

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3170168696 **Cidade:** Recife **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ENILDO JOSE DOS SANTOS FILHO **Data do acidente:** 29/12/2016 **Seguradora:** INVESTPREV SEGUROS E PREVIDENCIA

PARECER

Diagnóstico: Fratura diafisária fechada da tíbia direita.

Descrição do exame médico pericial: Vítima refere dor no membro inferior direito aos esforços e perda da força muscular. Ao exame, apresenta edema residual importante, marcha claudicante, deambulação com apoio de muletas. Limitação importante de flexo-extensão de tornozelo e leve da flexo-extensão de joelho.

Resultados terapêuticos: A vítima foi submetida a tratamento cirúrgico com redução e fixação externa. Após retirada do fixador externo imobilização gessada. Alta definitiva há 1 mês.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do membro inferior direito

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 07/08/2017

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Ana Maria Barros Falcao

CRM do médico: 8978

UF do CRM do médico: PE

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 - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

PRESTADOR

ACE GESTÃO DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: SIMONE CUNHA SANCHES

CRM do médico: 5271743-6

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



Rio de Janeiro, 05 de Abril de 2017

Carta nº: 10785072

A/C: ENILDO JOSE DOS SANTOS FILHO

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170168696 ASL-0114807/17
Vitima: ENILDO JOSE DOS SANTOS FILHO
Data Acidente: 29/12/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: MARIA AUREA LUCENA DE QUEIROZ VEIGA

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site www.seguradoralider.com.br, ou ligue para a SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site www.seguradoralider.com.br, não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez, é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à CIA EXCELSIOR DE SEGUROS onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 07 de Abril de 2017

Carta nº: 10801200

A/C: ENILDO JOSE DOS SANTOS FILHO

Sinistro: 3170168696 ASL-0114807/17
Vítima: ENILDO JOSE DOS SANTOS FILHO
Data Acidente: 29/12/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: MARIA AUREA LUCENA DE QUEIROZ VEIGA

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

Em relação sinistro acima referenciado, comunicamos que após análise da documentação apresentada, foi detectada a necessidade de informações complementares, razão pela qual está sendo interrompido o prazo regulamentar para o pagamento da indenização.

Pedimos aguardar novo pronunciamento o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as averiguações cabíveis.

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

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 27 de Abril de 2017

Carta nº: 10897250

A/C: ENILDO JOSE DOS SANTOS FILHO

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170168696 ASL-0114807/17
Vitima: ENILDO JOSE DOS SANTOS FILHO
Data Acidente: 29/12/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: MARIA AUREA LUCENA DE QUEIROZ VEIGA

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **22/03/2017** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **29/12/2016**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Comprovante de residência não conclusivo

Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na **CIA EXCELSIOR DE SEGUROS** onde o aviso de sinistro foi registrado.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental.

NÃO PERCA TEMPO!

PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;

Em caso de dúvida, entre em contato conosco pelo SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 17 de Agosto de 2017

Carta nº: 11497505

A/C: ENILDO JOSE DOS SANTOS FILHO

Sinistro: 3170168696 ASL-0114807/17
Vítima: ENILDO JOSE DOS SANTOS FILHO
Data Acidente: 29/12/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: MARIA AUREA LUCENA DE QUEIROZ VEIGA

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: **ENILDO JOSE DOS SANTOS FILHO**

Valor: **R\$ 2.362,50**

Banco: **104**

Agência: **000001031**

Conta: **0000012025-5**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	2.362,50

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
---	-----	----------

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.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 08 de Setembro de 2017

Carta nº: 11618287

A/C: ENILDO JOSE DOS SANTOS FILHO

Sinistro: 3170168696 ASL-0114807/17
Vítima: ENILDO JOSE DOS SANTOS FILHO
Data Acidente: 29/12/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: MARIA AUREA LUCENA DE QUEIROZ VEIGA

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

Em relação sinistro acima referenciado, comunicamos que após análise da documentação apresentada, foi detectada a necessidade de informações complementares, razão pela qual está sendo interrompido o prazo regulamentar para o pagamento da indenização.

Pedimos aguardar novo pronunciamento o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as averiguações cabíveis.

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

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 29 de Setembro de 2017

Carta nº: 11735285

A/C: ENILDO JOSE DOS SANTOS FILHO

Sinistro: 3170168696 ASL-0114807/17
Vítima: ENILDO JOSE DOS SANTOS FILHO
Data Acidente: 29/12/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: MARIA AUREA LUCENA DE QUEIROZ VEIGA

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: **ENILDO JOSE DOS SANTOS FILHO**

Valor: **R\$ 4.725,00**

Banco: **104**

Agência: **000001031**

Conta: **0000012025-5**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	4.725,00

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 70%) 35,00%

Valor a indenizar: 35,00% x 13.500,00 =	R\$	4.725,00
---	-----	----------

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.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



DOCUMENTO 1 *T1%*



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, Enildo José dos Santos Filho
PORTADOR(A) DO RG Nº 2 893 933 EXPEDIDO POR SS PIPE EM 24/10/08 E
CPF 0502059359-00 / CNPJ 0000000000-0000-00, PROFISSÃO peixeiro
E RENDA MENSAL DE R\$ peixeiro (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO
SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Enildo José dos Santos Filho, 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 reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados **não devem**, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional.
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou EPP.
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for 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 Unidade Lotéticas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- **Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.**

IMPORTANTE: Também **não devem** ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 1031 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 12025-5
013

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

Recife 24 de março de 2017

LOCAL E DATA

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO



ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de **R\$13.500,00** em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de **até R\$13.500,00** em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de **até R\$ 2.700,00** em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.

EXCELSIOR SEGUROS
22 MAR 2017
SEGURO DPVAT.



DOCUMENTO 1 *T1%*



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 006ª CIRCUNSCRIÇÃO - CORDEIRO - DP6ªCIRC DIM/2ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 17E0096000813

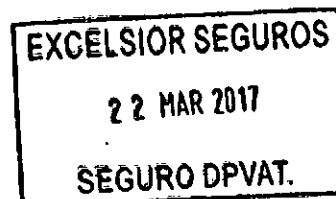
Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 02/02/2017 às 12:47

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia 29/12/2016 às 02:40

Fato ocorrido no endereço: BAIRRO DE TORRE (BAIRRO), 01, RUA JOSÉ BONIFÁCIO - Bairro: TORRE - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL - Ponto de Referência: CARREFOUR
Local do Fato: VIA PUBLICA

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

SUSP (AUTOR \ AGENTE)
ENILDO JOSÉ DOS SANTOS FILHO (VITIMA)



Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Produto de crime contra o patrimônio), que estava em posse do(a) Sr(a): ENILDO JOSÉ DOS SANTOS FILHO
VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): SUSP

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

ENILDO JOSÉ DOS SANTOS FILHO (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: ESTELITA DIAS DA SILVA Pai: ENILDO JOSÉ DOS SANTOS Data de Nascimento: 8/1/1968 Naturalidade: RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 2843933/SDS/PE (RG) Estado Civil: CASADO(A) Escolaridade: 2º. GRAU COMPLETO Telefones Celulares: - 988279359

Endereço Residencial: BAIRRO DE CASA AMARELA (BAIRRO), 513, ALTO DO MANDU. - CEP: 55000-000 - Bairro: CASA AMARELA - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL

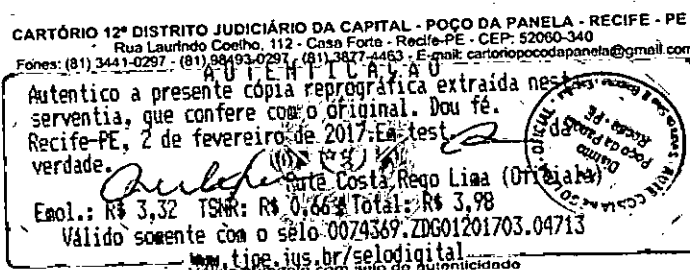
SUSP (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

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

VEÍCULO 01 (VEICULO), que estava em posse do(a) Sr(a): ENILDO JOSÉ DOS SANTOS FILHO
Categoria/Marca/Modelo: MOTOCICLETA/HONDA/NÃO INFORMADO Objeto apreendido: Não
Cor: PRETA - Quantidade: (UNIDADE)

Descrição: MODELO BROSS, DE PLACA OYT 7358, ANO 2014, QUE PERTENCE À EMPRESA GRUPO SEGUE SEGURANÇA ELETRÔNICA

VEÍCULO 02 (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): SUSP, que estava em posse do(a) Sr(a): SUSP
Categoria/Marca/Modelo: AUTOMÓVEL/DESCONHECIDO/NÃO INFORMADO Objeto apreendido: Não
Quantidade: (UNIDADE)



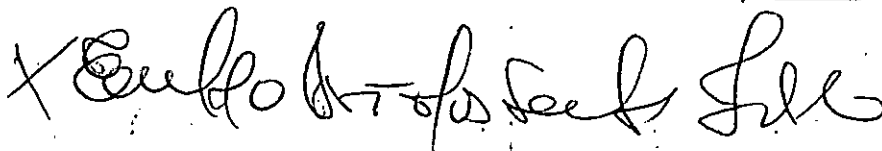
02/02/2017 12:47

Complemento / Observação

INFORMOU A VÍTIMA QUE TEVE A MOTOCICLETA QUE PILOTAVA ABALROADA POR UM ELEMENTO DESCONHECIDO. SEGUNDO O MESMO, APÓS TER DADO CAUSA AO ACIDENTE, O ELEMENTO ABANDONOU O VEÍCULO QUE DIRIGIA E EVADIU - SE DO LOCAL. DIANTE DE TAL FATO, A VÍTIMA VEIO A ESTA DP NOTICIAR O OCORRIDO E PEDIR PROVIDÊNCIAS POLICIAIS. ADIANTOU O MESMO QUE, APÓS O ACIDENTE, FOI SOCORRIDO POR UMA VIATURA DO SAMU QUE O LEVOU À UPA DA IMBIRIBEIRA. POSTERIORMENTE FOI LEVADO AO HOSPITAL GETÚLIO VARGAS E, FINALMENTE, LEVADO AO HOSPITAL STA CASA DE MISERICÓRDIA.

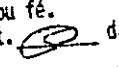
Assinatura da(s) pessoa(s) presente nesta unidade policial

ENILDO JOSÉ DOS SANTOS FILHO
(VITIMA)



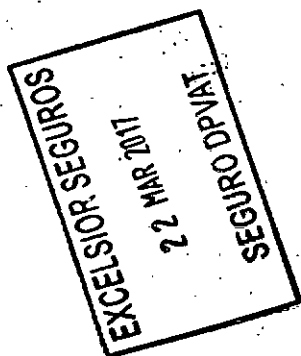
B.O. registrado por: JORGE RICARDO FREITAS DOS SANTOS

CARTÓRIO 12º DISTRITO JUDICIÁRIO DA CAPITAL - POÇO DA PANELA - RECIFE - PE
Rua Laurindo Coelho, 112 - Casa Forte - Recife-PE - CEP: 52060-340
Fones: (81) 3441-0297 - (81) 88493-0297 - (81) 3877-4463 - E-mail: cartoriopecodapanela@gmail.com

AUTENTICAÇÃO
Autentico a presente cópia reprográfica extraída nesta
serventia, que confere com o original. Dou fé.
Recife-PE, 2 de fevereiro de 2017. Ex-test.  da
verdade.

Costa Reno Lina (Oficial)
Emol.: R\$ 3,32 TSNR: R\$ 0,66 Total: R\$ 3,98
Válido somente com o selo 0074369.YV001201703.04714

Verifique em: www.tipe.jus.br/selodigital





DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, Emildo José dos Santos Filho portador da carteira de identidade nº 2843933 e inscrito no CPF sob o nº 952.019.354-00 residente e domiciliado na Rua Colceene Nº 513 BAIRRO: Albino Montu Cidade: Recife, Estado PERNAMBUCO 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:

() Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou

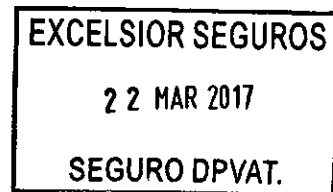
() O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

☒ 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.

Assinatura do declarante



conforme documento de identificação

Recife 24 de março de 2017

Local e data

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: 11/08/2017

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ENILDO JOSE DOS SANTOS FILHO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01031

CONTA: 000000012025-5

Nr. da Autenticação 3514DEE33AC7A7FB



Secretaria de Saúde
Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

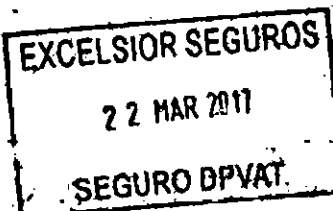
DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO

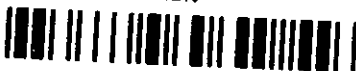
DA Nº: 077.01.2017
EM: 17.01.2017

Atendendo ao requerimento do Sr. **ESTENILDO JOSÉ DOS SANTOS**, portador do Documento de Identidade nº **2488845** SDS/PE e inscrito no CPF/MF sob o nº **362.598.024-04**, declaramos que consta em nossos arquivos a ocorrência de nº **S-274795**, que no dia 29 de dezembro de 2016, o paciente Sr. **ENILDO JOSÉ DOS SANTOS FILHO**, portador do Documento de Identidade nº **2843933** SSP/PE e inscrito no CPF/MF sob o nº **452.019.354-00**, foi atendido por nosso Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU Metropolitano do Recife, vítima de colisão envolvendo automóvel e moto, por volta das 02h40, na Rua José Bonifácio, em frente ao Carrefour, Torre, Recife/PE e, em seguida, encaminhado a UPA Imbiribeira. Recife, 17 de janeiro de 2017.

Dr. Sérgio Parente Costa
Gerente de Informação e Avaliação
SAMU Metropolitano - Recife

Sergio Parente Costa
Dr. Sérgio Parente Costa
Gerente de Informação e Avaliação
SAMU Metropolitano do Recife

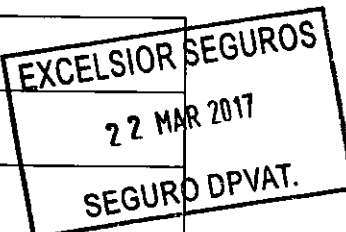




DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Enildo José dos Santos FilhoRG nº 28439330, data de expedição 24/10/08, Órgão SSP/PECPF nº 452.019.354-00, 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 Calcoene</u>
Número	<u>513</u>
Apto/Complemento	<u>A</u>
Bairro	<u>Alto do Mondu</u>
Cidade	<u>Recife</u>
Estado	<u>Pernambuco</u>
CEP	<u>52071-351</u>
Telefone de Contato	<u>(81) 34464224 (81) 9.9740111</u>
E-mail	



Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Recife 24 de março de 2012

Assinatura do Declarante:



Grupo Neenergia

Tarifa So
NOTA FISCAL

Companhia Energética de Pe
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife, Pernambuco - CEP 50050-902
CNPJ 10.835.932/0001-08 | Insc. Est. 0005943-93 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE

ENILDO JOSE DOS SANTOS FILHO

CPF: 103 507 724-87

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL
Monofásico

EXCELSIOR SEGUROS
22 MAR 2017
SEGURO DPVAT.

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA CALCOENE 513 A

ALTO DO MANDURICIFE
RECIFE PE
52071-151

Nº DA NOTA FISCAL	SÉRIE	EMIÇÃO
001539670	UNICA	13/02/2017
APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA INSTALAÇÃO
13/02/2017	2000836827	2671054

CONTA CONTRATO	MESANO
1653914012	02/2017
DATA DE VENCIMENTO	DATA PREVISTA PROXIMA LETURA
20/02/2017	15/03/2017
TOTAL A PAGAR (R\$)	
	121,77

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo (KWh)			103,22
Contribuição Iluminação Pública	189,0000000	0,61080182	15,35
			0,91
			2,12



extra Itaucard

Os dados neste impressos têm vida útil estimada de 5 anos, mas é preciso adotar algumas cautelas:
 Não exponha o papel à luz solar.
 Não use limpadores líquidos.

00000761



CTC RECIFE PE RI
 MARIA AUREA LUCENA DE QUEIROZ VEIGA
 R RODRIGUES DE MENDONÇA 45 AP303
 PRADO
 50720-170 RECIFE PE



Postagem: 22/07/2016
 Vencimento: 03/08/2016
 Emissão: 21/07/2016
 3211094730068000000139310 220716 Fechamento próxima fatura: 29/08/2016

Titular **MARIA AUREA LUCENA DE QUEIROZ VEIGA**
 Cartão **5204XXXXXX.XXXX.2215**

Para que esta fatura impressa chegue em casa, Mude agora para a Fatura Digital. Acesse: itau.com.br/cartoes/cadastro-fatura-digital



paga, infanto R\$

parcelamento R\$

parcelamento R\$

Autenticação Mecânica - Ficha de Compensação

Resumo da fatura em R\$

Total da fatura anterior	20,15
Pagamento efetuado em 08/07/2016	-20,15
Saldo financiado	0,00
Encargamentos atuais	20,15
Total desta fatura	20,15



Nacional



EXCELSIOR SEGUROS
 22 MAR 2017
 SEGURO DPVAT.



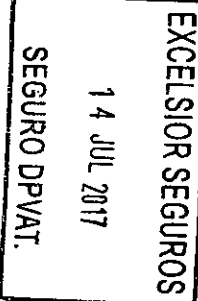
DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Enilda José dos Santos FilhaRG nº 2.843.933, data de expedição / / , Órgão SSP/PE

CPF nº 452.019.354-09 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>R. Calceome</u>
Número	<u>553 A</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>Alto do mandu</u>
Cidade	<u>Recife</u>
Estado	<u>PE</u>
CEP	<u>52071-151</u>
Telefone de Contato	<u>(81) 3446-4224 / 997190111</u>
E-mail	<u>- - -</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Recife 14 de julho de 2017Assinatura do Declarante: [Assinatura]

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

**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 116 | PRONTIDÃO 116

Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142

Ouvidoria 0800 282 5599

Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados do Estado

0-727-0167-Ligação Gratuita de Telefones Fixos

Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL
167 Linhas Grátis de telefones fixos e móveis

DADOS DO CLIENTE ENILDO JOSE DOS SANTOS FILHO CPF: 103.507.724-87	DATA DE VENCIMENTO 21/07/2017 TOTAL A PAGAR (R\$) 119,03	DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL 14/07/2017 DATA DA APRESENTAÇÃO 14/07/2017 NÚMERO DA NOTA FISCAL 001627739	CONTA CONTRATO 001653914012 Nº DO CLIENTE 2000836827 Nº DA INSTALAÇÃO 0002671054
ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA RUA CALCOENE 513 A ALTO DO MANDU/RECIFE 52071-151 RECIFE PE	CLASSIFICAÇÃO B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL Monofásico		
RESERVADO AO FISCO 9704.82D9.1E53.5FF7.CDA0.C1D8.EF08.8E9A			

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)	139,00	0,71588673	99,50
Acréscimo Bandeira AMARELA			1,86
Contribuição Iluminação Pública			12,89
ICMS Subvenção-CDE-NF 001647855-12/05/17			1,07
Multa por atraso-NF 001521267 - 13/06/17			2,82
Juros por atraso-NF 001521267 - 13/06/17			0,89
TOTAL DA FATURA			119,03

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS					
ICMS		PIS		COFINS	
BASE DE CÁLCULO	%	BASE DE CÁLCULO	%	BASE DE CÁLCULO	%
101,36	25,00	25,34	1,40	1,41	6,50

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO	
	R\$ %
Geração de Energia	28,16 27,78
Transmissão	2,68 2,64
Distribuição (Celpa)	22,17 21,87
Encargos Setoriais	8,35 8,24
Tributos	33,34 32,90
TOTAL	101,36 100

Tarifas Aplicadas		HISTÓRICO DO CONSUMO	
Consumo Ativo(kWh)			kWh
Consumo Ativo(kWh)	0,48035000	JUL 17	139
		JUN 17	191
		MAI 17	178
		ABR 17	165
		MAR 17	185
		FEV 17	169
		JAN 17	170
		DEZ 16	208
		NOV 16	152
		OUT 16	145
		SET 16	242
		AGO 16	86
		JUL 16	116

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL									
NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
Q88081	CAT	13/06/2017	35.014,00	14/07/2017	35.153,00	31	1,00000	0,00	139,00

! DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 15/08/2017

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	META MENSAL	META TRIM.	META ANUAL
mai/2017					
DIC-No.de horas sem Energia	MACAXEIRA	0,00	4,35	9,91	19,82
FIC-No.de vezes sem Energia		0,00	3,17	6,35	12,70
DMIC-Duração máxima de Interrupção contínua		0,00	2,77	0,00	0,00
DICRI-Duração de Interrupção em dia crítico			Limite DICRI: 12,22		
EUSD-Valor do Encargo de Uso = R\$ 34,42					
Todo Consumidor pode solicitar a apuração dos indicadores DIC, FIC, DMIC e DICRI a qualquer tempo.					

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Na data da leitura a bandeira em vigor é a Amarela. Mais informações em www.aneel.gov.br.
O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão da fornecimento.
Pagamento em atraso gera: Multa 2%(Res. 414/ANEEL-09/09/10) e Juros 1%a.m.(Lei 10.438-26/04/02), no próximo mês.
O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial.

NÍVEIS DE TENSÃO

TENSÃO NOMINAL(V)	LIMITE DE VARIAÇÃO(V)	
	MÍNIMO	MÁXIMO
220	202	231
AUTENTICAÇÃO MECÂNICA		

DESTAQUE AQUI

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR(R\$)	VENCIMENTO	TALÃO DE PAGAMENTO
001653914012	07/2017	119,03	21/07/2017	<p>Evite dobrar, perfurar ou rasurar.</p> <p>Este canhoto será usado em leitora ótica.</p>



DECLARAÇÃO

Circular Susep nº 445/12 – Prevenção à Lavagem de Dinheiro

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, 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 de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações e documentos requisitados neste formulário não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

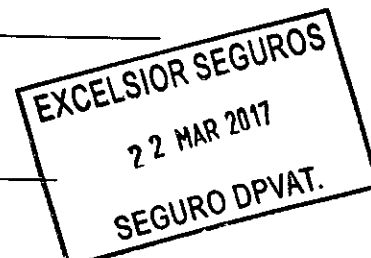
Pelo exposto, eu Mario Auro L. d. O. Veigo, portador(a) do RG nº 6.859.362, expedido por SDS/PE, em 05/12/15, CPF/CNPJ nº 089.058.754-48,

na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário (a) Enildo José dos Santos Filho do sinistro de DPVAT da natureza involuntária da vítima Enildo José dos Santos Filho, e conforme determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

Profissão: recuso Renda Mensal: R\$ recuso

Documentos comprobatórios: recuso

Mario Auro L. d. O. Veigo
ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO





DOCUMENTO 4 *T4%*



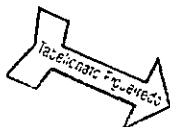
DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

Eu, SEG VIGILANCIA E SEGURANÇA LTDA, CNPJ nº 05.875.027/0001-41, data de expedição ____/____/____, órgão _____, no Estado de Pernambuco, onde resido na Rua Carlos Pereira Falcão, 198, Bairro de Boa Viagem, declaro sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima Enildo Lucio Ramos Batista.

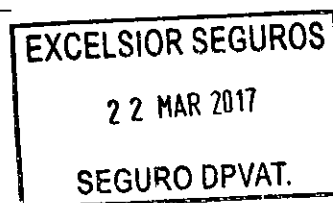
Veículo: MOTO
Ano: 2014
Modelo: BROS 150 ES
Placa: OYT 7358
Chassi: 9C2FD0550ER220688
Data do Acidente: 29/12/2016



Recife, 15 de fevereiro de 2016



Valderli Francisco da Silva
SEG VIGILANCIA E SEGURANÇA LTDA
Valderli Francisco da Silva
CPF: 479.121.704-72
Sócio-Gerente



SEG VIGILANCIA E SEGURANÇA LTDA.
Av. Carlos Pereira Falcão, 198 – Boa Viagem.
Recife – PE - CEP: 51021-350 - Fone: (81)2126.2900

Paciente: 0000234409 ENILDO JOSE DOS SANTOS FILHO
Nascimento: 08/01/1968 49 Anos 0 Mês 29 Dias Sexo:
Atendimento: 00908000 Data Atendimento: 29/12/2016 03:24

Boletim de Pronto Atendimento de Emergência e Urgência

Queixa Principal / História

VÍTIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO QUEIXA-SE DE DOR NA PERNA DIREITA E QUADRIL ESQUERDO
NEGA VÔMITOS, PERDA DA CONSCIÊNCIA OU CERVICALGIA

Antecedentes

SIM NÃO
DM: ☐ ☒

HAS: ☐ ☒

Medicamentos: ☐ ☒

Alergia: ☐ ☒

DOCUMENTO 5 *T5%*



Exame Físico

EG Bom

Nutrido

Eupnéico

Orientado e Conversando

Corado

Afebril

Consciente

Acianótico

Sem Edemas

Hidratado

Anictérico

	Não Examinado	Normal	Alterada	Observação
ACV:	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
AR:	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
AD:	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
SN:	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
SGU:	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
ORL:	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Pele:	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

EXCELSIOR SEGUROS

22 MAR 2017

SEGURO DPVAT.

AP. Locomotor:

☐ EDEMA

☐ DOR A MOVIMENTAÇÃO

☐ EQUIMOSE

☐ HEMATOMA

☐ DEFORMIDADE ÓSSEA

Outros:

Aferições

PAS

PAD

FR

FC

P (KG)

T

Alt. (cm)

SAT O2

18

Recife, 06 de Fevereiro de 2017

Médico: ANDERSON ARY DIAS DE OLIVEIRA SILVA

CRM: 21731

IPAS
UPA - IMBIRIBEIRA
RATIFICO A VERACIDADE DESSA CÓPIA DO PRONTUÁRIO
MÉDICO ELETRONICO
Dr. Marcello Silveira
Cópia para Médico - CREMEPE 2.426

Prescrição.: 1252609 Data: 29/12/2016 05:42
Usuário.....: ANDERSONADOS
Atendimento: 908000 Dt Nasc: 08/01/1968 (49a 0m 30d)
Convênio....: SUS - AMBULATORIO
Paciente....: 234409 - ENILDO JOSE DOS SANTOS FILHO
Peso.....: Altura: Sup. Corporea:
Internação.: 29/12/2016 03:24 0 Dias(s) Int
Médico.....: ANDERSON ARY DIAS DE OLIVEIRA SILVA - CRM 21731
FUNÇÃO: MEDICO(A) Serviço: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA
Unid. Int.: ATENDIMENTO-SPA Leito...: Cobertura:
Cid.....: V870 COLIS AUTOMOVEI E VEIC A MOTOR 2 3 RODAS Ciclo...:/
Diagnóstico:
Protocolo...:
Classificação de Risco:URG

1ª VIA

Rubrica do Responsável



Classificação de Risco:URGENTE

Alergias: NEGA ALERGIAS, ABCIXIMAB

PRESCRICAO MEDICA

EXAMES IMAGEM

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Datas/Horários
4 RX PERNA ESQUERDA A.P. / PERFIL ; Exame: 236982	1					

6 RX BACIA A.P. / PATA DE BACIA ; Exame: 236982

EXCELSIOR SEGUROS

22 MAR 2017

SEGURO DPVAT.

UPAS
UPA - IMBIRIBEIRA
RATIFICO A VERACIDADE DESSA CÓPIA DO PRONTUÁRIO
MÉDICO ELETRÔNICO.
Dr. Marcello Silveira
Coordenadora Médico - CREF 2.241

Prescrição.: 1252612 Data: 29/12/2016 06:09
Usuário.: ANDERSONADOS
Atendimento: 908000 Dt Nasc: 08/01/1968 (49a 0m 30d)
Convênio.: SUS - AMBULATORIO
Paciente.: 234409 - ENILDO JOSE DOS SANTOS FILHO
Peso.: Altura: Sup. Corporea:
Internação.: 29/12/2016 03:24 0 Dias(s) int
Médico.: ANDERSON ARY DIAS DE OLIVEIRA SILVA - CRM 21731
FUNÇÃO: MEDICO(A) Serviço: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA
Unid. Int.: ATENDIMENTO-SPA Leito.: Cobertura:
Cid.: V870 COLIS AUTOMOVEI E VEIC A MOTOR 2 3 RODAS Ciclo.: /
Diagnóstico:
Protocolo.:
Classificação de Risco:URG

1ª VIA

Rubrica do Responsável



Classificação de Risco:URGENTE

Alergias: NEGA ALERGIAS, ABCIXIMAB

PRESCRICAO MEDICA

PROCEDIMENTOS MEDICOS

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Datas/Horários
6 C.C. TALA GESSADA TIPO COXOPODALICO G	1					
-> ATADURA CREPE 15CM X 4,5M 11FIOS	10	UN				
-> ATADURA GESSADA 15CM X4,0M BRANCA	10	UN				
-> ATADURA CREPE 20CM X 4,5M 11FIOS	4	UN				

EXCELSIOR SEGUROS

22 MAR 2017

SEGURO DPVAT.

UPAS
UPA - IMBIRIBEIRA
RATIFICO A VERACIDADE DESSA COPIA DO PRONTUÁRIO
MÉDICO ELETRÔNICO.
Dr. Marcello Silveira
Coordenadora Médica - CREMEC 2.221

TRANSFERÊNCIA DE PACIENTE

Nome do Paciente: ENILDO JOSE DOS SANTOS FILHO
Data de Nascimento: 08/01/1968 Data Atendimento: 29/12/2016
Prontuário: 0000234409 Cód. Atendimento: 00908000
Nome do Hospital: HGV
Senha: 5072237
Transporte: ☒ Ambulância Básica ☐ Ambulância Avançada ☐ Próprio
☐ Acompanhamento Médico
Observação: FRATURA DA TÍBIA DIREITA

Recife, 29 de Dezembro de 2016

Médico: ANDERSON ARY DIAS DE OLIVEIRA SILVA
CRM: 21731

 **IPAS**
UPA - IMBIRIBEIRA
RATIFICO A VERACIDADE DESSA CÓPIA DO PRONTUÁRIO
MÉDICO ELETRÔNICO.

Dr. Marcello Silva
Coordenadora Médico - CRM 45062 2.221

DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins, que o paciente **ENILDO JOSE DOS SANTOS FILHO**,
prontuário nº **107.4181**, admitido neste hospital em 29/12/2016 com diagnóstico de
Fratura dos Ossos da Perna Direita, sendo submetido a tratamento Cirúrgico. Recebeu
alta hospitalar em 04/01/2017.

Recife, 30 de Janeiro de 2017.

Roberta C. de Almeida
Diretora Técnica
Hospital Santo Amaro
CRMPE - 13434

Dr^a Roberta Cavalcanti de Almeida
Diretora Técnica do Hospital Santo Amaro

Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco HOSPITAL Getúlio Vargas		NOME DA UNIDADE HOSPITAL GETULIO VARGAS	
		GGC Nº 10.572.048/0005-51	
LAUDO PARA EMISSÃO DE AIH		(03 vias)	
CARTÃO BUS:		SENHA:	
NOME DO PACIENTE: Wilson José da Silva Filho			
DATA DE NASCIMENTO: 08/04/58		Nº DO REGISTRO: 10.38749	
NOME DA MÃE: Estelita Dean da Silva			
ENDEREÇO:			
Nº:	BLOCO:	APT:	BAIRRO: Alto do Mandu
MUNICÍPIO: Recife		UF:	CEP:
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO			
HISTÓRIA CLÍNICA: Per. útero de trauma, a pré-natal			
Fract. da tíbia (C)			
EXAME FÍSICO: CGA			
PRINCIPAIS RESULTADOS DOS EXAMES COMPLEMENTARES:		EXCELSIOR SEGUROS	
		21/2 MAR 2017	
		SEGURO DPVAT	
DIAGNÓSTICO PRINCIPAL: Fract. da tíbia (C)			
PROCEDIMENTO SOLICITADO: Exatidão médico		CÓDIGO:	
DESCRIÇÃO DA CLÍNICA ESPECIALIDADE: Ortopedia		CARACTER DA INTERNAÇÃO:	
DATA: 29/12/16 <i>Carla Coelho Ortopedia CRM 22942</i>		DATA:	
CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO SOLICITANTE DA INTERNAÇÃO:		CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO AUTORIZADOR:	
PARA USO DAS UNIDADES PÚBLICAS			
AUTORIZAÇÃO PARA INTERNAÇÃO EM UNIDADE COMPLEMENTAR			
NOME DA UNIDADE: PRONT. 1074181			
CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO RESPONSÁVEL PELA ENCAMINHAMENTO: SHAT			
DATA DO ENCAMINHAMENTO: C-2			



Santa Casa de Misericórdia do Recife
Av. Cruz Cabugá, 1563 - Santo Amaro - Recife - PE
Fone: PABX 3412-3800 | Email: sta-casa@santacasarecife.org.br
Site: www.santacasarecife.org.br

Nome: **ENILDO JOSE DOS SANTOS FILHO**
Nº Registro: 477578 Nº Protuário: 1074181 Sexo: Masculino Idade: 48 ano (s)
Data: 04/01/2017 / 14:25 Convênio: SUS - AMB
Data do Internamento: 29/12/2016 20:38 Data da alta: 04/01/2017 14:28
Intervalo: 6

SÚMARIO DE ADMISSÃO E ALTA

DIAGNÓSTICO INICIAL (CONSTANTE NO LAUDO MÉDICO): Fratura dos Ossos da Perna Direita CID:

PROCEDIMENTO SOLICITADO: Tratamento Cirúrgico de Fratura dos Ossos da Perna Direita CÓDIGO: 0408050500

TEMPO DE PERMANÊNCIA PREVISTO:

PROCEDIMENTO REALIZADO:

COD.	EQUIPE	NOME	MATRICULA
1	CIRURGIÃO	: Dr. Azarias Salgado	6218
2	1.AUX CIRÚRGICO:		
3	2.AUX CIRÚRGICO:		
4	ANESTESIA	:	
5	ANESTESISTA	: Dr. Mauro Casado	2161
6	CLÍNICA MÉDICA	:	

PROCEDIMENTOS ESPECIAIS:

USO DE PRÓTESE, ÓRTESE,

EXCELSIOR SEGUROS

22 MAR 2017

SEGURO DPVAT.

RESUMO DE CASO: Paciente vítima de acidente moto x carro há 18h, resultando em Fratura dos Ossos da Perna Direita. Evoluindo com dor e edema local.

Necessitando de procedimento cirúrgico.
Operado. Alta Hospitalar após melhora.

Este documento foi assinado digitalmente, conforme Medida Provisória Nº 2.200-2 de 24/08/2001.
Nome do profissional: HENRIQUE COSTA BARBOSA. CRM: 10531. Data e Hora: 06/01/2017 12:30:17.

Dr. Henrique Costa Barbosa
CRM: 10531

Dr. Henrique Costa Barbosa
CRM: 10531



Santa Casa de Misericórdia do Recife
Av. Cruz Cabuga, 1563 - Santo Amaro - Recife - PE
Fone: PABX 3412-3800 | Email: sta-casa@santacasarecife.org.br
Site: www.santacasarecife.org.br

Nome: **ENILDO JOSE DOS SANTOS FILHO**

Nº Registro: 477578 Nº Protuário: 1074181

Sexo: Masculino Idade: 48 ano (s)

Data: 04/01/2017 / 14:25 Convênio:

SUS - AMB

Data do Internamento: 29/12/2016 20:38

Data da alta: 04/01/2017 14:28

Intervalo: 6

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL: Fratura dos Ossos da Perna Direita

CID:

DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO:

CID:

Data Internamento : Data Intervalo: Data da Alta:

EXCELSIOR SEGUROS
22 MAR 2017
SEGURO DPVAT.

Este documento foi assinado digitalmente, conforme Medida Provisória Nº 2.200-2 de 24/08/2001.
Nome do profissional: HENRIQUE COSTA BARBOSA. CRM: 10531. Data e Hora: 06/01/2017 12:30:17.

Dr. HENRIQUE COSTA BARBOSA
CRM: 10531

Dr. HENRIQUE COSTA BARBOSA
CRM: 10531



Santa Casa de Misericórdia do Recife
Av. Cruz Cabuga, 1563 - Santo Amaro - Recife - PE
Fone: PABX 3412-3800 | Email: sta-casa@santacasarecife.org.br
Site: www.santacasarecife.org.br

Nome: **ENILDO JOSE DOS SANTOS FILHO**

Nº Registro: 477578 Nº Protuário: 1074181 Sexo: Masculino Idade: 48 ano (s)
Data: 03/01/2017 / 11:49 Convênio: SUS - AMB
Intervalo: 6

BOLETIM OPERATÓRIO

Recife, 03/01/2017-11:49

Diagnóstico pré-operatório: Fratura dos Ossos da Perna Direita
Diagnóstico pós-operatório: Fratura dos Ossos da Perna Direita
Cirurgia: Tratamento Cirúrgico Fratura dos Ossos da Perna Direita
Cirurgião: Dr. Azarias Salgado
Anestesista: Dr. Mauro Casado
Anestesia: Raqui

Acidentes durante a cirurgia: Nenhum

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

1. Paciente em decúbito dorsal sob anestesia;
2. Assepsia e antissepsia;
3. Aposição de campos cirúrgicos;
4. Realizado incisão + dissecação por planos, realizado a redução cirúrgica da fratura, realizado Osteossíntese da fratura com fixador externo + pinos shantz, verificado boa posição dos implantes e boa redução da fratura;
5. Limpeza com SF0,9%;
6. Sutura por planos;
7. Curativo;
8. Rx controle.

Dr. AZARIAS SALGADO DE VASCONCELOS NETO
CRM: 6218



Santa Casa de Misericórdia do Recife
Av. Cruz Cabugá, 1563 - Santo Amaro - Recife - PE
Fone: PABX 3412-3800 | Email: sta-casa@santacasarecife.org.br
Site: www.santacasarecife.org.br

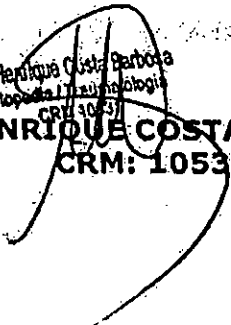
Atestado Pós Cirúrgico

ENILDO JOSE DOS SANTOS FILHO

O paciente supracitado foi submetido a procedimento cirúrgico neste Hospital, devendo permanecer afastado das suas atividades regulares pelos próximos 15 dias.

CID: S82

Recife, 04/01/2017


Dr. Henrique Costa Barbosa
Ortopedista / Traumatologista
CRM: 10531
Dr. HENRIQUE COSTA BARBOSA
CRM: 10531

EXCELSIOR SEGUROS
22 MAR 2017
SEGURO DPVAT.



Santa Casa de Misericórdia do Recife
Av. Cruz Cabugá, 1563 - Santo Amaro - Recife - PE
Fone: PABX 3412-3800 | Email: sta-casa@santacasarecife.org.br
Site: www.santacasarecife.org.br

ATESTADO MÉDICO PÓS CIRÚRGICO

ENILDO JOSE DOS SANTOS FILHO

O paciente supracitado foi submetido a procedimento cirúrgico neste Hospital, devendo permanecer afastado das suas atividades regulares pelos próximos 90 dias.

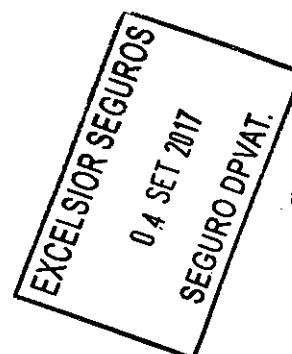
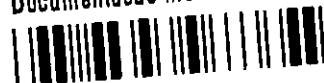
CID: M861

Recife, 24/08/2017

Dr. Azarias Salgado
Traum - Ort - CRM: 6218
24 AGO 2017

Dr. AZARIAS SALGADO DE VASCONCELOS NETO
CRM: 6218

Documentacao medico - hospitalar



DOCUMENTO 6 *T6%



LSIOR SEGUROS

22 MAR 2017

SEGURO DPVAT

PROIBIDO PLASTIFICAR

1416564234

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

1416564234

LOCAL: _____

RECIBE: **PR**

[Signature]

ASSINATURA DO SEGURADO

DATA DO PAGAMENTO: 05/12/2016

45102644826
PE076112322

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
GOVERNOS ESTADUAIS E MUNICÍPIOS
DEPARTAMENTO NACIONAL DE SEGUROS
CABELEIRA NACIONAL - SEGURO DPVAT

NOME: ENILDO JOSE DOS SANTOS FILHO

DOC. IDENTIDADE / Org. Emissor / UF: 2843933 SSP PE

CPF: 452.019.354-00 DATA NASCIMENTO: 08/01/1968

FILHO: ENILDO JOSE DOS SANTOS
ESTRELA DIABEDA BILVA

PRESENCIA: ☐ AC: ☐ CENSO: ☐ AD: ☐

PRESENCIA: 03/12/2011 PRESENCIA: 05/02/2006

0378167925

DOCUMENTO 3 *T3*



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CIDADES DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO			
MARIA AUREA LUCENA DE QUEIROZ VEIGA			
	DOC. IDENTIDADE / ORIG. EMISSOR / UF 5359362 RDS PE		
	CPF 059.058.754-48		
	DATA NASCIMENTO 07/01/1985		
	FUNÇÃO MARCOS ANTONIO DE QUEIROZ VEIGA EVA AUREA DE LUCENA AR AGAO DE QUEIROZ VEIGA		
P. PESSOAL		ACE	CAT. HAB
Nº REGISTRO 02946519314		VALIDADEZ 01/04/2020	VALIDAÇÃO 18/07/2003
OBSERVAÇÕES sem observações			
Assinatura: <i>Maria Aurea L. de O. Veiga</i>			
LOCAL RECIFE - PE		DATA EMISSÃO 06/04/2015	
Assinatura do Emissor		31999841756 PR045674730	
DETRAN - PE (PERNAMBUCO)			
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO			

EXCELSIOR SEGUROS
22 MAR 2017
SEGURO DPVAT.

Obs - Documento do motor

DOCUMENTO 7 - 77%



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DOS TRANSPORTES

DETRAN - PE
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

1185168343 RENAVAM
1185168343 RNTC
2016 EXERCÍCIO

325 VIGILANTE DE SEGURANÇA LTDA.
RECIFE-PE

05-875-027/0001-41 PLACA
CYT7358

PLACA ANT/UF
CYT7358

ESPECÍFICO
ALCO GASOLINA

PAS /MOTOCICLETA
MARCA/MODELO
HONDA/NXR150 BROS ES

25/1490L
CAP/POT/CIL
CATEGORIA
PARTIC

1 COITA ÚNICA
1185168343 VENC. COITA ÚNICA
2014

P 1185168343
FAIXA L.P.V.A.
PARCELAMENTO / COITAS
3

A 1
PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$)
PRÊMIO TOTAL (R\$)
DATA DE PAGAMENTO

325 VIGILANTE DE SEGURANÇA LTDA.
OBSERVAÇÕES

SEM RESERVAÇÃO DE PONTO OU CANCELAMENTO
NÃO VALERÁ PARA TRANSFERÊNCIA

Chanceler Andreza Sousa Ribeiro
Márcio de Almeida Brito

SEGURADORA LÍDER - DPVAT
VIGILANTE DE SEGURANÇA LTDA

PE Nº 012299214242 BILHETE DE SEGURO DPVAT
325 VIGILANTE DE SEGURANÇA LTDA

51021-350
FATURA RECÍPTE-EE

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.dpvatsegurodotransito.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

VIA
05-875-027/0001-41 PLACA
CYT7358

RENAVAM
1185168343
HONDA/NXR150 BROS ES

2014
ANO FAB.
CATEGORIA
PARTIC

PRÊMIO TARIFÁRIO
PRÊMIO TOTAL (R\$)
DATA DE PAGAMENTO

CUSTO DO BILHETE (R\$)
CUSTO DO SEGURO (R\$)

SEGURO DPVAT
COTA ÚNICA

SEGURADORA LÍDER - DPVAT
CNPJ 09.248.688/0001-04
www.seguradoralider.com.br

RECEBI O CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENÇA.

012299214242
RECIBO PE Nº

EXCELSIOR SEGUROS
22 MAR 2017
SEGURO 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

Nome do(a) Examinado(a): **ENILDO JOSE DOS SANTOS FILHO** Sinistro: **3170168696** Data: **29/12/2016**

Endereço do(a) Examinado(a): **Rua Calçoene, 513, A - Alto do Mandu - Recife - PE - CEP 52071-151**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSP /PE**] **2843933**

Data local do exame: [**13/09/2017**] **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 da tíbia direita. Ao exame edema intenso +++/++++ na perna direita com saída de grande quantidade de secreção amarelada com odor fétido dos pontos de inserção do fixador externo evidenciando osteomielite, comprometendo a deambulação e limitando os movimentos do tornozelo e joelho direitos. Vítima apresentou estes sintomas uma semana após a pericia anterior.

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? [**X**] Sim [] Não

Caso a resposta seja "Não", favor NÃO preencher os demais campos abaixo, exceto o das observações (item V(*)), se necessário

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? [**X**] Sim [] Não

Caso a resposta seja "Não", prosseguir SOMENTE se houver alguma correlação entre a queixa e o histórico do acidente, justificando-a nas observações (item V(*))

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações.
Tratamento cirúrgico com colocação de fixador externo, evoluindo com osteomielite com prognóstico sombrio.

III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)? [**X**] 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 funcional do membro inferior direito

Caso a resposta seja "Não", concluir dentre as opções no item IV "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item IV opções "b" ou "c"

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"

Esta avaliação médica deve ser repetida em ____ dias

() "Exame não permite conclusão"

Vide motivo do impedimento no campo das observações

() "Sem sequela permanente" (Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

Membro inferior direito

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio (**X**) 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

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 valoração do dano corporal.

Paulo Sergio Muniz - CRM: 5530 - PE

TERCEIRA ALTERAÇÃO E CONSOLIDAÇÃO CONTRATUAL DA SOCIEDADE LIMITADA SOB A DENOMINAÇÃO DE SEC VIGILÂNCIA E SEGURANÇA LTDA.

ANA GABRIELA DE ANDRADE LIMA, brasileira, solteira, nascida em 06/08/1980, empresaria, portadora da carteira de identidade 4.324.614 SDS-PE e CPF nº 027.342.954-07, residente e domiciliada à Rua Setubal, nº 633, Apt 2802, Birro de Boa Viagem, CEP 51030-010, Recife/PE, e, VALDERLI FRANCISCO DA SILVA, brasileiro, casado pelo regime de comunhão parcial de bens, empresário, portador da carteira de identidade nº 3.875.590 SSF-PE e CPF nº 473.121.704-72, residente e domiciliado à Rua General Francisco Figueiroa, nº 94, Bairro de Areias, CEP 50870-010, Recife/PE, únicos sócios componentes da sociedade SEC VIGILANCIA E SEGURANÇA LTDA, com sede à Rua Carlos Pereira Falcão, nº 198, Boa Viagem, Recife - PE, CEP 51021-350, registrada na Junta Comercial de Pernambuco sob nº 2620.1421790 em 12.09.2003 e inscrita no CNPJ sob o nº 05.875.027/0001-41, deliberam de pleno e comum acordo ajustarem a presente alteração contratual, nos termos da Lei nº 10.406/ 2002, mediante as condições estabelecidas nas cláusulas seguintes:

DO CAPITAL SOCIAL

EXCELSIOR SEGUROS

22 MAR 2017

CLÁUSULA PRIMEIRA. Por este ato, a sócia ANA GABRIELA DE ANDRADE LIMA, detentora de 126.000 (cento e vinte e seis mil) quotas, no valor nominal de R\$ 1,00 (um real) cada uma, correspondendo a R\$ 126.000,00 (cento e vinte e seis mil reais), cede e transfere o total de 124.600 (cento e vinte e quatro mil) quotas para o sócio VALDERLI FRANCISCO DA SILVA.

Parágrafo Primeiro. A sócia cedente ANA GABRIELA DE ANDRADE LIMA, declara haver recebido neste ato, pela venda de suas quotas o valor de R\$ 124.600,00 (cento e vinte e quatro mil e seiscentos reais), do sócio VALDERLI FRANCISCO DA SILVA, outorgando ao mesmo e a sociedade, plena e irrevogável quitação, para nada mais exigir em juízo ou fora dele.

CLÁUSULA SEGUNDA. O Capital Social da sociedade, que é de R\$ 140.000,00 (cento e quarenta mil reais), dividido em 140.000 (cento e quarenta mil) quotas no valor nominal de R\$ 1,00 (um real) cada uma delas, totalmente subscrito e integralizado, em moeda corrente nacional, após a cessão e transferência de quotas, fica assim distribuído:

Nome	Nº Quotas	%	Valor Nominal (R\$)	Valor Total (R\$)
ANA GABRIELA DE ANDRADE LIMA	1.400	1	1,00	1.400,00
VALDERLI FRANCISCO DA SILVA	138.600	99	1,00	138.600
TOTAL	140.000	100%	1,00	140.000,00

DA ADMINISTRAÇÃO E DO PRO LABORE

CLÁUSULA TERCEIRA. A administração da sociedade que era exercida por ANA GABRIELA DE ANDRADE LIMA e VALDERLI FRANCISCO DA SILVA, separadamente, passa por este ato a ser exercida isoladamente VALDERLI FRANCISCO DA SILVA, com os poderes e atribuições de representação ativa e passiva na sociedade, judicial e extrajudicialmente, podendo praticar todos os atos compreendidos no objeto social, sempre de interesse da sociedade, sendo vedado o uso do nome empresarial em negócios estranhos aos fins sociais, nos termos do art. 1.064 da Lei nº 10.406/2002.

Parágrafo Primeiro. Fica facultada a nomeação de administradores não pertencentes ao quadro societário, desde que aprovado por dois terços dos sócios, nos termos do art. 1.061 da Lei nº 10.406/2002.

8º OFÍCIO DE NOTAS DO RECIFE - www.labelnacionaloficial.com.br

Av. Herculano Bandeira, 563 - Pina - Recife - Pernambuco - Fone: (81) 3073-0800

Arquivo de Registro Andraide e Oliveira - Livro - Tabelião Público

Cópia autêntica conforme o original

Recife, 10/02/2017 - Em test. da verdade.

IRUNO SILVA DE VASCONCELOS - Escrevente

Emol: R\$ 3,81; TSNR: 0,66; FERC: 0,33; Toal: 3,98

Selo eletrônico de fiscalização: 0073783.ZTC02201707.00805



Parágrafo Segundo. No exercício da administração, os administradores terão direitos a uma retirada mensal, a título de pro labore, cujo valor será definido de comum acordo entre os sócios.

Parágrafo Terceiro. Fica facultado aos sócios, a cessação dos direitos de gestão a terceiros, desde que por instrumento público de procuração, e podendo este exercer os poderes de gestão isoladamente.

DO BALANÇO PATRIMONIAL DOS LUCROS E PERDAS

CLÁUSULA QUARTA. Ao término de cada exercício social, em 31 de dezembro, o administrador prestará contas justificadas de sua administração, procedendo à elaboração do inventário, do balanço patrimonial e do balanço de resultado econômico, cabendo aos sócios, na proporção de suas quotas, os lucros ou perdas apuradas.

Parágrafo único: Independente do que determina o caput desta Cláusula a sociedade poderá levantar balanços intermediários ou intercalares, a qualquer tempo determinado pelos sócios, com a finalidade de determinar e distribuir lucros.

CLÁUSULA QUINTA. A distribuição dos lucros ou resultados poderá ser realizada de forma desproporcional em relação à participação no capital social, cabendo essa decisão aos sócios que detenham a maioria simples das quotas de capital social. Os sócios desde já reconhecem a validade desta condição que é justificada como mecanismo de retribuição a cada sócio que colaborou com seu trabalho pessoal para a formação do resultado auferido pela sociedade, independente da eventual pagamento de "pro labore".

DISPOSIÇÕES GERAIS

CLÁUSULA SEXTA. Por este ato determina-se a subordinação desta sociedade ao regime da "sociedade limitada", instituído pela Lei nº 10.406/2002. Determina-se, igualmente, que a presente sociedade do gênero empresária é da espécie sociedade de capital.

CLÁUSULA SÉTIMA. Por este ato determina-se, somente quando se fizer necessário, a regência supletiva desta sociedade pelo regramento pertinente à sociedade anônima, conforme permite o parágrafo único do artigo 1.053, Lei nº 10.406/2002.

CLÁUSULA OITAVA. Segundo remissão determinada pelo artigo 1.054 da Lei nº 10.406/2002 ao artigo 997 da mesma legislação, fica expresso que os sócios não respondem subsidiariamente pelas obrigações sociais.

Em face das alterações acima, consolida-se o contrato social, nos termos da Lei 10.406/2002, mediante as condições e cláusulas seguintes:

DO NOME EMPRESARIAL, DA SEDE E DAS FILIAIS

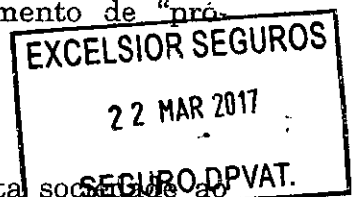
PRIMEIRA CLÁUSULA - A sociedade gira sob a denominação de SEG VIGILÂNCIA E SEGURANÇA LTDA. (art. 997, 11, CC/2002)

SEGUNDA CLÁUSULA - A sociedade tem sede à Rua Carlos Pereira Falcão, nº 198, Boa Viagem, Recife - PE, CEP 51021-350.

TERCEIRA CLÁUSULA - A sociedade poderá, a qualquer tempo, abrir ou fechar filial ou outra dependência, mediante alteração contratual, desde que aprovado pelos votos correspondentes dos sócios, no mínimo, a três quartos do capital social, nos termos do art. 1.076 da Lei nº 10.406/2002.

8º OFÍCIO DE NOTAS DO RECIFE - www.tabelionatofigueiredo.com.br
Av. Herculano Bandeira, 563 - Pina - Recife - Pernambuco - Fones: (81) 3073-0800
Ivanildo de Figueiredo Andrade de Oliveira Filho - Tabelião Público

Cópia autêntica conforme o original
Recife, 10/02/2017 - Em testº da verdade.
BRUNO SILVA DE VASCONCELOS - Escrevente
Emol.: R\$ 3,81; TSNR: 0,66; FERC: 0,33; Total: 3,98
Selo eletrônico de fiscalização: 0073783.VST02201707.00792



DO OBJETO SOCIAL E DA DURAÇÃO

QUARTA CLÁUSULA - O Objeto social é o Serviço de vigilância e Segurança Patrimonial em instituições financeiras, órgãos e empresas públicas, autarquias, comércio e residências e outros estabelecimentos (art. 997, II, CC/2002).

QUINTA CLÁUSULA - A sociedade iniciou suas atividades em 12/09/2003 e seu prazo de duração é por tempo indeterminado. (art. 997, 11, CC/2002)

DO CAPITAL SOCIAL E DA CESSÃO E TRANSFERÊNCIA DAS QUOTAS

SEXTA CLÁUSULA - A sociedade tem capital social de R\$ 140.000,00 (Cento e quarenta mil reais), dividido em 140.000 (cento e quarenta mil) quotas no valor nominal de R\$ 1,00 (um real) cada uma, integralizadas, em moeda corrente do País, pelos sócios, da seguinte forma:

Nome	Nº Quotas	%	Valor Nominal (R\$)	Valor Total (R\$)
ANA GABRIELA DE ANDRADE LIMA	1.400	1	1,00	1.400,00
VALDERLI FRANCISCO DA SILVA	138.600	99	1,00	138,600
TOTAL	140.000	100%	1,00	140.000,00

SÉTIMA CLÁUSULA - As quotas são indivisíveis e não poderão ser cedidas ou transferidas a terceiros sem o consentimento do(s) outro(s) sócio(s), a quem fica assegurado, em igualdade de condições e preço direito de preferência para a sua aquisição, se postas à venda, formalizando, se realizada a cessão delas, a alteração contratual pertinente. (art. 1.056, art. 1.057, CC/2002)

OITAVA CLÁUSULA — A responsabilidade de cada sócio é restrita ao valor de suas quotas, mas todos respondem solidariamente pela integralização do capital social. (art. 1.052, CC/2002)

DA ADMINISTRAÇÃO E DO PRO LABORE

NONA CLÁUSULA - A administração da sociedade será de **VALDERLI FRANCISCO DA SILVA**, com os poderes e atribuições de representação ativa e passiva na sociedade, judicial e extrajudicialmente, podendo praticar todos os atos compreendidos no objeto social, sempre de interesse da sociedade, sendo vedado o uso do nome empresarial em negócios estranhos aos fins sociais, nos termos do art. 1.064 da Lei nº 10.406/2002.

Parágrafo Primeiro. Fica facultada a nomeação de administradores não pertencentes ao quadro societário, desde que aprovado por dois terços dos sócios, nos termos do art. 1.061 da Lei nº 10.406/2002.

Parágrafo Segundo. No exercício da administração, os administradores terão direitos a uma retirada mensal, a título de pro labore, cujo valor será definido de comum acordo entre os sócios.

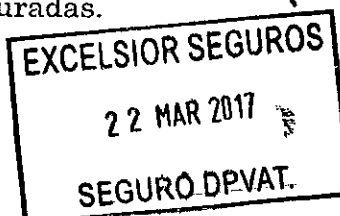
Parágrafo Terceiro. Fica facultado aos sócios, a cessão dos direitos de gestão a terceiros, desde que por instrumento publico de procuração, e podendo este exercer os poderes de gestão isoladamente.

DO BALANÇO PATRIMONIAL DOS LUCROS E PERDAS

DÉCIMA CLÁUSULA - Ao término de cada exercício social, em 31 de dezembro, o administrador prestará contas justificadas de sua administração, procedendo à elaboração do inventário, do balanço patrimonial e do balanço de resultado econômico, cabendo aos sócios, na proporção de suas quotas, os lucros ou perdas apuradas.

8º OFÍCIO DE NOTAS DO RECIFE - www.tabelionatofigueiredo.com.br
Av. Heróclano Bandeira, 563 - Pina - Recife - Pernambuco - Fones: (81) 3073-0800
Ivanildo de Figueiredo Andrade de Oliveira Filho - Tabelião Público

Cópia autêntica conforme o original
Recife, 10/02/2017 - Em testº da verdade.
BRUNO SILVA DE VASCONCELOS - Escrevente
Emol.: R\$ 3,81; TSNR: 0,66; FERC: 0,33; Total: 3,98
Selo eletrônico de fiscalização: 0073783.WFV/02201707.00800



Parágrafo único. Independente do que determina o caput desta Cláusula a sociedade poderá levantar balanços intermediários ou intercalares, a qualquer tempo determinado pelos sócios, com a finalidade de determinar e distribuir lucros.

DÉCIMA PRIMEIRA CLÁUSULA - A distribuição dos lucros ou resultados poderá ser realizada de forma desproporcional em relação à participação no capital social, cabendo essa decisão aos sócios que detenham a maioria simples das quotas de capital social. Os sócios desde já reconhecem a validade desta condição que é justificada como mecanismo de retribuição a cada sócio que colaborou com seu trabalho pessoal para a formação do resultado auferido pela sociedade, independente da eventual pagamento de "pró-labore".

DÉCIMA SEGUNDA CLÁUSULA - Nos quatro meses seguintes ao término do exercício social, os sócios deliberarão sobre as contas e designarão administrador(es), quando foro caso. (arts. 1.071 e 1.072, §2º e art. 1.078, CC/2002).

DO FALECIMENTO DE SÓCIO

DÉCIMA TERCEIRA CLÁUSULA — Falecendo ou interditado qualquer sócio, a sociedade continuará sua atividade com os herdeiros ou sucessores. Não sendo possível ou inexistindo interesse destes ou do(s) sócio(s) remanescente(s), o valor de seus haveres será apurado e liquidado com base na situação patrimonial da sociedade, à data da resolução, verificada em balanço especialmente levarilado.

Parágrafo único. O mesmo procedimento será adotado em outros casos em que a sociedade se resolva em relação a seu sócio. (arts. 1.028 e 1.031, CC/2002).

DA DECLARAÇÃO DE DESEMPEDIMENTO

DÉCIMA QUARTA CLÁUSULA - O(s) Administrador (es) declara(m), sob as penas da lei, que não está (ão) impedido(s) de exercer (em) a administração da sociedade, por lei especial ou em virtude de condenação criminal, ou por se encontrar (em) sob os efeitos dela, a pena que vede, ainda que temporariamente, o acesso a cargos públicos, ou por crime falimentar, de prevaricação, peita ou suborno, concussão, peculato ou contra a economia popular, contra o sistema financeiro nacional, contra normas de defesa da concorrência, contra as relações de consumo, fé pública ou propriedade. (art. 1.011, § 10. CC/2002)

DOS CASOS OMISSOS

DÉCIMA QUINTA CLÁUSULA - Os casos omissos no presente contrato serão resolvidos pelo consenso dos sócios, com observância da Lei nº 10.406/2002.

DISPOSIÇÕES GERAIS

DÉCIMA SEXTA CLÁUSULA Por este ato determina-se a subordinação desta sociedade ao regime da "sociedade limitada", instituído pela Lei nº 10.406/2002. Determina-se, igualmente, que a presente sociedade do gênero empresária é da espécie sociedade de capital.

DÉCIMA SÉTIMA CLÁUSULA. Por este ato determina-se, somente quando se fizer necessário, a regência supletiva desta sociedade pelo regramento pertinente à sociedade anônima, conforme permite o parágrafo único do artigo 1.053, Lei nº 10.406/2002.

DÉCIMA OITAVA CLÁUSULA. Segundo remissão determinada pelo artigo 1.054 da Lei nº 10.406/2002 ao artigo 997 da mesma legislação, fica expresso que os sócios não respondem subsidiariamente pelas obrigações sociais.

8º OFÍCIO DE NOTAS DO RECIFE - www.tabelionatofigueiredo.com.br
Av. Hercúlio Bandeira, 563 - Pina - Recife - Pernambuco - Fones: (81) 3073-0800
Ivanildo de Figueiredo Andrade de Oliveira Filho - Tabelião Público

Cópia autêntica conforme o original
Recife, 10/02/2017 - Em testº de verdade.
BRUNO SILVA DE VASCONCELOS - Escrevente
Emol.: R\$ 3,81; TSNR: 0,66; FERC: 0,33; Total: 3,98
Selo eletrônico de fiscalização: 0073783.RDH02201707.00802



EXCELSIOR SEGUROS

22 MAR 2017

SEGURO DPVAT.

DO FORO


DÉCIMA NONA CLÁUSULA Fica eleito o foro da Comarca do Recife para o exercício e o cumprimento dos direitos e obrigações resultantes deste contrato.

E por estarem assim justos a combinados assinam o presente instrumento de alteração e consolidação em 03 (três) vias de igual teor e forma.

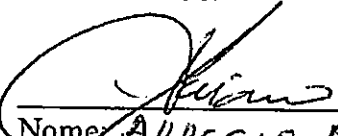
Recife (PE), 05 de novembro de 2013.

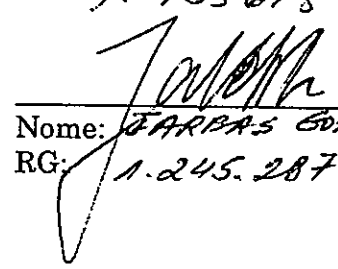

ANA GABRIELA DE ANDRADE LIMA


VALDERLI FRANCISCO DA SILVA


Flavio Jorge Mota
OAB-PE 17.387

Testemunhas:


Nome: AURECIO FLORIANO
RG: 1.433.618 SDS/PE


Nome: JARPAS GOMES DA SILVA
RG: 1.245.287 - SSP/PE

EXCELSIOR SEGUROS
22 MAR 2017
SEGURO DPVAT.

TABELIONATO FIGUEIREDO - 8º OFÍCIO DE NOTAS DO RECIFE
Av. Herculano Bandeira, 563 - Pina - Recife - Pernambuco - Fone: (81) 3073-0800
Tranilido de Figueiredo Andrade de Oliveira Filho - Tabelião Público

Reconheço a(s) firma(s) por Semelhança(s) de:
00570331 - VALDERLI FRANCISCO DA SILVA
00570311 - ANA GABRIELA DE ANDRADE LIMA

Recife, 05 de Fevereiro de 2014.
Emolumentos: 5,56; TSNR: 1,24; FERC: 0,62; Total: 7,42
Em testº da verdade. Tabelião Público


BRENO ANDRADE DE OLIVEIRA
ESCREVENTE AUTORIZADO

Válido somente com o Selo nº 1 ACR66540

ACR066540

JUNTA COMERCIAL DO ESTADO DE PERNAMBUCO
CERTIFICO O REGISTRO EM: 25/02/2014
SOB Nº: 20149842627
Protocolo: 14/984262-7
Empresa: 26 2 0142179 0
SEG VIGILANCIA E SEGURANCA LTDA

JOÃO BATISTA DE MOURA
SECRETARIO-GERAL


João C. de Chateaubriand
Matr. 21652
Analista de Processos
da Junta Comercial do Estado de Pernambuco

8º OFÍCIO DE NOTAS DO RECIFE - www.tabelionatofigueiredo.com.br
Av. Herculano Bandeira, 563 - Pina - Recife - Pernambuco - Fone: (81) 3073-0800
Tranilido de Figueiredo Andrade de Oliveira Filho - Tabelião Público

Cópia autêntica conforme o original
Recife, 10/02/2017 - Em testº da verdade
BRUNO SILVA DE VASCONCELOS - Escrevente
Emol.: R\$ 3,81; TSNR: 0,66; FERC: 0,33; Total: 3,98
Selo eletrônico de fiscalização: 0073783.TLL02201707.02826

Consulte Autenticidade em: www.tjpe.jus.br/selodigital

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 DEPARTAMENTO NACIONAL DO TRÂNSITO

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
 761-117354

PROIBIDA PLASTIFICAÇÃO
 761-117354

NOME
 VALDESILI FRANCISCO DA SILVA

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF
 3875590 SSP PE

CPF
 479.121.704-72

DATA NASCIMENTO
 13/03/1969

FILIAÇÃO
 JOSE FRANCISCO DA SILVA
 MARIA BERNARDO DA SILVA

PERMISSÃO
 ACC
 CAT. HAB.
 B

Nº REGISTRO
 00438199910

VALIDADE
 26/09/2018

HABILITAÇÃO
 11/11/1998

OBSERVAÇÕES
 sem observações

ASSINATURA DO PORTADOR
Valdesili Francisco da Silva

LOCAL
 RECIFE - PE

DATA EMISSÃO
 26/09/2013

ASSINATURA DO EMISSOR
Valdesili Francisco da Silva

01558841437
 P8055713947

DEPARTAMENTO NACIONAL DO TRÂNSITO

8º OFÍCIO DE NOTAS DO RECIFE - www.tabelionatofigueiredo.com.br
 Av. Herculano Bandeira, 563 - Pina - Recife - Pernambuco - Fones: (81) 3073-0800
 Ivanildo de Figueiredo Andrade de Oliveira Filho - Tabelião Público

Cópia autêntica conforme o original
 Recife, 10/02/2017 - Em testº da verdade
 BRUNO SILVA DE VASCONCELOS - Escrevente
 Emol.: R\$ 3,81; TSNR: 0,66; FERC: 0,33; Total: 3,98
 Selo eletrônico de fiscalização: 0073783.TNM02201707.00794

Consulte Autenticidade em: www.tpe.jus.br/selodigital



EXCELSIOR SEGUROS

22 MAR 2017

SEGURO DPVAT.



Seguradora Líder - DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS

ID

IDENTIFICAÇÃO

VITIMA Enilda Per dos Santos Filho

DATA DO ACIDENTE 29/12/16 CPF DA VITIMA 452.019.354-00

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR () VITIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM

A VITIMA É

ENDEREÇO DO PORTADOR

Nº _____ COMPLEMENTO _____ BAIRRO _____

CIDADE _____ UF _____ CEP _____

E-MAIL _____ TELEFONE (____) _____

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

(X) REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)

(X) CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CERTIDÃO DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

(X) CPF DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

(X) LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)

(X) NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VITIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A INEXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA

(X) BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

(X) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

(X) AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

EXCELSIOR SEGUROS
22 MAR 2017
SEGURO DPVAT

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

() CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

() CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

() COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL), OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VITIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

() REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)

() CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CERTIDÃO DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

() CPF DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

() RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SORRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

() COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS

() NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

() COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

() AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

() CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

() CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

() COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VITIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

VALORES DE INDENIZAÇÃO

- MORTE = R\$ 13.500,00
- INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00, ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
- DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.

• PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA

• COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO

• PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSISTO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 21/03/17

IDENTIDADE [Assinatura]

ASSINATURA

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA 21/03/17

NOME [Assinatura]

ASSINATURA

Outros



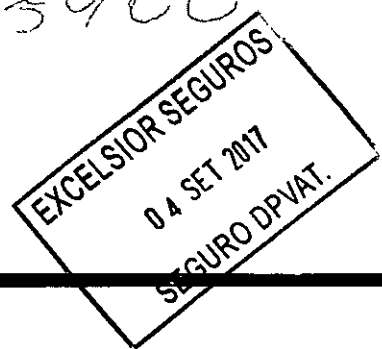
Eu, Emilio José dos Santos P. L. B.
enferme que fui vítima de acidente
de trânsito, com fratura na tíbia
causando também osteomielite
aguda no decorrer.

Hoje encontro com esta infir-
midade onde me causa forte dor
e muita dificuldade para locomoção.

Solicito por favor uma nome-
natura pericial, pois o valor
recebido é muito inferior a gravi-
dade da minha lesão.

Ass. Emilio José dos Santos P. L. B.

+ 452019 35400



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3170168696 **Cidade:** Recife **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ENILDO JOSE DOS SANTOS FILHO **Data do acidente:** 29/12/2016 **Seguradora:** INVESTPREV SEGUROS E PREVIDENCIA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 07/04/2017

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE PERNA DIREITA E TRAUMA EM QUADRIL ESQUERDO

Resultados terapêuticos: COM SEQUELA

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL DO MI DIREITO

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: INVALIDEZ PARCIAL / MI DIREITO: 50% DE 70%

Documentos complementares:

Observações:

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 médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
Total			35 %	R\$ 4.725,00

PRESTADOR

VISÃO MÉDICA LTDA

Nome do médico: JORGE ALBERTO C DE SOUZA

CRM do médico: 52.37730-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170168696 **Cidade:** Recife **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ENILDO JOSE DOS SANTOS FILHO **Data do acidente:** 29/12/2016 **Seguradora:** INVESTPREV SEGUROS E PREVIDENCIA

PARECER

Diagnóstico: Fratura da tíbia direita.

Descrição do exame médico pericial: Ao exame edema intenso +++/++++ na perna direita com saída de grande quantidade de secreção amarelada com odor fétido dos pontos de inserção do fixador externo evidenciando osteomielite, comprometendo a deambulação e limitando os movimentos do tornozelo e joelho direitos. Vítima apresentou estes sintomas uma semana após a perícia anterior.

Resultados terapêuticos: Tratamento cirúrgico com colocação de fixador externo, evoluindo com osteomielite com prognóstico sombrio.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do membro inferior direito

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 13/09/2017

Conduta mantida: Não

Observações: Vítima já indenizado como dano leve do membro inferior direito. De acordo com novo exame vítima com agravos. Complementar para dano severo do membro inferior direito.

Médico examinador: Paulo Sergio Muniz

CRM do médico: 5530

UF do CRM do médico: PE

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 médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
Total			35 %	R\$ 4.725,00

PRESTADOR

ACE GESTÃO DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: OTELO CORRÊA DOS SANTOS FILHO

CRM do médico: 52.18145-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



PROCURAÇÃO

Outorgante: EMILDO JOSE DOS S. FILHO brasileiro (a), estado civil SOLTEIRO, profissão FISCAL, residente e domiciliado à Rua RUA CALCOENE, nº 513 bairro: C. AMARELA Município de Recife, Estado de(o) PERNAMBUCO, Cep: 52070-151, portador(a) do Rg nº: 2843983, e CPF nº 45201935400

Outorgado: MARIA ÁUREA LUCENA DE QUEIROZ VEIGA brasileiro(a), estado civil SOLTEIRA, profissão EMPRESARIA, residente e domiciliado(a) à Rua RODRIGUES DE MENDONÇA, nº 45, bairro: PRADO Município de RECIFE, Estado de (o) PERNAMBUCO Cep.: 50.720-170, portador (a) do RG nº 6.359.362 SDSPE/ e CPF nº 059.058.754-48.

Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o(a) outorgado(a) seu bastante procurador(a), para o fim especial de requerer junto à qualquer seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou em acidente de trânsito o(a) Sr.(a) EMILDO JOSE DOS S. FILHO, ocorrido em 29-12-2016, conforme registrado pelo B.O anexo ao processo.

Podendo dito(a) procurador(a), representar o(a) outorgante como se o(a) próprio(a) fosse, podendo requerer, assinar recibos, assinar Declarações de endereço, assinar Autorização de Pagamento/Crédito de Indenização de Sinistro DPVAT, para o pagamento de quitação da Indenização de Sinistro DPVAT, enfim requerer e assinar todos os papéis e documentos que forem precisos e praticar todos os demais atos necessários para o mais amplo e fiel cumprimento do presente mandato.

Recife, 10 de março de 2017.

Cartório do Registro Civil da 13ª Zona Judiciária da Capital
Rua Senador Soares Meireles, 111 - Casa Amarela - Recife-PE - CEP: 52070-300 - Fone: (81) 3304-4722

Reconheço, por autenticidade, a firma de Emildo Jose dos Santos Filho de Costa Lima

EMILDO JOSE DOS SANTOS FILHO

que confere c/ o padrão rec: nesta serventia. Dou fé.
Recife, 10/03/2017 Em test: da verdade.

Total: R\$ 4,66. Rodrigo Gonçalves dos Santos

Válido somente com o selo 0073890.FKH03201701.00785 (Substituto)

Consulte: www.tjpe.jus.br/selodigital

CARTÓRIO
DE CASA
AMARELA



Outorgante

CPF Nº 452-01935400

Obs.: Reconhecer firma em cartório por autenticidade ou verdadeira

EXCELSIOR SEGUROS
22 MAR 2017
SEGURO 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

Nome do(a) Examinado(a): **ENILDO JOSE DOS SANTOS FILHO** Sinistro: **3170168696** Data: **29/12/2016**

Endereço do(a) Examinado(a): **Rua Calçoene, 513, A - Alto do Mandu - Recife - PE - CEP 52071-151**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSP /PE**] **2843933**

Data local do exame: [**07/08/2017**] **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 diafisária fechada da tíbia direita. Vítima refere dor no membro inferior direito aos esforços e perda da força muscular. Ao exame, apresenta edema residual importante, marcha claudicante, deambulação com apoio de muletas. Limitação importante de flexo-extensão de tornozelo e leve da flexo-extensão de joelho.

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? [**X**] Sim [] Não

Caso a resposta seja "Não", favor NÃO preencher os demais campos abaixo, exceto o das observações (item V(*)), se necessário

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? [**X**] Sim [] Não

Caso a resposta seja "Não", prosseguir SOMENTE se houver alguma correlação entre a queixa e o histórico do acidente, justificando-a nas observações (item V(**))

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações.

A vítima foi submetida a tratamento cirúrgico com redução e fixação externa. Após retirada do fixador externo imobilização gessada. Alta definitiva há 1 mês.

III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)? [**X**] 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 funcional do membro inferior direito

Caso a resposta seja "Não", concluir dentre as opções no item IV "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item IV opções "b" ou "c"

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"
Esta avaliação médica deve ser repetida em ____ dias

() "Exame não permite conclusão"
Vide motivo do impedimento no campo das observações

() "Sem sequela permanente" (Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):
Membro inferior direito

% do dano: () 10% residual (**X**) 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo


Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

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 valoração do dano corporal.


Dra. Ana Maria Barros Falcao
CPF: 276.995.874-72
CRM: 8978-PE