

## Laudo de Verificação e Quantificação de Lesões Permanentes

### Informações do Acidente

Sinistro: **2013338853**  
Vítima: **MARCOS ANTONIO FERREIRA DA SILVA**  
Local: **PE-ABREU E LIMA**  
Data do Acidente: **3/30/2012**

### Avaliação do Medico Perito Legista

I. Há lesão cuja etiologia (origem causa) seja exclusivamente decorrente de acidente pessoal com veículo automotor de via terrestre?

- a) ☒ SIM      b) ☐ NÃO      c) ☐ PREJ.

Só prosseguir em caso de resposta afirmativa

II. Descrever o quadro clínico atual informando:

a) Qual (quais) região (regiões) corporal (is) encontra (m) – se acometida (s);

**PÉ DIR**

b) As alterações (disfunções) presentes no patrimônio físico da vítima, que sejam evolutivas e temporalmente compatíveis com o quadro documentado no primeiro atendimento médico hospitalar, considerando-se as medidas terapêuticas tomadas na fase aguda do trauma.

**TTO CIR DE LESÃO LACERANTE EXTENSA NO DORSO DO PÉ DIR C/ LESÃO DE T. EXTENSORES DOS DEDOS.**

III. Há indicação de algum tratamento (em curso, prescrito, a ser prescrito), incluindo medidas de reabilitação?

- a) ☐ SIM      b) ☒ NÃO

Se SIM descreva a(s) medida(s) terapêutica(s) indicada(s):

IV. Segundo o exame medico legal, pode-se afirmar que o quadro clínico cursa com:

- a) ☐ Disfunções apenas temporárias  
b) ☒ Dano anatômico e/ou funcional definitivo(seqüelas)

Em caso de dano anatômico e/ou funcional definitivo informar as limitações físicas irreparáveis e definitivas presentes no patrimônio físico da vítima.

**EDEMA CRONICO.DOR E LIMIT MODERADA DA FLEXOEXTENSÃO DO PÉ;**

V.Em virtude da evolução da lesão e/ou de tratamento, faz-se necessário exame complementar?

- a) ☐ SIM, em que prazo:  
b) ☒ NÃO

Em caso de enquadramento na opção “a” do item IV ou de resposta afirmativa ao item V, favor NÃO preencher os demais campos abaixo assinalados.

VI. Segundo o previsto na Lei 11.945 de 4 de junho de 2009 favor promover a quantificação da(s) lesão (ões) permanente(s) que não seja(m) mais susceptível(is) a tratamento como sendo geradora(s) de dano(s) anatômico(s) e/ou funcional(is) definitivo(s), especificando, segundo o anexo constante à Lei 11.945/09, o(s) segmento(s) corporal(is) acometido(s) e ainda segundo o previsto no instrumento legal, firmar a sua graduação:

Segmento corporal acometido:

- a) ☐ Total (Dano anatômico ou funcional permanente que comprometa a íntegra do patrimônio físico e/ou mental da vítima).  
b) ☒ Parcial (Dano anatômico e/ou funcional permanente que comprometa apenas parte do patrimônio físico e/ou mental da vítima). Em se tratando de dano parcial informar se o dano é:  
    b.1) ☐ Parcial Completo (Dano anatômico e/ou funcional permanente que comprometa de forma global algum segmento corporal da vítima)  
    b.2) ☒ Parcial Incompleto (Dano anatômico e/ou funcional permanente que comprometa apenas em parte a um (ou mais de um) segmento corporal da vítima)

b.2.1) Informar o grau da incapacidade definitiva da vítima, segundo o previsto na alínea II, 1º do art. 3º da Lei 6.194/74 com redação introduzida pelo artigo 31 da Lei 11.945/2009, correlacionando o percentual ao seu respectivo dano, em cada segmento corporal acometido

## Segmento Anatômico

1ª Lesão

**PÉ DIR**

Marque o percentual

☐ 10% ☐ 25% ☒ 50% ☐ 75%

2ª Lesão

Marque o percentual

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75%

3ª Lesão

Marque o percentual

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75%

4ª Lesão

Marque o percentual

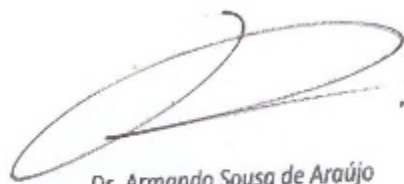
☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75%

Observação: Havendo mais de quatro seqüelas permanentes a serem quantificadas, especifique a respectiva graduação de acordo com os critérios ao lado representados:

Local e data de realização do exame médico legal:

**PE - RECIFE, 6/20/2013**

**Médico Perito/Revisor: ARMANDO SOUSA DE ARAUJO CRM: 52533315**



Dr. Armando Sousa de Araújo  
Médico Perito  
CRM-RJ 52 5333-15  
Cadastro Nacional

Assinatura do médico revisor - CRM

**Informações Complementares**



**30**  
horas

---

**Comprovante de Operação** - Transferência de Conta Corrente para Conta Poupança

Identificação no Extrato: **SISPAG DIVERSOS**

**Dados da conta a ser debitada:**

Agência: **0477**      Conta: **78857 - 4**

Nome: **SEGURADORA LIDER**

**Dados da conta a ser creditada:**

Agência: **6066**      Conta: **09373 - 0**

Nome: **MARCOS ANTONIO FERREIRA SILVA**

Valor: **R\$ 3.375,00**

Informações fornecidas  
pelo pagador:

**Transferência realizada em 26.06.2013 às 00:00:00, via Sispag, CTRL 220309261000482**

**Autenticação:**

**3226883CFBFA46514C0261E49F45DAEFD918B087**



498118

RESUMO DE ALTA HOSPITALAR/ESCLARECIMENTO

506 - 4

NOME: Marcos Antonio da Silva REGISTRO Nº: S 25881

IDADE: 30 SEXO M DATA DA ADMISSÃO 31/03/13 DATA DA ALTA 04/05/13

DIAGNÓSTICOS DEFINIDOS: Infecção expulsa 2. MTD  
excesso de movimento

DOCUMENTAÇÃO MÉDICA HOSPITALAR

\*1004031\*



TRATAMENTO REALIZADO:

submetido a tratamento emético em 31/03-13  
infecção expulsa  
submetido a exatidão para se fazer  
em 05/04/13 + exatidão de poder de uso expulso  
em 26/04/13.

ORIENTAÇÕES:

Atenção: início de saúde  
Atenção: tratamento com cuidados físicos

PROGRAMAÇÃO APÓS ALTA:

AMBULATÓRIO DE EGRESSO SIM ☒ NÃO ☐

DATA DA CONSULTA AMBULATORIAL

ASSINATURA M. Conrado Veloso  
Cirurgião Geral  
12884 10 JUN 2013



Atendimento: 402162

Data e Hora: 30/03/2013 17:49

Senha da Classificação:

0206

Paciente: 181027 MARCOS ANTONIO FERREIRA DA SILVA Sexo: MASCULINO  
Data do Nascimento: 22/10/1982 Idade: 30 anos Convenio: 2 SUS - PRONTO ATENDIMENTO  
Nome da Mãe: MARLI GUILHERMINA RODRIGUES Nome do Pai:  
Estado Civil: SOLTEIRO Nome do Médico: CLINICO - PLANTONISTA CRM: 123456  
Endereço: TUPA 10 Bairro: CAETES VELHO  
Cidade/UF: ABREU E LIMA PE Cep: 53550080 Usuário Atendimento: SOELANEFAL  
RG (Identidade): Data de Emissão:  
CPF (Cadastro de Pessoa Física): Fone: 35413831  
CRN(Certidão de Registro de Nasc): Data de Emissão CRN:

## RESUMO DE TRATAMENTO

Peso: \_\_\_\_\_ Altura: \_\_\_\_\_ Temperatura: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

## Queixa Principal

Acidente ortomaxilar de colisão entre - comichão no qual o paciente  
excedeu a dor no maxilar e estava sangrando. Apresentando  
lesão cortical com ruptura de dente do pé direito,  
enfrangido no fêmur direito e em ruptura de fêmur - ocular  
enfrangido linear entre - unhas. Paciente deslocado.

## Exame Físico

CEB: glúteo, glóteo, 15  
ACV: PCR em 27 GNF, 15  
AR: MVD em 44, 2/RA  
Abd: plano, normotônico, RMAO

## Hipótese Diagnóstica

Trauma em dorso de pé direito, fêmur esquerdo e  
humeros superior esquerdo

## Indicação Terapêutica

Suturo de lesões cortu - corturas

## Prescrição Médica

1) A ortopedico  
2) Sutura de lesões cortu - corturas

Sutura em SUTUR

87011 CRM Sobrinho

Equipamento Médica

Destino: ( ) Ambulatório ( ) Residência  
Transferido: ( ) Ambulatório ( ) Residência

Para:

Senha:

UPA IGARASSU

RECEPÇÃO

Imaginologia

Carlimbo/Médico

Rúbia de Mássia Alexandre Silva  
Assistente Social  
CRESP nº 5107  
nº 5107

10 JUN. 2013



3070313

Oklopou

10: 6 yr. exposure in  
 time doesn't do for  
 D. can live in the  
 kitchen or on the

CD<sub>2</sub>F<sub>2</sub> chamber

Gilberto Torres da Silva  
Téc. Enfermagem  
UFRRN/FE 032 428

- Approx 1000 / year
- CFT about 1800
- D11 Novus 1970
- 1000-1500 + 1000



# UPA 24 HORAS - IGARASSU

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo UPA IGARASSU - (SUS)

30/03/2013 17:47



Nome Paciente: MARCOS ANTONIO FERREIRA DA SILVA  
Cód. Paciente:  
Data de Nascimento: 22/10/1982  
Sexo: Masculino  
Idade: 30  
Senha: 0206  
Convênio:  
Atendimento:

30/03/2013 17:47 - JOSE ROBSON PEREIRA CORDEIRO - classificação

Prioridade:

URGENCIA

Cor:



Queixa Principal:

PLT COM TCE

Observação:

ACIDENTE DE MOTO.

ECG=15

NEGA:HAS, DM, ALERGIA

Fluxograma sintoma:

T.C.E

Discriminador(es):

- ESCALA DE COMA GLASGOW 14 OU 15

Especialidade:

CLINICA GERAL

Alergia(s):

Sinais Vitais Lidos:

Recursos Utilizados:

Intervenções Salva

Vida:

Situações de Alto

Risco:

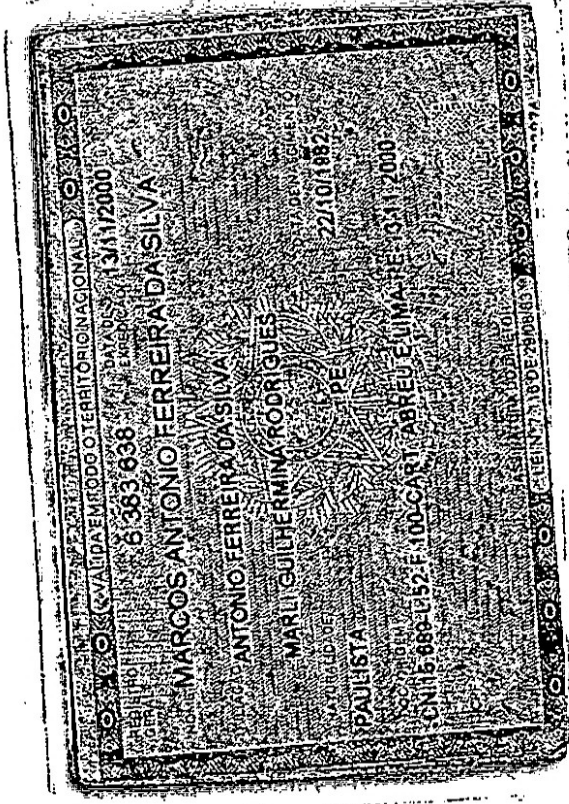
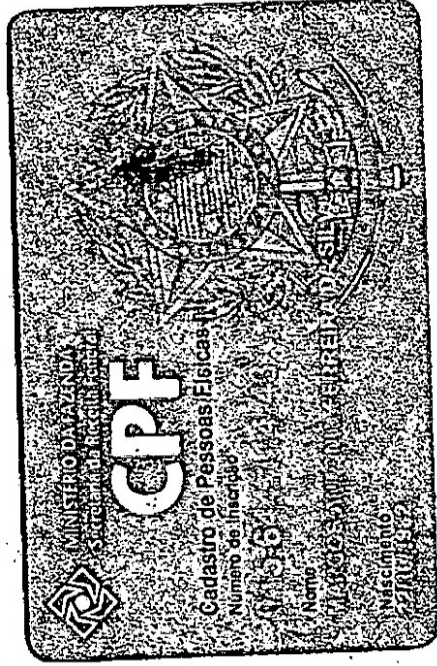
Alergias Atuais do Paciente

Paciente não possui alergia

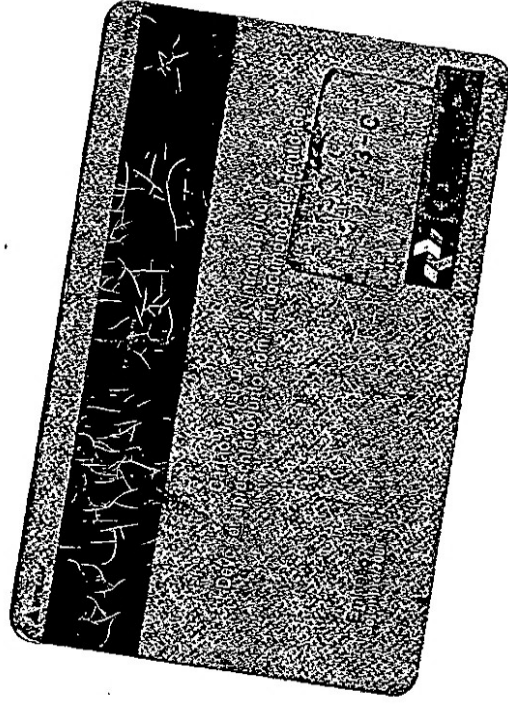
Acolhido(a) por: JOSE ROBSON PEREIRA CORDEIRO

Data: 30/03/2013 17:47

10 JUN. 2013



10 JUN. 2013



10 JUN. 2013



## Aviso de Sinistro DPVAT

Código: 498118

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		Placa	
ZZ-Veículo não Identificado			
Nome da Vítima			
MARCOS ANTONIO FERREIRA DA SILVA			
Tipo Sinistrado		Data Nascimento	Natureza
		22/10/1982	2 - INVALIDEZ
		Tipo de CPF	CPF da Vítima
		0 - Possui CPF	015.644.114-43
			Data Ocorrência
			31/03/2013

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

documentos: ☐ Certidão Nº X da autoridade policial sobre a ocorrência;

☐ DUT Nº ☐ ☐ ☐

☐ RG e CPF do Sinistrado ☐ ☐ ☐

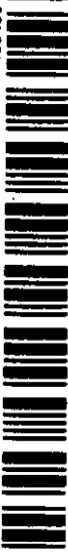
☐ RG e CPF do(s) Beneficiário(s) ☐ ☐ ☐

<b>Beneficiários</b>			
Nome	Tipo Benef.	Vínculo	Dt.Nasc. CEP CPF/CNPJ
MARCOS ANTONIO FERREIRA DA SILVA	Vítima	VÍTIMA	22/10/1982 53500-000 015.644.114-43

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

OUTROS

\*1004054\*



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	PE	Data	10 JUN. 2013
Local da Entrega	RJ	Data	10 JUN. 2013
Beneficiário	Centaur Vida e Previdência		

### 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.

R SENADOR DANTAS, 80, 17º ANDAR  
CENTRO - Cep: 20031-204

Tel.: (21) 2297-1212 Fax: (21) 2297-1212

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

RIO DE JANEIRO - RJ

10 JUN. 2013



AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO

CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DE SINISTRO DPVAT

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do/a beneficiário/a 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.

Nº DO SINISTRO:

Eu, **MARCOS ANTONIO FERREIRA DA SILVA** Portador(a) do RG:6383638 Expedido por SDS /PE e CPF: 015.644.114-43 Profissão AUTONOMO e renda mensal de R\$ , na qualidade de beneficiário(a) do valor referente a indenização/reembolso do seguro obrigatório DPVAT da vítima: **MARCOS ANTONIO FERREIRA DA SILVA** Autorizo a Seguradora **Centauro Vida e Previdência S/A** a efetuar o respectivo Pagamento/Crédito, de acordo com a forma indicada:

Dados bancários incompletos ou incorretos impedem os bancos de liberarem o pagamento. Verifique cuidadosamente seus dados antes de preencher os campos e evite rasuras.

- 1 - ☐ CRÉDITO EM CONTA CORRENTE  
Nº BANCO:  Nº AGÊNCIA:  Nº C/C:
- 2 - ☐ CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA DO BANCO BRADESCO  
Nº BANCO:  237 Nº AGÊNCIA:  Nº C/P:
- 3 - ☐ CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA DO BANCO DO BRASIL  
Nº BANCO:  001 Nº AGÊNCIA:  Nº C/P:
- 4 - ☒ CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA DO BANCO ITAÚ  
Nº BANCO:  341 Nº AGÊNCIA:  6066 Nº C/P:  09373-0
- 5 - ☐ CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA DA CAIXA ECONOMICA FEDERAL  
Nº BANCO:  104 Nº AGÊNCIA:  Nº C/P:

- Declaro que a conta acima mencionada é de minha titularidade.  
- Uma vez efetuado o Pagamento/Crédito do valor da indenização do sinistro, de acordo com as informações acima descritas, reconheço o recebimento e dou como quitado o valor da referida indenização.

RECIFE, 0815 DE MAIO DE 2013  
Local e Data

Marcos Antonio da Silva  
Assinatura do Beneficiário

1004039

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO





BANCO ITAU S/A TR 241-RECEBIMENTOS DIN OP 20  
AG 6066 27/05/13 CX 007315955 CRC 6066669125  
VR INF 4,00  
RECIBO DE DEPOSITO CIA 6066.09373-0  
FAVORECIDO: MARCOS ANTONIO FERREIRA SILVA  
DEPOSITO EM DINHEIRO 2,00

ITAU0202 606635149 270513 2,00C MARCOS  
OPERACAO 113 025-030

NAD EFETUADA - DEPOSITO INICIAL  
MARCOS ANTONIO FERREIRA SILVA 2,00  
CP - 6066.09373-0/500 - VAL  
CONFIRME AS INFORMACOES  
RECIBO DE DEPOSITO C/P 6066.09373-0/500  
FAVORECIDO: MARCOS ANTONIO FERREIRA SILVA  
DEPOSITO EM DINHEIRO 2,00

ITAU0203 606635149 270513 2,00C MARCOS  
OPERACAO 305 ACX

TR 241-FINALIZACAO DE CRC DE RECEBIMENTOS  
VALOR INFORMADO 4,00  
VALOR DOS RECEBIMENTOS 4,00

10 JUN. 2013



10

000

ACIDENTE DE  
11a 30/3/2012

Fato ocorrido  
**VELHO - MO**  
Local do Fato:

PERSONNEL ELEMENTS

**ROSANO REE**

**MARCOBANT**

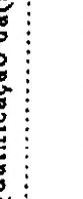
**Objeto(s) en ve**

VEICULO: (U  
FERREIRA D

**VEICULO: (0**

**Qualificação da**

**Amplification**



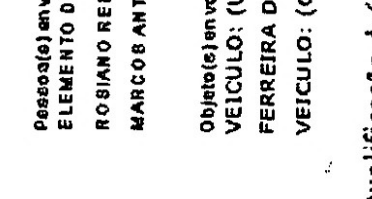
30: MARLI GUILHERME  
AULISTA / PERNAMB

telefones: 63256328  
 telefones de Contato: Nã  
 endereço Residencial: B  
**ERAMBUÇO, BRA**  
 endereço Comercial: Nã  
 endereço Comercial: Nã

OUTRO)-ELEMENTOS  
Se: NÃO INFORMADO  
FORMADO / NÃO IN

Estado Civil: NAO INFORMADO; Telefone: NAO INFORMADO; Residencia: NAO INFORMADO; Comercio: NAO INFORMADO

UTRO) - RÓSI  
le: NÃO INFORMAD  
FORMADO / NÃO IN  
gado CIVIL: NAO INFO



**INFORMADO;** Telefone Celular: **NÃO INFORMADO**  
 Endereço Residencial: **NÃO INFORMADO**  
 Endereço Comercial: **NÃO INFORMADO**  
 Dados Comerciais: **NÃO INFORMADO**

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

**MOTOCICLETA (VEICULO)** de propriedade do(a) Sr(a): **ROSIANO REIS**, que estava em posse do(a) Sr(a): **MARCOS ANTONIO FERREIRA DA SILVA**

Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA / HONDA / XR200** - Objeto apreendido: **Não** - Número de Série: **NÃO INFORMADO**  
 Cor: **NÃO INFORMADO** - Quantidade: **1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)** e Valor Unitário: **(MOEDA NÃO INFORMADA)**

Placa: **PFA9189** ( **PERNAMBUCO / NÃO INFORMADO** )

**CAMINHÃO (VEICULO)** de propriedade do(a) Sr(a): **ELEMENTO DESCONHECIDO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **ELEMENTO DESCONHECIDO**

Categoria/Marca/Modelo: **CAMINHÃO / FIAT / 190H** - Objeto apreendido: **Não** - Número de Série: **NÃO INFORMADO**  
 Cor: **NÃO INFORMADO** - Quantidade: **1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)** e Valor Unitário: **(MOEDA NÃO INFORMADA)**

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

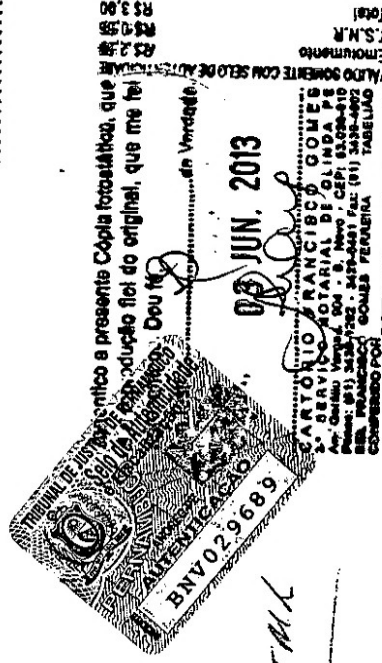
#### Complemento / Observação

**INFORMA A VÍTIMA QUE CONDUZIA O VEÍCULO MOTOCICLETA DE PLACA PFA-9189 QUANDO, NO CRUZAMENTO DA AVENIDA TUPÃ EM ABREU E LIMA COLDIU COM UM CAMINHÃO QUE PASSAVA PELO LOCAL; QUE, CAIU AO SOLO SOFRENDO LESÕES NA PERNA E PÊ DIREITOS E NO ROSTO; QUE, FOI SOCORRIDO PELO CORPO DE BOMBEIROS PARA A UPA DE IGARASSÚ E EM SEGUNDA PARA O HOSPITAL MIGUEL.**

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

*Marcos Antonio Ferreira da Silva*  
**MARCOS ANTONIO FERREIRA DA SILVA**  
**SILVA**  
**(VÍTIMA)**

B.O. registrado pelo policial: **MILKANE LIMA DA SILVA** - Matrícula: **2730638**





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL ANTONIO PERSIVO CUNHA



Ofício nº 067/2010-IMLAPC - DIR

Recife, 19 de abril de 2010

Ilm.º Sr.º

Dr.º Bruno Perazzo  
GS - Seguros Ltda.  
Rua Santos Dumont, 233 - Afritos  
Nesta

Prezada Senhora

Informamos a V.S.º, abaixo, o endereço do Instituto de Medicina Legal em Pernambuco e suas Regionais:

- Instituto de Medicina Legal Antonio Persivo Cunha - Sede: Rua Marques do Pombal nº 455 - Santo Amaro - Recife-PE - CEP: 50.100-170 - Fones: 3183.5256 e 3183.5267
- Instituto de Medicina Legal Antonio Persivo Cunha - Regional Coruaru: Av. Coruaru, s/nº - Boa Vista - Coruaru - PE - CEP: 55.038-270 - Fones: 3719.9470
- Instituto de Medicina Legal Antonio Persivo Cunha - Regional Petrolina - Av. Sete de Setembro, s/nº Jardim Maravilha - Petrolina - PE - CEP: 56.300-000 - Fone: 3966.6582

Renovamos votos de estima e consideração, nos colocando a disposição para quaisquer esclarecimentos.

Atenciosamente,

Boanerges Pires Galindo Filho  
Gestor do IMLAPC

Dr. Boanerges Pires Galindo Filho  
Médico Legista  
M.O. 163/2004-0  
OES - IMLAPC

Rua Marques do Pombal, 455 - Santo Amaro - Recife-PE - CEP: 50.100-170 - Fones: (81) 3183.5256  
Fax: (81) 3183.4359

CERTIDÃO DE INEXISTÊNCIA DE IML

\*1004029\*



10 JUN 2013

## DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

EU, MARCOS ANTONIO FERREIRA DA SILVA

PORTADOR(A) DO RG:6383638 SDS/PE E CPF: 015.644.114-43

DECLARO PARA OS DEVIDOS FINS DE RECEBIMENTO DE SEGURO DPVAT, QUE MORO E

RESIDO NA: RUA TUPA, N° 10

BAIRRO:TIMBO NA CIDADE DE: ABREU E LIMA

ESTADO DE: PERNAMBUCO CEP: 53.500-000

TELEFONE PARA CONTATO: 81-34264486

REITERO QUE É MINHA INTEIRA RESPONSABILIDADE AS INFORMAÇÕES AQUI CONTIDAS.

RECIFE, 15 DE MAIO DE 2013.

COMPROVANTE DE RESIDENCIA

\*100-4040\*



Marcos Antonio F. da Silva  
MARCOS ANTONIO FERREIRA DA SILVA

10 JUN. 2013

produtos frescos.

Amocent LD PARA  
CMS de registro 004

**celpe.com.br**  
Grupo Celpe

Companhia Energética de Pernambuco  
Av. João de Barros, 111, Boa Vista  
Recife, Pernambuco - CEP 50050-902  
CNPJ: 10.835.932/0001-08 | Ins. Est. 0003943-93  
Comercial: 0800 081 0120 | Pronto Socorro: 0800 081 0186  
Atendimento ao cliente: 0800 282 5599  
Ouvidoria Celpe: 0800 282 5599  
Agência de Regulação dos Serviços Públicos do Estado de Pernambuco - ARSPE: 0800 727 0187 - Ligação gratuita de telefones fixos e tarifada na origem para telefones celulares

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL  
BAIXA RENDA ASSIST. SOCIAL CONTINUADA - BPC  
MOTORIZED

DADOS DO CLIENTE

GILDO JOSE GOMES DE ANDRADE

CPF: 157.667.804-00

LB	ED	RR	FR
1	2	3	4
50003019231	28/01/2013	28/01/2013	02/02/2013
SERIE DA NOTA FISCAL	NÚMERO DO CLIENTE	DATA DA EMISSÃO DA NOTA FISCAL	DATA DA APRESENTAÇÃO
SERIE-UNICA	2000465606		
	NÚMERO DA INSTALAÇÃO		
	63688		

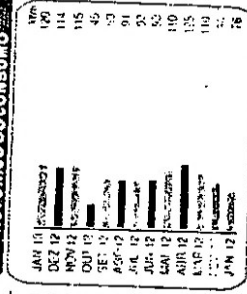
Reservado em Fisco

E3AD.412A.590C.7321.D662.B7D0.C5E2.381A

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

**DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL**

Quantidade	Preço (R\$)	Valor (R\$)
30,00000000	0,12620292	3,78
70,00000000	0,21632759	15,13
20,00000000	0,32450163	6,49
		0,14
		0,14



**TARIFAS APLICADAS**  
Consumo Ativo até 30 kWh 0,12620292  
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh 0,21632759  
Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh 0,32450163

**TOTAL DA FATURA**

INFORMAÇÕES DE INÍCIOS			
ICUS	PIB	COFINS	
Base de Cálculo	Base de Cálculo	Base de Cálculo	%
25,10	0,68	25,10	0,12

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO			
	RS	%	
Geração de Energia	12,37	48,70	
Transmissão	1,33	5,24	
Distribuição (C-De)	9,63	37,91	
Encargos Setoriais	1,10	4,30	
Taxes	9,97	38,77	
Total	35,40	100	

Ca: Criada pela Lei 10.438, de 26/04/02

**Data de Vencimento:**

13/02/2013

**Total a Pagar (R\$):**

25,68

0849721020

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA TUPAM 10

TIMBOABREU E LIMA  
55500-000 ABRÉU E LIMA PE

ALIANÇA  
ABRIL 1971 - 1974  
ABRIL 1974 - 1977  
ABRIL 1977 - 1980  
ABRIL 1980 - 1983  
ABRIL 1983 - 1986  
ABRIL 1986 - 1989  
ABRIL 1989 - 1992  
ABRIL 1992 - 1995  
ABRIL 1995 - 1998  
ABRIL 1998 - 2001  
ABRIL 2001 - 2004  
ABRIL 2004 - 2007  
ABRIL 2007 - 2010  
ABRIL 2010 - 2013

Valor	Vencido	Valor	Vencido
07/12/12	04/02/13	25,68	

Comunicamos a não pagamento desta conta: de energia elétrica  
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 da 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 final do processo.

10 JUN. 2013

## PARECER DE ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 2013338853**Cidade:** Abreu e Lima**Natureza:** Invalidez**Vítima:** MARCOS ANTONIO  
FERREIRA DA SILVA**Data do acidente:** 30/03/2012**Emissor do  
parecer:** Arnaldo  
Kacelnik**Seguradora:** CENTAURO VIDA E  
PREVIDÊNCIA S/A**Prestadora:** IBMES INST.BRASDE  
MEDICINA ESPEC.EM  
SEGUROS LTDA**CRM do médico:** 312915

## PARECER

**Data da análise:** 18/06/2013**Valoração do  
IML:****Perícia médica:** Sim**Diagnóstico:** Lesão em pé D**Resultados  
terapêuticos:** TTO conservador**Sequelas  
permanentes:****Sequelas:****Conduta mantida:****Quantificação das  
sequelas:****Documentos  
complementares:****Observações:****Valor pleiteado:** 13.500,00**Médico avaliador:** Arnaldo Kacelnik**UF do CRM do RJ  
médico:**

## DANOS

**Dano**

Danos não definidos.

**% Dimensão Graduação****Valor avaliado:** 0,00

## PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 2013338853**Cidade:** Abreu e Lima**Natureza:** Invalidez**Vítima:** MARCOS ANTONIO  
FERREIRA DA SILVA**Data do acidente:** 30/03/2012**Emissor do parecer:** Flavio Reis da  
Fonseca**Seguradora:** CENTAURO VIDA E  
PREVIDÊNCIA S/A**Prestadora:** CNIS - Cadastro Nacional  
Informações e Serviços**CRM do médico:** 52533315

## PARECER

**Diagnóstico:** LESÃO LACERANTE EXTENSA NO DORSO DO PÉ DIR C/ LESÃO DE T. EXTENSORES DOS DEDOS**Descrição do exame médico pericial:** EDEMA CRONICO.DOR E LIMIT MODERADA DA FLEXOEXTENSÃO DO PÉ**Resultados terapêuticos:** TTO CIR DE LESÃO LACERANTE EXTENSA NO DORSO DO PÉ DIR C/ LESÃO DE T. EXTENSORES DOS DEDOS**Sequelas permanentes:** APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO PÉ DIREITO**Sequelas :** Com sequela**Data da perícia:** 20/06/2013**Conduta mantida:****Observações:****Valor pleiteado:** 6.750,00**Médico avaliador:** ARMANDO SOUSA DE ARAUJO**UF do CRM do médico:** RJ

## DANOS

**Dano**

Perda funcional completa de um dos pés

%	Dimensão	Graduação
50	1	50

**Valor avaliado:** 3.375,00