDENCIAL LARIZZI DA LUZ Cidade SÃO LOURENÇO, 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 indemnização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

¶ 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.

OUTROS  
\*1004054\*  


Sônia do amaral 26/03/14

Assinatura do declarante  
conforme documento de identificação

RESINTRAN	02 ABR. 2014
-----------	--------------

Lindemberg Faustino da Souza

Local e data

## 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, Líder Brasil Faustino de Souza  
 PORTADOR(A) DO RG Nº 68352298 EXPEDIDO POR \_\_\_\_\_  
 CPF 05880836049-010 /CNPJ 00000000-00, PROFISSÃO Autônomo  
 E RENDA MENSAL DE R\$ 600,00 (\*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Lázaro Henrique Faustino de Souza, 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);

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));

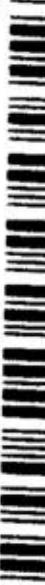
3) O CPF da conta informada para depósito não pode ser diferente do CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistro.

- 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 \_\_\_\_\_ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA \_\_\_\_\_
- 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 00 (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA 97145-1

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 DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO

\*1004039\*



LOCAL Lázaro Henrique C.O DATA 26/03/14

ASSINATURA DO(A) BENEFICIÁRIO (A) Lázaro Henrique Faustino de Souza



O Seguro DPVAT garante 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.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br) ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.

CAIXA ECONÔMICA FEDERAL

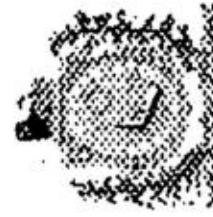
**AUTO-ATENDIMENTO - AG ENCRUZILHADA**  
**DATA: 27/03/2014 HORA: 14:17:10**  
**TERMINAL: 0048104911 CONTROLE: 004810490161**  
**COMPROVANTE PROVISÓRIO DE DEBITO**  
**DEPOSITO EM DINHEIRO -**  
**CONTA CREDITADA: 00876.013.00897145-1**  
**NAME: LINDEMENBERG FAUSTINO DE SOUZA**  
**VALOR TOTAL EM DINHEIRO: 50,00**  
**NUMERO DO ENVELOPE: 00624611062**  
**NUMERO DE CONTROLE: 006186874**

A confirmação do depósito se dará pelo lançamento do valor na conta do favorecido após a abertura do envelope e a verificação dos valores contidos.

Informações, reclamações, sugestões e elogios  
= 2055-2055, 2055-2055 S.A.C CAIXA: 0800-725-7474  
e-mail: [Queridora\\_da\\_Caixa@www.caixa.gov.br](mailto:Queridora_da_Caixa@www.caixa.gov.br)

DECANTER

02 ABB 2014



**GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO**  
**SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL**  
**POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO**  
**DELEGACIA DE POLICIA DA 025A. CIRCUNSCRICAO - PEIXINHOS**

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 14E0115002427**

Occurscência registrada nesta unidade policial no dia **19/03/2014** às **13:44**

**ACIDENTE DE TRANSITO COM VITIMA NAO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia 18/12/2013 às 13:30**

Fato ocorrido no endereço: **AVENIDA DOUTOR BELMIRO CORREIA, 1 - Bairro: CAPIBARIBE -**  
 Município: **SAO LOURENCO DA MATA** - Estado: **PERNAMBUCO** - País: **BRASIL**

Lugar do Fato: **VIA PUBLICA** - Próximo: **NAO INFORMADO**



Pessoal(s) envolvidas(s) na ocorrência:

**LINDEM BERG FAUSTINO DE SOUZA ( VITIMA )**

Objetos(s) envolvidos(s) na ocorrência:

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

(VITIMA) - **LINDEM BERG F. FAUSTINO DE SOUZA** (presente no plantão) - **Sexo: Masculino**  
**Mae: FRANCISCA MARIA DA CONCEICAO**; **Pat: ANGELO FAUSTINO DE SOUZA** Data de Nascimento: **14/2/1984**

Naturalidade: **RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL**

Documentos: **6852298/SDS/PE (RG)**, **05883670440 (CPF)** Físico Civil: **SOLTEIRO(A)**; Físicidade: **NAO INFORMADO**;

Profissão: **AUTONÔMO(A)**; Telefone de Contato: **96742210**

Endereço Residencial: **BAIRRO DE CENTRO (bairro), 105, RUA ERICINA LAFENDA, CASA A, 35000-000, CENTRO, SAO LOURENCO DA MATA, PERNAMBUCO, BRASIL**

Endereço Comercial: **NAO INFORMADO**

Dados Comerciais: **NAO INFORMADO**

**RESINTRAN**

**02 ABR. 2016**

Qualificação da(s) objeto(s) envolvido(s)

Complemento / Observação

**A VITIMA SEGUIA PILOTANDO UMA MOTO HONDA/XR 150 BROS, PLACA PEQ-3306/PE, D EPROPRIEDADE DE FLÁVIO SEVERINO DOS SANTOS QUANDO FOI TRANCADO POR UM VEÍCULO D EPLACA E CONDUTOR NÃO IDENTIFICADOS FAZENDO COM QUE O MESMO PERDEU O CONTROLE DA MOTO E CAISSE EM SOLO EM SEGUIDA SOCORRIDO POR POPULARES E LEVADO PARA O HOSPITAL OTÁVIO DE FREITAS.**

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

*Lindemberg Faustino de Souza*  
**LINDEMERIC FAUSTINO DE SOUZA**  
**(VITIMA)**

*Flávio de Almeida Pires*

B.O. registrado pelo policial: **TITO FLÁVIO DE ALMEIDA PIRES FALCAO MAT. 220.926-8**  
**220.926-8**

**RESINTRAN**

**02 ABR. 2016**



## DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Luizember C Faustino De Souza,RG nº 685522298, data de expedição 1/1/2018, Órgão ██████████,

CPF nº 058.836.704-40, 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 ERICINA LAFENZA</u>	
Número	<u>105-A</u>	
Apto / Complemento		
Bairro	<u>MATRIZ DA LUZ</u>	
Cidade	<u>SAO LOURENCO DA MATA</u>	
Estado	<u>PE</u>	
CEP	<u>54700-000</u>	<u>RESINTRAN</u>
Telefone de Contato	<u>81-82521743</u>	<u>02 ABR. 2018</u>
E-mail		

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: SAO LOURENCO DA MATA, 26 DE MARÇO DE 2018Assinatura do Declarante: Luizember C. Faustino da Souza.

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

NOTA FISCAL - FATURA - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA



[www.celpe.com.br](http://www.celpe.com.br)

Corporação Energética do Pernambuco  
Av. Júlio de Barros, 111, Bairro Vila  
Bogotá, Pernambuco - CEP 50020-042  
Cnpj: 0000100001-09 I fone: 34.300000-00

Comenda: 0800 081 01720 (Pronto-Serviço): 0800 081 0196

Atendimento ao cliente: 0800 282 5999

Outros: Celpe: 0800 727 0167 - Ligação gratuita do Estado de Pernambuco - Aplicativo: 0800 727 0167 - Ligação gratuita do Telefone Pernambucano - Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL 187 - Linha direta de telefones fixos e turbinas para telefones celulares

Data de Vencimento

05/09/2012

Total a Pagar (R\$)

24,95

CLASSIFICAÇÃO  
LIGAÇÃO NA PERTURA DA SILVA

CPF: 039.943.724-02  
NIS: 10301015078

Conta Contrato 7001304768

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA  
TRUA ERICNA LAPEDA 105-A  
54100-000 SAO LOURENCO DA MATA/PE

ATENÇÃO!

A CELPE INFORMA QUÉ VOCÊ POSSUI CONTAS EM ABERTO

CONSUMO	VALOR	DATA DE REFERÊNCIA	VALOR	DATA DE REFERÊNCIA	VALOR
0,00000000	0,00	00/07/2012	0,00	27/07/2012	15,51

Em caso de não pagamento do débito, o fornecimento de energia poderá ser suspenso, bem como poderá ocorrer sua inclusão nos registros de restrição do crédito do SPC e SEPAS, com abrangência nacional. Este comunicado não substitui o aviso do titular anterior bem como não altera estabelecido em discussão judicial que poderá ser outorgado após o fim do processo.

DESCRICAÇÃO DA NOTA FISCAL

Quantidade	Preço (R\$)	Valor (R\$)
30.000.000	0,12707263	3,82
27.000.000	0,21910127	5,91

Consumo Ativo até 30 kWh  
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh  
Contribuição Bem-estar Pobrano  
Parada 11/57 Plano 400000315008

2295676510102012345624,95001114406

HISTÓRICO DO CONSUMO

MES	ANO
JUL 12	2012
JUN 12	2012
MAR 12	2012
FEB 12	2012
JAN 12	2012
DEZ 11	2011
NOV 11	2011
OUT 11	2011
SET 11	2011
AGO 11	2011

RESINTRAN

02 ABR. 2014

TABLAS APALHAUS  
Consumo Ativo até 30 kWh 0,12707263  
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh 0,21910127

## PARECER DE ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 2014254198**Cidade:** São Lourenço da Mata**Natureza:** Invalidez**Vítima:** LINDEMBERG FAUSTINO **Data do acidente:** 18/12/2013**Emissor do parecer:** Greciele Batista Lima**Seguradora:** ARUANA SEGUROS S/A**Prestadora:** Visão Médica Ltda**CRM do médico:** 377300

## PARECER

**Data da análise:** 26/05/2014**Valorização do IML:**

0,00

**Perícia médica:** Não**Diagnóstico:** FRATURA DE PUNHO DIREITO E TORNOZELO ESQUERDO**Resultados terapêuticos:** COM SEQUELA**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO FUNCIONAL DO PUNHO ESQUERDO E TORNOZELO ESQUERDO**Sequelas:** Com sequela**Conduta mantida:****Quantificação das sequelas:** INVALIDEZ PARCIAL / PUNHO DIREITO: 50% DE 25% / TORNOZELO ESQUERDO: 50% DE 25% / TOTAL: 25%**Documentos complementares:****Observações:****Valor pleiteado:** 13.500,00**Médico avaliador:** JORGE CAMPOS**UF do CRM do médico:** RJ

## DANOS

<b>Dano</b>	<b>%</b>	<b>Dimensão</b>	<b>Graduação</b>
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25	1	50
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25	1	50

**Valor avaliado:** 3.375,00

## PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

<b>Número:</b> 2014254198	<b>Cidade:</b> São Lourenço da Mata	<b>Natureza:</b> Invalidez
<b>Vítima:</b> LINDEMBERG FAUSTINO DE SOUZA	<b>Data do acidente:</b> 18/12/2013	<b>Emissor do parecer:</b> GABRIEL JOÃO LOURENÇA DA SILVA
<b>Seguradora:</b> ARUANA SEGUROS S/A	<b>Prestadora:</b> CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços	<b>CRM do médico:</b> 52495155

## PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA DE RÁDIO DISTAL PUNHO DIR E MALEOLO LATERAL TORNOZELO ESQ.

**Descrição do exame médico pericial:** LIMITAÇÃO ACENTUADA DA FLEXO EXTENSÃO E SUPINAÇÃO PUNHO DIR. LIMITAÇÃO DA FLEXÃO E EVERSAO PERNO TORNOZELO ESQ.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO DE PUNHO E GESSO EM TORNOZELO.

**Sequelas permanentes:** APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO PUNHO DIREITO. APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO TORNZELO ESQUERDO.

**Sequelas :** Com sequela

**Data da perícia:** 05/06/2014

**Conduta mantida:**

**Observações:**

**Valor pleiteado:** 6.750,00

**Médico avaliador:** MARIA DE FATIMA FURTADO VELOSO DE MELO

**UF do CRM do médico:** RJ

## DANOS

<b>Dano</b>	<b>%</b>	<b>Dimensão</b>	<b>Graduação</b>
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25	1	75
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25	1	75

**Valor avaliado:** 5.062,50