



**EUDES BRITO**  
ADVOCACIA E ASSESSORIA JURÍDICA

PROCURAÇÃO “AD JUDICIA”

Por este instrumento particular ABERILSON PEDRO DA SILVA, brasileiro, solteiro, agricultor, maior, nascido em 08/06/1999, natural de Machados/PE, filho de Pedro José da Silva e de Nailza Alaide da Silva, residente e domiciliado no Sítio Palmeiras, nº 320, Zona Rural, Machados/PE CEP- 55740-000, portador do RG nº 10.459.524- SDS/PE data de expedição 22/08/2017 e CPF nº 714.036.444-38, nomeia e constitui seu bastante procurador o Bel. EUDES JORGE CABRAL BARBOSA DE BRITO, brasileiro, casado, advogado, inscrito na OAB sob nº 15.907, com escritório profissional na Rua Rafael Virgulino de Aguiar, nº 07, 1º andar, Centro, Orobó/PE, portador do RG 3.624.307-SSP/PE e CPF/RF nº 687.511.924-20, para o fim de representá-los em juízo, em qualquer instância ou tribunal em que forem autores, réus, ou assistentes, podendo interpor recursos, contestar, representar em audiência como preposto, requerer todas as medidas que forem necessárias, preparatórias, preventivas ou incidentes, variar de ações e intentar outras de novo, usando dos poderes conferidos pela cláusula “ad judicia” e “et extra”, mais os de desistir, transigir, contestar, agravar, apelar, impugnar, protestar e levantar protestos, firmar compromissos, inclusive o de inventariante, assinar plano de partilha, requerer pagamento de quinhão hereditário, optar, em procedimentos de inventário pelo rito do arrolamento, acompanhando o feito em todas as suas fases processuais; fazer composições e requerer perante entidades públicas, particulares ou associativas o que for preciso para o fiel desempenho das obrigações decorrentes deste mandato, podendo substabelecê-los, com ou sem reserva de poderes. Orobó/PE, 19 de agosto de 2019

AUTORIZAÇÃO: O outorgante, por motivo deste instrumento, AUTORIZA em favor dos outorgados, a retenção de 20% (vinte por cento) do pagamento relativo ao valor total da condenação ou do acordo a que fizer jus, a título de pagamento dos honorários advocatícios, na ação que moverá contra a SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DPVAT. Orobó/PE, 19 de agosto de 2019.

Outorgante - Abertilson Pedro da Silva

LUCAS GUERRA OLIVEIRA



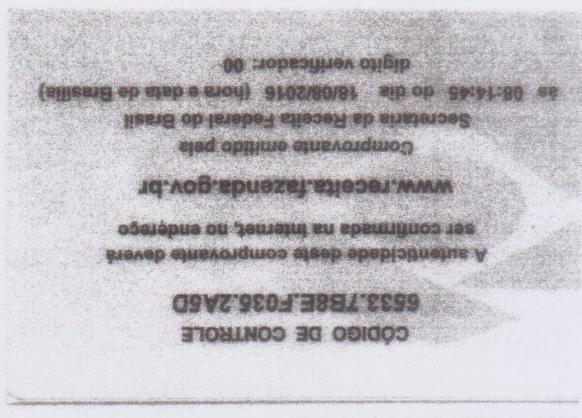
**EUDES BRITO**  
ADVOCACIA E ASSESSORIA JURÍDICA

DECLARAÇÃO DE POBREZA

Por este instrumento particular ABERILSON PEDRO DA SILVA, residente e domiciliado no Sítio Palmeiras, nº 320, Zona Rural, Machados/PE CEP-55740-000, declaro para os devidos fins de direito e na melhor forma da lei que sou POBRE não dispondo de condições financeiras para arcar com as despesas do processo em defesa de nossos direitos sem que para tanto, não haja sérios prejuízos para nossa própria sobrevivência na forma da lei graciosa 1060/50 e de consonância com os princípios constitucionais esculpidos na Carta Magna de 1988. Declaração esta que presto a bem da verdade e de próprio punho. Orobó/PE, 19 de agosto de 2019.

Aberilson Pedro da Silva





Imprimir Segunda Via de Conta

## NOTA FISCAL | FATURA | CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA 2a VIA

COMPANHIA ENERGÉTICA  
DE PERNAMBUCO  
AV. JOSÉ DE BARROS, 111, BOA VISTA,  
RECIFE, PERNAMBUCO  
CEP 50050-902  
CNPJ 10.835.932/0001-08  
INSCRIÇÃO ESTADUAL 0005943-93



Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02  
COMERCIAL 116 | PRONTIDÃO 116

Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142

Ouvíndia 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 móveis

DADOS DO CLIENTE  
NAILZA ALAIDE DA SILVA  
CPF: 063.176.604-92 NIS: 16560077331

DATA DE VENCIMENTO  
**14/09/2020**

TOTAL A PAGAR (R\$)

**8,56**

DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL

04/09/2020

DATA DA APRESENTAÇÃO

04/09/2020

CONTA CONTRATO

007016920953

Nº DO CLIENTE

2013445586

Nº DA INSTALAÇÃO

0001924409

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA  
SI PALMEIRAS 320

CLASSIFICAÇÃO  
**B1 RESIDENCIAL - BAIXA RENDA COM NIS**  
Monofásico

ZONA RURAL MACHADOS/MACHADOS RURAL  
55740-000 MACHADOS PE

RESERVADO AO FISCO  
**09D0.5765.FBD3.C700.69C7.23ED.1F53.096F**

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

## DESCRÍÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo-TUSD até 30 kWh	30,00	0,10943693	3,28
Consumo-TUSD superior a 30 até 100 kWh	1,00	0,18760617	0,18
Consumo-TE até 30 kWh	30,00	0,09357424	2,80
Consumo-TE superior a 30 até 100 kWh	1,00	0,16041298	0,16
Contrib. Ilum. Pública Municipal			2,14
<b>TOTAL DA FATURA</b>			<b>8,56</b>

## INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

ICMS		PIS		COFINS	
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPPOSTO
0,00	0,00	6,42	1,06	0,06	6,42 4,99 0,32

Tarifas Aplicadas		HISTÓRICO DO CONSUMO
Consumo-TUSD até 30 kWh	0,10281600	kWh
Consumo-TUSD superior a 30 até 100 kWh	0,17625600	
Consumo-TE até 30 kWh	0,08791300	
Consumo-TE superior a 30 até 100 kWh	0,15070800	
COMPOSIÇÃO DO CONSUMO		
R\$ %		
Geração de Energia	2,78	43,30
Transmissão	0,40	6,23
Distribuição (Celpe)	2,05	32,40
Encargos Setoriais	0,11	1,71
Tributos	0,38	5,92
Perdas de Energia	0,67	10,44
<b>TOTAL</b>	<b>6,42</b>	<b>100</b>

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL							
NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR DATA	ATUAL LEITURA	Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh
V75065	CAT	06/08/2020	5.349,00	04/09/2020	5.380,00	29	1.00000 0,00 31,00
DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 06/10/2020							

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES					
DESCRÍPCAO	CONJUNTO	VALOR APURADO	META MENSAL	META TRIM.	META ANUAL
jul/2020					
DIC-No de horas sem Energia	BOM JARDIM	0,00	11,30	22,61	45,22
FIC-No de vezes sem Energia		0,00	7,67	15,34	30,69
DMIC-Duração máxima de interrupção contínua		0,00	6,19	0,00	0,00
DICRI-Duração de interrupção em dia crítico				Limite DICRI: 16,60	
EUSD-Valor do Encargo de Uso = R\$ 3,25					
Todo Consumidor pode solicitar a apuração dos indicadores DIC, FIC, DMIC e DICRI a qualquer tempo.					

INFORMAÇÕES IMPORTANTES							
Pague no ponto mais perto de você! macia alencar sousa - epp: machados centro / mundo net: machados centroLista completa em <a href="http://www.celpe.com.br">www.celpe.com.br</a> ."							
Na data da leitura a bandeira em vigor é a Verde. Mais informações em <a href="http://www.aneel.gov.br">www.aneel.gov.br</a> .							
O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou no nível de tensão de fornecimento.							
Pagto. em atraso gera multa 2% (Res414/ANEEL), Juros 1% a.m.(Lei 10.438/02) e atualização monetária no próx. mês							
Isenção do ICMS conforme art. 9, XLVIII, a, 2.2.2, do RICMS-PE.							
Desconto pela aplicação da Tarifa Social de Energia Elétrica criada pela Lei Nº 10.438 de 26/04/02 - R\$ 12,51 .							
O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial.							
Acesse <a href="http://www.celpe.com.br">www.celpe.com.br</a> e confira nosso Aviso de Privacidade.							

DESTAQUE AQUI				
CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR(R\$)	VENCIMENTO	TALÃO DE PAGAMENTO
007016920953	09/2020	8,56	14/09/2020	Evite dobrar, perfurar ou rasurar. Este canhoto será usado em leitora ótica.

PAGAMENTO ATRAVÉS DE FICHA DE COMPENSAÇÃO		AUTENTICAÇÃO MECÂNICA



**ESTADO DE PERNAMBUCO**  
**SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL**  
**POLÍCIA MILITAR**  
**BOLETIM DE OCORRÊNCIA**

Série-A

1ª Parte

Nº da Folha / Total de Folhas  
01/02

Transcrição do registro (Fato)	Unidade Operacional <b>6ª CIPM</b>	Circunscrição <b>MACHADOS</b>			Data ou Registro <b>02 / 03 / 2019</b>	Hora do Registro <b>16:15</b>				
	<b>Descrição a Natureza</b> <b>ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL</b>					Aviso de Ocorrências do CIODS Nº -				
	Data (dd/mm/aa) <b>02 / 03 / 2019</b>	Hora (hh:mm) <b>16:00</b>	<input checked="" type="checkbox"/> Auditoria Conhecida	<input checked="" type="checkbox"/> Consumado	<input checked="" type="checkbox"/> Culposo	<input type="checkbox"/> Flagrante				
			<input type="checkbox"/> Auditoria desconhecida	<input type="checkbox"/> Tentado	<input type="checkbox"/> Doloso	<input type="checkbox"/> Ato Infracional				
	Circunscrição do Fato <b>MACHADOS</b>		Local Principal da Ocorrência <b>VIA PÚBLICA</b>					Número		
	Logradouro (Rua, Avenida, Rodovia, etc.) <b>ESTRADA DE TERRA PLANAGEM</b>							CEP <b>55740000</b>		
	Complemento (Apto, Sala, Andar) <b>VIA PÚBLICA</b>		Bairro <b>ZONE RURAL</b>							
	Município <b>MACHADOS</b>		UF <b>PE</b>	Ponto de Referência <b>SÍTIO PAQUIVIRA</b>						
	<input checked="" type="checkbox"/> VÍTIMA		<input type="checkbox"/> IMPULTADO	<input type="checkbox"/> SUSPEITO	<input type="checkbox"/> TESTEMUNHA	<input type="checkbox"/> OUTROS	<input type="checkbox"/> TURISTA	Sim <b>X Não</b>		
	Nome / Razão Social <b>ABERISON PEDRO DA SILVA</b>									
Dados do Evolvido	Pai <b>PEDRO JOSE DA SILVA</b>									
	Mãe <b>NAILZA ALAIDE DA SILVA</b>									
	Apelido / Nome Fantasia		Sexo XM <b>F</b>	Estado Civil <b>[ 7 ]</b>	1. Solteiro(a) 2. Casado(a) 3. Viúvo(a) 4. Divorciado(a) 5. Amasiado(a) 6. Separado(a)	7. Não Informado				
	Data de Nascimento <b>08 / 06 / 1999</b>	Idade aparente [ ]	1. Recém-nascido / Lactante 2. Criança (1-12 anos) 3. Adolescente (13-17 anos)	4. Adulto – Jovem (18-30 anos) 5. Adulto (31-65 anos) 6. Idoso (Acima de 65 anos)	Escolaridade [ 7 ]	1.º Grau Completo 2.º Grau Incompleto 3.º Grau Completo	4.º Grau Incompleto 5. Superior Completo 6. Superior Incompleto	7. Não Informado		
	X RG <b>10.459.524</b>	CNH <b>SDS</b>	Órgão Expedidor <b>SRF</b>	UF <b>PE</b>	CPF <b>714.036.444-38</b>	<input type="checkbox"/> CNPJ	<input type="checkbox"/> Outro-Qual?	Órgão Expedidor <b>SRF</b>	Naturalidade <b>MACHADOS-PE</b>	
	Logradouro (Rua, Avenida, Rodovia, etc.) <b>SÍTIO PALMEIRAS</b>							Número <b>320</b>	Complemento Casa	
	Bairro <b>ZONE RURAL</b>		CEP <b>55740-000</b>	Município <b>MACHADOS</b>		UF <b>PE</b>	Telefone / Contato (DDD-Número)			
	Altura Aparente [ ]	1. Até 0,5m 2. 0,6-1,0m 3. 1,1-1,5m	4. 1,51-1,70m 5. 1,71-1,80m 6. Acima de 1,80m	Peso [ ]	1. Até 20k g 2. 21-40k g 3. 41-60k g	4. 61-80k g 5. 81-100k g 6. Acima de 100k g	Cor da Pele [ ]	1. Parda 2. Branca	3. Negra 4. Amarela	Bigode <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
	Cabelo - Tipo / Cor (Descrever)		Profissão <b>AGRICULTOR</b>				Tipo de Cicatriz / Local / Formato (Descrever)			
	Tipo de Tatuagem / Local (Descrever)		Defeito Físico (Descrever)				Dentes (Descrever)			
<input checked="" type="checkbox"/> VÍTIMA		<input type="checkbox"/> IMPULTADO	<input type="checkbox"/> SUSPEITO*	<input checked="" type="checkbox"/> TESTEMUNHA	<input type="checkbox"/> OUTROS	<input type="checkbox"/> TURISTA	Sim <b>X Não</b>			
Nome / Razão Social <b>JOSE GOMES DE SOUZA</b>										
Dados do Evolvido	Pai <b>MANOEL GOMES DA SILVA</b>									
	Mãe <b>MARIA OLIVEIRA DE SOUZA</b>									
	Apelido / Nome Fantasia		Sexo XM <b>F</b>	Estado Civil <b>[ 7 ]</b>	1. Solteiro(a) 2. Casado(a) 3. Viúvo(a) 4. Divorciado(a) 5. Amasiado(a) 6. Separado(a)	7. Não Informado				
	Data de Nascimento <b>18 / 10 / 1975</b>	Idade aparente [ ]	1. Recém-nascido / Lactante 2. Criança (1-12 anos) 3. Adolescente (13-17 anos)	4. Adulto – Jovem (18-30 anos) 5. Adulto (31-65 anos) 6. Idoso (Acima de 65 anos)	Escolaridade [ 7 ]	1.º Grau Completo 2.º Grau Incompleto 3.º Grau Completo	4.º Grau Incompleto 5. Superior Completo 6. Superior Incompleto	7. Não Informado		
	X RG <b>NÃO PORTAVA</b>	CNH <b>-</b>	Órgão Expedidor <b>SRF</b>	UF <b>-</b>	CPF <b>NÃO PORTAVA</b>	<input type="checkbox"/> CNPJ	<input type="checkbox"/> Outro-Qual?	Órgão Expedidor <b>SRF</b>	Naturalidade <b>MACHADOS - PE</b>	
	Logradouro (Rua, Avenida, Rodovia, etc.) <b>SÍTIO PAQUIVIRA</b>							Número <b>s/n</b>	Complemento Casa	
	Bairro <b>ZONE RURAL</b>		CEP <b>55740-000</b>	Município <b>MACHADOS</b>		UF <b>PE</b>	Telefone / Contato (DDD-Número)			
	Altura Aparente [ ]	1. Até 0,5m 2. 0,6-1,0m 3. 1,1-1,5m	4. 1,51-1,70m 5. 1,71-1,80m 6. Acima de 1,80m	Peso [ ]	1. Até 20k g 2. 21-40k g 3. 41-60k g	4. 61-80k g 5. 81-100k g 6. Acima de 100k g	Cor da Pele [ ]	1. Parda 2. Branca	3. Negra 4. Amarela	Bigode <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
	Cabelo - Tipo / Cor (Descrever)		Profissão <b>MOTORISTA</b>				Tipo de Cicatriz / Local / Formato (Descrever)			



ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
PÓLICIA MILITAR  
BOLETIM DE OCORRÊNCIA

BO N° 19E0215000068

Série-A  
Parte

Modus Operandi	Fato	Unidade Operacional: 6ª CIPM	Circunscrição MACHADOS	Data ou Registro 02/03/2019	Hora do Registro 16:15	Nº da Folha / Total de Folhas 02/02																		
	Forma de Aproximação?			Forma de Ação da Abordagem?																				
	Local de Entrada?			Forma de Entrada?																				
	Alterações no Local?			Forma de Evasão?																				
Crimes Sexuais?			Estelionato?																					
Objeto Envolvido	Envolvido	Tipo de Objeto	Marca / Modelo		Número de Série																			
	Quantidade	Valor	Moeda		Objeto Apreendido? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não																			
	Qual o motivo do registro do objeto?																							
	Envolvido	Tipo de Objeto	Marca / Modelo		Número de Série																			
Dados do Veículo	Envolvido	Valor	Moeda		Objeto Apreendido? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não																			
	Qual o motivo do registro do objeto?																							
	Envolvido	Marca / Modelo	Cor	Ano	Renavan																			
	UF	Chassi	Placa		Veículo Apreendido? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> X Não																			
Responsáveis	Qual o motivo do registro do veículo?																							
	Envolvido	Marca / Modelo 01 HONDA/CG 125 TITAN KS	Cor VERMELHA	Ano 2002	Renavan 787180599																			
	UF	Chassi PE 9C2JC30102R243297	Placa KHV8936	Veículo Apreendido? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> X Não																				
	Qual o motivo do registro do veículo Envolvido no Acidente de trânsito																							
Exames Periciados: S. Solicitado R. Realizado <table border="1"> <tr> <td>Type de Exame</td> <td>Envolvido <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> R</td> <td>Type de Exame</td> <td>Envolvido <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> R</td> <td>Type de Exame</td> <td>Envolvido <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> R</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Condutor</td> <td><input type="checkbox"/> Recebedor</td> <td></td> <td>Matrícula</td> <td>Viatura</td> <td>Unidade</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Responsável pelo Preenchimento Matrícula N° Ass.: Nome:</td> <td colspan="2">Interessado(a): Ass.: Nome:</td> <td colspan="2">Preenchimento pela Validação Matrícula N° Ass.: Nome:</td> </tr> </table>							Type de Exame	Envolvido <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> R	Type de Exame	Envolvido <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> R	Type de Exame	Envolvido <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> R	<input type="checkbox"/> Condutor	<input type="checkbox"/> Recebedor		Matrícula	Viatura	Unidade	Responsável pelo Preenchimento Matrícula N° Ass.: Nome:		Interessado(a): Ass.: Nome:		Preenchimento pela Validação Matrícula N° Ass.: Nome:	
Type de Exame	Envolvido <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> R	Type de Exame	Envolvido <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> R	Type de Exame	Envolvido <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> R																			
<input type="checkbox"/> Condutor	<input type="checkbox"/> Recebedor		Matrícula	Viatura	Unidade																			
Responsável pelo Preenchimento Matrícula N° Ass.: Nome:		Interessado(a): Ass.: Nome:		Preenchimento pela Validação Matrícula N° Ass.: Nome:																				





## CENTRO DE DIAGNÓSTICO

- RADIOGRAFIA DIGITAL - RX
- MAMOGRAFIA DIGITAL
- DENSITOMETRIA ÓSSEA
- TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA
- ULTRASSONOGRAFIA
- ESPECIALIDADES MÉDICA
- FISIOTERAPIA
- LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

### LAUDO MÉDICO

Declaro para os devidos fins, que o Sr. ABERILSON PEDRO DA SILVA foi vítima de acidente de trânsito no dia 02/03/2019 sofrendo FRATURA EXPOSTA DO 2º,3º,4º E 5º METATARSO DO PÉ ESQUERDO , com perda de substância óssea , submetido a tratamento cirúrgico no Hospital Getúlio Vargas ( limpeza cirúrgica , redução cruenta e fixação com fios de kirschner) .Atualmente apresenta ao exame físico limitação acentuada da flexão e extensão do 2º ao 5º dedos do pé esquerdo acompanhado de edema residual de fratura . Sequelas e alta médica definitiva.

LIMOEIRO, 13/05/2019

Dr. Roberto de Castro Costa  
Ortopedia / Traumatologia  
CRM: 11.730 / TEOF: 7334

**ROBERTO DE CASTRO COSTA**  
**CRM: 11.730**





PREFEITURA MUNICIPAL  
DE MACHADOS

O Renascer  
Uma nova história.



## HOSPITAL EDSON ÁLVARES

Rua José Alexandre, 240

Fone: 3649.1162

### FICHA DE EMERGÊNCIA

DATA: 02/03/2019 HORA: 16:15 REGISTRO: 76109

NOME: Abenilson Pedro da Silva

SEXO: M IDADE: 19 ESTADO CIVIL: S. DATA NASC.: 08/06/1999

ENDEREÇO: St. Paumereirinha

RESPONSÁVEL PELO PACIENTE: Nailza Adálio (mãe)

QUEIXAS:

Queda de motocicleta há 30 min

Perimerto em pe

cl lesão de tendos extensores

3° < 4° - perda de sensibilidade

si outras queixas

konosseisle Estérile Glaxo 10

Fratura exposta 2-3° 45 50 ODE

Canaru - Residencial Horizonte 1

senhra 5631799

PREFEITURA MUN. DE MACHADOS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
ATESTO QUE A COPIA É ORIGINAL
<i>[Signature]</i>
Machados, 02/03/19
Responsável pelo atestado

( ) INTERNAÇÃO  TRANSFERIDO ( ) OBSERVAÇÃO ( ) ÓBITO ( ) ALTA

Ma. Marília Aguiar  
M. 2014  
15599

### CÓDIGO PROCEDIMENTO



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco  
HOSPITAL  
**Getúlio Vargas**  
Av. General San Martin, S/N, Cordeiro, Recife/PE

ATESTADO MÉDICO

Asto para os devidos fins que o paciente ABERILSON PEDRO DA SILVA esteve internado nesta unidade hospitalar, no setor de traumato-ortopedia, de 02/03/2019 ao dia 12/03/19, para tratamento médico-hospitalar. Necessita de 30 (TRINTA) dias de afastamento das atividades diárias, para prosseguir tratamento clínico, a partir da data de hoje.

CID 10: S92.3

cife, 12/03/19

  
ABÍLIO AUGUSTO PI-  
MENTEL CRUZ  
CRMEPE 27950

Assinatura do Médico

Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco

HOSPITAL

**Getúlio Vargas**

Av. General San Martin, S/N, Cordeiro, Recife/PE

DECLARAÇÃO

Atesto para os devidos fins que o paciente ABERILSON PEDRO DA SILVA, esteve internado nesta unidade hospitalar, no setor de traumato-ortopedia, de 02/03/2019 ao dia 12/03/19, para tratamento médico-hospitalar.

CID 10: S92.3

Deixo a cargo de o MÉDICO PERITO avaliar questões trabalhistas e afins.

Recife, 01/03/19

  
ABÍLIO AUGUSTO PI-  
MENTEL CRUZ  
CRMEPE 27950

Assinatura do Médico

Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco

HOSPITAL

**Getúlio Vargas**

Av. General San Martin, S/N, Cordeiro, Recife/PE

ATESTADO MÉDICO

Asto para os devidos fins que o paciente ABERILSON PEDRO DA SILVA esteve internado nesta unidade hospitalar, no setor de traumato-ortopedia, de 02/03/2019 ao dia 12/03/19, para tratamento médico-hospitalar. Necessita de 30 (TRINTA) dias de afastamento das atividades diárias, para prosseguir tratamento clínico, a partir da data de hoje.

CID 10: S92.3

cife, 12/03/19

  
ABÍLIO AUGUSTO PI-  
MENTEL CRUZ  
CRMEPE 27950

Assinatura do Médico





ABERILSON PEDRO DA SILVA	01112759
692827	MASCULINO
19a 9m 4d	CLINICA TRAUMATOLOGICA, CLTRAU

### Relatório de Alta Hospitalar

Diagnóstico:

HDA: ACIDENTE MOTOCICLISTICO COM TRAUMA EM PE ESQUERDO

HD: FRATURA EXPOSTA DE 2º, 3º, 4º E 5º METATARSOS ESQUERDOS

Tratamento:

23/02/19.: PRIMEIRO PROCEDIMENTO CIRURGICO: LMC + DESBRIDAMENTO + REDUÇÃO CRUENTAE FIXAÇÃO COM FIOS 1.5 MM DE KIRSCHNER INTRAMEDULAR EM 2º, 3º E 4º METATARSOS ESQUERDOS + SUTURA + IMOBILIZAÇÃO (TALA BOTA)

OBS:

APOS VISITA DO GRUPO DO PÉ E TORNOZELO FOI DESCIDIIDO POR ALTA HOSPITALAR  
RETORNO AO GRUPO DO PÉ E TORNOZELO COM 15 DIAS.  
USO DE CEFALEXINA POR 7 DIAS, DIPIRONA SE DOR.

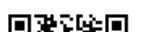
Condições Clínicas (no momento da Alta)

MELHORADO, RETORNO AO AMBULATORIO DO PÉ E TORNOZELO COM 15 DIAS. NÃO PISAR OU FAZER DESCARGA DE FORÇA NO MEMBRO

DATA DA INTERNAÇÃO	DATA DA ALTA
02/03/2019	12/03/2019

Recife, 12 DE MARÇO DE 2019

ABILIO AUGUSTO PIMENTEL CRUZ - CRM: Nº.27950

 Assinado eletronicamente por: EUDES JORGE CABRAL BARBOSA DE BRITO - 15/09/2020 12:55:51  
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20091512555183600000066673834>



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 14 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190368461 Vítima: ABERILSON PEDRO DA SILVA

**Data do Acidente:** 02/03/2019      **Cobertura:** INVALIDEZ

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a). ABERILSON PEDRO DA SILVA**

Informamos que o pagamento da indenização o Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa: R\$ 0,00  
Juros: R\$ 0,00  
Total creditado: R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos pés 50%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 50%) 12,50%

Valor a indenizar:  $12,50\% \times 13.500,00 =$  R\$ 1.687,50

Recebedor: ABERILSON PEDRO DA SILVA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 1

Agência: 000002039-7

Conta: 000510017052-9

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

**NOTA:** O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: [www.seguradoralider.com.br/recomeco](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco)

Atenciosamente

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Pag. 01245/01246 - carta\_15R - INVALIDEZ



Assinado eletronicamente por: EUDES JORGE CABRAL BARBOSA DE BRITO - 15/09/2020 12:55:52  
<https://pjje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2009151255520400000066673835>  
Número do documento: 2009151255520400000066673835

Núm. 67976429 - Pág. 1



()



Buscar no site



A COMPANHIA SEGURO DPVAT PONTOS DE ATENDIMENTO (/Pontos-de-Atendimento) CENTRO DE DADOS E ESTATÍSTICAS SALA DE IMPRENSA TRABALHE CONOSCO CONTATO

Seguro DPVAT

## Acompanhe o Processo de Indenização

[Nova Consulta](#)

**Todos os documentos apresentados, não importando o ponto de atendimento escolhido para a entrega, são encaminhados para a Seguradora Líder DPVAT. O prazo para a emissão do parecer final é de 30 dias a contar da data de entrega da documentação completa.**

### SINISTRO 3190368461 - Resultado de consulta por beneficiário

**VÍTIMA** ABERILSON PEDRO DA SILVA

**COBERTURA** Invalidez

**PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO** SEGURADORA LÍDER DPVAT - OPERAÇÃO CORREIOS

**BENEFICIÁRIO** ABERILSON PEDRO DA SILVA

**CPF/CNPJ:** 71403644438

#### Posição em 12-09-2020 12:33:31

O pedido de indenização do Seguro DPVAT foi concluído com a liberação do pagamento para a conta indicada pelo beneficiário

Data do Pagamento: XX/XX/XXXX

Valor da Indenização: R\$00.000,00

Juros e Correção: R\$00.000,00

Valor Total: R\$00.000,00

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
07/08/2019	R\$ 1.687,50	R\$ 0,00	R\$ 1.687,50

#### Histórico das correspondências enviadas

Data da Carta	Referência	Ver Carta
17/08/2019	PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO	<a href="https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/Tb6YVaYIBGwLxUNxSc/api_key=X0pTBXPGKmYBwSV8NbD4OpInB31zjDU+k1pDpB2Xtlw=">Download</a>
26/06/2019	NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS	<a href="https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/USNyqqH2BIOaHtm0WLI/api_key=X0pTBXPGKmYBwSV8NbD4OpInB31zjDU+k1pDpB2Xtlw=">Download</a>

[Chat](#)


## Comprovante de Inscrição e de Situação Cadastral

Contribuinte,

Confira os dados de Identificação da Pessoa Jurídica e, se houver qualquer divergência, providencie junto à RFB a sua atualização cadastral.

<b>REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL</b> <b>CADASTRO NACIONAL DA PESSOA JURÍDICA</b>		
NÚMERO DE INSCRIÇÃO 09.248.608/0001-04 MATRIZ	<b>COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO E DE SITUAÇÃO CADASTRAL</b>	DATA DE ABERTURA 10/12/2007
NOME EMPRESARIAL <b>SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA</b>		
TÍTULO DO ESTABELECIMENTO (NOME DE FANTASIA) *****		
CÓDIGO E DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE ECONÔMICA PRINCIPAL <b>65.12-0-00 - Sociedade seguradora de seguros não vida</b>		
CÓDIGO E DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES ECONÔMICAS SECUNDÁRIAS <b>65.11-1-01 - Sociedade seguradora de seguros vida</b>		
CÓDIGO E DESCRIÇÃO DA NATUREZA JURÍDICA <b>205-4 - Sociedade Anônima Fechada</b>		
LOGRADOURO <b>R SENADOR DANTAS</b>	NÚMERO <b>74</b>	COMPLEMENTO <b>5,6,9,14 E 15 ANDA RES</b>
CEP <b>20.031-205</b>	BAIRRO/DISTRITO <b>CENTRO</b>	MUNICÍPIO <b>RIO DE JANEIRO</b>
UF <b>RJ</b>		
ENDEREÇO ELETRÔNICO <b>CITACAO.INTIMACAO@SEGURADORALIDER.COM.BR</b>	TELEFONE <b>(21) 3861-4600</b>	
ENTE FEDERATIVO RESPONSÁVEL (EFR) *****		
SITUAÇÃO CADASTRAL <b>ATIVA</b>	DATA DA SITUAÇÃO CADASTRAL <b>10/12/2007</b>	
MOTIVO DE SITUAÇÃO CADASTRAL		
SITUAÇÃO ESPECIAL *****	DATA DA SITUAÇÃO ESPECIAL *****	

Aprovado pela Instrução Normativa RFB nº 1.634, de 06 de maio de 2016.

Emitido no dia **06/09/2017 às 15:28:06** (data e hora de Brasília).

Página: **1/1**

[Consulta QSA / Capital Social](#)

[Voltar](#)



Preparar Página  
para Impressão

A RFB agradece a sua visita. Para informações sobre política de privacidade e uso, [clique aqui](#).  
[Atualize sua página](#)



Danos Corporais Previstos na Lei	Total (100%)	Intensa (70%)	Média (50%)	Leve (25%)	Residual (10%)
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores					
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambas as mãos ou de ambos os pés					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um membro superior e de um membro inferior					
Perda completa da visão em ambos os olhos (cegueira bilateral) ou cegueira legal bilateral					
Lesões neurológicas que cursem com: (a) dano cognitivo-comportamental alienante; (b) impedimento do senso de orientação espacial e/ou do livre deslocamento corporal; (c) perda completa do controle estinctoriano; (d) comprometimento de função vital ou autonômica	R\$ 13.500,00	R\$ 10.125,00	R\$ 6.750,00	R\$ 3.375,00	R\$ 1.350,00
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cervicais, torácicos, abdominais, pélvicos ou retro-peritoneais 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					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros superiores e/ou de uma das mãos	R\$ 9.450,00	R\$ 7.087,50	R\$ 4.725,00	R\$ 2.362,50	R\$ 945,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros inferiores					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos pés	R\$ 6.750,00	R\$ 5.062,50	R\$ 3.375,00	R\$ 1.687,50	R\$ 675,00
Perda auditiva total bilateral (surdez completa) ou da fonação (mudez completa) ou da visão de um olho					
Perda completa da mobilidade de um dos ombros, cotovelos, punhos ou dedo polegar					
Perda completa da mobilidade de um quadril, joelho ou tornozelo	R\$ 3.375,00	R\$ 2.531,25	R\$ 1.687,50	R\$ 843,75	R\$ 337,50
Perda completa da mobilidade de um segmento da coluna vertebral exceto o sacral					
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão					
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dos dedos do pé	R\$ 1.350,00	R\$ 1.012,50	R\$ 675,00	R\$ 337,50	R\$ 135,00
Perda integral (retirada cirúrgica) do baço					

18

Setor de Gestão Jurídica - Conselhos e Comitês

Av. Gov. Aluízio Alves, 4779, 22º andar, Emp. Isaac Newton, Ilha do Leite, 50.070-160 - Recife - PE - Brasil. Fone: (81) 3447-7999 | Fax: (81) 3447-7999  
 Rua 144, 144, Av. João Machado, 353 s/s 308 a 316 - Edif. Plaza Center - Centro - 58.013-520 - João Pessoa - PB - Brasil. Fone: (83) 3279-1035 | 3241-1075  
 Rua 45, 45, Av. Tancredo Neves, 1632 s/s 206/207 - Torre Norte - Edif. Salvador Trade Center - Cm. das Árvore - 41.820-020 - Salvador - BA - Brasil. Fone: (71) 3271-9939

