

PROCURAÇÃO AD JUDICIA**OUTORGANTE:**

|                                 |                                     |                                        |                   |
|---------------------------------|-------------------------------------|----------------------------------------|-------------------|
| Nome:<br>Marcelo Nunes Linhares |                                     | Nacionalidade:<br>Brasileiro           |                   |
| Estado Civil:<br>Solteiro       | Profissão:<br>Vend. Ambulante       | Carteira de Identidade:<br>20075888240 |                   |
| CPF nº:<br>063.651.873-60       | Residência:<br>R. Santa Glória, 489 |                                        |                   |
| Bairro:<br>Jacarecanga          | Cidade:<br>Fortaleza                | Estado:<br>CE                          | CEP:<br>60311-020 |

**OUTORGADO:**

**ANTONIO KAIRO RODRIGUES SILVA**, brasileiro, solteiro, advogado, OAB/CE – 24.805, com escritório profissional na rua Barão do Rio Branco, nº 1782, Bairro Centro, Fortaleza - CE CEP: 60.025-060, fone: (85) 9657.0528  
e-mail: [KAIRO\\_AKRS@YAHOO.COM.BR](mailto:KAIRO_AKRS@YAHOO.COM.BR)

**PODERES:**

Amplos poderes para o foro em geral, bem como nas vias administrativas, em qualquer juiz, instancia ou Tribunal, Superior ou não, Repartição Pública, podendo promover contra quem de direito as ações que julgarem convenientes e defendê-lo (a) nas contrárias, interpor recursos, com especiais poderes para, agindo em conjunto ou em separado, receber citações, renunciar e desistir de direitos decorrentes deste mandato e dos oriundos desta ação, desistir, transigir, interpor todos os recursos permitidos em direito, produzir e requerer provas e justificações, opor embargos, prestar compromisso de inventariante e assinar o respectivo termo, fazer declarações de lei, requerer remissão, adjudicação de bens, ordenar protestos de títulos, levantar depósitos judiciais em nome do(s) outorgantes, assinar recibos, representá-los em quaisquer repartições federais, estaduais, municipais ou autarquias, fazer tudo o que for necessário para o bom e fiel cumprimento da presente, inclusive substabelecer, com ou sem reserva de iguais poderes, o que darei tudo por firme, justo e valioso como próprio fora, dando a mesma caráter irrevogável.

Fortaleza (CE), 29 de Maio de 2018.

X MARCELO NUNES LINHARES

Outorgante

## DECLARAÇÃO

Eu, Marcelo Nunes Linhares,  
brasileiro(a), Solteiro, Ambulante, portador da Carteira de Identidade/RG nº 20075888240, e inscrito no CPF/MF sob o nº 063.651.873-60, residente e domiciliado na cidade de Fortaleza, estado do Ceará, na Rua Santa Glória, nº 459, declaro para os devidos fins que possuo hiposuficiência financeira, não possuindo condições de arcar com custas processuais e honorários advocatícios sem prejudicar o meu sustento próprio e o de minha família, consoante o que dispõe a Lei nº 1.050/60.

Por ser expressão da verdade, firmo a presente.

Fortaleza (CE), 29 de Maio de 2.018.

X MARCELO NUNES LINHARES





## GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO



BOLETIM DE Ocorrência Nº 301 - 5262 / 2017

## Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**Data / Hora da Comunicação: **17/10/2017 11:07:17**Data / Hora da Ocorrência: **07/09/2017 16:00:00**Endereço da Ocorrência: **AVENIDA JOSE BASTOS , 6510**

Complemento:

Bairro: **PARANGABA**Município: **FORTALEZA/CE**Ponto de Referência: **PROX A UM RESTAURANTE**

## Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **MARCELO NUNES LINHARES**Nascimento: **22/03/1996** CPF: **063.651.873-60**CNH: **06185619205**Orgão Emissor: **DETRAN**UF: **CE**Filiação: **MARIA JOSE NUNES LINHARES****DANIEL MAGALHAES LINHARES**Endereço: **RUA SANTA ELIZA, 459**Bairro: **NOSSA SENHORA DAS GRACAS**Município: **FORTALEZA/CE**

CEP:

País: **BRASIL**Telefone: **(85) 98692-4828**

## Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **HWQ1060** Uf: **CE** Município: **FORTALEZA** Chassi:**9C62MW000W0062228** Renavam: **708282814** Tipo do Veículo:**MOTOCICLETA** Marca / Modelo: **YAMAHA/RD 135** Ano Fabricação:**1998** Ano Modelo: **1998** Combustível: **GASOLINA** Cor: **BRANCA**Proprietário: **MARCELO NUNES LINHARES** Situação: **NÃO****INFORMADO** Envolvimento: **COLISAO**

## Histórico

AFIRMA O DECLARANTE QUE NA DATA, HORA E LOCAL CITADOS; QUE, PILOTAVA A MOTOCICLETA DE SUA PROPRIEDADE DE PLACA HWQ-1060-CE; QUE TRAFEGAVA PELA AV. JOSE BASTOS; QUE UM OUTRO VEICULO CARRO DE PLACAS NÃO ANOTADAS, QUE VINHA NO MESMO SENTIDO DA VIA, EFETUOU UMA FECHADA BRUSCA PARA CIMA DA MOTO DA VITIMA NA VIA E PARA A VITIMA NÃO COLIDIR, SUBIU O CANTEIRO CENTRAL DA VIA PASSANDO PARA O OUTRO LADO DA VIA DE SENTIDO CONTRARIO, OCASIONANDO A COLISÃO FRONTAL COM UMA OUTRA MOTO DE PLACA NÃO ANOTADA QUE ESTAVA NA SUA MAO DE DIREÇÃO DA VIA; QUE, COM O IMPACTO, A VITIMA FOI AO SOLO E FICOU LESIONADA; QUE, A VITIMA FOI SOCORRIDA PELO SAMU SENDO LEVADA PARA ATENDIMENTO NO HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE. E NADA MAIS DISSE.//

OBS: FALSA COMUNICAÇÃO É CRIME PREVISTO ART. 340 DO CPB.

PRAZO PREVISTO PARA REPRESENTAÇÃO CRIMINAL: 6 MESES.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

CRISTIANO ALEX NOGUEIRA DA SILVA - MAT.: 300518-1-5

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

MARCELO NUNES LINHARES

DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO



ESTADO DO CEARÁ - CARTÓRIO MORAIS CORREIA - 4º OFÍCIO DE NOTAS E 2º RTDPJ  
TABELIA: ÂNGELA MARIA ARAÚJO MORAIS CORREIA - CNPJ: 06.573.000/0001-67  
Rua Major Facundo, 676 - Centro - CEP: 60.025-100 - Fortaleza - CE - Tel: (85) 3464.5900  
E-mail: moraiscorreia@moraiscorreia.com.br

--- AUTENTICAÇÃO Nº 241052---

Autentico a presente cópia reprográfica do documento que me foi apresentado nestas notas pela parte interessada. Dou fé.

testemunho da verdade.

lo Digital de Fiscalização - SELO 3 - AUTENTICACAO

Francisco de A. M. Correia - ( ) - Maria A. L. Soares - ( ) - Silvana M. P. de Sousa - ( )  
- Luiz MORAIS Correia Neto - ( ) - Cesar Alexandre Germano Rodrigues  
( ) - Arlene Lemos Rodrigues - Escreventes





**GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ**  
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL  
POLÍCIA CIVIL  
DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO



**BOLETIM DE Ocorrência Nº 301 - 5262 / 2017**

**VISTO DO DELEGADO(A) :**

**MARIA CÂNDIDA BRUM - MAT.: 126913-1-9**



ESTADO DO CEARÁ - CARTÓRIO MORAIS CORREIA - 4º OFÍCIO DE NOTAS E 2º RTDPJ  
TABELIA: ÂNGELA MARIA ARAÚJO MORAIS CORREIA - CNPJ: 06.573.000/0001-67  
Rua Major Facundo, 676 - Centro - CEP: 60.025-100 - Fortaleza - CE - Tel: (85) 3464.5900  
E-mail: moraiscorreia@moraiscorreia.com.br

--- AUTENTICAÇÃO Nº 241652 ---

Autentico a presente cópia reprográfica do documento que me foi apresentado nestas notas pela parte interessada. Dou fé.  
Fortaleza, 22 de novembro de 2017. Emolumentos: R\$ 2,35  
Em testemunho da verdade.

Selo Digital de Fiscalização - SELO 3 - AUTENTICAÇÃO

I - Francisco de A. M. Correia - ( ) - Maria A. L. Soares - ( ) - Silvana M. P. de Sousa - ( )  
- Luiz MORAIS Correia Neto - ( ) - Cesar Alexandre Germano Rodrigues  
( ) - Arlene Lemos Rodrigues - Escreventes

VÁLIDO SOMENTE COM SELO DE AUTENTICAÇÃO

Confira os dados do ato em:  
[selodigital.tjce.jus.br/portal](http://selodigital.tjce.jus.br/portal)





Ato declaratório fls. 11

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

07/09/2017 18:21

|                                  |                       |                       |                      |
|----------------------------------|-----------------------|-----------------------|----------------------|
| Paciente: MARCELO NUNES LINHARES | Dt. Nasc.: 22/03/1996 | Atendimento: 45423735 | Prontuário: 14215651 |
| Convênio: HAPVIDA MATRIZ         | Posto:                | Leito: /              |                      |

|                                                                            |              |            |          |
|----------------------------------------------------------------------------|--------------|------------|----------|
| Profissional(is): MARCUS VENICIUS MACEDO FONTENELE RECAMONDE CRM 13010 [1] | Nº: 14121960 | 07/09/2017 | às 18:16 |
|----------------------------------------------------------------------------|--------------|------------|----------|

## CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE

## ANAMNESE

## Queixa Principal

PCTE VITIMA DE COLISÃO MOTO-MOTO HÁ 2h, COM  
ESCORIAÇÕES DIFUSAS + DOR EM FIE  
NEGA CEFALÉIA, TONTURA, VÔMITOS, SONOLÊNCIA, AMNÉSIA  
LACUNAR, DISPNEIA

[1]

## AO EXAME:

A: VIAS AÉREAS LIVRES, COM COLAR CERVICAL  
B: TÓRAX SIMÉTRICO, MV+ S/RA, AUSÊNCIA DE ENFISEMA  
SUBCUTÂNEO  
C: ESTÁVEL HEMODINAMICAMENTE, COM PULSOS DISTAIS  
PALPÁVEIS  
D: GCS: 15, PIFR, OTE  
E: ABDOME DOLOROSO EM FID, SEM DEFESA ABDOMINAL, SEM  
SINAIS DE IRRITAÇÃO PERITONEAL / Pelve estável, SEM  
IMOBILIZAÇÃO / ESCORIAÇÕES EM MMII E MENTO

COND: SOLICITO RADIOGRAFIAS + USA

CID10

Z480 CUIDADOS A CURATIVOS E SUTURAS CIRURGICAS

[1]

## DIAGNÓSTICO

CID10

Z480 CUIDADOS A CURATIVOS E SUTURAS CIRURGICAS

[1]

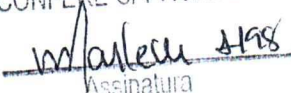
## PLANEJAMENTO TERAPÊUTICO

Alta Após Medicação E Cuidados

Alta após cuidados e/ou medicação

[1]

CONFERE CI/PRONTUÁRIO

  
Assinatura



## 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 interdita 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: Marcelo Nunes Linhares CPF da Vítima: 063.651.873 60 Data do Acidente: 07/09/17

## REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

|                                      |                            |
|--------------------------------------|----------------------------|
| 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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

## Assinalar uma das opções abaixo:

- ☐ 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.

Set. 22 de 11 de 17  
Local e Data

MARCELO NUNES LINHARES

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal





## FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLÍNICA

Página 1 de 1

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

07/09/2017 18:21

|                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                       |                      |
|----------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|----------------------|
| Paciente: MARCELO NUNES LINHARES                                           | Dt. Nasc.: 22/03/1996                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Atendimento: 45423735 | Prontuário: 14215651 |
| Convênio: HAPVIDA MATRIZ                                                   | Posto:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | Leito: /              |                      |
| Profissional(is): MARCUS VENICIUS MACEDO FONTENELE RECAMONDE CRM 13010 [1] |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | Nº: 14121960          | 07/09/2017 às 18:16  |
| <b>CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE</b>                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                       |                      |
| <b>ANAMNESE</b>                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                       |                      |
| Queixa Principal                                                           | PCTE VITIMA DE COLISÃO MOTO-MOTO HÁ 2h, COM ESCORIAÇÕES DIFUSAS + DOR EM FIE<br>NEGA CEFALIA, TONTURA, VOMITOS, SONOLENCIA, AMNÉSIA LACUNAR, DISPNEIA [1]                                                                                                                                                                                                                                                  |                       |                      |
|                                                                            | AO EXAME:<br>A: VIAS AÉREAS LIVRES, COM COLAR CERVICAL<br>B: TÓRAX SIMÉTRICO, MV+ S/RA, AUSÊNCIA DE ENFISEMA SUBCUTÂNEO<br>C: ESTÁVEL HEMODINAMICAMENTE, COM PULSOS DISTAIS PALPÁVEIS<br>D: GCS: 15, PIFR, OTE<br>E: ABDOME DOLOROSO EM FID, SEM DEFESA ABDOMINAL, SEM SINAIS DE IRRITAÇÃO PERITONEAL / Pelve estável, SEM IMOBILIZAÇÃO / ESCORIAÇÕES EM MMII E MENTO<br>COND: SOLICITO RADIOGRAFIAS + USA |                       |                      |
| CID10                                                                      | Z480 CUIDADOS A CURATIVOS E SUTURAS CIRURGICAS [1]                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                       |                      |
| <b>DIAGNÓSTICO</b>                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                       |                      |
| CID10                                                                      | Z480 CUIDADOS A CURATIVOS E SUTURAS CIRURGICAS [1]                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                       |                      |
| <b>PLANEJAMENTO TERAPÊUTICO</b>                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                       |                      |
| Alta Após Medicação E Cuidados                                             | Alta após cuidados e/ou medicação [1]                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                       |                      |

CONFERE CI/PRONTUÁRIO

*M. Venicius Macedo Fontenele Recamonde*

Assinatura

DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MARCUS VENICIUS MACEDO FONTENELE RECAMONDE:96794690349, às 18:29BRT de 07/09/2017



ANTONIO  
PRUDENTE

FICHA REGISTRO DE ATENDIMENTO  
DADOS PESSOAIS

Atendimento  
45423735

!PMHF

fls. 14

ESTE PRONTUARIO E PROPRIEDADE DO HOSPITAL. PROIBIDO SER RETIRADO DO HOSPITAL

11

25/09/2017 17:02:47

|                                                             |                        |                       |              |       |
|-------------------------------------------------------------|------------------------|-----------------------|--------------|-------|
| Prontuário                                                  | Nome do Paciente       | Sexo                  | Nascimento   | Idade |
| 14215651                                                    | MARCELO NUNES LINHARES | M                     | 22/03/1996   | 21    |
| RG                                                          | CPF                    | Carteira Profissional | Estado Civil |       |
|                                                             | 6365187360             |                       | 2-SOLTEIRO   |       |
| Endereço                                                    |                        |                       |              |       |
| R SANTA ELISA,459 - JACARECANGA, FORTALEZA(CE) CEP 61000000 |                        |                       |              |       |
| Telefone Residencial                                        | Telefone Trabalho      |                       |              |       |
|                                                             |                        |                       |              |       |

DADOS DO CONVENIO

|                   |                                                        |  |  |
|-------------------|--------------------------------------------------------|--|--|
| Convenio          |                                                        |  |  |
| 22 HAPVIDA MATRIZ | 1 PLANO EMP VIDA TOTAL ESP C/UTI ENFERMARIA - COLETIVO |  |  |
| Carteira          | Validade                                               |  |  |
| 0150P000001015011 |                                                        |  |  |

DADOS DO ATENDIMENTO

|                                                    |       |           |                           |
|----------------------------------------------------|-------|-----------|---------------------------|
| Setor                                              |       |           |                           |
| 116800-RECEPCAO EMG TRAUMA-CIRURG                  |       |           |                           |
| Data                                               | Hora  | Matricula | Tipo Atendimento          |
| 07/09/2017                                         | 18:11 |           | 6 CONSULTA TRAUMATOLOGICA |
| Médico Atendente                                   |       |           | Clinica                   |
| 1960350 MARCUS VENICIUS MACEDO FONTENELE RECAMONDE |       |           | 4-CIRURGICA               |
| Médico Acompanhante                                |       | Peso (Kg) | Temperatura (°C)          |
|                                                    |       |           |                           |

CARIMBO / ASSINATURA MÉDICO

R4310RA - LEANDRO GOMES FORTE

CONFERE CTT 11/09/2017

*Mailean* 11/9/17  
Assinatura





**ATESTADO**

**ATESTO PARA OS DEVIDOS FINS QUE MARCELO NUNES LINHARES APRESENTA DOR NA REGIAO DA BACIA POS FRATURA DE OSSOS PELVICOS POR ACIDENTE DE TRANSITO. DEVE EVITAR ATIVIDADES QUE EXIJAM ESFORÇO POR UM PERIODO DE 90( NOVENTA) DIAS A PARTIR DESTA DATA.**

**CID 10: S328**

18/09/2017

Dr. Marcelo Carlos  
Ortopedia  
CREMEC 9907 TEOT 12919

0150P000001015 MARCELO NUNES LINHARES

Todos os Laudos

Fechar

| Di Laudo            | Usuário Laudo  | Solicitante                                                   | Procedimento            | View                                             |
|---------------------|----------------|---------------------------------------------------------------|-------------------------|--------------------------------------------------|
| 07/09/2017 20:52:31 | 0150P000001015 | SIDNEI TORRES VIEIRA JUNIOR                                   | VIDA & IMAGEM FORTALEZA | BÁCIA                                            |
| 07/09/2017 20:51:55 | 0150P000001015 | SIDNEI TORRES VIEIRA JUNIOR                                   | VIDA & IMAGEM FORTALEZA | COLUNA CERVICAL: A.P. - LAT. - T.O. OU FLEXAO    |
| 07/09/2017 20:51:34 | 0150P000001015 | SIDNEI TORRES VIEIRA JUNIOR                                   | VIDA & IMAGEM FORTALEZA | PE OU PODODACTILOS                               |
| 07/09/2017 20:51:15 | 0150P000001015 | SIDNEI TORRES VIEIRA JUNIOR                                   | VIDA & IMAGEM FORTALEZA | TORAX: P. A.                                     |
| 07/09/2017 19:51:41 | 0150P000001015 | MARCUS VENICIUS MACEDO FONTE                                  | VIDA & IMAGEM FORTALEZA | US ABDOMEN TOTAL (ABDOMEN SUPERIOR - RINS - RET) |
| 12/03/2017 12:58:00 | 0150P000001015 | ANTONIO FRANCISCO NOGUEIRA ALIFUNDACAO ANA LIMA CENTRO MEDICO |                         | ROTINA DE URINA (CARACTERES FISICOS, ELEMENTOS F |
| 12/03/2017 12:51:00 | 0150P000001015 | ANTONIO FRANCISCO NOGUEIRA ALIFUNDACAO ANA LIMA CENTRO MEDICO |                         | HEMOGRAMA COMPLETO (ERITROGRAMA+LEUCOGRAMA       |
| 12/03/2017 11:35:00 | 0150P000001015 | ANTONIO FRANCISCO NOGUEIRA ALIFUNDACAO ANA LIMA CENTRO MEDICO |                         | CREATININA                                       |

Laudo

Queixa Principal:

LAUDO :

Presença de fraturas em ramos ilio e isquiopúbicos direitos.

Espaços articulares mantidos.

Demais aspectos preservados.





ANTONIO  
PRUDENTE

**HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE**  
AV AGUANAMBI, 1827 - FÁTIMA 3269-4001  
60055-540 FORTALEZA - CE

## ATESTADO MÉDICO

Atesto que atendi nesta data o(a) Sr(a) **MARCELO NUNES LINHARES** às 20:47 hs,  
sendo necessário o seu afastamento do local de trabalho ou escola por **3 ( TRES )** dias,  
a partir de 07/09/2017 , tendo como causa do atendimento o código abaixo:

**Z48**

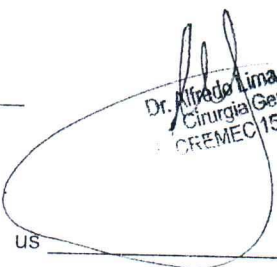
-----  
Código da Doença

\_\_\_\_\_  
Local e Data

Assinatura do Médico

\_\_\_\_\_  
ALFREDO LIMA FILHO

\_\_\_\_\_  
CRM 15047

  
Dr. Alfredo Lima Filho  
Cirurgia Geral  
CREMEC 15.047

Aceito a Colocação do CID. Assinado us \_\_\_\_\_

Codigo de Autenticação : BKVUH97B7BK0  
Solicitacao da Senha : 07/09/2017 18:10:22



DIAGNÓSTICO POR IMAGEM VIDA IMAGEM.

ULTRASSOM --HAP FORTALEZA

NºPedido: 21555225

Data 07/09/2017

Pag 1 de 1

**Paciente...: 14215651 MARCELO NUNES LINHARES**

Nascimento.: 22/03/1996 Sexo: M

CPF.: 6365187360

Endereco...: R SANTA ELISA 459 JACARECANGA FORTALEZA CE 61000000

Tel.:

Convenio...: HAPVIDA MATRIZ

Matricula...: 0150P000001015011

Solicitante: Dr(a) MARCUS VENICIUS MAC

**Exame:**

US ABDOMEN TOTAL -EMERGÊNCIA

**!PMHE**

4542373431

DADOS TÉCNICOS : Exame realizado com transdutor convexo multifrequencial (3.5-5.0Mhz).

ANÁLISE: Estudo ultrassonográfico do abdome.

FÍGADO: Com dimensões normais e contornos regulares, ecogenicidade parenquimatosa preservada; sistema porta e veias hepáticas com aspectos anatômicos normais. Ausência de dilatação de vias biliares intra e extra-hepáticas.

VESÍCULA BILIAR: Normodistendida, paredes finas e regulares, sem evidência de cálculos ou bile espessa no seu interior; colédoco de calibre normal.

PÂNCREAS: parcialmente caracterizado devido ao intenso meteorismo intestinal sobre sua loja, de aspecto aparentemente usual aos feixes ecográficos disponíveis.

BAÇO: Apresentando dimensões normais, com ecogenicidade parenquimatosa preservada.

RINS: Tópicos, de contornos, dimensões e ecogenicidade normais, com relação córtico/medular preservada. Não há evidência de dilatação dos sistemas pielocalicinais ou imagem sugestiva de cálculo.

BEXIGA: Com boa repleção, paredes finas e regulares, com conteúdo anecóico homogêneo sem evidências de vegetações.

ATENÇÃO: ULTRASSONOGRAMA É UM EXAME COMPARATIVO !  
GUARDE ESSE FILME PARA FUTURAS COMPARAÇÕES.

EM

RAFAEL SOARES MOREIRA SOUZA  
CRM 13779 - CE



## FICHA DE ATENDIMENTO DE PACIENTES

Empresa.: 19151 VIDA IMAGEM FORTAL  
Setor.: 162100 RAOX REC TRAUMA - HAP FORTALEZ/  
Endereço : AV AGUANAMBI, 1827 FATIMA 60.055-401

MARCELO NUNES LINHARES

Pedido: 21555087

Data do Pedido: 07/09/17

Data / Hora: 07/09/17 18:41:52

fls. 19

Atendimento: 45423734 Data: 07/09/2017  
Paciente..... 14215651 MARCELO NUNES LINHARES  
Nascimento.... 22/03/1996 Telefone:  
Endereço..... R. SANTA ELISA, 459 JACARECANGA CEP: 61.000-000  
Queixa Principal:

Operador: LIDIANEM  
Idade: 21 ano(s) Sexo: M

Convenio..... HAPVIDA MATRIZ  
No. Carteira..... 0150P000001015011

Paciente: EXTERNO  
Motivo: EMERGENCIA

| Exames Solicitados | Guia | Medico Solicitante | Senha | Qt | VI Unit | VI Total |
|--------------------|------|--------------------|-------|----|---------|----------|
|--------------------|------|--------------------|-------|----|---------|----------|

32050038 RX TORAX P.A

|          |                      |           |   |      |      |
|----------|----------------------|-----------|---|------|------|
| 29873858 | SIDNEI TORRES VIEIRA | E77729944 | 1 | 0.00 | 0.00 |
|----------|----------------------|-----------|---|------|------|

!PMHE8

"

4542373421

32040016 RX BACIA (MEMBROS INFERIORES)

|          |                      |           |   |      |      |
|----------|----------------------|-----------|---|------|------|
| 29873858 | SIDNEI TORRES VIEIRA | C47080238 | 1 | 0.00 | 0.00 |
|----------|----------------------|-----------|---|------|------|

!PMHE;

"

4542373424

32020015 RX COLUNA CERVICAL:A.P.-LAT-T.O. OU FLEXAO

|          |                      |           |   |      |      |
|----------|----------------------|-----------|---|------|------|
| 29873858 | SIDNEI TORRES VIEIRA | C47080237 | 1 | 0.00 | 0.00 |
|----------|----------------------|-----------|---|------|------|

!PMHE:

"

4542373423

32040105 RX PE OU PODODACTILOS - LADO ESQUERDO

|          |                      |           |   |      |      |
|----------|----------------------|-----------|---|------|------|
| 29873858 | SIDNEI TORRES VIEIRA | C47080236 | 1 | 0.00 | 0.00 |
|----------|----------------------|-----------|---|------|------|

!PMHE9

"

4542373422

|                                     |   |                                 |      |
|-------------------------------------|---|---------------------------------|------|
| Quantidade Total de Exames Solicita | 4 | Valor TI de Exames Solicitados: | 0.00 |
|-------------------------------------|---|---------------------------------|------|

Telefone 3277-4129

Observacoes:

Ligar após 1 dia útil para 3277-4129. Hor. de atend. 2ª a 6ª das 07:30 às 18:30. O exame só será entregue com a ficha de atend. ou doc. do usuário. Rua João Lobo Filho S/N.

R7920R

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

25/09/2017 17:00

|                                                             |                                                                                                  |                       |                      |
|-------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|----------------------|
| Paciente: MARCELO NUNES LINHARES                            | Dt. Nasc.: 22/03/1996                                                                            | Atendimento: 45423734 | Prontuário: 14215651 |
| Convênio: HAPVÍDA MATRIZ                                    | Posto: POSTO EMERGENCIA TRAUMA E CI                                                              | Leito: 133225/2       |                      |
| Profissional(is): SIDNEI TORRES VIEIRA JUNIOR CRM 13556 [1] | Nº: 14122150                                                                                     | 07/09/2017            | às 18:25             |
| CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE                                   |                                                                                                  |                       |                      |
| ANAMNESE                                                    |                                                                                                  |                       |                      |
| Queixa Principal                                            | RELATA ACIDENTE COM MOTOCILCETA<br>NEGA TCE<br>GALSGOW 15<br>EUPNEICO<br>SEM DOR EM EXTREMIDADES |                       | [1]                  |
| CID10                                                       | M255 DOR ARTICULAR                                                                               |                       | [1]                  |
| DIAGNÓSTICO                                                 |                                                                                                  |                       |                      |
| CID10                                                       | M255 DOR ARTICULAR                                                                               |                       | [1]                  |

Dr. Sidnei Torres Vieira Jr.  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM 13556

CONFERE C/ PRONTUÁRIO

M. A. L. H. 198  
Assinatura



ESTE PRONTUÁRIO É PROPRIEDADE DO HOSPITAL. PROIBIDO SER RETIRADO DO HOSPITAL

25/09/2017 17:01:21

|                                                             |                        |                       |              |       |
|-------------------------------------------------------------|------------------------|-----------------------|--------------|-------|
| Prontuário                                                  | Nome do Paciente       | Sexo                  | Nascimento   | Idade |
| 14215651                                                    | MARCELO NUNES LINHARES | M                     | 22/03/1996   | 21    |
| RG                                                          | CPF                    | Carteira Profissional | Estado Civil |       |
|                                                             | 6365187360             |                       | 2-SOLTEIRO   |       |
| Endereço                                                    |                        |                       |              |       |
| R SANTA ELISA,459 - JACARECANGA, FORTALEZA(CE) CEP 61000000 |                        |                       |              |       |
| Telefone Residencial                                        | Telefone Trabalho      |                       |              |       |
|                                                             |                        |                       |              |       |

DADOS DO CONVENIO

|                   |                                                        |  |  |
|-------------------|--------------------------------------------------------|--|--|
| Convenio          |                                                        |  |  |
| 22 HAPVIDA MATRIZ | 1 PLANO EMP VIDA TOTAL ESP C/UTI ENFERMARIA - COLETIVO |  |  |
| Carteira          | Validade                                               |  |  |
| 0150P000001015011 |                                                        |  |  |

DADOS DO ATENDIMENTO

|                                      |                                   |                  |                           |
|--------------------------------------|-----------------------------------|------------------|---------------------------|
| Setor                                | 116800-RECEPCAO EMG TRAUMA-CIRURG |                  |                           |
| Data                                 | Hora                              | Matricula        | Tipo Atendimento          |
| 07/09/2017                           | 18:11                             |                  | 6 CONSULTA TRAUMATOLOGICA |
| Médico Atendente                     |                                   |                  | Clinica                   |
| 66975344 SIDNEI TORRES VIEIRA JUNIOR |                                   |                  | 6-TRAUMATOLOGICA          |
| Médico Acompanhante                  | Peso (Kg)                         | Temperatura (°C) |                           |
|                                      |                                   |                  |                           |

CARIMBO / ASSINATURA MÉDICO

CONFERE C/ PRONTUÁRIO

*Leandro Gomes Forte*

R4310RA - LEANDRO GOMES FORTE



HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

25/09/2017 17:04

|                                                                    |                                   |                       |                      |
|--------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------|----------------------|
| Paciente: MARCELO NUÑES LINHARES                                   | Dt. Nasc.: 22/03/1996             | Atendimento: 45568261 | Prontuário: 14215651 |
| Convênio: HAPVIDA MATRIZ                                           | Posto:                            | Leito: /              |                      |
| Profissional(is): ROBERTO ESMERALDO NOGUEIRA BARBOSA CRM 14529 [1] |                                   | Nº: 14342858          | 14/09/2017 às 19:05  |
| CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE                                          |                                   |                       |                      |
| ANAMNESE                                                           |                                   |                       |                      |
| Queixa Principal                                                   | RETIRADA DE PONTOS                |                       | [1]                  |
| CID10                                                              | R68 OUTR SINT E SINAIS GERAIS     |                       | [1]                  |
| DIAGNÓSTICO                                                        |                                   |                       |                      |
| CID10                                                              | R68 OUTR SINT E SINAIS GERAIS     |                       | [1]                  |
| PLANEJAMENTO TERAPÊUTICO                                           |                                   |                       |                      |
| Alta Após Medicação E Cuidados                                     | Alta após cuidados e/ou medicação |                       | [1]                  |

CONFERE O PRONTUÁRIO

  
Assinatura



ANTONIO  
PRUDENTE

FICHA REGISTRO DE ATENDIMENTO  
DADOS PESSOAIS

Atendimento  
45568261

!P[u"]

fls. 23

ESTE PRONTUÁRIO É PROPRIEDADE DO HOSPITAL. PROIBIDO SER RETIRADO DO HOSPITAL

25/09/2017 17:04:52

|                                                             |                        |                       |            |              |
|-------------------------------------------------------------|------------------------|-----------------------|------------|--------------|
| Prontuário                                                  | Nome do Paciente       | Sexo                  | Nascimento | Idade        |
| 14215651                                                    | MARCELO NUNES LINHARES | M                     | 22/03/1996 | 21           |
| RG                                                          | CPF                    | Carteira Profissional |            | Estado Civil |
|                                                             | 6365187360             |                       |            | 2-SOLTEIRO   |
| Endereço                                                    |                        |                       |            |              |
| R SANTA ELISA,459 - JACARECANGA, FORTALEZA(CE) CEP 61000000 |                        |                       |            |              |
| Telefone Residencial                                        | Telefone Trabalho      |                       |            |              |
|                                                             |                        |                       |            |              |

DADOS DO CONVENIO

|                   |                                                        |  |  |
|-------------------|--------------------------------------------------------|--|--|
| Convenio          |                                                        |  |  |
| 22 HAPVIDA MATRIZ | 1 PLANO EMP VIDA TOTAL ESP C/UTI ENFERMARIA - COLETIVO |  |  |
| Carteira          | Validade                                               |  |  |
| 0150P000001015011 |                                                        |  |  |

DADOS DO ATENDIMENTO

|                                            |       |           |                    |
|--------------------------------------------|-------|-----------|--------------------|
| Setor                                      |       |           |                    |
| 116800-RECEPCAO EMG TRAUMA-CIRURG          |       |           |                    |
| Data                                       | Hora  | Matricula | Tipo Atendimento   |
| 14/09/2017                                 | 18:55 |           | 4 CONSULTA RETORNO |
| Médico Atendente                           |       |           | Clínica            |
| 2128470 ROBERTO ESMERALDO NOGUEIRA BARBOSA |       |           | 4-CIRURGICA        |
| Médico Acompanhante                        |       | Peso (Kg) | Temperatura (°C)   |
|                                            |       |           |                    |

CARIMBO / ASSINATURA MÉDICO

R4310RA - LEANDRO GOMES FORTE

CONFERE O PRONTUÁRIO  
  
Assinatura

ANTONIO  
PRUDENTE

## FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLÍNICA

Página 1 de 1

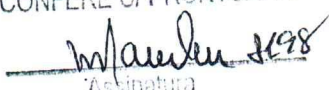
HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

13/09/2017 12:35

|                                                          |                                                |                                  |                      |
|----------------------------------------------------------|------------------------------------------------|----------------------------------|----------------------|
| Paciente: MARCELO NUNES LINHARES                         | Dt. Nasc.: 22/03/1996                          | Atendimento: 45535945            | Prontuário: 14215651 |
| Convênio: HAPVIDA MATRIZ                                 | Posto:                                         | Leito: /                         |                      |
| Profissional(is): LEONARDO DE ARAUJO BRITO CRM 12370 [1] |                                                | Nº: 14297105 13/09/2017 às 12:35 |                      |
| CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE                                |                                                |                                  |                      |
| ANAMNESE                                                 |                                                |                                  |                      |
| Queixa Principal                                         | RETIRADA DE PONTOS                             |                                  | [1]                  |
| CID10                                                    | Z480 CUIDADOS A CURATIVOS E SUTURAS CIRURGICAS |                                  | [1]                  |
| DIAGNÓSTICO                                              |                                                |                                  |                      |
| CID10                                                    | Z480 CUIDADOS A CURATIVOS E SUTURAS CIRURGICAS |                                  | [1]                  |
| PLANEJAMENTO TERAPÊUTICO                                 |                                                |                                  |                      |
| Alta Após Medicação E Cuidados                           | Alta após cuidados e/ou medicação              |                                  | [1]                  |

DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: LEONARDO DE ARAUJO BRITO:01241167362, às 23:24BRT de 13/09/2017

CONFERE O PRONTUÁRIO

  
Assinatura





ANTONIO  
PRUDENTE

FICHA REGISTRO DE ATENDIMENTO  
DADOS PESSOAIS

Atendimento  
45535945

!PX^P"

fls. 25

ESTE PRONTUÁRIO É PROPRIEDADE DO HOSPITAL. PROIBIDO SER RETIRADO DO HOSPITAL

25/09/2017 17:03:44

|                                                             |                        |                       |              |       |
|-------------------------------------------------------------|------------------------|-----------------------|--------------|-------|
| Prontuário                                                  | Nome do Paciente       | Sexo                  | Nascimento   | Idade |
| 14215651                                                    | MARCELO NUNES LINHARES | M                     | 22/03/1996   | 21    |
| RG                                                          | CPF                    | Carteira Profissional | Estado Civil |       |
|                                                             | 6365187360             |                       | 2-SOLTEIRO   |       |
| Endereço                                                    |                        |                       |              |       |
| R SANTA ELISA,459 - JACARECANGA, FORTALEZA(CE) CEP 61000000 |                        |                       |              |       |
| Telefone Residencial                                        | Telefone Trabalho      |                       |              |       |
|                                                             |                        |                       |              |       |

DADOS DO CONVENIO

|                   |                                                        |  |  |
|-------------------|--------------------------------------------------------|--|--|
| Convenio          |                                                        |  |  |
| 22 HAPVIDA MATRIZ | 1 PLANO EMP VIDA TOTAL ESP C/UTI ENFERMARIA - COLETIVO |  |  |
| Carteira          | Validade                                               |  |  |
| 0150P000001015011 |                                                        |  |  |

DADOS DO ATENDIMENTO

|                                   |       |           |                    |
|-----------------------------------|-------|-----------|--------------------|
| Setor                             |       |           |                    |
| 116800-RECEPCAO EMG TRAUMA-CIRURG |       |           |                    |
| Data                              | Hora  | Matricula | Tipo Atendimento   |
| 13/09/2017                        | 12:08 |           | 4 CONSULTA RETORNO |
| Médico Atendente                  |       |           | Clinica            |
| 1669516 LEONARDO DE ARAUJO BRITO  |       |           | 4-CIRURGICA        |
| Médico Acompanhante               |       | Peso (Kg) | Temperatura (°C)   |
|                                   |       |           |                    |

CARIMBO / ASSINATURA MÉDICO

R4310RA - LEANDRO GOMES FORTE

CONFERE C/ PRONTUÁRIO

  
Assinatura

| REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL                                     |                               |
|--------------------------------------------------------------------|-------------------------------|
| MINISTÉRIO DAS CIDADES                                             |                               |
| DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO                                  |                               |
| CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO                                   |                               |
| NOME<br>MARCELO NUNES LINHARES                                     |                               |
| DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR UF<br>20075888240 SSP CE            |                               |
| CPF<br>063.651.873-60                                              | DATA NASCIMENTO<br>22/03/1996 |
| FILIAÇÃO<br>DANIEL MAGALHAES LINHARES<br>MARIA JOSE NUNES LINHARES |                               |
| PERMISSÃO                                                          | ACC CAT. HAB.<br>AB           |
| Nº REGISTRO<br>06185619205                                         | VALIDADE<br>07/04/2019        |
| 1ª HABILITAÇÃO<br>24/09/2014                                       |                               |
| OBSERVAÇÕES<br>EXERCE ATIV REMUNERADA;                             |                               |
| MARCELO NUNES LINHARES<br>ASSINATURA DO PORTADOR                   |                               |
| LOCAL<br>FORTALEZA, CE                                             | DATA EMISSÃO<br>24/09/2015    |
| IGOR VASCONCELOS PONTE<br>ASSINATURA DO EMISSOR                    |                               |
| 60477229144<br>GE149869487                                         |                               |
| DETRAN - CE (CARTÃO)                                               |                               |

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

1158458373

PROIBIDO PLASTIFICAR

1158458373



JUL-2016



- Fique Atento! A contemplação no sistema de consórcio ocorre somente através de sorteio e lance. Os lances são sigilosos e revelados mediante a apuração da assembleia, que define o vencedor. Portanto, o Embracon, assim como todas as administradoras de consórcios do Brasil, por lei, não tem como determinar uma data específica para a contemplação da sua cota ou liberação do seu crédito, conforme regulamento da proposta de adesão. Caso você tenha recebido alguma informação diferente a esta, entre em contato conosco para esclarecimentos.
- Desde o dia 01 de julho de 2017 não haverá mais emissão de boletos com parcela em atraso. Os clientes contemplados com valores em aberto, serão enviados para a cobradora a partir do décimo quinto dia da parcela atrasada.

80259362

Demonstrativo do Grupo

Acompanhe pelo nosso site [www.embracon.com.br](http://www.embracon.com.br) o demonstrativo completo do seu grupo.

Canais de Atendimento



**SAC Eletrônico**  
Acesse pelo site [embracon.com.br](http://embracon.com.br), na aba "Atendimento".



**E-mail**  
Envie um e-mail para [relacionamento@embracon.com.br](mailto:relacionamento@embracon.com.br).



**SAC**  
0800 889 9999 ou 4003 9999



**Deficiente Auditivo / Fala**  
0800 886 0006 SMS: (11)97108 3280



**Ouvidoria**  
0800 888 4321  
[presidente@embracon.com.br](mailto:presidente@embracon.com.br)



**Redes Sociais**  
Acompanhe e interaja com a gente na internet!

[twitter.com/embracon](https://twitter.com/embracon)  
[facebook.com/embracon](https://facebook.com/embracon)  
[blog.embracon.com.br](https://blog.embracon.com.br)

Nosso horário de atendimento foi estendido!  
A partir de agora, atenderemos de segunda a sexta-feira das 8h às 19h.

**Embracon**  
Especializado em Consórcio

Desde 1988.



11.704



CTCE FORTALEZA CE CID - AMARRADOS / CTCE FORTALEZA CE PL1

MARCELO NUNES LINHARES  
R SANTA ELISA 00459  
JACARECANGA  
60311-020 FORTALEZA CE



7409036539979530000000444330280817

Data de Postagem: 28/08/2017

Vencimento: 11/09/2017

|  |                                   |                                                                                                                                                                                                          |
|--|-----------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | Assinatura e número do entregador | <input type="checkbox"/> Faltou<br><input type="checkbox"/> Não procurado<br><input type="checkbox"/> Ausente<br><input type="checkbox"/> Faltado<br><input type="checkbox"/> Int. escrita por terceiros |
|  | Retirado no Serviço Postal em:    |                                                                                                                                                                                                          |

PARA USO DOS CORREIOS

Remetente: Rua Bernardino de Campos, 230 - Centro - Campinas/SP - Torre Beta - 2º andar - CEP 13010-151

**Embracon**  
Especializado em Consórcio

**Seu imóvel a partir de**

**R\$ 688,89**

Mensais

Credito R\$ 100.000,00 • Plano 180 Meses

**Consórcio de imóvel. É mais barato!**

**Simulei**

**embracon.com.br**

**UTILIZE SEU FGTS**

**Bradesco****Dia & Noite**

BDN - Bradesco Dia e Noite  
Deposito Conta Poupanca

Data: 24/11/2017 Term: 018609 N.Trans: 6166 Hora: 15:53

Valor: 1,00

Favorecido:

Banco: 237

Agencia: 0678 / SEN.POMPEU-UFORT

Conta: 1007582-3

Titular 1: MARCELO NUNES LINHARES

Sujeito a conferencia.

O deposito realizado durante o expediente bancario ao publico sera conferido e validado no mesmo dia, de acordo com os valores encontrados no interior do envelope.

Apos o expediente bancario e aos sabados, domingos e feriados, o deposito sera conferido no primeiro dia util subsequente.

Cheque Expresso Bradesco.  
Seu talao de cheques em segundos.  
Sem pedir no balcao,  
nem esperar pelo correio.

Alo Bradesco

SAC - Servico de Apoio ao Cliente  
Cancelamentos, Reclamacoes e Informacoes  
0800 704 8383

Deficiente Auditivo ou de Fala - 0800 722 0099  
Atendimento 24 horas, 7 dias por semana

• Ouvidoria - 0800 727 9933  
Atendimento de segunda a sexta-feira das  
8h as 18h, exceto feriados.

Obrigado  
Tenha uma boa tarde

Rio de Janeiro, 29 de Março de 2018

Carta nº: 12589825

A/C: MARCELO NUNES LINHARES

Nº Sinistro: 3170641962  
Vítima: MARCELO NUNES LINHARES  
Data do Acidente: 07/09/2017  
Cobertura: INVALIDEZ  
Procurador: BRENA KELLY QUEIROZ MONTEIRO

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: MARCELO NUNES LINHARES

Valor: R\$ 843,75

Banco: 237

Agência: 000000678-5

Conta: 000001007582-3

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

|                  |     |        |
|------------------|-----|--------|
| Multa:           | R\$ | 0,00   |
| Juros:           | R\$ | 0,00   |
| Total creditado: | R\$ | 843,75 |

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um quadril 25%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 25%) 6,25%

|                                        |     |        |
|----------------------------------------|-----|--------|
| Valor a indenizar: 6,25% x 13.500,00 = | R\$ | 843,75 |
|----------------------------------------|-----|--------|

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br).

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

