

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 tibia 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 inicio 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,



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.

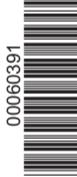
Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do inicio 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.seguradoraslider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Rio de Janeiro, 17 de Agosto de 2017

Carta n°: 11497505

A/C: ENILDO JOSE DOS SANTOS FILHO

Sinistro: 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.: 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.seguradoraslider.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.

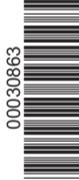
Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do inicio 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 n°: 11735285

A/C: ENILDO JOSE DOS SANTOS FILHO

Sinistro: 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.: 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.seguradoraslider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

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, Enilda José dos Santos Filho

PORTADOR(A) DO RG N° 2893 933

EXPEDIDO POR SS PIPE

EM 24/10/08

CPF 050009359-00 /CNPJ 00000000000000000000, PROFISSÃO funcionaria.
E RENDA MENSAL DE R\$ recurso (.) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO
SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Enilda 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 MEI;
- 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 Lotáticas 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 da 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

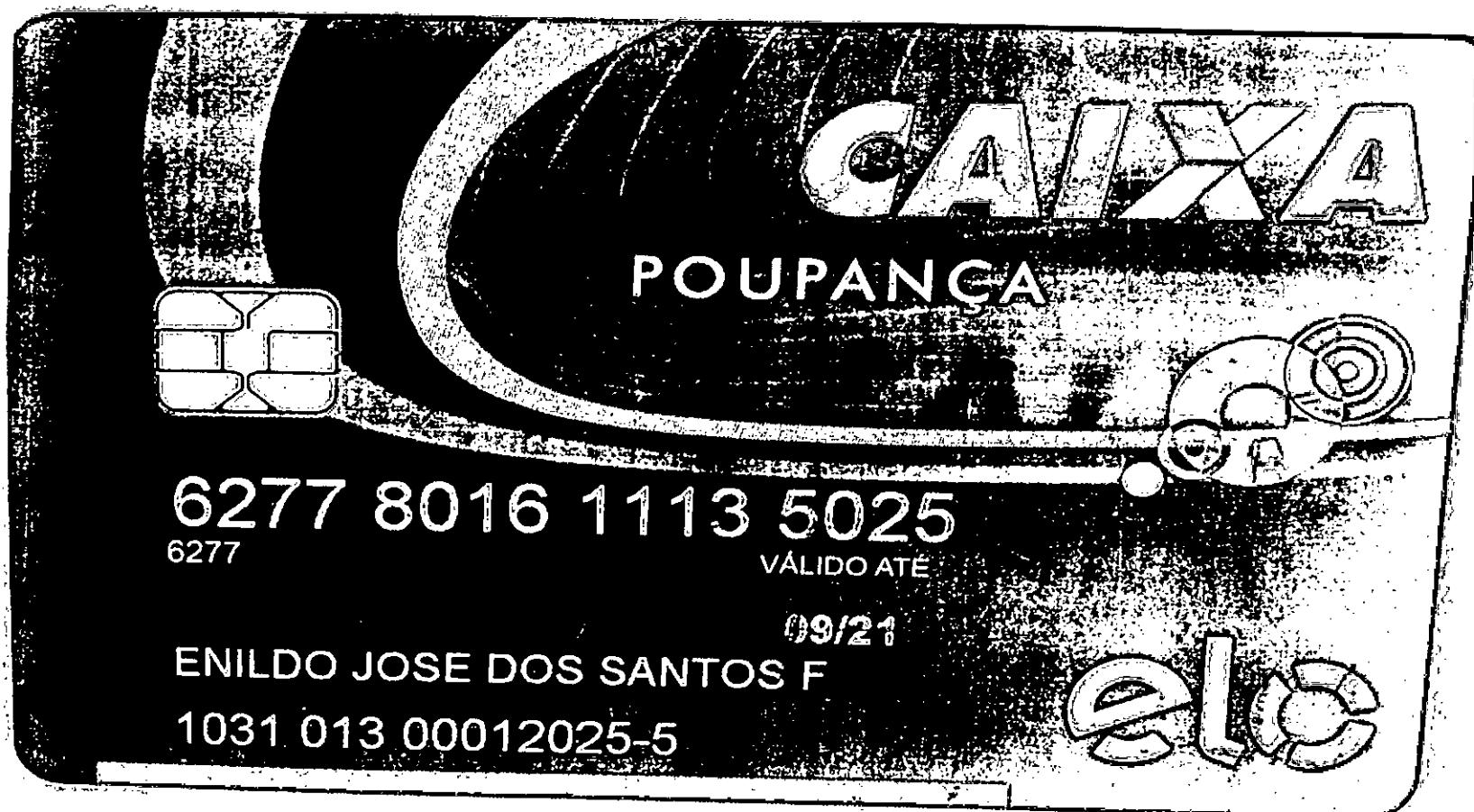
DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO. DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRIAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

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. 17 E0096000813

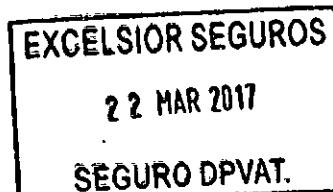
Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 02/02/2017 às 12:47

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (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:

VEÍCULO: (Produto de crime contra o patrimônio) , que estava em posse do(a) Sr(a): ENILDO JOSÉ DOS SANTOS FILHO
 VEÍCULO: (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

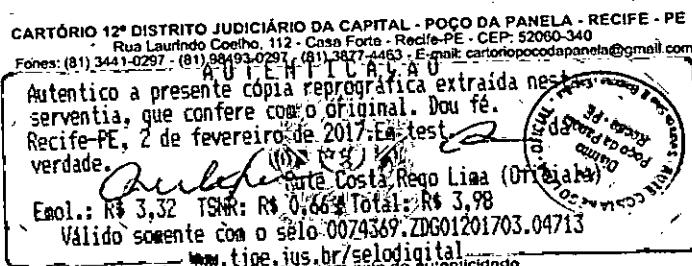
SUSP (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

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

VEÍCULO 01 (VEÍCULO), 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 ELETRÔNIC

VEÍCULO 02 (VEÍCULO) 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)



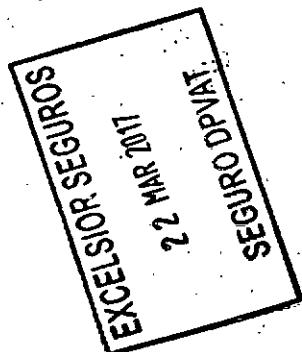
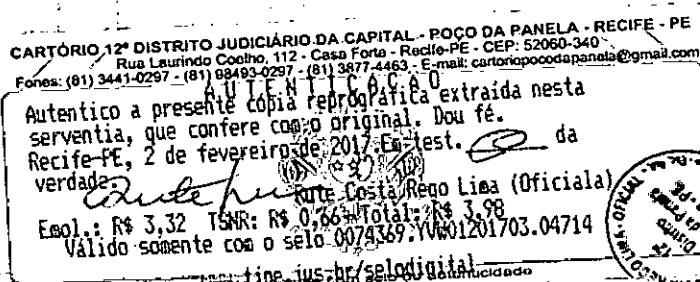
Complemento / Observação

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 VÉHICULO 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 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





DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, Enildo José dos Santos Filho portador da carteira de identidade nº 2843933 e inscrito no CPF sob o nº 552.019.354-00 residente e domiciliado na Rua Colcoene, Nº513 BAIRRO: Altinho Mundu 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

EXCELSIOR SEGUROS
22 MAR 2017
SEGURO DPVAT.

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

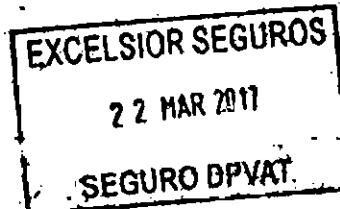
DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO

DA N°: 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**, declarámos 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 do Recife
Sergio Parente Costa
Dr. Sérgio Parente Costa
Gerente de Informação e Avaliação
SAMU Metropolitano do Recife





DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Enaldo José dos Sontos Filho
 RG nº 28139330, data de expedição 24/10/08, Órgão SSP/PE
 CPF 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>	<u>EXCELSIOR SEGUROS</u>
Número	<u>553</u>	<u>22 MAR 2017</u>
Apto/Complemento	<u>A</u>	<u>SEGURO DPVAT.</u>
Bairro	<u>Alto do Moundu</u>	
Cidade	<u>Recife</u>	
Estado	<u>Pernambuco</u>	
CEP	<u>52071-151</u>	
Telefone de Contato	<u>(81) 34464224 (81) 9.97400111</u>	
E-mail		

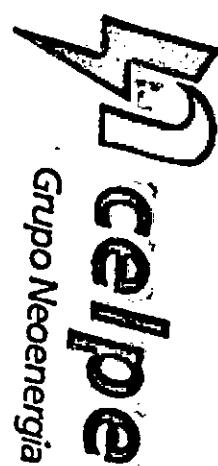
Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data:

Recife 24 de março de 2017

Assinatura do Declarante:

Enaldo José dos Sontos Filho



Grupo Neoenergia

NOTA FISCAL

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

DADOS DO CLIENTE

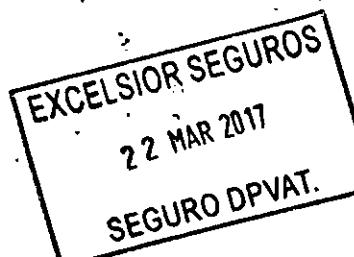
ENILDO JOSE DOS SANTOS FILHO

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA CALCOENE 513 A

CPF: 103 507 724-87

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL
Monofásico



PRAZO DA NOTA FISCAL		SÉRIE	Nº DA EMISSÃO
0015398670	ÚNICA	13/02/2017	
FAZERES/Nº DO CLIENTE	Nº DA INSTALAÇÃO		
13/02/2017	2000896827	2671054	
DESCRICAÇÃO DA NOTA FISCAL			
QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)	
169.000000	0,61080182	103,22	
Consumo Ativo(kWh)		15,35	
Contribuição Iluminação Pública		0,91	
		21,26	



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Enilda Rose dos Santos Filho,

RG nº 2.843.933, data de expedição / /, Órgão SSP/PC,

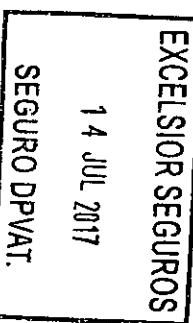
CPF nº 452.019.354-00 venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>R. Caldeireira</u>
Número	<u>533 A</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>Altô do Mangue</u>
Cidade	<u>Recife</u>
Estado	<u>PE</u>
CEP	<u>52073-151</u>
Telefone de Contato	<u>(81) 3446-4229 997190111</u>
E-mail	<u>- - -</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Recife 14 de Julho de 2017

Assinatura do Declarante: Enilda Rose dos Santos Filho



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**



Gaudio & Coopersmith

www.celpe.com.br

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

COMERCIAL 116 | PRONTIDÃO 116

Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142

Ovidoria 0800 282 5599

Delegados do Estado

Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados do Estado de Mato Grosso - ARPE: 0800-722-0167 - Linhação Grátis de Telefones Fixos

800-727-0167-Eigaçao Gratuita de Telefones Fixos
Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL

Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL

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

DESCRICAO DA NOTA FISCAL

DESCRÍÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)	139,00	0,71588673	99,5
Acréscimo Bandeira AMARELA			1,8
Contribuição Iluminação Pública			12,8
ICMS Subvenção-CDE-NF 001647855-12/05/17			1,0
Multa por atraso-NF 001521267 - 13/06/17			2,8
Juros por atraso-NF 001521267 - 13/06/17			0,8
TOTAL DA FATURA			119,0

3446-4224
9714-0111

Tarifas Aplicadas		HISTÓRICO DO CONSUMO	
Consumo Ativo(kWh)	0,48036000		kWh
		JUL	17
		JUN	17
		MAI	17
		ABR	17
		MAR	17
		FEV	17
		JAN	17
		DEZ	16
		NOV	16
		OUT	16
		SET	16
		AGO	16
		JUL	16

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	4,95	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 de 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 style="text-align: center;">Evite dobrar, perfurar ou rasurar.</p> <p style="text-align: center;">Este cahnoto 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.

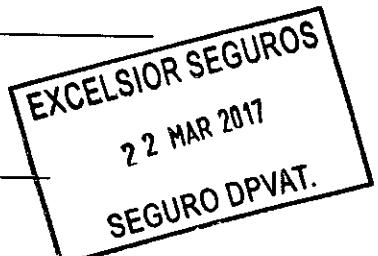
² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Mario Júlio L. d Q. Veigo, portador(a) do RG nº 6.359.362, expedido por SDS/PE, em 05/12/15, CPF/CNPJ nº 059.058.754-48, na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário (a) Enilda José dos Santos Filho do sinistro de DPVAT da natureza involuída da vítima Enilda José dos Santos Filho, e conforme determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

Profissão: Recurso Renda Mensal: R\$ Recurso

Documentos comprobatórios: Recurso

Mario Júlio L. d Q. 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

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

Reconheço a(s) firma(s) por autenticidade de:
[0057033] - VALDERLI FRANCISCO DA SILVA

Recife, 17 de Fevereiro de 2017 - Em testo da verdade.
FABIANA PEREIRA DE LIMA - Escrivane
Email.: R\$ 4,47; TSNR: 0,78; FERC: 0,39; Total: 4,66
Selo eletrônico de fiscalização: 0073783.GSK02201712.01433

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

Recife, 15 de fevereiro de 2016



SEG VIGILÂNCIA E SEGURANÇA LTDA

Valderli Francisco da Silva

CPF: 479.121.704-72

Sócio-Gerente

EXCELSIOR SEGUROS

22 MAR 2017

SEGURO DPVAT.

Boletim de Pronto Atendimento de Emergência e Urgência

Queixa Principal / História

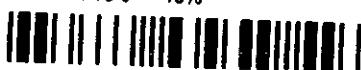
VÍTIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO QUEIXA-SE DE DOR NA Perna DIREITA E QUADRIL ESQUERDO
 NEGA VOMITOS, PERDA DA CONSCIENCIA OU CERVICALGIA

Antecedentes

SIM NÃO
 DM:

DOCUMENTO 5 *T5%*

HAS:



Medicamentos:

Alergia:

Exame Físico

EG Bom	Orientado e Conversando	Consciente	Hidratado
Nutrido	Corado	Acianótico	Anictérico
Eupnéico	Afebril	Sem Edemas	

	ACV:	Não Examinado	Normal	Alterada	Observação
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 O ₂
							18

Recife, 06 de Fevereiro de 2017

CÓPIA
UPA - IMBIRibeira
RATIFICO AVERACIDADE DESSA CÓPIA DO PRONTUÁRIO
MÉDICO ELÉTRONICO

Dr. Marcello Silveira
Côntrato Médico - CRM/PE 2.422

Médico: ANDERSON ARY DIAS DE OLIVEIRA SILVA
 CRM: 21731

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 AUTOMOVEL E VEIC A MOTOR 2 3 RODAS Ciclo.: /
Diagnóstico:
Protocolo.:
Classificação de Risco:URG

1ª VIA

Rubrica do Responsável



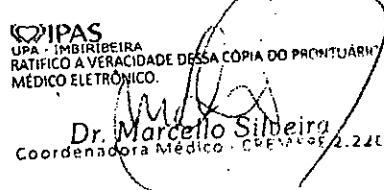
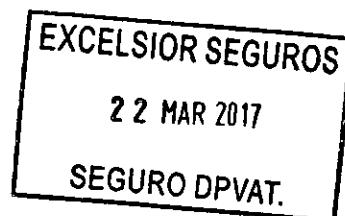
Classificação de Risco: URGENTE

Alergias: NEGA ALERGIAS, ABCIXIMAB

PRESCRIÇÃO 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 RA ; Exame: 236982						



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 AUTOMOVEL 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

PRESCRIÇÃO MEDICA

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

EXCELSIOR SEGUROS
22 MAR 2017
SEGURO DPVAT.

COPIAS
UPA - IMBIRIBEIRA
RÁTIFICO A VERACIDADE DESSA CóPIA DO PRONTUÁRIO
MÉDICO ELETRÔNICO.

Dr. Marcello Silveira
Coordenadora Médica - CRM 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

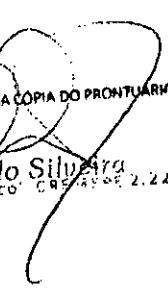
Acompanhamento Médico

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 COPIA DO PRONTUÁRIO
MÉDICO ELETRÔNICO.
Dr. Marcello Silveira
Coordenadora Médico CRM-PE 2.221

SANTA CASA
DE MISERICÓRDIA DO RECIFE
HOSPITAL SANTO AMARO

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

Drª Roberta Cavalcanti de Almeida
Diretora Técnica do Hospital Santo Amaro

Secretaria do Estado do Estado do Pernambuco
HOSPITAL
Getúlio Vargas

NOME DA UNIDADE:
HOSPITAL GETULIO VARGAS
CGC:
10.572.048/0005-51

LAUDO PARA EMISSAO DE AIH

CARTAO SUS:

SENHA:

NOOME DO PACIENTE:

Guilherme

JUN

0001

Scamam

Guilherme

DATA DE NASCIMENTO:

08/10/58

SEXO:

M

Nº DO REGISTRO:

1038749

NOME DA MÃE:

Edilete

Dan da Silva

ENDERECO:

BLOCO:

APT:

BAIRRO:

UF:

CEP:

Recife

Alto do Mandu

JUSTIFICATIVA DA INTERNACAO:

HISTÓRIA CLINICA:

Exame de rotina - exames complementares - exames de rotina

EXAME FÍSICO:

Exame

EXERCICIO PECUARIOS

PRINCIPAIS RESULTADOS DOS EXAMES COMPLEMENTARES:

22 MAR 2011

SEGURO DPVAT

DIAGNOSTICO PRINCIPAL:

Holopneurose

CÓDIGO:

PROCEDIMENTO SOLICITADO:

Exame de rotina

DATA:

DESCRICAÇÃO DA CLINICA E ESPECIALIDADE:

Ginecologista
Obstetra e Andrologia

CARACTER DA INTERNACAO:

DATA:

22/03/2011

DATA:

CARIMBO E ASSINATURA DO MEDICO SOLICITANTE DA INTERNACAO:

CARIMBO E ASSINATURA DO MEDICO AUTORIZADOR:

PARA USO DAS UNIDADES PÚBLICAS

AUTORIZAÇÃO PARA INTERNACAO EM UNIDADE COMPLEMENTAR

NOME DA UNIDADE:

PROVA 10481

S/010

C2

CARIMBO E ASSINATURA DO MEDICO RESPONSÁVEL PELO ENCAMINHAMENTO:

Avenida General Benedito José de Carvalho,
Recife/PE - CEP: 50.000-000
Fone: (81) 3154-6600/11

DATA DO ENCAMINHAMENTO:

HGV 1024 V 1.2011

SUS: Sistema Único de Saúde	LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO E DE PROcedimento(S) ESPECIAL(AS)	FOLHA 1/2
Identificação do Paciente:	Identificação do Profissional Sócio-Econômico	
Nome do Profissional Sócio-Econômico:	H.S.A.	
Identificação do Paciente:	Enredo José dos Santos Filho	
Nº DO DOCUMENTO:	445578	
SEXO:	MASCULINO	
DATA DE Nascimento:	10/01/1960	
TIPO DE CONTATO:	TELEFONE	
ENDEREÇO:	RUA MARQUES DE VASCONCELOS, 1000 - BARRA DA TERRA - SALVADOR - BAIRRO DA TERRA - BA	
MUNICÍPIO:	SALVADOR - BA	
CEP:	40170-000	
20 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR/AMBULATÓRIO:		
MUDANÇA DE PROCEDIMENTO:		
21 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOCIO-ECONÔMICO ANTERIOR:	22 - CÓD. IDENTIFICAÇÃO AVULSO:	
23 - IDENTIFICAÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO: NOVO CÓD.	24 - CÓD. IDENTIFICAÇÃO AVULSO:	
25 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO:	26 - DATA DE INSCRIÇÃO:	
X SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO CIRÚRGICO:		
Final: Cr. Fratura de ossos da perna ① 0408030500		
27 - ADIÇÃO DO DIA/MESES/ANO DE ACOMPANHAMENTO:	DIÁRIO DE UNIDADE:	DIÁRIO DE UNIDADE:
28 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL:	070303040602	070203080506
29 - DESCRIÇÃO DO PROBLEMA:	Painel de Shultz	
30 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL:		
Paciente vítima de acidente moto x carro há 10h, resultando em Fratura dos Ossos da Perna Direita, evoluindo com dor e edema local.		
Necessitando de procedimento cirúrgico: Operado. Alta Hospitalar após melhora.		
PROFISSIONAL SOLICITANTE:		
Dr. Wagner Salgado		
DATA DE SOLICITAÇÃO: 03/01/16		
Nº DO DOCUMENTO: 14514226420		
AUTORIZAÇÃO:		
Data Autorização: 03/01/16		
Assinatura:		
PÁGINA 1 DE 1		



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 Protuario: 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.



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 Protuario: 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
SEGURÓ 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.



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 Protuario: 1074181 Sexo: Masculino Idade: 48 ano (s)
Data: 03/01/2017 / 11:49 Convênio:
Intervalo: 6 SUS - AMB

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 antisepsia;
3. Aposição de campos cirúrgicos;
4. Realizado incisão + dissecção 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

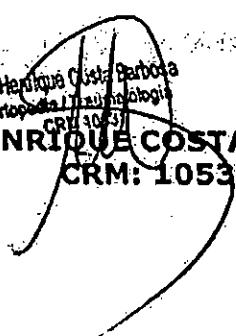
Atestado Pós Cirúrgico

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
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

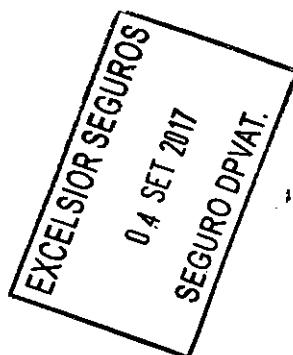
Recife, 24/08/2017

Dr. Azarias Salgado
Insm. Oni - CRM: 6218
24 AGO LUN

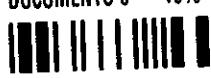
Documentacao medico - hospitalar



Dr. AZARIAS SALGADO DE VASCONCELOS NETO
CRM: 6218



DOCUMENTO 6 *T6%



ELSIOR SEGUROS

22 MAR 2017

SEGURO DPVAT.

PROIBIDO PLASTIFICAR

1416564234

VALIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL

1416564234

NOTE
ENILDO JOSE DOS SANTOS FILHO

-DOC. DEMONSTRATIVO ESSOR 10
03777167925

CPF
452-019-358-00

DATA Nascimento
08/01/1968

ENILDO JOSE DOS SANTOS
ESTERLIZIA DIAS DA SILVA



Nº DO RG
03777167925

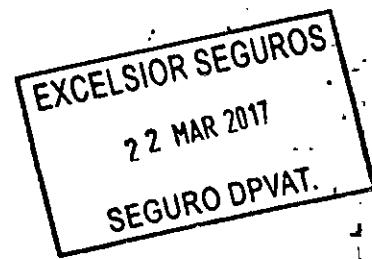
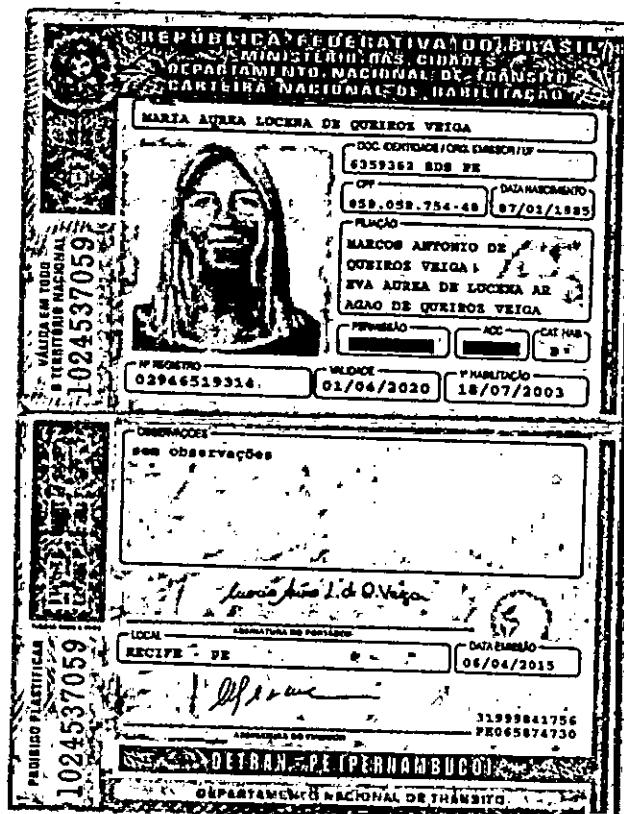
NASCIMENTO
03/12/2002

EXPEDICAO
03/02/2006

SEXO
M
OUTRA
ADM

45102641826
P2076112322

DOCUMENTO 3 *T3%



OBS → Doces em cinto do moto

DOCUMENTO 7 77%



DETAN

DETRAN - PE		CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO		Nº 012299214242
		CÓD. RENAVAM	PLACA	EXERCÍCIO
1105160343			OMT7358	2016
326 VITÓRIA - PE		NOME DO PROPRIETÁRIO		
RECIFE - PE		RECIFEL - PE		
05-375-027/0001-91		CPF / CNPJ		
PLACA ANTIUVE		CHASSI		
05-375-027/0001-91		OMT7358		
ESPECE DE BOMBO		PLACA		
FAS / MOTOCICLETA		OMT7358		
HONDA / HXL150 FRS 150		OMT7358		
CAR/POT/GIL		OMT7358		
2014/1490CL		OMT7358		
PARTIC		OMT7358		
COR PREDOMINANTE		OMT7358		
COTA UNICA		OMT7358		
VENC. COTA UNICA		OMT7358		
VENC. COTAS		OMT7358		
P		OMT7358		
LEIA 2015 QUITADO		OMT7358		
V		OMT7358		
FAIXA LARVA		OMT7358		
PAGAMENTO / COTAS		OMT7358		
PRÉMIO TARIFÁRIO (R\$) 10 (R\$)		OMT7358		
SEGURACAO (R\$) 0 (R\$)		OMT7358		
SEX		OMT7358		
SER. PRINCIPAL DO DOCUMENTO DE SEGURO		OMT7358		
SEGURO DE VIDA PARA TRANSFERÊNCIA		OMT7358		
PAGAMENTO LOCAL		OMT7358		
DATA		OMT7358		
25/03/16		OMT7358		
OBSERVACOES		OMT7358		

SEGURO DE VIDA PARA PESSOAS DE 01 A 70 ANOS
AUTOMÓVEL, MOTO E VEÍCULOS
COM PROTEÇÃO CONTRA O DESVALO
E ASSALTOS

PE Nº 012299214242 BILHETE DE SEGURO DPVAT
SEGURADORA: R. SEGURANÇA LTDA
51021-350 RECIBO PE Nº

FIRMA: RECIFE - PE

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

www.dpvatsseguradotransito.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

012299214242
RECEBI O CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENÇA
DE _____ DE _____

ASSINATURA

EXCELSIOR SEGUROS

22 MAR 2017

SEGURADO DPVAT.

SEGURO DA LÍDER - DPVAT

www.seguradoralider.com.br

AGO / 2015

CÓD. RENAVAM

1105160343

**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 tibia direita. Ao exame edema intenso +++/++++ na perna direita com saída de grande quantidade de secreção amarela 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.

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

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

() "Exame não permite conclusão"

Vide motivo do impedimento no campo das observações

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

Região Corporal (Sequela):

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

% 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 SEG VIGILÂNCIA E SEGURANÇA LTDA.

ANA GABRIELA DE ANDRADE LIMA, brasileira, solteira, nascida em 06/08/1980, empresaria, portadora da carteira de identidade nº 4.324.611 SDS-PE e CPF nº 027.342.954-07, residente e domiciliada à Rua Setubal, nº 633, Apt 2802, Bairro 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 SSP-PE e CPF nº 479.121.704-72, residente e domiciliado à Rua General Francisco Figueiroa, nº 94, Bairro de Areias, CEP 50870-010, Recife/PE, únicos sócios componentes da sociedade **SEC VIGILÂNCIA 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, deliberaram 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:

EXCELSIOR SEGUROS

DO CAPITAL SOCIAL

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:

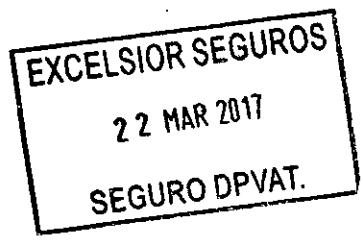
Nome	Nº Quotas	%	Valor Nominal (R\$)	Valor Total (R\$)
ANA GABRIELA DE ANDRADE LIMA	1.400	1	1,00	1.400,00
VALDERLI FRANCISCO DA SILVA	138.600	99	1,00	138.600
TOTAL	140.000	100%	1,00	140.000,00

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.

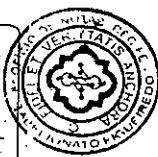




	JUNTA COMERCIAL DO ESTADO DE PERNAMBUCO CERTIFICO O REGISTRO EM: 25/02/2014 SOB N°: 20149842627 Protocolo: 14/984262-7 Empresa: 26 2 0142179 0 SEG VIGILANCIA E SEGURANCA LTDA
JOÃO BATISTA DE MOURA SECRETARIO-GERAL	

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 test 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.VRZ02201707.00808



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 público de procuração, e procedendo este exercer os poderes de gestão isoladamente.

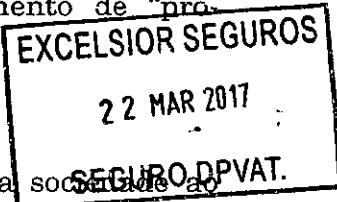
DO BALANÇO PATRIMONIAL DOS LUCROS E PERDAS

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 "pró 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 112 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, nº1 98, 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

Isvaldo de Figueiredo Andrade e Filho - Tabelião Públco

Cópia autêntica conforme o original

Recife, 10/02/2017 - Em testemunha 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 estabeleccimentos (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 público 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. 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 test^o de verdade.
BRUNO SILVA DE VASCONCELOS - Escrivente
Emol.: R\$ 3,81; TSNR: 0,66; FERC: 0,33; Total: 3,98
Selo eletrônico de fiscalização: 0073783.WFV02201707.00800

EXCELSIOR SEGUROS
22 MAR 2017
SEGURO DPVAT.

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 for o 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 bens será apurado e liquidado com base na situação patrimonial da sociedade, à data da resolução, verificada em balanço especialmente levantado.

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 DESEMPESSIMENTO

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. Herculano Bandeira, 563 - Pina - Recife - Pernambuco - Fones: (81) 3073-0800
Tabelião de Figueiredo Andrade da Oliveira Filho - Tabelião Público

Cópia autêntica conforme o original
Recife, 10/02/2017 - Em teste de verdade.
BRUNO SILVA DE VASCONCELOS - Escrivane
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.

TJPE

ANA GABRIELA DE ANDRADE LIMA

VALDERLI FRANCISCO DA SILVA

Flávio Jorge Mota
OAB-PE 17.387

Testemunhas:

Nome: AURECIO FLORIANO
RG: 1.433.618 S05/PE

Nome: JARMAS 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
Início de Figueiredo Andrade de Oliveira Filho - Tabelião Público

Reconhecido(a)s firmar(a)s por: Gabinete(a)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 test^o da verdade. Tabelião Públco

BRENO ANDRADE DE OLIVEIRA
ESCREVENTE AUTORIZADO

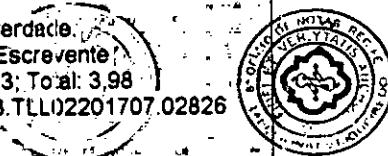
Válido somente com o Selo nº ACR066540 IDADE E FISCALIZAÇÃO

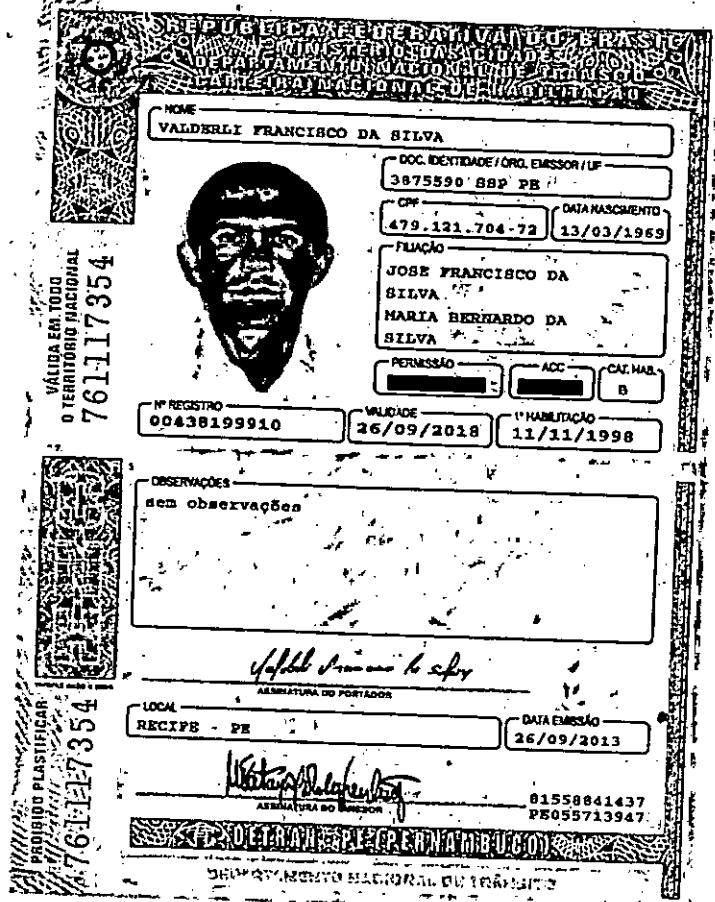


JUNTA COMERCIAL DO ESTADO DE PERNAMBUCO
CERTIFICO O REGISTRO EM: 25/02/2014
SOB Nº: 20149842627
Protocolo: 14/984262-7
Empresa: 26 2 0142179 0
SEG VIGILANCIA E SEGURANCA LTDA
JOÃO BATISTA DE MOURA
SECRETARIO-GERAL

alio C. de Chateaubriand
Matr. 21652
Analista de Processos
da 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 Início de Figueiredo Andrade de Oliveira Filho - Tabelião Público
Cópia autêntica conforme o original
Recife, 10/02/2017 - Em test ^o 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.TL02201707.02826





8º OFÍCIO DE NOTAS DO RECIFE - www.tabelionatofigueiredo.com.br
Av. Herculano Bandeira, 363 - Pina - Recife - Pernambuco - Fones: (81) 3073-0900
Is anexo de Efigêniro Andrade de Oliveira Filho - Tabelião Público

Cópia autêntica conforme o original

Recife, 10/02/2017 - Em testemunha 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.tjpe.jus.br/seledigital



EXCELSIOR SEGUROS

22 MAR 2017

SEGURÓ DPVAT.

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA Enilda Ferreira dos Santos Filho
 DATA DO ACIDENTE 29/12/16 CPF DA VÍTIMA 452.619.334-00

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

() VÍTIMA

() REPRESENTANTE LEGAL, CUIJO PAPANTESCO COM

A VÍTIMA É _____

ENDEREÇO DO PORTADOR

Nº _____ COMPLEMENTO _____ BAIRRO _____
 CIDADE _____ UF _____ CEP _____
 E-MAIL _____ TELEFONE (____)

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- CARTERA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTERA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- NA IMPSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA
- BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

EXCELSIOR SEGUROS

22 MAR 2017

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- CARTERA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTERA DE TRABALHO OU CARTERA 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 VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- MORTE: R\$ 13.500,00
- INVALIDEZ PERMANENTE: ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM A 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.

- O 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, ACESSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 072 1204

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- CARTERA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTERA DE TRABALHO OU CARTERA 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 VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 21/03/17

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA 21/03/17

NOME _____

ASSINATURA Domilise

ASSINATURA _____

Outros



Fui, Enaldo José dos Santos P.H.G
enferme que fui vítima de acidente
de trânsito, com fratura na fibula
e também também osteomielite
profunda no osso.

Hoje encontro com estou infun-
do em onde me causam forte dores
e muito dificuldade para locomocião.
Solicito pra fertilizar um novo
área onde permitível, pois o local
reached é muito inferior a gravi-
dade da minha legit.

Ass. Enaldo José dos Santos

q. 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
Vítima: ENILDO JOSE DOS SANTOS FILHO **Data do acidente:** 29/12/2016
Natureza: Invalidez Permanente
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

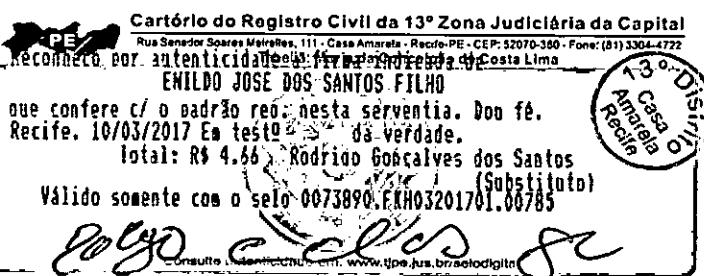
Outorgante: ENILDO JOSE DOS S. FILHO brasileiro (a), estado civil SOLTEIRO, profissão FISCAL, residente e domiciliado à Rua RUA CALCOENE, nº 513 bairro: C. AMARELA Município de RECIFE, Estado de(o) PERNAMBUCO, Cep: 52070151, portador(a) do RG nº: 2843983 e CPF nº 432-01935400

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) ENILDO 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 maio de 2017.



Outorgante
CPF Nº 432-01935400

Obs.: Reconhecer firma em cartório por autenticidade ou verdadeira



**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

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

() "Exame não permite conclusão"

Vide motivo do impedimento no campo das observações

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

Região Corporal (Sequela):

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

% 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.

Ana Falcao
Dra. Ana Maria Barros Falcao
CPF: 278.995.874-72
CRM: 8978-PE