



Número: **0023877-68.2019.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 34ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **17/04/2019**

Valor da causa: **R\$ 11.137,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
CLEVIO CARLOS RIBEIRO DA SILVA (AUTOR)	JULIANA DE ALBUQUERQUE MAGALHAES (ADVOGADO)
TOKIO MARINE SEGURADORA S.A. (RÉU)	RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO)
PAULO FERNANDO BEZERRA DE MENEZES FILHO (PERITO)	

Documentos

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
55580 077	16/12/2019 13:09	<u>2601891_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_JUR_01</u>	Petição em PDF



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 34ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE RECIFE/PE

Processo: 00238776820198172001

TOKIO MARINE SEGURADORA S.A, empresas seguradoras previamente qualificadas nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada, por seus advogados que esta subscreve, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **CLEVIO CARLOS RIBEIRO DA SILVA**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem mui respeitosamente, à presença de V. Ex.ª, em cumprimento ao referido despacho de fls., expor para ao final requerer o que se segue:

DO LAUDO PERICIAL

Trata-se de caso em que o Autor alega ser vítima de acidente automobilístico, resultando em invalidez permanente.

A parte autora requereu administrativamente indenização à ré, sendo realizada perícia a qual apurou lesão no membro inferior esquerdo com repercussão leve (25%), efetuando o pagamento no valor de R\$2.362,50:

Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020
www.joaobarbosaadvass.com.br



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 16/12/2019 13:09:27
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19121613092740900000054681713>
Número do documento: 19121613092740900000054681713

Num. 55580077 - Pág. 1

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA**DADOS DO SINISTRO**

Número: 3180459286 Cidade: Carpina Natureza: Invalidez Permanente
Vítima: CLEVIO CARLOS RIBEIRO DA SILVA Data do acidente: 02/06/2018 Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 19/10/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DO FÉMUR ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO(HASTE INTRAMEDULAR) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: VITIMA JÁ INDENIZADA EM SINISTRO ANTERIOR EM 50% DO MEMBRO INFERIOR DIREITO. SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECIMENTO DE SEQUELAS PERMANENTES, CASO EXISTAM.

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

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:

20/12/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:

2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: CLEVIO CARLOS RIBEIRO DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01242

CONTA: 000000044770-7

Nr. da Autenticação F570F00446BA23E4

Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020
www.joaobarbosaadvass.com.br



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 16/12/2019 13:09:27
https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19121613092740900000054681713
Número do documento: 19121613092740900000054681713

Num. 55580077 - Pág. 2

Após o deferimento da produção de perícia judicial médica, foi elaborado laudo pericial apurando as mesmas lesões antes detectadas pela ré em sede administrativa, todavia, agora com repercussão maior.

O ilustre perito afirma que a parte autora possui lesão no membro inferior esquerdo com repercussão média (50%).

Ressalta-se a discrepância entre as avaliações médicas. Administrativamente, foi apurada lesão no membro inferior esquerdo com repercussão leve (25%) e no presente laudo judicial a lesão com repercussão média (50%), uma diferença gradual de 25%.

Desta forma não é crível que com os avanços da medicina, os tratamentos realizados na parte autora serviram para agravar a doença e não oportunizaram uma melhora ou, no mínimo, a manutenção da lesão apurada na esfera administrativa.

É certo que o julgador não está adstrito à conclusão contida no laudo pericial, mas a simples leitura do mesmo demonstra que a r. Perito não buscou comprovar o suposto agravamento da lesão, somente limitando-se a responder os quesitos apresentados de maneira simplista e sem qualquer fundamentação.

Pelo exposto, a parte ré impugna o laudo pericial produzido, requerendo que seja afastada a conclusão pericial, devendo ser levado em consideração o conjunto fático-probatório dos autos, sobretudo os documentos médicos acostados na exordial, que demonstram a ausência de agravamento da lesão capaz de gerar complementação indenizatória, sendo os pedidos autorais julgados improcedentes.

Outrossim, na hipótese de condenação, salienta a ré que o valor indenizatório deverá respeitar a tabela inserida na Lei 11.945/09, devendo ainda ser observado o pagamento administrativo realizado na monta de R\$ 2.362,50 (dois mil, trezentos e sessenta e dois reais e cinquenta centavos).

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

RECIFE, 13 de dezembro de 2019.

JOÃO BARBOSA
OAB/PE 4246

ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELO JUNIOR
30225 - OAB/PE

Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020
www.joaobarbosaadvass.com.br



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 16/12/2019 13:09:27
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19121613092740900000054681713>
Número do documento: 19121613092740900000054681713

Num. 55580077 - Pág. 3



Número: **0023877-68.2019.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 34ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **17/04/2019**

Valor da causa: **R\$ 11.137,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
CLEVIO CARLOS RIBEIRO DA SILVA (AUTOR)	JULIANA DE ALBUQUERQUE MAGALHAES (ADVOGADO)
TOKIO MARINE SEGURADORA S.A. (RÉU)	RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO)
PAULO FERNANDO BEZERRA DE MENEZES FILHO (PERITO)	

Documentos

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
55580 078	16/12/2019 13:09	<u>ANEXO 1</u>	Outros (Documento)

Declaracão do Proprietário do Veículo

Eu, Edison Bernardo de Oliveira,
RG nº 6970898, data de expedição 11/06/13,
Órgão SPS/PE, portador do CPF nº 08729405932, com
domicílio na cidade de Recife, no Estado de
Pernambuco, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Rua Jardim Plantão, nº 51/n.
complemento casa, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mentionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
víctima Clérice Valter Ribeiro da Silva, cujo o condutor era
Clérice Valter Ribeiro da Silva.

Veículo: Motocicleta
Modelo: Honda CG 150 FAN
Ano: 2014
Placa: 04R 2164
Chassi: 9C2 RC16 80 ER 025115
Data do Acidente: 02/106/2018
Local e Data: Barra, 23 de out

Edison Bernardo de Oliveira

Assinatura do Declarante

centerline below.

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

CARTÓRIO DOTT. OFÍCIO - CARPIGA/PE FABERLONATO
Praça das Repúlias de Ináuvel, Hipótecas, Títulos e Descrições, Prolongações e Procuras Júris
Av. Congresso, Centro, 128, Fone/Fax (81) 5621.0413, Capina-PE - cartorio.cartorio@bol.com.br
José Manoel da Silva Fierro
Dirigido



0425989/18

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Edison Bernardo de Oliveira

RG nº 670 898, data de expedição 11/06/18

Órgão SDS/PE, portador do CPF nº 087 294 054 32, com domicílio na cidade de CARPINHA, no Estado de PERNAMBUCO, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada) RUA mendes martins, nº 577,

complemento CASA, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima CLEVIO CARLOS RIBEIRO DA SILVA o condutor era CLEVIO CARLOS RIBEIRO DA SILVA

Veículo: MOTOCICLETA

Modelo: Honda CG Fan 150

Ano: 2014

Placa: OYR 2167

Chassi: 9C2RC1680ER025115

Data do Acidente: 02/06/2018

Local e Data: CARPINHA 30/11/2018

Edison Bernardo de Oliveira.

Assinatura do Declarante

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

CARTÓRIO DO 1º OFÍCIO - CARPINHA/PE - TABELIONATO
Próprio dos Búrgos de Imóveis, Móveis, Títulos e Documentos Particulares e Pessoas Jurídicas
Av. Congresso Eubártico International, 126, Fone/Fax (81) 3821.0410, Carpinha-PE - cartorio.carpina@bol.com.br
Reconheço, Per Autenticidade a firma: EDISON BERNARDO DE OLIVEIRA, lancada em minha presença dou fé. CARPINHA/PE
30/11/2018 11:29:39. Emolx3,99; ISNR: 0,80; FERCE 0,00; SEL 0,00
4,79. Selo nº 0074807-B2B11201802-01698. Consultar
autenticidade em www.tjpe.jus.br/selodigital. FAUSTINO PEREIRA, Tabelião



HOSPITAL MEMORIAL JABOATÃO
MVPEP - Sistema de Prontuário Eletrônico
Relatório de Resumo de Alta

RESUMO DE ALTA

DATA DA ALTA - 22/11/2018 14:17:00

PÁGINA 1 DE 1

Emitido por LEONNARDOCGO

Em 22/11/2018 14:18

IDENTIFICAÇÃO

NOME: CLEIVIO CARLOS RIBEIRO DA
SILVA

RG: 8689029

PESO

IDADE: 24 Anos

SEXO:

ALTURA

Data de Nascimento: 21/11/1994

PRESTADOR ASSISTENTE: LEONNARDO COSTA GONCALVES DE OLIVEIRA

TEMPO DE PERMANÊNCIA: -1 HORA

DATA DE ATENDIMENTO: 22/11/2018 13:27:18

ATENDIMENTO: 187172

CONVÉNIO: SUS - AMBULATORIO

PLANO: PLANO UNICO

DIAGNÓSTICO

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL: S723 - FRATURA DA DIÁFISE DO FÉMUR

DIAGNÓSTICO(S) SECUNDÁRIO(S)

DIAGNÓSTICO INICIAL: S723 - FRATURA DA DIÁFISE DO FÉMUR

DIAGNÓSTICO DE ALTA: S723 - FRATURA DA DIÁFISE DO FÉMUR

CONDUTA DE ALTA

MOTIVO DA ALTA: ALTA APOS CONSULTA

PROCEDIMENTO DE ALTA:

PACIENTE COM BOA RECUPERAÇÃO CLÍNICA E RADIOGRAFADA DE FRATURA DIÁFISEA DE FÉMUR ESO

OBSERVAÇÃO DE ALTA: ADM. COMPLETA
ALTA DA ORTOPEDIA

LEONNARDO COSTA GONCALVES DE OLIVEIRA

Scanned by CamScanner



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 16/12/2019 13:09:27
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19121613092753800000054681714>
Número do documento: 19121613092753800000054681714

Num. 55580078 - Pág. 3



HOSPITAL
MEMORIAL JABOATÃO

FICHA DE ESCLARECIMENTO

Processo:

GESTÃO DE PESSOAS

CÓDIGO

REVISÃO

F.AT.SAM.01

00

INFORMAMOS QUE ESTA FICHA FOI CONFECIONADA A PARTIR DE DADOS EXTRAÍDOS EXCLUSIVAMENTE DO PRÓNTUÁRIO MÉDICO DO (A) PACIENTE ABAIXO INDENTIFICADO (A).

NOME: Elvio Lando Ribeiro da Silva

REGISTRO: 752.678 DATA DE NASCIMENTO: 21/11/1994

RG: 0599 529 ORGÃO EMISSOR: SDS/PE

ENDEREÇO: Santana de Castelo - Pernambuco

NOME DA MÃE: Marina José da Penha

DATA ADMISSÃO: 05/06/2018 DATA ALTA: 09/06/2018

DATA DO PROCEDIMENTO: 07/06/2018 CID: 5123

DIAGNÓSTICO: Fratura da diafise do
Fêmur

TRATAMENTO REALIZADO: Tratamento cirúrgico de
Fratura da diafise do Fêmur

MÉDICO: Renata Hunchle

CREMEPE: _____

JABOATÃO DOS GUARAPES, 21 DE Junho DE 2018



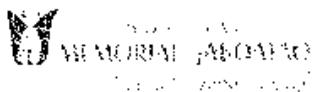
MÉDICO

Av. Gen. Manoel Rabelo • 125 • Centro
Jaboatão dos Guarapés - PE • CEP: 54160-000
Tel: (81) 3482.9888 • www.hmpe.com.br



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 16/12/2019 13:09:27
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19121613092753800000054681714>
Número do documento: 19121613092753800000054681714

Num. 55580078 - Pág. 4



Usuário: WILTON MATOS DA PAZ FILHO

Data: 07/06/2018 19:34:34

Hora: 19:34

Relatório Geral de Cirurgias

Nome: CLEVITO CARLOS RIBEIRO DA SILVA

Prontuário: 752678

Atendimento: 062370

Unidade de Internação / Leito: ENF 11 - LEITO 02

Sexo: Masculino

Idade: 23 Anos, 6 Meses e 17 Dias

Diagnóstico Pré Operatório: 5723 - FRATURA DA DIÁFISE DO FÉMUR

Risco Operatório:

Cirurgia(s) Realizada(s): D408050519 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIÁFISE DO FÉMUR

Data: 07/06/2018

1. Cirurgião: RENATA HIRSCHLE GALINDO

2. Auxílio Cirúrgico: WILTON MATOS DA PAZ FILHO

3. Auxílio Cirúrgico: LÉONNARDO COSTA GONÇALVES OF OLIVEIRA

4. Instrumentador:

Anestesia: RAQUI ANESTESIA

5. Anestesia:

6. Anestesiista: DIANA SOUZA CANUTO DOS ANJOS

Descrição da Cirurgia:

ASSEPSIA + APOSIÇÃO DE CAMPOS
INCISÃO LONGITUDINAL LATERAL EM QUADRIL E
ABERTURA POR PLANOS + HEMOSTASIA
INSERÇÃO DE FIO GUIA, POREM NÃO FOI POSSÍVEL REALIZAR A REDUÇÃO INCRUENTIA. POR ESSE MOTIVO, FOI REALIZADA INCISÃO
LUNGVASTO DE COXA ESQUERDA ATÉ FOCO DE FRATURA E REALIZADA REDUÇÃO SOB VISUALIZAÇÃO DIRETA.
PRESAGEM DO CANAL INTRAMEDULAR
FIXAÇÃO COM HM ANTEROGRADA
BLOQUEIO DISTAL COM 02 PARAFUSOS
BLOQUEIO PROXIMAL COM 01 PARAFUSO
COLOCAÇÃO DE PARAFUSO TAMPÃO
JARPEZA COM SORO
SÍNTESI POR PLANOS + CURÁTIVO

4. UTILIZADO RADIOSCOPIA NA CIRURGIA



Wilton Matos da Paz Filho
02/06/2018
RM: 28617



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 16/12/2019 13:09:27
https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19121613092753800000054681714
Número do documento: 19121613092753800000054681714

Num. 55580078 - Pág. 5

Convênio: SUS - INTERNACAO Atendimento: 162370 Nascimento: 21/11/1994
Responsável: Prontuário: 752678 Sexo: Masculino
Nome: CLEVIO CARLOS RIBEIRO DA SILVA Data e Hora do Atendimento: 05/06/18 18:07:04
Idade: 23 Anos, 6 Meses e 15 Dias Profissão: Escolaridade:
CPF: Identidade: 9599529 Telefone:
Conjuge: Estado Civil: Cartão SUS: 164191629640001
Nome da Mãe: MARIA JOSE DA CONCEICAO Nome do Pai: GILVAN RIBEIRO DA SILVA
Endereço: RUA ALTO DO MOURO, SANTO ANTONIO, CEP: 55811150, Nº 91, CARPINHA - PE

OBSERVAÇÃO:

Lividade de Internação: CLINICA CIRURGICA ORTOPEDICA Enfermada / Leito: ENF 01 - LEITO 02

Médico: AECIO ALVES PEREIRA LEANDRO - CRM: 23664 CID:

RESUMO DE INTERNAMENTO

HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL:

ACIDENTE VITIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO HA 3 DIAS

ANTECEDENTES PESSOAIS E HÉREDITARIOS:

NDN

EXAME FÍSICO GERAL:

EGB, CONSCIENTE, ORIENTADO, HIDRATADO, EUPNEICO

AP - CARDIO - VASCULAR:

FE 9-27 BNP S/S

- RESPIRATÓRIO:

W+ AHT SEM RA

ABDOMEN:

ANO, DEPRESSIVEL, INDOLOR

- GENITO - URINARIO:

DN

OUTROS:

NDN

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

FRATURA DE FEMUR ESQUERDO

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO:

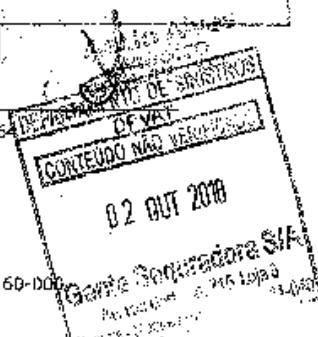
CONDIÇÕES DE ALTA:

DATA:

09-06-18

HORA DE SAÍDA:

AECIO ALVES PEREIRA LEANDRO - CRM: 23664





Laudo para solicitação de autorização de Internação

ESTABELECIMENTO SOLICITANTE HOSPITAL MEMORIAL JABOATÃO		CNES 5356067			
ESTABELECIMENTO EXECUTANTE HOSPITAL MEMORIAL JABOATÃO		CNES 5356067			
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE					
Nome do paciente CLEVIO CARLOS RIBEIRO DA SILVA		Nº Protótipo 752678			
Cartão Nacional do SUS Data de Nascimento 22/11/1994		Sexo Masculino			
Raça Cor		Etnia			
Nome da Mãe MARIA JOSE DA CONCEICAO		Telefone de contato			
Nome Responsável					
Endereço RUA ALTO DO MOURO		Número 91			
Bairro SANTO ANTONIO		IBGE			
Município CARPINHA		UF ES			
CEP 55011150					
LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO					
Principais Sinais e Sintomas Clínicos PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO HA 3 DIAS					
Condições que justificam a Internação CIRURGIA					
Principais Resultados de Provas Diagnósticas ANAMNESE + EXAMES DE IMAGEM					
Diagnóstico Inicial / Código FRATURA DE FEMUR ESQUERDO					
PROCEDIMENTO SOLICITADO					
Descrição do Procedimento Solicitado INTERNAMENTO		Código do Procedimento			
Especialidade ORTOPEDIA		Caráter de Atendimento <input checked="" type="checkbox"/> CNS <input type="checkbox"/> CPF			
Nome do Profissional Solicitante/Assistente ANTONIO ALVES		Data da Solicitação Assinatura e Carimbo (Nº de Registro no Conselho) Antonio Alves			
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)					
<input type="checkbox"/> Acidente de trânsito	CNPJ Seguradora	Nº Bilhete			
<input type="checkbox"/> Acid. Trabalho fixo		Série			
<input type="checkbox"/> Acid. Trabalho trajeto	CNPJ / Empresa	CBO			
Inscrito no INSS e Previdência					
<input type="checkbox"/> Empregado	<input type="checkbox"/> Empregador	<input type="checkbox"/> Autônomo	<input type="checkbox"/> Detentor de Imóvel	<input type="checkbox"/> Aposentado	<input type="checkbox"/> Não Se Aplica
AUTORIZAÇÃO					
Nome do Profissional Autorizador		Cod. Órgão Emissor		<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT CONTÉUDO NÃO VERIFICADO 02 OUT 2018 Genie Software - 2018 Av. Paulista, 210 - Laje B Brasília - DF - CEP: 70000-000 </div>	
Documento <input type="checkbox"/> CNS <input type="checkbox"/> CPF		Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Autorizado			
Data da Autorização Assinatura e Carimbo (Nº- Registro do Conselho)					
Poder					

Coletivo de Internação

ANEXO I

 Sistema M inistério Único de d e Saúde	LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR
Identificação do Estabelecimento de Saúde	
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO	
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO INSCrito PRe 5089901139	
Identificação do Paciente	
5 - NOME DO PACIENTE Cláudia Soárez Reis de Souza	
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) 03/03/35	
8 - DATA DE NASCIMENTO 03/03/35	
9 - GÊNERO M ulher	
10 - NOME DA MAE DO RESPONSÁVEL Maria de Fátima Souza	
11 - TELEFONE DE CONTATO - N. DO TELEFONE 031-3202-0000	
12 - ENDERECO (RUA, N. BAIRRO) Av. Presidente Vargas - Centro	
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA Av. Presidente Vargas - Centro	
14 - COD. IBGE MUNICÍPIO / 15 - UF 30000-000 / MG	
16 - CEP 30000-000	
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO	
17 - PRINCIPAIS SÍMOS E SINTOMAS CLÍNICOS Verteira de cintura metade direita,走行感 extrema glicada de fumar	
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO Apresenta cintadas	
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PRINCIPAIS DIAGNÓSTICOS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS) Arteriograma + Ex. juntos + Ex. de angiografia	
20 - PRINCIPAIS DIAGNÓSTICOS CLÍNICOS Embolia de fumar	
21 - CID 10 PRINCIPAL C65	
22 - CID 10 SECUNDÁRIO C66	
23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS C66	
PROCEDIMENTO SOLICITADO	
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO Embolia de fumar	
25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO C65	
26 - CLÍNICA Luau Adriano Matos Macêdo	
27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO Ortopedia / Traumatologia	
28 - DOCUMENTO 04/06/18	
29 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPP) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE CRM-MG: 26469	
30 - DATA DA SOLICITAÇÃO - 31 - ASSINATURA E FABRICAÇÃO DO DOCUMENTO (CNS/CPP) 04/06/18	
32 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE Antônio Yves Cordeiro de Melo Júnior	
33 - CÓDIGO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE CRM-MG: 26469	
34 - VENCIMENTO DA AUTORIZAÇÃO 02/07/2018	
35 - PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS) 02/07/2018	
36 - CÓDIGO DA SEGURADORA 02/07/2018	
37 - N.º DO BILHETE 02/07/2018	
38 - SÉRIE 02/07/2018	
39 - CÓD. EMPRESA 02/07/2018	
40 - CNPJ DA EMPRESA 02/07/2018	
41 - CÓD. CBO 02/07/2018	
42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA 02/07/2018	
43 - EMPREGADOR 02/07/2018	
44 - EMPREGADO 02/07/2018	
45 - AUTONÔMO 02/07/2018	
46 - DESMATERIALIZED 02/07/2018	
47 - EMPRESA 02/07/2018	
48 - EMPRESA 02/07/2018	
49 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR 02/07/2018	
50 - DOCUMENTO 02/07/2018	
51 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPP) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR 02/07/2018	
52 - DATA DA AUTORIZAÇÃO 02/07/2018	
53 - ASSINATURA E CARMIM (N.º DO REGISTRO PROFISSIONAL) 02/07/2018	
54 - CÓDIGO DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR 02/07/2018	
55 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR 02/07/2018	
56 - DOCUMENTO 02/07/2018	
57 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPP) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR 02/07/2018	
58 - DATA DA AUTORIZAÇÃO 02/07/2018	
59 - ASSINATURA E CARMIM (N.º DO REGISTRO PROFISSIONAL) 02/07/2018	
60 - CÓDIGO DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR 02/07/2018	
61 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR 02/07/2018	
62 - DOCUMENTO 02/07/2018	
63 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPP) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR 02/07/2018	
64 - DATA DA AUTORIZAÇÃO 02/07/2018	
65 - ASSINATURA E CARMIM (N.º DO REGISTRO PROFISSIONAL) 02/07/2018	
66 - CÓDIGO DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR 02/07/2018	
67 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR 02/07/2018	
68 - DOCUMENTO 02/07/2018	
69 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPP) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR 02/07/2018	
70 - DATA DA AUTORIZAÇÃO 02/07/2018	
71 - ASSINATURA E CARMIM (N.º DO REGISTRO PROFISSIONAL) 02/07/2018	
72 - CÓDIGO DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR 02/07/2018	
73 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR 02/07/2018	
74 - DOCUMENTO 02/07/2018	
75 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPP) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR 02/07/2018	
76 - DATA DA AUTORIZAÇÃO 02/07/2018	
77 - ASSINATURA E CARMIM (N.º DO REGISTRO PROFISSIONAL) 02/07/2018	
78 - CÓDIGO DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR 02/07/2018	
79 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR 02/07/2018	
80 - DOCUMENTO 02/07/2018	
81 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPP) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR 02/07/2018	
82 - DATA DA AUTORIZAÇÃO 02/07/2018	
83 - ASSINATURA E CARMIM (N.º DO REGISTRO PROFISSIONAL) 02/07/2018	
84 - CÓDIGO DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR 02/07/2018	
85 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR 02/07/2018	
86 - DOCUMENTO 02/07/2018	
87 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPP) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR 02/07/2018	
88 - DATA DA AUTORIZAÇÃO 02/07/2018	
89 - ASSINATURA E CARMIM (N.º DO REGISTRO PROFISSIONAL) 02/07/2018	
90 - CÓDIGO DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR 02/07/2018	
91 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR 02/07/2018	
92 - DOCUMENTO 02/07/2018	
93 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPP) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR 02/07/2018	
94 - DATA DA AUTORIZAÇÃO 02/07/2018	
95 - ASSINATURA E CARMIM (N.º DO REGISTRO PROFISSIONAL) 02/07/2018	
96 - CÓDIGO DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR 02/07/2018	
97 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR 02/07/2018	
98 - DOCUMENTO 02/07/2018	
99 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPP) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR 02/07/2018	
100 - DATA DA AUTORIZAÇÃO 02/07/2018	
101 - ASSINATURA E CARMIM (N.º DO REGISTRO PROFISSIONAL) 02/07/2018	
102 - CÓDIGO DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR 02/07/2018	
103 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR 02/07/2018	
104 - DOCUMENTO 02/07/2018	
105 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPP) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR 02/07/2018	
106 - DATA DA AUTORIZAÇÃO 02/07/2018	
107 - ASSINATURA E CARMIM (N.º DO REGISTRO PROFISSIONAL) 02/07/2018	
108 - CÓDIGO DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR 02/07/2018	
109 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR 02/07/2018	
110 - DOCUMENTO 02/07/2018	
111 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPP) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR 02/07/2018	
112 - DATA DA AUTORIZAÇÃO 02/07/2018	
113 - ASSINATURA E CARMIM (N.º DO REGISTRO PROFISSIONAL) 02/07/2018	
114 - CÓDIGO DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR 02/07/2018	
115 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR 02/07/2018	
116 - DOCUMENTO 02/07/2018	
117 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPP) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR 02/07/2018	
118 - DATA DA AUTORIZAÇÃO 02/07/2018	
119 - ASSINATURA E CARMIM (N.º DO REGISTRO PROFISSIONAL) 02/07/2018	
120 - CÓDIGO DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR 02/07/2018	
121 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR 02/07/2018	
122 - DOCUMENTO 02/07/2018	
123 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPP) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR 02/07/2018	
124 - DATA DA AUTORIZAÇÃO 02/07/2018	
125 - ASSINATURA E CARMIM (N.º DO REGISTRO PROFISSIONAL) 02/07/2018	
126 - CÓDIGO DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR 02/07/2018	
127 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR 02/07/2018	
128 - DOCUMENTO 02/07/2018	
129 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPP) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR 02/07/2018	
130 - DATA DA AUTORIZAÇÃO 02/07/2018	
131 - ASSINATURA E CARMIM (N.º DO REGISTRO PROFISSIONAL) 02/07/2018	
132 - CÓDIGO DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR 02/07/2018	
133 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR 02/07/2018	
134 - DOCUMENTO 02/07/2018	
135 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPP) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR 02/07/2018	
136 - DATA DA AUTORIZAÇÃO 02/07/2018	
137 - ASSINATURA E CARMIM (N.º DO REGISTRO PROFISSIONAL) 02/07/2018	
138 - CÓDIGO DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR 02/07/2018	
139 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR 02/07/2018	
140 - DOCUMENTO 02/07/2018	
141 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPP) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR 02/07/2018	
142 - DATA DA AUTORIZAÇÃO 02/07/2018	
143 - ASSINATURA E CARMIM (N.º DO REGISTRO PROFISSIONAL) 02/07/2018	
144 - CÓDIGO DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR 02/07/2018	
145 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR 02/07/2018	
146 - DOCUMENTO 02/07/2018	
147 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPP) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR 02/07/2018	
148 - DATA DA AUTORIZAÇÃO 02/07/2018	
149 - ASSINATURA E CARMIM (N.º DO REGISTRO PROFISSIONAL) 02/07/2018	
150 - CÓDIGO DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR 02/07/2018	
151 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR 02/07/2018	
152 - DOCUMENTO 02/07/2018	
153 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPP) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR 02/07/2018	
154 - DATA DA AUTORIZAÇÃO 02/07/2018	
155 - ASSINATURA E CARMIM (N.º DO REGISTRO PROFISSIONAL) 02/07/2018	
156 - CÓDIGO DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR 02/07/2018	
157 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR 02/07/2018	
158 - DOCUMENTO 02/07/2018	
159 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPP) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR 02/07/2018	
160 - DATA DA AUTORIZAÇÃO 02/07/2018	
161 - ASSINATURA E CARMIM (N.º DO REGISTRO PROFISSIONAL) 02/07/2018	
162 - CÓDIGO DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR 02/07/2018	
163 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR 02/07/2018	
164 - DOCUMENTO 02/07/2018	
165 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPP) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR 02/07/2018	
166 - DATA DA AUTORIZAÇÃO 02/07/2018	
167 - ASSINATURA E CARMIM (N.º DO REGISTRO PROFISSIONAL) 02/07/2018	
168 - CÓDIGO DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR 02/07/2018	
169 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR 02/07/2018	
170 - DOCUMENTO 02/07/2018	
171 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPP) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR 02/07/2018	
172 - DATA DA AUTORIZAÇÃO 02/07/2018	
173 - ASSINATURA E CARMIM (N.º DO REGISTRO PROFISSIONAL) 02/07/2018	
174 - CÓDIGO DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR 02/07/2018	
175 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR 02/07/2018	
176 - DOCUMENTO 02/07/2018	
177 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPP) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR 02/07/2018	
178 - DATA DA AUTORIZAÇÃO 02/07/2018	
179 - ASSINATURA E CARMIM (N.º DO REGISTRO PROFISSIONAL) 02/07/2018	
180 - CÓDIGO DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR 02/07/2018	
181 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR 02/07/2018	
182 - DOCUMENTO 02/07/2018	
183 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPP) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR 02/07/2018	
184 - DATA DA AUTORIZAÇÃO 02/07/2018	
185 - ASSINATURA E CARMIM (N.º DO REGISTRO PROFISSIONAL) 02/07/2018	
186 - CÓDIGO DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR 02/07/2018	
187 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR 02/07/2018	
188 - DOCUMENTO 02/07/2018	
189 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPP) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR 02/07/2018	
190 - DATA DA AUTORIZAÇÃO 02/07/2018	
191 - ASSINATURA E CARMIM (N.º DO REGISTRO PROFISSIONAL) 02/07/2018	
192 - CÓDIGO DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR 02/07/2018	
193 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR 02/07/2018	
194 - DOCUMENTO 02/07/2018	
195 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPP) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR 02/07/2018	
196 - DATA DA AUTORIZAÇÃO 02/07/2018	
197 - ASSINATURA E CARMIM (N.º DO REGISTRO PROFISSIONAL) 02/07/2018	
198 - CÓDIGO DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR 02/07/2018	
199 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR 02/07/2018	
200 - DOCUMENTO 02/07/2018	
201 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPP) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR 02/07/2018	
202 - DATA DA AUTORIZAÇÃO 02/07/2018	
203 - ASSINATURA E CARMIM (N.º DO REGISTRO PROFISSIONAL) 02/07/2018	
204 - CÓDIGO DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR 02/07/2018	
205 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR 02/07/2018	
206 - DOCUMENTO 02/07/2018	
207 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPP) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR 02/07/2018	
208 - DATA DA AUTORIZAÇÃO 02/07/2018	
209 - ASSINATURA E CARMIM (N.º DO REGISTRO PROFISSIONAL) 02/07/2018	
210 - CÓDIGO DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR 02/07/2018	
211 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR 02/07/2018	
212 - DOCUMENTO 02/07/2018	
213 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPP) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR 02/07/2018	
214 - DATA DA AUTORIZAÇÃO 02/07/2018	
215 - ASSINATURA E CARMIM (N.º DO REGISTRO PROFISSIONAL) 02/07/2018	
216 - CÓDIGO DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR 02/07/2018	
217 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR 02/07/2018	
218 - DOCUMENTO 02/07/2018	
219 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPP) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR 02/07/2018	
220 - DATA DA AUTORIZAÇÃO 02/07/2018	
221 - ASSINATURA E CARMIM (N.º DO REGISTRO PROFISSIONAL) 02/07/2018	
222 - CÓDIGO DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR 02/07/2018	
223 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR 02/07/2018	
224 - DOCUMENTO 02/07/2018	
225 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPP) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR 02/07/2018	
226 - DATA DA AUTORIZAÇÃO 02/07/2018	
227 - ASSINATURA E CARMIM (N.º DO REGISTRO PROFISSIONAL) 02/07/2018	
228 - CÓDIGO DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR 02/07/2018	
229 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR 02/07/2018	
230 - DOCUMENTO 02/07/2018	
231 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPP) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR 02/07/2018	
232 - DATA DA AUTORIZAÇÃO 02/07/2018	
233 - ASSINATURA E CARMIM (N.º DO REGISTRO PROFISSIONAL) 02/07/2018	
234 - CÓDIGO DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR 02/07/2018	
235 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR 	

Sumário de Admissão e Alta

Nome: CLEVIO CARLOS RIBEIRO DA SILVA

Prontuário: 752678

Identificação: 162370

Unidade de Internação: CLINICA CIRURGICA ORTOPEDICA

Sexo: Masculino

Leito: ENF 11 - LEITO 02

Diagnóstico Inicial (Constante no Laudo Médico): FRATURA DA DIÁFISE DO FÉMUR

CID: 5723

Diagnóstico Solicitado: 0408050519 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIÁFISE DO FÉMUR

Período de permanência Previsto:

06 dias

Identificação SUS Realizada: 0408050519 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIÁFISE DO FÉMUR

Cirurgião: RENATA HIRSCHLE GALINDO

1. Auxílio Cirúrgico: WILTON MATOS DA PAZ FILHO

2. Auxílio Cirúrgico: LEONNARDO COSTA GONCALVES DE OLIVEIRA

3. Auxílio Cirúrgico:

Demais Auxílios Cirúrgicos:

Anestesista: DIANA SOUZA CANUTO DOS ANJOS

Clinico:

Clinico:

Alimentos Especiais:

Indisponibilidade de Procedimento

Diária de UTI

Diária de Acompanhante

Imunizante Anti -- Rh

- Uso de Protase, Ortese
 Uso de Fatores de Coagulação
 Uso de Oxigenadores
 Nutrição Parenteral

Resumo do Caso: PACIENTE SUBMETIDO AO TRATAMENTO CIRÚRGICO, SEM INTERCORRENCIAS.

Diagnóstico Principal: 5723 - FRATURA DA DIÁFISE DO FÉMUR

Diagnóstico Secundário:

o da Alta:

de Internação: 05/06/2018

Data da Alta:

07.06.18

Dias de Hospitalização:

dia (s).

WILTON MATOS DA PAZ FILHO
CRM: 26617/PI



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 16/12/2019 13:09:27

<https://pje.jpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19121613092753800000054681714>

Número do documento: 19121613092753800000054681714

LAUDO MÉDICO E ATESTADO MÉDICO
(AO INSS - PERÍCIA MÉDICA)

PACIENTE: CLEVIO CARLOS RIBEIRO DA SILVA

DECLARO PARA OS DEVIDOS FINS QUE O (A) PACIENTE ACIMA CITADO ESTEVE INTERNADO EM NOSSO SERVIÇO ONDE FOI SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO RECEBENDO ALTA HOSPITALAR APÓS MELHORA CLÍNICA.

TESTO PARA OS DEVIDOS FINS QUE O (A) PACIENTE ACIMA CITADO NECESSITA AFASTAR-SE DAS ATIVIDADES LABORAIS POR UM PERÍODO DE 90 (NOVENTA) DIAS A PARTIR DESTA DATA.

RETOURAR AO AMBULATÓRIO DE ORTOPÉDIA E TRAUMATOLOGIA DO HOSPITAL MEMORIAL JABOTÃO PARA CONSULTA DE RETORNO NO DIA E HORÁRIO MARCADO ABAIXO.

ID-10: S723 - FRATURA DA DIÁFISE DO FÉMUR

ATA DE INTERNAMENTO: 05/06/2018

ATA DA CIRÚRGIA: 07/06/2018

ATA DE ALTA: 09/06/2018

ATA/CONSULTA DE RETORNO: 21/06/2018 HORA/TO: 12:00

MÉDICO ASSISTENTE: DR. KENAYA KIRSCHLE GALLINUO

JABOTÃO DOS GUARARAPES, 9 DE JUNHO DE 2018

MÉDICO: LEONNARDO COSTA GONCALVES DE OLIVEIRA



Av. General Manuel Rebeiro - N°126 - Centro - Jaboatão dos Guararapes - CEP: 54160-000

TELEFONE: 3482-9888 - www.hmjpe.org



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 16/12/2019 13:09:27
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=1912161309275380000054681714>
Número do documento: 1912161309275380000054681714

Num. 55580078 - Pág. 10

HOSPITAL MEMORIAL JABOTÃO
MVPEP - Sistema de Prontuário Eletrônico
Relatório de Resumo de Alta

PÁGINA 1 DE 1
Emitido por: LEONNARDO CGO
Em: 22/11/2018 14:18

RESUMO DE ALTA

DATA DA ALTA - 22/11/2018 14:17:00

IDENTIFICAÇÃO

NOME: CLEMIO CARLOS RIBEIRO DA SILVA **RG:** 9599529 **PESO:**
IDADE: 24 Anos **SEXO:** MASCULINO **ALTURA:**
Data de Nascimento: 21/11/1994

PRESTADOR ASSISTENTE: LEONNARDO COSTA GONCALVES DE OLIVEIRA

DATA DE ATENDIMENTO: 22/11/2018 13:27:16 **ATENDIMENTO:** 187172 **TEMPO DE PERMANÊNCIA:** 1 Hora(s)

CONVÉNIO: SUS - AMBULATORIO **PLANO:** PLANO UNICO

DIAGNÓSTICO

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL: S723 - FRATURA DA DIÁFISE DO FÉMUR

DIAGNÓSTICO(S) SECUNDÁRIO(S):

DIAGNÓSTICO INICIAL: S723 - FRATURA DA DIÁFISE DO FÉMUR

DIAGNÓSTICO DE ALTA: S723 - FRATURA DA DIÁFISE DO FÉMUR

CONDUTA DE ALTA:

MOTIVO DA ALTA: ALTA APOS CONSULTA

PROCEDIMENTO DE ALTA:

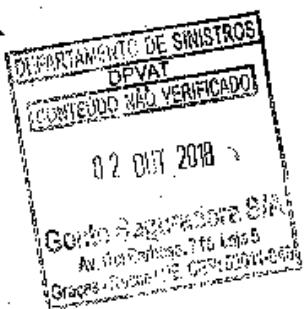
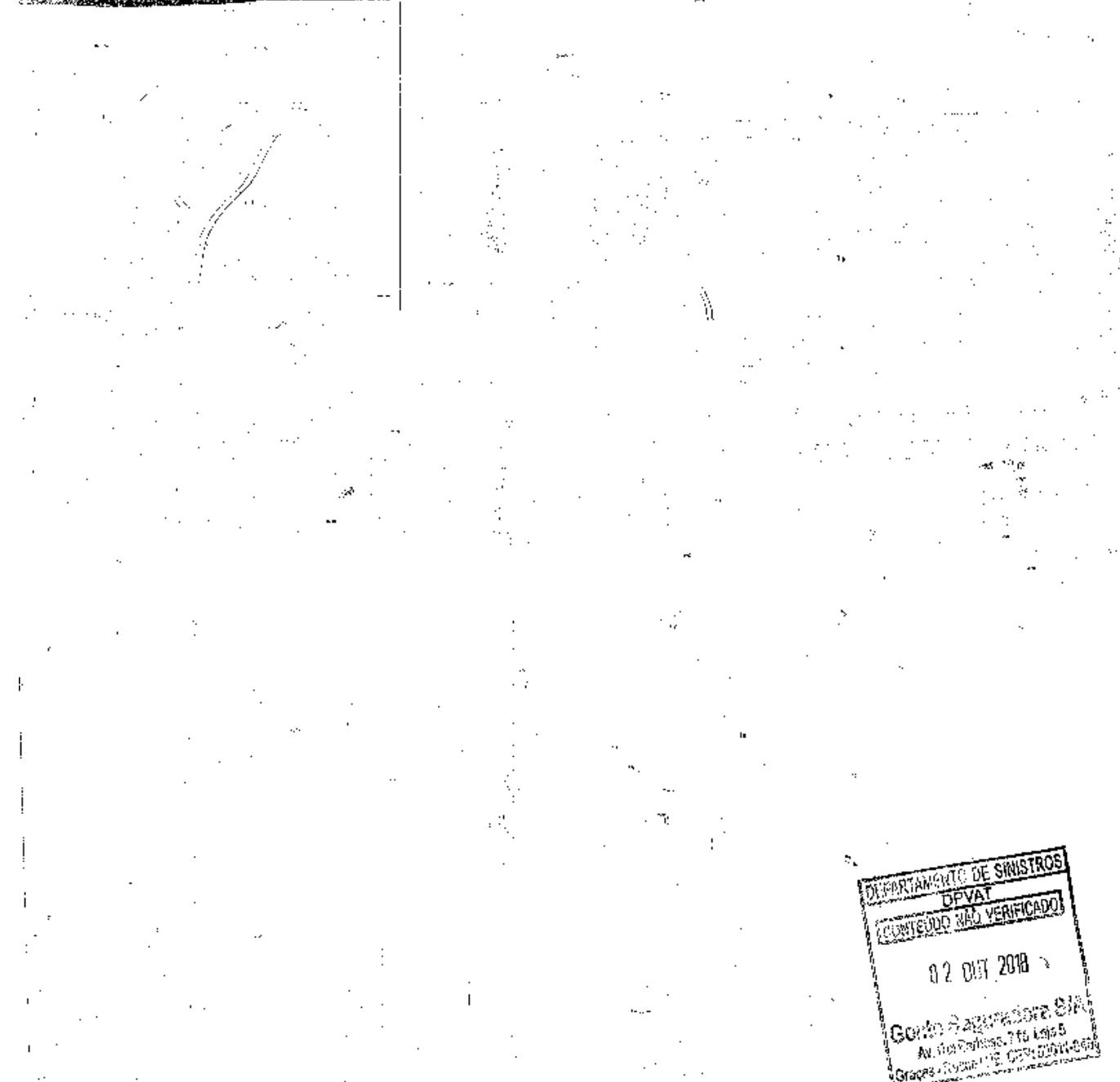
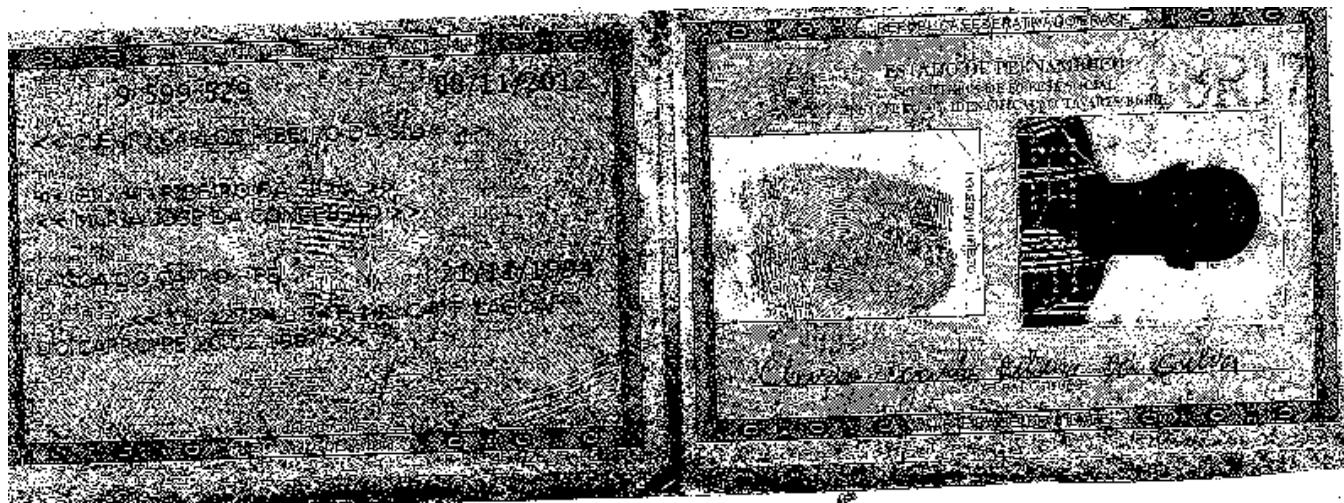
OBSERVAÇÃO DE ALTA: PACIENTE COM BOA RECUPERAÇÃO CLÍNICA E RADIOLÓGICA DE FRATURA DIÁFISARIA DE FEMUR ESQ.,
ADM: COMPLETA
ALTA DA ORTOPEDIA

LEONNARDO COSTA GONCALVES DE OLIVEIRA

CRM-33550

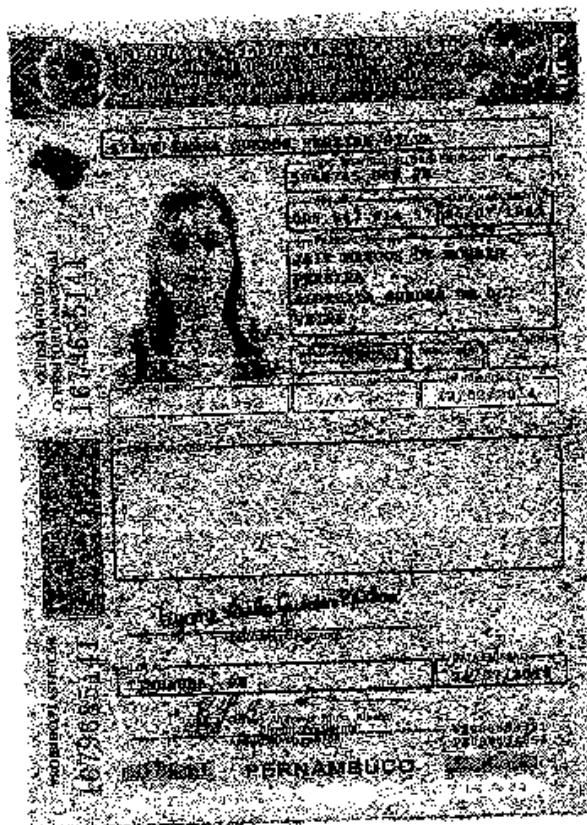
Esta conta foi paga com recursos públicos provenientes de seus impostos e contribuições sociais
SOUL MV - A SOLUÇÃO INTELIGENTE PARA A MODERNA ADMINISTRAÇÃO HOSPITALAR

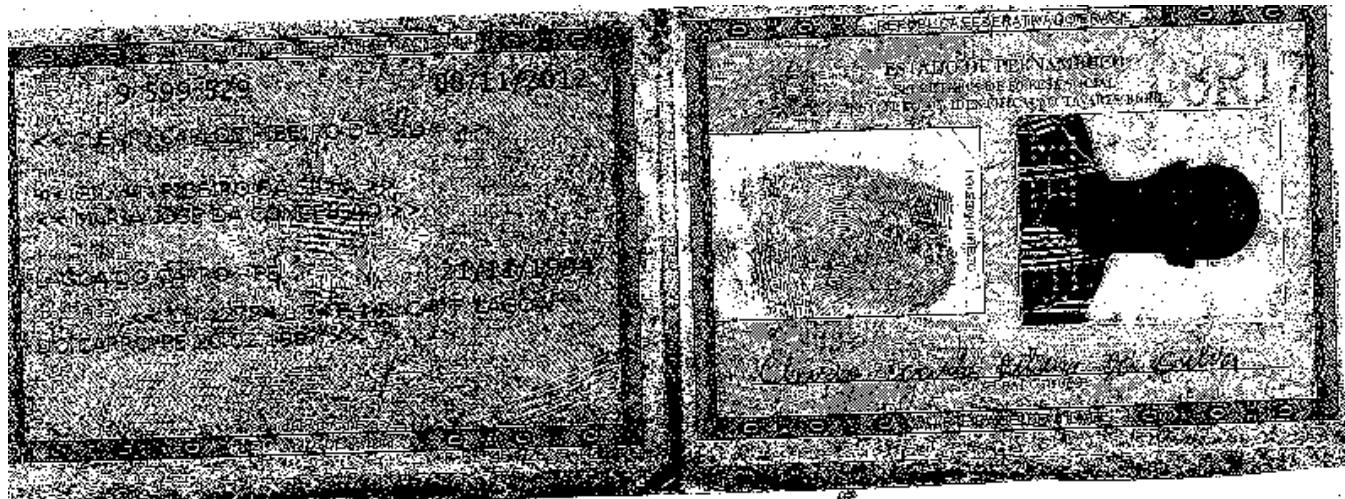


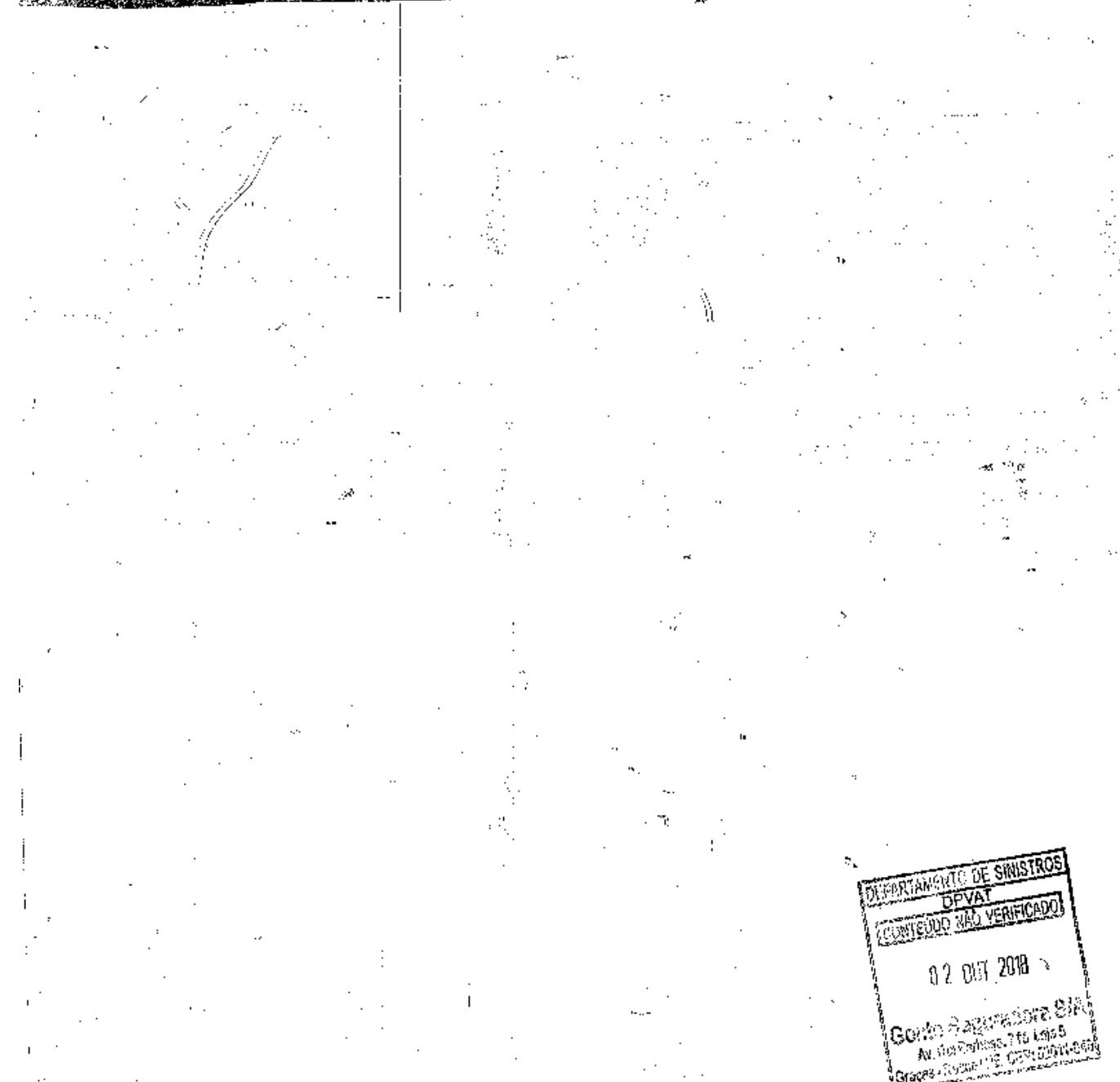
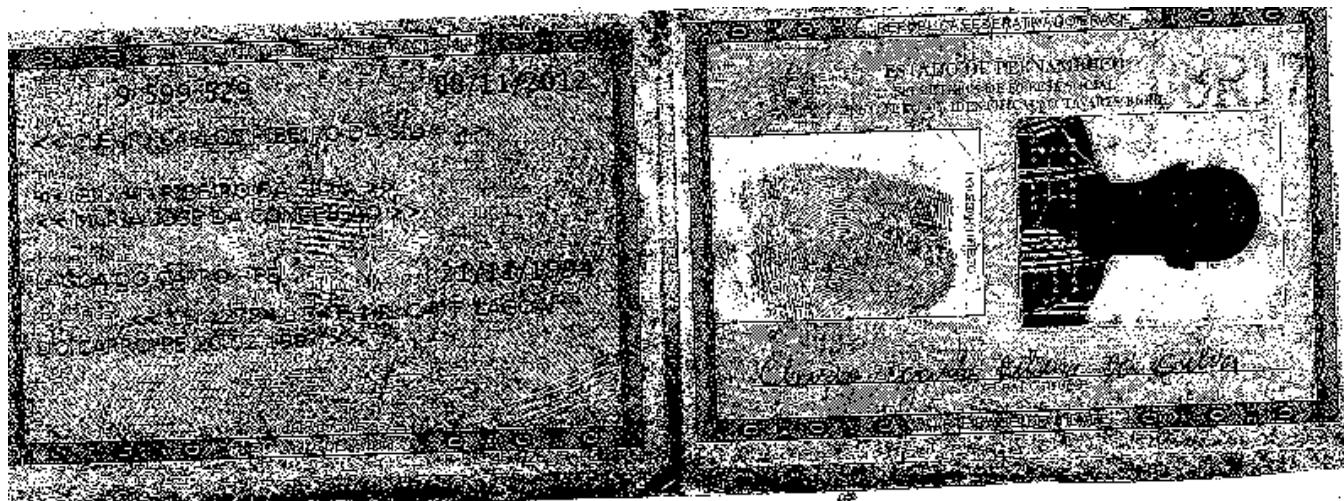


Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 16/12/2019 13:09:27
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19121613092753800000054681714>
Número do documento: 19121613092753800000054681714

Num. 55580078 - Pág. 12







Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 16/12/2019 13:09:27
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19121613092753800000054681714>
Número do documento: 19121613092753800000054681714

Num. 55580078 - Pág. 15



SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
PÓLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO

DELEGACIA DE POLÍCIA DE ROUBOS E FURTOS DE VEÍCULOS

Data :20/08/2010
pag.:1

Relatório de Veículo

PLACA : QYR2167 UF : PE RENAVAM : 1013764940 CHASSI : 9C2KC1680ER025115

Características Básicas :

TIPO : MOTOCICLETA MARCA/MODELO : HONDA/CG160 FAN ESDI
ESPECIE : PAS COR : PRETA
ANO FAB./MODELO : 2014/2014 COMBUSTÍVEL : ALCO/ GASOL

Dados do Proprietário :

CPF/CGC :
PROPRIETÁRIO : EDISON BERNARDO DE OLIVEIRA

Endereço do Proprietário :

LOGRADOURO : RUA MENDES MARTINS MUNICÍPIO : CARPINA
COMPLEMENTO : 08 CEP : 566814290
BAIRRO : STO ANTONIO UF : PE

Debitos :

IPVA : SIM	VALOR : 780,85
LICENCIAMENTO : SIM	VALOR : 190,06
MULTAS : SIM	VALOR : 608,72

Restrições Gerais :

RESTRIÇÃO : AL. FID. BANCO PAN SA





SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
PÓLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE PÓLICIA DE ROUBOS E FURTOS DE VEÍCULOS

Data :20/08/2010
pag.:1

Relatório de Veículo

PLACA : QYR2167 UF : PE RENAVAM : 1013764940 CHASSI : 9C2KC1680ER025115

Características Básicas :

TIPO : MOTOCICLETA MARCA/MODELO : HONDA/CG160 FAN ESDI
ESPECIE : PAS COR : PRETA
ANO FAB./MODELO : 2014/2014 COMBUSTÍVEL : ALCO/ GASOL

Dados do Proprietário :

CPF/CGC :
PROPRIETÁRIO : EDISON BERNARDO DE OLIVEIRA

Endereço do Proprietário :

LOGRADOURO : RUA MENDES MARTINS MUNICÍPIO : CARPINA
COMPLEMENTO : 08 CEP : 566814290
BAIRRO : STO ANTONIO UF : PE

Debitos :

IPVA : SIM	VALOR : 780,85
LICENCIAMENTO : SIM	VALOR : 190,06
MULTAS : SIM	VALOR : 608,72

Restrições Gerais :

RESTRIÇÃO : AL. FID. BANCO PAN SA



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180459286 **Cidade:** Carpina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: CLEVIO CARLOS RIBEIRO DA SILVA **Data do acidente:** 02/06/2018 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 19/10/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DO FÊMUR ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO(HASTE INTRAMEDULAR) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: VITIMA JÁ INDENIZADA EM SINISTRO ANTERIOR EM 50% DO MEMBRO INFERIOR DIREITO. SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECIMENTO DE SEQUELAS PERMANENTES, CASO EXISTAM.

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

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ1

Nome: FERNANDA CARDOSO GUERRA FONSECA

CRM: 533427

UF do CRM: RJ

Assinatura:



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180554006 **Cidade:** Carpina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: CLEVIO CARLOS RIBEIRO DA SILVA **Data do acidente:** 02/06/2018 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 18/12/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DE FÊMUR ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO COM HASTE INTRAMEDULAR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DE MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DE MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

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



PROCURAÇÃO

Outorgante: Alyne Karla Guedes Pereira da Silva, brasileiro(a), estado Civil Sertanejo, profissão Estudante, residente e domiciliado à Rua Sítio da Praia do Barreiro, nº 12, bairro Zona Rural, Município de Timbaúba, Estado PE, Cep.: 55.820-000, Rg nº 9599529, órgão emissor SDS/PE e CPF nº 120.051.229-495

Outorgado(a): Ayane Karla Guedes Pereira Silva, inscrito(a) no CPF sob o nº 009.847.614-97, Carteira de Identidade nº 5.968.745, órgão emissor SDS-PE, estado civil casada, autônoma, com endereço a Rua José Mariano, 66-A, Centro, Timbaúba-PE.

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 Deem 10 acidente de trânsito o(a) Sr.(a) Alyne Karla Guedes da Silva, ocorrido em 01/06/2018, conforme registrado pelo B.O anexo ao processo.

Podendo o(a) 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.

Timbaúba, 03, de Setembro de 2018



Alyne Karla Guedes da Silva

Outorgante

Obs.: Reconhecer firma em cartório por autenticidade ou



PROCURAÇÃO

Outorgante: Cleusa Karla Guedes Pereira da Silva, brasileiro(a), estado Civil Sertanejo, profissão Estudante, residente e domiciliado à Rua Sítio da Praia, nº 12, bairro Zona Rural, Município de Jagger da Carne, Estado PE, Cep.: 55.820-000, Rg nº 9599529, órgão emissor SDS/PE, e CPF nº 120.051.229-495

Outorgado(a): Ayane Karla Guedes Pereira Silva, inscrito(a) no CPF sob o nº 009.847.614-97, Carteira de Identidade nº 5.968.745, órgão emissor SDS-PE, estado civil casada, autônoma, com endereço a Rua José Mariano, 66-A, Centro, Timbaúba-PE.

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) 10 acidente de trânsito o(a) Sr.(a) Cleusa Karla Guedes Pereira da Silva, ocorrido em 01/06/2018, conforme registrado pelo B.O anexo ao processo.

Podendo o(a) 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.

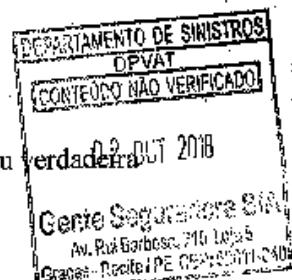
Timbaúba, 03, de Setembro de 2018

1º OFÍCIO
CARPINHA

Cleusa Karla Guedes Pereira da Silva

Outorgante

Obs.: Reconhecer firma em cartório por autenticidade ou



PROCURAÇÃO

Outorgante: CLEVIO CARLOS RIBEIRO DA SILVA, brasileiro(a), estado Civil SOTER, profissão ESTUDANTE, residente e domiciliado à Rua Sítio Chá de Castelo, nº 12, bairro ZONA RURAL, Município de Lagoa do Carro, Estado PE, Cep.: 55820 - 000, Rg nº 9599529, órgão emissor SDS/PE e CPF nº 120.051.29445

Outorgado(a): Ayane Karla Guedes Pereira Silva, inscrito(a) no CPF sob o nº 009.847.614-97, Carteira de Identidade nº 5.968.745, órgão emissor SDS-PE, estado civil casada, autônoma, com endereço a Rua José Mariano, 66-A, Centro, Timbaúba-PE.

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) CLEVIO CARLOS RIBEIRO DA SILVA, ocorrido em 02.06.2018, conforme registrado pelo B.O anexo ao processo.

Podendo o(a) 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.

CARPINA, 30, de novembro de 2018



Elvio Carlos Ribeiro da Silva

Outorgante

Obs.: Reconhecer firma em cartório por autenticidade ou verdadeira



PROCURAÇÃO

Outorgante: CLEVIO CARLOS RIBEIRO DA SILVA, brasileiro(a), estado Civil SOTER, profissão ESTUDANTE, residente e domiciliado à Rua Sítio Chá de Castelo, nº 12, bairro ZONA RURAL, Município de Lagoa do Carro, Estado PE, Cep.: 55820 - 000, Rg nº 9599529, órgão emissor SDS/PE e CPF nº 120.051.29445

Outorgado(a): Ayane Karla Guedes Pereira Silva, inscrito(a) no CPF sob o nº 009.847.614-97, Carteira de Identidade nº 5.968.745, órgão emissor SDS-PE, estado civil casada, autônoma, com endereço a Rua José Mariano, 66-A, Centro, Timbaúba-PE.

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) CLEVIO CARLOS RIBEIRO DA SILVA, ocorrido em 02.06.2018, conforme registrado pelo B.O anexo ao processo.

Podendo o(a) 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.

CARPINA, 30, de novembro de 2018



Elvio Carlos Ribeiro da Silva

Outorgante

Obs.: Reconhecer firma em cartório por autenticidade ou verdadeira



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0425989/18

Número do Sinistro: 3180554006

Vítima: CLEVIO CARLOS RIBEIRO DA SILVA

CPF: 120.051.294-45

CPF de: Próprio

Data do acidente: 02/06/2018

Titular do CPF: CLEVIO CARLOS RIBEIRO DA SILVA

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Declaração do Proprietário do Veículo

AYANE KARLA GUEDES PEREIRA SILVA : 009.847.614-97

Procuração

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.
- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 13/12/2018
Nome: AYANE KARLA GUEDES PEREIRA SILVA
CPF: 009.847.614-97

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 13/12/2018
Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA
CPF: 114.202.964-69

AYANE KARLA GUEDES PEREIRA SILVA

JULIANA BEZERRA DE LUNA



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0425989/18

Vítima: CLEVIO CARLOS RIBEIRO DA SILVA

CPF: 120.051.294-45

CPF de: Próprio

Data do acidente: 02/06/2018

Titular do CPF: CLEVIO CARLOS RIBEIRO DA SILVA

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

AYANE KARLA GUEDES PEREIRA SILVA : 009.847.614-97

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

CLEVIO CARLOS RIBEIRO DA SILVA : 120.051.294-45

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 26/11/2018
Nome: AYANE KARLA GUEDES PEREIRA SILVA
CPF: 009.847.614-97

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 26/11/2018
Nome: Isabelly Antonia dos Santos Ursulino
CPF: 106.719.384-79

AYANE KARLA GUEDES PEREIRA SILVA

Isabelly Antonia dos Santos Ursulino



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 16/12/2019 13:09:27
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19121613092753800000054681714>
Número do documento: 19121613092753800000054681714

Num. 55580078 - Pág. 25

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0360966/18

Vítima: CLEVIO CARLOS RIBEIRO DA SILVA

CPF: 120.051.294-45

CPF de: Próprio

Data do acidente: 02/06/2018

Titular do CPF: CLEVIO CARLOS RIBEIRO DA SILVA

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

AYANE KARLA GUEDES PEREIRA SILVA : 009.847.614-97

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

CLEVIO CARLOS RIBEIRO DA SILVA : 120.051.294-45

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 02/10/2018
Nome: AYANE KARLA GUEDES PEREIRA SILVA
CPF: 009.847.614-97

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 02/10/2018
Nome: Isabelli Antonia dos Santos Ursulino
CPF: 106.719.384-79

AYANE KARLA GUEDES PEREIRA SILVA

Isabelli Antonia dos Santos Ursulino



Rio de Janeiro, 03 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: **CLEVIO CARLOS RIBEIRO DA SILVA**

Nº Sinistro: **3180459286**
Vitima: **CLEVIO CARLOS RIBEIRO DA SILVA**
Data do Acidente: **02/06/2018**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **AYANE KARLA GUEDES PEREIRA SILVA**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180459286**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 dias, a partir do recebimento pela seguradora de toda a documentação necessária**.

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 13433635



Rio de Janeiro, 20 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: **CLEVIO CARLOS RIBEIRO DA SILVA**

Sinistro: 3180459286
Vítima: CLEVIO CARLOS RIBEIRO DA SILVA
Data do Acidente: 02/06/2018
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: AYANE KARLA GUEDES PEREIRA SILVA

Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o número **3180459286** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 26 de Novembro de 2018

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3180554006

Vítima: CLEVIO CARLOS RIBEIRO DA SILVA

Data do Acidente: 02/06/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: AYANE KARLA GUEDES PEREIRA SILVA

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), CLEVIO CARLOS RIBEIRO DA SILVA

O(s) documento(s) abaixo não permitiram o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Declaração do Proprietário do Veículo



Sendo assim, favor entrar em contato com um dos canais relacionados a seguir para as informações necessárias.

Ponto de atendimento, onde o seu pedido do Seguro DPVAT foi entregue, ou site www.seguradoralider.com.br ou Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Sinistro: **3180459286**

Nome do(a) Examinado(a): **CLEVIO CARLOS RIBEIRO DA SILVA**

Endereço do(a) Examinado(a): **SITIO CHA DE CASTELO n° 12 - CENTRO - ZONA RURAL - LAGOA DO CARRO/PE**

Identificação - Órgão Emissor/UF/Número: **RG 9599529**

Data e local do acidente: **02/06/2018 CARPINA/PE**

Data e local do exame: **26/10/2018 RECIFE/PE**

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

FRATURA DE DIÁFASE DO FEMUR ESQUERDO

II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

**TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DE DIÁFASE DO FEMUR ESQUERDO, COM FIXAÇÃO E PARAFUSOS EM 07.06.2018, SEM INTERCORRÊNCIAS.
ALTA HOSPITALAR EM 09.06.2018.**

III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

SIM NÃO

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais suscetível a qualquer medida terapêutica)?

SIM NÃO

VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

EM TRATAMENTO

Caso a resposta do item V seja “Não”, concluir utilizando apenas as opções no item VII “a”. Caso a resposta seja “Sim”, valorar o dano permanente no item VII “b”.

VII. Segundo 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

Sem sequela permanente

Esta avaliação médica deve ser repetida em 60 dias

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.

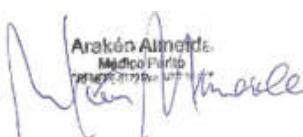
Região Corporal(Sequela):

10% 25% 50% 75% 100%

VIII.* Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal.

TEMPO NÃO HÁBIL PARA AVALIAR AS SEQUELAS PERMANENTES -

Médico Perito: ARAKEN ALMEIDA DE ARAUJO CRM:6172/PE


Araken Almeida
Médico Perito
CRM:6172/PE

Assinatura do(a) Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com nome e CRM



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 16/12/2019 13:09:27
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19121613092753800000054681714>

Número do documento: 19121613092753800000054681714

Num. 55580078 - Pág. 30



AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASI: CPF da Vítima: Nome completo da vítima:

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo <u>Elvino Carlos Ribeiro da Silva</u>	CPF titular da conta <u>120.051.294-45</u>	Profissão <u>Estudante</u>
Endereço <u>rua 150 lha de Castelo</u>	Número <u>12</u>	Complemento <u>vara</u>
Bairro <u>Zona Rural</u>	Cidade <u>Itapira de Baixo</u>	Estado <u>PE</u>
Email <u>meupersonal@gmail.com</u>	CEP <u>65820-000</u>	Telefone (DDD) <u>(81) 99113-7889</u>

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider – DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00

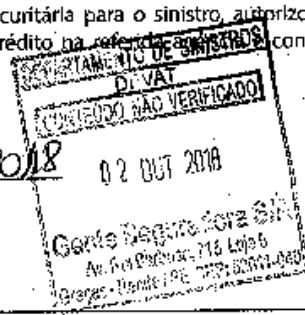
CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção):
 BRADESCO (237) BANCO DO BRASIL (001) ITAÚ (341)
 CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA
1242 CONTA
013 44770 D/V
(Inserir dígito se existir)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO Nome: <input type="text"/> NRO: <input type="text"/>	AGÊNCIA NRO: <input type="text"/> D/V: <input type="text"/> CONTA NRO: <input type="text"/> D/V: <input type="text"/>
(Inserir dígito se existir)	
(Inserir dígito se existir)	

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Lider a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida conta corrente.
Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

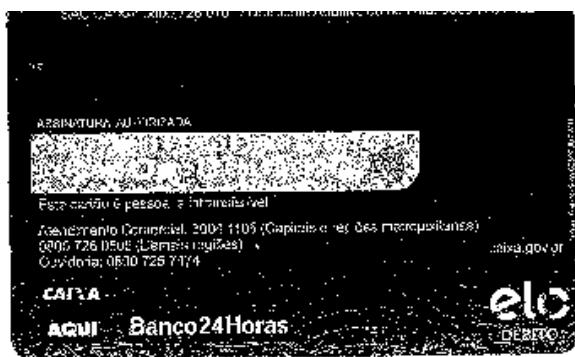


Timbaúba, 03 de setembro de 2018
Local e Data

Elvino Carlos Ribeiro da Silva
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal







AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASI: CPF da Vítima: Nome completo da vítima:

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo <u>Elvino Carlos Ribeiro da Silva</u>	CPF titular da conta <u>120.051.294-45</u>	Profissão <u>Estudante</u>
Endereço <u>rua 150 lha de Castelo</u>	Número <u>12</u>	Complemento <u>vara</u>
Bairro <u>Zona Rural</u>	Cidade <u>Itapira de Baixo</u>	Estado <u>PE</u>
Email <u>meupersonal@gmail.com</u>	CEP <u>65820-000</u>	Telefone (DDD) <u>(81) 99113-7889</u>

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider – DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00

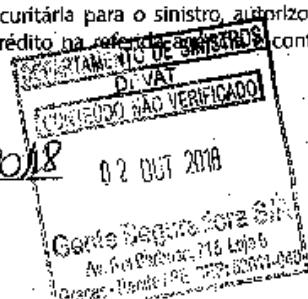
CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção):
 BRADESCO (237) BANCO DO BRASIL (001) ITAÚ (341)
 CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA
1242 CONTA
013 44770 D/V
(Informar dígito se existir)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO Nome: <input type="text"/> NRO: <input type="text"/>	AGÊNCIA NRO: <input type="text"/> D/V: <input type="text"/> CONTA NRO: <input type="text"/> D/V: <input type="text"/>
(Informar dígito se existir)	
(Informar dígito se existir)	

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Lider a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida conta corrente.
Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

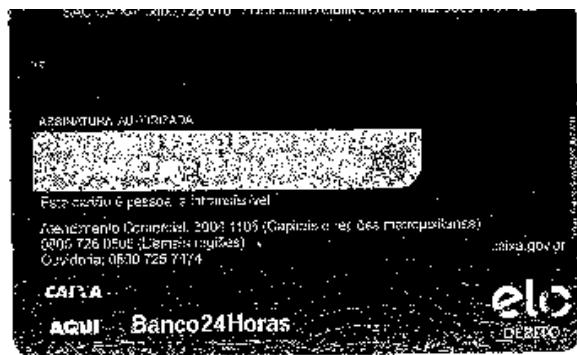


Timbaúba, 03 de setembro de 2018
Local e Data

Elvino Carlos Ribeiro da Silva
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal







476493
0360966/18

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 045ª CIRCUNSCRIÇÃO - CARPINA - DP45ºCIRC
DINTER1/11ºDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N.º **18E0135002672**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **26/07/2018** às **10:31**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia **26/07/2018** às **04:00**

Fato ocorrido no endereço: **AVENIDA CONGRESSO EUCARISTICO INTERNACIONAL, 1 - Bairro: SANTA CRUZ - CARPINA/PERNAMBUCO/BRASIL** - Ponto de Referência: **SEMÁFORO DA COMERCIAL 2001**
Local do Fato: **RODOVIA ESTADUAL**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DSCONHECIDO (AUTOR / AGENTE)
EDISON BERNARDO DE OLIVEIRA (OUTRO)
CLEVIO CARLOS RIBEIRO DA SILVA (VITIMA)

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
(CONTEÚDO NÃO VERIFICADO)
02 OUT 2018
Gente Seguradora SIA Av. Rui Barbosa, 746 Loja 6 Grande Recife - PE - 50110-140

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): **CLEVIO CARLOS RIBEIRO DA SILVA**
VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): **DSCONHECIDO**

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

CLEVIO CARLOS RIBEIRO DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **MARIA JOSÉ DA CONCEIÇÃO** Pai: **GILVAN RIBEIRO DA SILVA** Data de Nascimento: **21/11/1994** Naturalidade: **LAGOA DO CARRO / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **9599629/SDS/PE (RG), 12005129448 (CPF), 08889326210 (CNH)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU INCOMPLETO** Telefones Celulares: **- 993638789**

Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE LAGOA DO CARRO, 1, SITIO CHA DOS CASTELOS - CEP: 0 - Bairro: VASSOURAS - LAGOA DO CARRO/PERNAMBUCO/BRASIL**

DSCONHECIDO - Ramo da Atividade: **NAO INFORMADO**

Nome do Representante: - Cargo do Representante: - Pessoa de Contato no estabelecimento comercial: - Telefone de Contato: -

EDISON BERNARDO DE OLIVEIRA (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **M** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**
Endereço Residencial: **RUA MENDES MARTINS , 345 - CEP: 0 - Bairro: SANTO ANTONIO - CARPINA/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

VEICULO 1 (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **EDISON BERNARDO DE OLIVEIRA**, que estava em posse

00/08/2018 16



do(a) Sr(a): **CLEVIO CARLOS RIBEIRO DA SILVA**
 Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 150** Objeto apreendido: Não
 Cor: **FRETA** - Quantidade: **1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **0YR2167** (PERNAMBUCO/CARPIÑA) Renavam: **101376494** Chassi: **9C2KC4880ER025116**
 Ano Fabricação/Modelo: **2014/2014** Combustível: **ALCO/GASOL**

VEICULO 2 (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**, que estava em posse do(a) Sr(a):
DESCONHECIDO
 Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/DESCONHECIDO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: Não
 Quantidade: **1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Complemento / Observação

COMPARECEU NESTA DELEGACIA DE POLICIA, O SR. CLEVIO CARLOS, INFORMANDO QUE NO DIA 02/06/2018, POR VOLTA DAS 04:00 HORAS QUANDO TRANSITAVA NA MOTOCICLETA DE PLACA 0YR 2167, DE PROPRIEDADE DO SR. EDISON BERNARDO DE OLIVEIRA, NA AV. CONGRESSO EUCARISTICO, PE-90, NESTA CIDADE, NO SEMÁFORO, EM PRENTE A COMERCIAL 2001, NO SENTIDO PAUDALHO A CARPIÑA, O ACUSADO VINHA ULTRAPASSANDO UM OUTRO VEICULO, NO SENTIDO CONTRÁRIO, EM UMA MOTO DE CONDUTOR E PLACA NÃO ANOTADA, QUE COLIDIU DE FRENTES COM A VITIMA. A VITIMA FOI SOCORRIDA POR POPULARES ATÉ A UNIDADE MISTA LOCAL E LOGO APÓS TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL MEMORIAL, JABOTATÃO DOS GUARARAPES-PE, ONDE FOI SUBMETIDO A UMA CIRURGIA NO FEMUR ESQUERDO. DIANTE O FATO EXPOSTO, SOLICITA PROVIDENCIAS POLICIAIS QUE O CASO REQUER.

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

**CLEVIO CARLOS RIBEIRO DA SILVA
 (VITIMA)**

B.O. registrado por: **JOSÉ AMARO DE AGUIAR** - Matrícula: **3847977**



09/08/2019 16:4



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 16/12/2019 13:09:27
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19121613092753800000054681714>
 Número do documento: 19121613092753800000054681714

Num. 55580078 - Pág. 36



476493
0360966/18

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 045ª CIRCUNSCRIÇÃO - CARPINA - DP45ºCIRC
DINTER1/11ºDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N.º **18E0135002672**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **26/07/2018** às **10:31**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia **26/07/2018** às **04:00**

Fato ocorrido no endereço: **AVENIDA CONGRESSO EUCARISTICO INTERNACIONAL, 1 - Bairro: SANTA CRUZ - CARPINA/PERNAMBUCO/BRASIL** - Ponto de Referência: **SEMÁFORO DA COMERCIAL 2001**
Local do Fato: **RODOVIA ESTADUAL**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DSCONHECIDO (AUTOR / AGENTE)
EDISON BERNARDO DE OLIVEIRA (OUTRO)
CLEVIO CARLOS RIBEIRO DA SILVA (VITIMA)

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
(CONTEÚDO NÃO VERIFICADO)
02 OUT 2018
Gente Seguradora SIA Av. Rui Barbosa, 746 Loja 6 Grande Recife - PE - 50110-140

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): **EDISON CARLOS RIBEIRO DA SILVA**
VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): **DSCONHECIDO**

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

CLEVIO CARLOS RIBEIRO DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **MARIA JOSÉ DA CONCEIÇÃO** Pai: **GILVAN RIBEIRO DA SILVA** Data de Nascimento: **21/11/1994** Naturalidade: **LAGOA DO CARRO / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **9599629/SDS/PE (RG), 12005129448 (CPF), 08889326210 (CNH)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU INCOMPLETO** Telefones Celulares: **- 993638789**

Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE LAGOA DO CARRO, 1, SITIO CHA DOS CASTELOS - CEP: 0 - Bairro: VASSOURAS - LAGOA DO CARRO/PERNAMBUCO/BRASIL**

DSCONHECIDO - Ramo da Atividade: **NAO INFORMADO**

Nome do Representante: - Cargo do Representante: - Pessoa de Contato no estabelecimento comercial: - Telefone de Contato: -

EDISON BERNARDO DE OLIVEIRA (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **M** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**
Endereço Residencial: **RUA MENDES MARTINS , 345 - CEP: 0 - Bairro: SANTO ANTONIO - CARPINA/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

VEICULO 1 (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **EDISON BERNARDO DE OLIVEIRA**, que estava em posse

00/08/2018 16



do(a) Sr(a): **CLEVIO CARLOS RIBEIRO DA SILVA**
 Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 150** Objeto apreendido: Não
 Cor: **PRETA** - Quantidade: **1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **0YR2167** (PERNAMBUCO/CARPIÑA) Renavam: **101376494** Chassi: **9C2KC4880ER025115**
 Ano Fabricação/Modelo: **2014/2014** Combustível: **ALCO/GASOL**

VEICULO 2 (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**, que estava em posse do(a) Sr(a):
DESCONHECIDO
 Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/DESCONHECIDO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: Não
 Quantidade: **1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Complemento / Observação

COMPARECEU NESTA DELEGACIA DE POLICIA, O SR. CLEVIO CARLOS, INFORMANDO QUE NO DIA 02/06/2018, POR VOLTA DAS 04:00 HORAS QUANDO TRANSITAVA NA MOTOCICLETA DE PLACA 0YR 2167, DE PROPRIEDADE DO SR. EDISON BERNARDO DE OLIVEIRA, NA AV. CONGRESSO EUCARISTICO, PE-90, NESTA CIDADE, NO SEMÁFORO, EM PRENTE A COMERCIAL 2001, NO SENTIDO PAUDALHO A CARPIÑA, O ACUSADO VINHA ULTRAPASSANDO UM OUTRO VEICULO, NO SENTIDO CONTRÁRIO, EM UMA MOTO DE CONDUTOR E PLACA NÃO ANOTADA, QUE COLIDIU DE FRENTES COM A VITIMA. A VITIMA FOI SOCORRIDA POR POPULARES ATÉ A UNIDADE MISTA LOCAL E LOGO APÓS TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL MEMORIAL, JABOTATÃO DOS GUARARAPES-PE, ONDE FOI SUBMETIDO A UMA CIRURGIA NO FEMUR ESQUERDO. DIANTE O FATO EXPOSTO, SOLICITA PROVIDENCIAS POLICIAIS QUE O CASO REQUER.

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

**CLEVIO CARLOS RIBEIRO DA SILVA
 (VITIMA)**

B.O. registrado por: **JOSÉ AMARO DE AGUIAR** - Matrícula: **3847977**





DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 (“Assinatura do Representante Legal”);

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador -- Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima: **Flávio Carlos Reis e Silva** | CPF da Vítima: **120.051.294-45** | Data do Acidente: **02/06/2018**

REPRESENTANTE LEGAL DA VITIMA

Nome	Completo do Representante Legal	CPF do Representante legal
Email		Telefone (DD/DD)

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:

Assinale a(s) opção(s) correta(s):

- Não há estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência; ou

O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência 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 da 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 responde ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DT-VAL
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
02 OUT 2018
Gente Negociadora S/A
Av. Rio Branco, 111 - 4053
Gravataí - RS - CEP: 96300-040

Timbaúba, 03 de Setembro de 2018
Local e Data

Gente Seguro S/A
Av. Ruschel, 216 - 09543
Gravataí - RS - CEP 96.400-000

2. cláudio carlo Batista da silva
Campos 1 x Assinatura do Beneficiário

Campo 3 - Assinatura do Representante Legal

Page 29 of 34





DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 (“Assinatura do Representante Legal”);

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 (“Assinatura do Representante Legal”).

Nome Completo da Vítima: **Cláudio Carlos Reis eiro da Silva** | CPF da Vítima: **120.051.294-45** | Data do Acidente: **02/06/2018**

REPRESENTANTE LEGAL DA VITIMA

REPRESENTANTE LEGAL DA VITIMA	
Nome	Nome completo do Representante Legal
	CPF do Representante legal
Email	
	Telefone (DDD)

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 (I el no 6.194/74), uma vez que:

Assinale a(s) opção(s) correta(s):

- Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência 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 da 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 contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DT-VAL
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
02 OUT 2018
Gente Negociadora S/A
Av. Rio Branco, 111 - 4053
Gravataí - RS - CEP: 96300-040

Timbaúba, 03 de Setembro de 2018
Local e Data

Gente Seguro S/A
Av. Ruschel, 216 - 05543-
Jardim - Recife - PE 50.000.000-000

cláudio carlo Batista da silva
Campos 1 x Assinatura do Beneficiário

Campo 3 - Assinatura do Representante Legal

Page 9 of 14



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180554006 **Cidade:** Carpina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: CLEVIO CARLOS RIBEIRO DA SILVA **Data do acidente:** 02/06/2018 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 18/12/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DE FÊMUR ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO COM HASTE INTRAMEDULAR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DE MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DE MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

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

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ1

Nome: MARCELO DE TOLEDO FERNANDES TERRIGNO

CRM: 5255920-8

UF do CRM: RJ

Assinatura:



obs: seu documento

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
UNIDADE MISTA FRANCISCO ASSIS CHATEAUDRIAND



DETALHES DE EMERGÊNCIA

Residente: 123 116 RG: _____ Idade: 23 Sexo: MA
 Nome: Clarice Ferreira Oliveira da Silva Nascimento: 21/11/94 Est. Civil: _____
 End: 21 Setor Centro Centro Bairro: Centro CEP: _____
 Cidade: Carapina N.º: 516 Nac.: _____ Doc. Nº: _____
 Mãe: Angela da Silva País: _____
 Profissão: _____ Responsável: _____ Tel.: _____

Últimas Ocorrências:

Data: 02-06-18 Hora: 04:00

Nº OCORRÊNCIA

Situação / Sintomas / Queixas / Eventos:

E-CONSULTA: URGÊNCIA () NÃO URGÊNCIA () EMERGÊNCIA () ACIDENTE TRABALHO () ACIDENTE TRÂNSITO ()

HORÁRIO:	P.A.	FC	PULSO	PESO	ASSINATURA
_____	_____	_____	_____	_____	_____

DEIXA / DIAGNÓSTICO:

Clarice, moradora, 23 anos
 Foi entubada no serviço operatório, deu tosse pelo AMU
 Sintoma de acidente de trânsito
 e apresentava deformações
 na face

TRATAMENTO:
 ① Fracasso paciente 81.112 -
 Sintoma: Sintoma 30/18
 ② SVO
 ③ SFO: 300ml ex.
 ④ PAS
 ⑤ Hef

ANEXOS COMPLEMENTARES:

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:
 ④ Lesões de origem port.
 ④ Fracasso de oxigênio (S).

CID:

ATIVO DA SAÍDA:

SIDÉNCIA:

INTERNADO:

<input type="checkbox"/> CURATIVO	<input type="checkbox"/> BÁSICO	ESP	TÉCNICO / CONSELHO
<input type="checkbox"/> NEBULIZAÇÃO	<input type="checkbox"/> RETIRADA DE PONTOS		

ESTERILIZATIVA:

CAMINHAMENTO:

MÓVIDO:

ATO:

M DO DIA

TA SAÍDA:

PARCIAL SAÍDA:

TA:

CONSULTAS / ATENDIMENTO MÉDICO:		Dr. Roberto Cordeiro Medico CRM-PE 26014 HORARIO
<input type="checkbox"/> URGÊNCIA BÁSICA	<input type="checkbox"/> URG. ESPECIALIZADA	
<input type="checkbox"/> OBS. BÁSICA	<input type="checkbox"/> OBS. ESPECIALIZADA	

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	TÉCNICO / CONSELHO	HORÁRIO:
	DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT	
	CONTÉUDO NÃO VERIFICADO	

RECEPCIONISTA: 02 OUT 2018

Gente Seguradora S/A
 Av. Rui Barbosa, 715 Loja 3
 Graciosa - Recife / PE CEP: 52011-060



obs: seu documento

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
UNIDADE MISTA FRANCISCO ASSIS CHATEAUDRIAND



DETALHES DE EMERGÊNCIA

Residente: 123 116 RG: _____ Idade: 23 Sexo: M
Nome: Cláudia Cecília Oliveira da Silva Nascimento: 21/11/94 Est. Civil: _____
End: R. 17 de Outubro, Centro Bairro: Centro CEP: _____
Cidade: Carpina N: 516 Nac.: _____ Doc. N: _____
Mãe: Ana Jose da Conceição Pais: _____
Profissão: _____ Responsável: _____ Tel: _____

Últimas Ocorrências:

Data: 02-06-18 Hora: 04:00

Nº OCORRÊNCIA

Situação / Sintomas / Queixas / Eventos:

2-CONSULTA: URGÊNCIA () NÃO URGÊNCIA () EMERGÊNCIA () ACIDENTE TRABALHO () ACIDENTE TRÂNSITO ()

HORÁRIO:	P.A.	FC	PULSO	PESO	ASSINATURA

DEIXA / DIAGNÓSTICO:

Cláudia, moradora, 23 anos
é levada no serviço operatório, deixa hospitalo pelo SAMU
relato de acidente de trânsito
que apresentava deformações
nas extremidades

TRATAMENTO:
① Fracasso paciente 81.112 -
Sobr. 51130118
② SVO
③ SFO: 300ml ex.
④ PAS
⑤ Hef

ANEXOS COMPLEMENTARES:

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

Fractura de diafragma post.
Fractura de Coxas (2).

CID:

ITIVO DA SAÍDA:

SIDÊNCIA:

INTERNADO:

CURATIVO

BÁSICO

ESP

TÉCNICO / CONSELHO

NEBULIZAÇÃO

RETIRADA DE PONTOS

STIFICAÇÃO:

CAMINHAMENTO:

MÓVIDO:

ITG:

M DO DIA:

TA SAÍDA:

TRÁVIC SAÍDA:

TA:

CONSULTAS / ATENDIMENTO MÉDICO:

URGÊNCIA BÁSICA URG. ESPECIALIZADA

OBS. BÁSICA

OBS. ESPECIALIZADA

Dr. Roberto Cordeiro
Medico
CRM-PE 26014
HORARIO

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

TÉCNICO / CONSELHO

HORÁRIO:

DEPARTAMENTO DE SINISTROS

DPVAT

COMENTÁRIO NÃO VERIFICADO

02 OUT 2018

Gente Seguradora SIA
Av. Rui Barbosa, 715 Loja 3
Graciosa - Recife / PE CEP: 52011-060



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: 20/12/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: CLEVIO CARLOS RIBEIRO DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01242

CONTA: 000000044770-7

Nr. da Autenticação F570F00446BA23E4



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 16/12/2019 13:09:27
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19121613092753800000054681714>
Número do documento: 19121613092753800000054681714

Num. 55580078 - Pág. 44

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

COMPANHIA ENERGÉTICA
DE PERNAMBUCO
AV. JOSÉ DE BARROS, 111, BOA VISTA,
RECIFE, PERNAMBUCO
CEP 50060-902
CNPJ 10.885.832/0001-08
INSCRIÇÃO ESTADUAL 0006243-83



www.celpe.ce.br

Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.436, de 26/04/02
COMERCIAL 116 | PRONTIDÃO 118
Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142
Ouvidoria 0800 282 5598
Agência do Regulador dos Serviços Públicos Delegados do Estado
de Pernambuco-ARPE: 0800-727-8167-Ligação Gratuita de Telefones Fixos
Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL
187-Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis

DADOS DO CLIENTE		DATA DE VENCIMENTO 12/07/2018	DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL 05/07/2018	CONTA CONTRATO 007004026599
GEOVANO GAIANO BORBA CPF: 780.656.414-78		TOTAL A PAGAR (R\$) 71,90	DATA DA APRESENTAÇÃO 05/07/2018	Nº DO CLIENTE 2001121529
ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA		NÚMERO DA NOTA FISCAL 022761310	Nº DA INSTALAÇÃO 0005228397	
RUA VIG HENRIQUE 222 -B CENTRO TIMBABA 35870-000 TIMBABA/PR		CLASSIFICAÇÃO B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL Monofásico		
RESERVADO AO FISCO 08F5.E03D.E81C.DA17.2A67.1D45.0AED.8896				
As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL 414/2010), tarifas, produtos, serviços prestados e tributos em exibição são disponibilizados para consulta em nossas unidades de atendimento e no site www.eletrobrasil.com.br				

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

INFORMAÇÕES IMPORTANTES		NÍVEIS DE TIENSÃO	
TENSÃO NOMINAL(V)	LIMITE DE VARIAÇÃO(V)		
MÍNIMO	MÁXIMO		
220	202	231	
AUTENTICAÇÃO MECÂNICA			

DETALHAMENTO DA FOLHA DE PAGAMENTO				
DESCRIÇÃO DA LINHA	VALOR (R\$)	VALOR (R\$)	VALOR (R\$)	VALOR (R\$)
VALOR TOTAL PAGO	71,90			
VALOR TOTAL PAGO		71,90		
VALOR TOTAL PAGO			71,90	
VALOR TOTAL PAGO				71,90

**Evite dobrar, perfurar ou raspar.
Este canhoto será usado em leitora ótica.**

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 10.835.832/0001-08
INSCRIÇÃO ESTADUAL 0006943-83



Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.436, de 26/04/02
COMERCIAL 116 | PRONTIDÃO 118
Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142
Ouvidoria 0800 282 5598
Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados do Estado
de Pernambuco-ARPC: 0800-727-8167-Ligação Gratuita de Telefones Fixos
Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL
167-Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis

DADOS DO CLIENTE
GEOVANO GAIANO BORBA
CPF: 780.856.414-78
ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA VIG HENRIQUE 222 -B
CENTRO/TIMBAUBA 56870-000 TIMBAUBA PE

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

DATA DE VENCIMENTO 12/07/2018	DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL 05/07/2018	CONTA CONTRATO 007004026599
TOTAL A PAGAR (R\$) 71,90	DATA DA APRESENTAÇÃO 05/07/2018	Nº DO CLIENTE 2001121529
	NÚMERO DA NOTA FISCAL 022761310	Nº DA INSTALAÇÃO 0005228597
CLASSIFICAÇÃO B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL Monofásico		
RESERVADO AO FISCO 08F5.E03D.E81C.DA17.2A67.1D45.8AED.8896		

DESCRÍÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)	71,00	0,74722963	53,06
Acréscimo Bandeira VERMELHA			5,08
Contribuição Iluminação Pública			0,16
ICMS Subvenção-COF-NF 015260043-07/05/18			1,14
Multa por atraso-NF 015260043 - 07/05/18			2,73
Juros por atraso-NF 015260043 - 07/05/18			1,59
Atualização ICMS-NF 015260043 - 07/05/18			2,16
TOTAL DA FATURA			71,90

ICMS	PIS	COFINS							
BASE DE CÁLCULO %	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO %	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO %	VALOR DO IMPOSTO				
58,19	25,00	14,63	58,13	0,82	0,63	58,13	4,28	58,13	2,48

Comunicamos o não pagamento da(s) conta(s) de energia citada(s):

Venda	Un. Fim	Valor
13/06/18	18/07/18	53,06

Em caso de não pagamento da dívida, o fornecimento da energia parará automaticamente, bem como poderá ocorrer sua instalação em regime de crédito do BPC e RERAB, bem desligada da rede. Esta suspensão não substitui o não pagamento da dívida, afirmando assim que não obriga a desligar a instalação judicial que poderá ser ordenada após o fim do prazo.

Tarifas Aplicadas		HISTÓRICO DO CONSUMO	
Consumo Ativo(kWh)	0,92159000	III	18/06/18
		JUN	18/06/18
		JUL	18/06/18
		AGO	18/06/18
		SET	18/06/18
		OUT	18/06/18
		NOV	18/06/18
		DEZ	18/06/18
		JAN	18/06/18
		FEB	18/06/18
		MAR	18/06/18
		ABR	18/06/18
		MAY	18/06/18
		JUN	18/06/18
		JUL	18/06/18
		AGO	18/06/18
		SET	18/06/18
		OUT	18/06/18
		NOV	18/06/18
		DEZ	18/06/18
		JAN	18/06/18
		FEB	18/06/18
		MAR	18/06/18
		ABR	18/06/18
		MAY	18/06/18
		JUN	18/06/18
		JUL	18/06/18
		AGO	18/06/18
		SET	18/06/18
		OUT	18/06/18
		NOV	18/06/18
		DEZ	18/06/18
		JAN	18/06/18
		FEB	18/06/18
		MAR	18/06/18
		ABR	18/06/18
		MAY	18/06/18
		JUN	18/06/18
		JUL	18/06/18
		AGO	18/06/18
		SET	18/06/18
		OUT	18/06/18
		NOV	18/06/18
		DEZ	18/06/18
		JAN	18/06/18
		FEB	18/06/18
		MAR	18/06/18
		ABR	18/06/18
		MAY	18/06/18
		JUN	18/06/18
		JUL	18/06/18
		AGO	18/06/18
		SET	18/06/18
		OUT	18/06/18
		NOV	18/06/18
		DEZ	18/06/18
		JAN	18/06/18
		FEB	18/06/18
		MAR	18/06/18
		ABR	18/06/18
		MAY	18/06/18
		JUN	18/06/18
		JUL	18/06/18
		AGO	18/06/18
		SET	18/06/18
		OUT	18/06/18
		NOV	18/06/18
		DEZ	18/06/18
		JAN	18/06/18
		FEB	18/06/18
		MAR	18/06/18
		ABR	18/06/18
		MAY	18/06/18
		JUN	18/06/18
		JUL	18/06/18
		AGO	18/06/18
		SET	18/06/18
		OUT	18/06/18
		NOV	18/06/18
		DEZ	18/06/18
		JAN	18/06/18
		FEB	18/06/18
		MAR	18/06/18
		ABR	18/06/18
		MAY	18/06/18
		JUN	18/06/18
		JUL	18/06/18
		AGO	18/06/18
		SET	18/06/18
		OUT	18/06/18
		NOV	18/06/18
		DEZ	18/06/18
		JAN	18/06/18
		FEB	18/06/18
		MAR	18/06/18
		ABR	18/06/18
		MAY	18/06/18
		JUN	18/06/18
		JUL	18/06/18
		AGO	18/06/18
		SET	18/06/18
		OUT	18/06/18
		NOV	18/06/18
		DEZ	18/06/18
		JAN	18/06/18
		FEB	18/06/18
		MAR	18/06/18
		ABR	18/06/18
		MAY	18/06/18
		JUN	18/06/18
		JUL	18/06/18
		AGO	18/06/18
		SET	18/06/18
		OUT	18/06/18
		NOV	18/06/18
		DEZ	18/06/18
		JAN	18/06/18
		FEB	18/06/18
		MAR	18/06/18
		ABR	18/06/18
		MAY	18/06/18
		JUN	18/06/18
		JUL	18/06/18
		AGO	18/06/18
		SET	18/06/18
		OUT	18/06/18
		NOV	18/06/18
		DEZ	18/06/18
		JAN	18/06/18
		FEB	18/06/18
		MAR	18/06/18
		ABR	18/06/18
		MAY	18/06/18
		JUN	18/06/18
		JUL	18/06/18
		AGO	18/06/18
		SET	18/06/18
		OUT	18/06/18
		NOV	18/06/18
		DEZ	18/06/18
		JAN	18/06/18
		FEB	18/06/18
		MAR	18/06/18
		ABR	18/06/18
		MAY	18/06/18
		JUN	18/06/18
		JUL	18/06/18
		AGO	18/06/18
		SET	18/06/18
		OUT	18/06/18
		NOV	18/06/18
		DEZ	18/06/18
		JAN	18/06/18
		FEB	18/06/18
		MAR	18/06/18
		ABR	18/06/18
		MAY	18/06/18
		JUN	18/06/18
		JUL	18/06/18
		AGO	18/06/18
		SET	18/06/18
		OUT	18/06/18
		NOV	18/06/18
		DEZ	18/06/18
		JAN	18/06/18
		FEB	18/06/18
		MAR	18/06/18
		ABR	18/06/18
		MAY	18/06/18
		JUN	18/06/18
		JUL	18/06/18
		AGO	18/06/18
		SET	18/06/18
		OUT	18/06/18
		NOV	18/06/18
		DEZ	18/06/18
		JAN	18/06/18
		FEB	18/06/18
		MAR	18/06/18
		ABR	18/06/18
		MAY	18/06/18
		JUN	18/06/18
		JUL	18/06/18
		AGO	18/06/18
		SET	18/06/18
		OUT	18/06/18
		NOV	18/06/18
		DEZ	18/06/18
		JAN	18/06/18
		FEB	18/06/18
		MAR	18/06/18
		ABR	18/06/18
		MAY	18/06/18
		JUN	18/06/18
		JUL	18/06/18
		AGO	18/06/18
		SET	18/06/18
		OUT	18/06/18
		NOV	18/06/18
		DEZ	18/06/18
		JAN	18/06/18
		FEB	18/06/18
		MAR	18/06/18
		ABR	18/06/18
		MAY	18/06/18
		JUN	18/06/18
		JUL	18/06/18
		AGO	18/06/18
		SET	18/06/18
		OUT	18/06/18
		NOV	18/06/18
		DEZ	18/06/18
		JAN	18/06/18
		FEB	18/06/18
		MAR	18/06/18
		ABR	18/06/18
		MAY	18/06/18
		JUN	18/06/18
		JUL	18/06/18
		AGO	18/06/18
		SET	18/06/18
		OUT	18/06/18
		NOV	18/06/18
		DEZ	18/06/18
		JAN	18/06/18
		FEB	18/06/18
		MAR	18/06/18
		ABR	18/06/18
		MAY	18/06/18
		JUN	18/06/18
		JUL	18/06/18
		AGO	18/06/18
		SET	18/06/18
		OUT	18/06/18
		NOV	18/06/18
		DEZ	18/06/18
		JAN	18/06/18
		FEB	18/06/18
		MAR	18/06/18
		ABR	18/06/18
		MAY	18/06/18
		JUN	18/06/18
		JUL	18/06/18
		AGO	18/06/18
		SET	18/06/18
		OUT	18/06/18
		NOV	18/06/18
		DEZ	18/06/18
		JAN	18/06/18
		FEB	18/06/18
		MAR	18/06/18
		ABR	18/06/18
		MAY	18/06/18
		JUN	18/06/18
		JUL	18/06/18
		AGO	18/06/18
		SET	18/06/18
		OUT	18/06/18
		NOV	



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/ODOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CÓDIGO=25638>

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 das 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 de profissão e renda, 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 Aylene Paula Guedes Pereira Alves inscrito (a) no CPF/CNPJ 009.847.621 / 97, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Cláudio Carlos Ribeiro da Silva inscrito (a) no CPF sob o N° 120.051.294 / 45, do sinistro de DPVAT cobertura invalidez da Vítima Cláudio Carlos Ribeiro da Silva inscrito (a) no CPF sob o N° 120.051.294 / 45, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

Recuso Informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço <u>Rua Irapáio Henrique</u>	Número <u>222</u>	Complemento <u>para</u>
Bairro <u>Centro</u>	Cidade <u>Timbaúba</u>	Estado <u>PE</u>
Email <u>mejanessaia@gmail.com</u>	Telefone comercial (DDD) <u>(81) 99113-7889</u>	Telefone celular (DDD) <u>(81) 99933-7242</u>

Timbaúba, 03 de Setembro de 2018
Local e Data

Aylene Paula Guedes Pereira Alves
Assinatura do Declarante

DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
02 OUT 2019
Gente Legal Av. Rio Branco, 111 - Centro Graciosa - Rio de Janeiro - RJ - 20030-000



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/ODOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CÓDIGO=25638>

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 das 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 de profissão e renda, 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 Aylene Paula Guedes Pereira Alves inscrito (a) no CPF/CNPJ 009.847.621 / 97, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Cláudio Carlos Ribeiro da Silva inscrito (a) no CPF sob o N° 120.051.294 / 45, do sinistro de DPVAT cobertura invalidez da Vítima Cláudio Carlos Ribeiro da Silva inscrito (a) no CPF sob o N° 120.051.294 / 45, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

Recuso Informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço <u>Rua Irapáio Henrique</u>	Número <u>222</u>	Complemento <u>para</u>
Bairro <u>Centro</u>	Cidade <u>Timbaúba</u>	Estado <u>PE</u>
Email <u>mejanessaia@gmail.com</u>	Telefone comercial (DDD) <u>(81) 99113-7889</u>	Telefone celular (DDD) <u>(81) 99933-7242</u>

Timbaúba, 03 de Setembro de 2018
Local e Data

Aylene Paula Guedes Pereira Alves
Assinatura do Declarante

DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
02 OUT 2019
Gente Legal Av. Rio Branco, 111 - Centro Graciosa - Rio de Janeiro - RJ - 20030-000