

EUDES BRITO
ADVOCACIA E ASSESSORIA JURÍDICA

PROCURAÇÃO "AD JUDICIA"

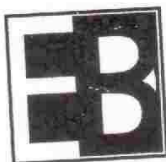
Por este instrumento particular **MACIEL PATRICIO DA SILVA**, brasileiro, solteiro, maior, agricultor, capaz, nascido em 11/03/1967, natural de João Alfredo/PE, filho de Severino Patrício da Silva e de Teresa Barbosa da Silva, residente e domiciliado no Sítio Santa Cruz, Zona Rural, João Alfredo/PE, CEP- 55720-000, portador do RG nº 3.964.683- SDS/PE e CPF nº 060.490.064-31, nomeia e constitui seu bastante procurador o Bel. **EUDES JORGE CABRAL BARBOSA DE BRITO**, brasileiro, casado, advogado, inscrito na OAB sob nº 15.907, com escritório profissional na Rua Rafael Virgulino de Aguiar, nº 07, 1º andar, Centro, Orobó/PE, portador do RG 3.624.307-SSP/PE e CPF/RF nº 687.511.924-20, para o fim de representá-los em juízo, em qualquer instância ou tribunal em que forem autores, réus, ou assistentes, podendo interpor recursos, contestar, representar em audiência como preposto, requerer todas as medidas que forem necessárias, preparatórias, preventivas ou incidentes, variar de ações e intentar outras de novo, usando dos poderes conferidos pela cláusula "ad judicium" e "et extra", mais os de desistir, transigir, contestar, agravar, apelar, impugnar, protestar e levantar protestos, firmar compromissos, inclusive o de inventariante, assinar plano de partilha, requerer pagamento de quinhão hereditário, optar, em procedimentos de inventário pelo rito do arrolamento, acompanhando o feito em todas as suas fases processuais; fazer composições e requerer perante entidades públicas, particulares ou associativas o que for preciso para o fiel desempenho das obrigações decorrentes deste mandato, podendo substabelecê-los, com ou sem reserva de poderes. Orobó/PE, 27 de março de 2018.

AUTORIZAÇÃO: O outorgante, por motivo deste instrumento, AUTORIZA em favor dos outorgados, a retenção de 20% (vinte por cento) do pagamento relativo ao valor total da condenação ou do acordo a que fizer jus, a título de pagamento dos honorários advocatícios, na ação que moverá contra a SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DPVAT. Orobó/PE, 27 de março de 2018.

Outorgante - Maciel Patrício da Silva

MACIEL PATRICIO DA SILVA





EUDES BRITO
ADVOCACIA E ASSESSORIA JURÍDICA

DECLARAÇÃO DE POBREZA

Eu **MACIEL PATRICIO DA SILVA**, brasileiro, solteiro, maior, agricultor, capaz, nascido em 11/03/1967, natural de João Alfredo/PE, filho de Severino Patrício da Silva e de Teresa Barbosa da Silva, residente e domiciliado no Sítio Santa Cruz, Zona Rural, João Alfredo/PE, CEP- 55720-000, portador do RG nº 3.964.683- SDS/PE e CPF nº 060.490.064-31, declaro para os devidos fins de direito e na melhor forma da lei que sou POBRE não dispondo de condições financeiras para arcar com as despesas do processo em defesa de nossos direitos sem que para tanto, não haja sérios prejuízos para nossa própria sobrevivência na forma da lei graciosa 1060/50 e de consonância com os princípios constitucionais esculpidos na Carta Magna de 1988. Declaração esta que presto a bem da verdade e de próprio punho. Orobó/PE, 27 de março de 2018.

Maciel Patrício da Silva

Rua Rafael Virgolino de Aguiar, Ed. Aguiar, 1º Andar, Sl. 28 Orobó - PE / (81) 3656-1166 ou (81) 9696-4979 / eudesbrito@bol.com.br



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

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



Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02
COMERCIAL 116 | PRONTIDÃO 116
Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142
Ouvidoria 0800 282 5599
Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados do Estado
de Pernambuco-ARPE: 0800-727-0167-Ligação Gratuita de Telefones Fixos
Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL
167-Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis

DADOS DO CLIENTE

ALBERTINA ANA DE BRITO
CPF: 036.824.314-11

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

SI PE DE SERRA 550

ZONA RURAL BOM JARDIM/BOM JARDIM RURAL
55730-000 BOM JARDIM PE

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

DATA DE VENCIMENTO

22/11/2017

TOTAL A PAGAR (R\$)

0,00

DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL

14/11/2017

DATA DA APRESENTAÇÃO

14/11/2017

NÚMERO DA NOTA FISCAL

001467904

CONTA CONTRATO
001862043010

Nº DO CLIENTE
2000911557

Nº DA INSTALAÇÃO
0000426679

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL
Monofásico

RESERVADO AO FISCO

7B04.0EB4.9E73.B5BB.F4BD.ABD8.E12B.6119

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)	103,00	0,69156348	71,23
Acréscimo Bandeira VERMELHA			6,19
Contribuição Iluminação Pública			4,39
ICMS Subvenção-CDE-NF 001393803-13/09/17			0,69
TOTAL DA FATURA			82,50

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

Vencido	Di Reav	Valor
20/10/17	14/11/17	90,08

Em caso de não pagamento do débito, o fornecimento de energia poderá ser suspenso, bem como poderá ocorrer sua inclusão nos registros de restrição de crédito do SPC e SERASA, com abrangência nacional. Este comunicado não substitui o aviso de débitos anteriores bem como não abrange débitos em discussão judicial que poderão ser cobrados após o fim do processo.

Tarifas Aplicadas		HISTÓRICO DO CONSUMO	
Consumo Ativo(kWh)	0,48036000	NOV 17	103
		OUT 17	112
		SET 17	98
		AGO 17	102
		JUL 17	94
		JUN 17	100
		MAI 17	100
		ABR 17	91
		MAR 17	102
		FEV 17	91
		JAN 17	102
		DEZ 16	102
		NOV 16	93

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

	R\$	%
Geração de Energia	24,06	31,08
Transmissão	2,00	2,58
Distribuição (Celpe)	16,54	21,38
Encargos Setoriais	6,23	8,05
Tributos	23,63	30,52
TOTAL	77,42	100

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

ICMS			PIS			COFINS		
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
77,42	25,00	19,35	77,42	1,00	0,77	77,42	4,54	3,51

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR DATA	ANTERIOR LEITURA	ATUAL DATA	ATUAL LEITURA	Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh
V54524	CAT	14/10/2017	25.812,00	14/11/2017	25.915,00	31	1,00000	0,00	103,00

DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 15/12/2017

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR AFORADO	META MENSAL	META TRIM.	META ANUAL
set/2017					
DIC-No.de horas sem Energia	BOM JARDIM	1,94	5,91	11,82	23,64
FIC-No.de vezes sem Energia		1,00	3,42	6,85	13,70
DMIC-Duração máxima de Interrupção contínua		1,94	3,46	0,00	0,00
DICRI-Duração de Interrupção em dia crítico					Limite DICRI: 12,22
EUSD-Valor do Encargo de Uso = R\$ 25,51					
Todo Consumidor pode solicitar a apuração dos indicadores DIC, FIC, DMIC e DICRI a qualquer tempo.					

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Na data da leitura a bandeira em vigor é a Vermelha. Mais informações em www.aneel.gov.br.
O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento.
Pagto. em atraso gera multa 2%(Res414/ANEEL), Juros 1%a.m(Lei 10.438/02) e atualização monetária no próx. mês
O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial.
Em caso de suspensão de fornecimento, o encerramento do contrato poderá ocorrer após 2 ciclos de faturamento, podendo também ser cobrado o custo de disponibilidade no ciclo em que ocorrer a suspensão.

NÍVEIS DE TENSÃO

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

DESTAQUE AQUI

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR(R\$)	VENCIMENTO	TALÃO DE PAGAMENTO
001862043010	11/2017	0,00	22/11/2017	

FATURA PAGA

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

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





MINISTÉRIO DA FAZENDA
Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número
080.490.064-31

Nome
MACIEL PATRÍCIO DA SILVA

Nascimento
11/03/1967

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

CÓDIGO DE CONTROLE
E3CB.E1CA.5A14.EECA

A autenticação deste comprovante deverá ser confirmada na Internet, no endereço
www.receita.fazenda.gov.br

Comprovante emitido pela
Secretaria de Receita Federal do Brasil
em 10:58:22 do dia 16/06/2015 (hora e data de Brasília)
código verificador: 00





1ª Via

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

B.O. Nº 17E0217000087

1ª Parte

Transcrição de registro (Fato)	Unidade Operacional 22º BPM	Circunscrição BOM JARDIM	Data ou Registro 04/04/2017	Hora do Registro 18:30	Nº da Folha / Total de Folhas 01/02	
	Descrição a Natureza Acidente de Trânsito com Vítima não fatal					
	Data (dd/mm/aa) 04/04/2017	Hora (hh:mm) 18:05	<input checked="" type="checkbox"/> Auditoria Conhecida <input type="checkbox"/> Auditoria desconhecida	<input checked="" type="checkbox"/> Consumado <input type="checkbox"/> Tentado	<input checked="" type="checkbox"/> Culposo <input type="checkbox"/> Doloso	<input type="checkbox"/> Flagrante <input type="checkbox"/> Ato Infracional
	Circunscrição do Fato OROBÓ		Local Principal da Ocorrência RODOVIA PE 90			
Dados do Evolvido	Logradouro (Rua, Avenida, Rodovia, etc.) RODOVIA PE 90					Número -
	Complemento (Apto, Sala, Andar) VIA PÚBLICA					CEP 55730-000
	Município BOM JARDIM	UF PE	Ponto de Referência PRÓXIMO A PONTE SANTA CRUZ			
	<input checked="" type="checkbox"/> VÍTIMA <input type="checkbox"/> IMPULTADO <input type="checkbox"/> SUSPEITO <input type="checkbox"/> TESTEMUNHA <input type="checkbox"/> OUTROS <input type="checkbox"/> TURISTA <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não					
Nº	Nome / Razão Social MACIEL PATRICIO DA SILVA					
	Pai SEVERINO PATRICIO DA SILVA					
	Mãe TERESA BARBOSA DA SILVA					
	Apelido / Nome Fantasia					
Dados do Evolvido	Sexo XM F		Estado Civil (7)		1. Solteiro(a) 3. Viúvo(a) 5. Amasiado(a) 7. Não Informado	
	2. Casado(a) 4. Divorciado(a) 6. Separado(a)					
	Data de Nascimento 11/03/1967	Idade aparente []	1. Recém-nascido / Lactante 2. Criança (1-12 anos) 3. Adolescente (13-17 anos) 4. Adulto - Jovem (18-30 anos) 5. Adulto (31-65 anos) 6. Idoso (Acima de 65 anos)		Escolaridade [7]	
	1. 1º Grau Completo 2. 1º Grau Incompleto 3. 2º Grau Completo 4. 2º Grau Incompleto 5. Superior Completo 6. Superior Incompleto 7. Não Informado					
	x RG <input type="checkbox"/> CNH 3.564.683		Órgão Expedidor SSP	UF PE	CPF <input type="checkbox"/> CNPJ <input type="checkbox"/> Outro-Qual? 060.490.064-31	
	Órgão Expedidor SRF		Naturalidade JOÃO ALFREDO-PE			
	Logradouro (Rua, Avenida, Rodovia, etc.) SÍTIO SANTA CRUZ		Número S/N		Complemento CASA	
	Bairro ZONA RURAL	CEP 55720-000	Município JOÃO ALFREDO	UF PE	Telefone / Contato (DDD-Número)	
	Altura Aparente []	1. Até 0,5m 2. 0,6-1,0m 3. 1,1-1,5m 4. 1,51-1,70m 5. 1,71-1,80m 6. Acima de 1,80m	Peso []	1. Até 20kg 2. 21-40kg 3. 41-60kg 4. 61-80kg 5. 81-100kg 6. Acima de 100kg	Cor da Pele []	
	1. Parda 2. Branca 3. Negra 4. Amarela		Bigode <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não			
	Cabelo - Tipo / Cor (Descrever)		Profissão NÃO INFORMADO		Tipo de Cicatriz / Local / Formato (Descrever)	
	Tipo de Tatuagem / Local (Descrever)		Defeito Físico (Descrever)		Dentes (Descrever)	
Nº	<input type="checkbox"/> VÍTIMA <input type="checkbox"/> IMPULTADO <input type="checkbox"/> SUSPEITO <input checked="" type="checkbox"/> TESTEMUNHA <input type="checkbox"/> OUTROS <input type="checkbox"/> TURISTA <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não					
	Nome / Razão Social ALEXANDRO JOSE DA SILVA					
	Pai MANOEL ANTONIO DA SILVA					
	Mãe MARIA JOSE DA SILVA					
Dados do Evolvido	Apelido / Nome Fantasia					
	Sexo XM F		Estado Civil [2]		1. Solteiro(a) 3. Viúvo(a) 5. Amasiado(a) 7. Não Informado	
	2. Casado(a) 4. Divorciado(a) 6. Separado(a)					
	Data de Nascimento 20/04/1965	Idade aparente []	1. Recém-nascido / Lactante 2. Criança (1-12 anos) 3. Adolescente (13-17 anos) 4. Adulto - Jovem (18-30 anos) 5. Adulto (31-65 anos) 6. Idoso (Acima de 65 anos)		Escolaridade [7]	
	1. 1º Grau Completo 2. 1º Grau Incompleto 3. 2º Grau Completo 4. 2º Grau Incompleto 5. Superior Completo 6. Superior Incompleto 7. Não Informado					
	x RG <input type="checkbox"/> CNH NÃO PORTAVA		Órgão Expedidor SSP	UF PE	X CPF <input type="checkbox"/> CNPJ <input type="checkbox"/> Outro-Qual? NÃO PORTAVA	
	Órgão Expedidor SRF		Naturalidade Brasileira			
	Logradouro (Rua, Avenida, Rodovia, etc.) SÍTIO SANTA CRUZ		Número S/N		Complemento CASA	
	Bairro ZONA RURAL	CEP 55730-000	Município BOM JARDIM	UF PE	Telefone / Contato (DDD-Número)	
	Altura Aparente []	1. Até 0,5m 2. 0,6-1,0m 3. 1,1-1,5m 4. 1,51-1,70m 5. 1,71-1,80m 6. Acima de 1,80m	Peso [4]	1. Até 20kg 2. 21-40kg 3. 41-60kg 4. 61-80kg 5. 81-100kg 6. Acima de 100kg	Cor da Pele []	
	1. Parda 2. Branca 3. Negra 4. Amarela		Bigode <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não			
	Cabelo - Tipo / Cor (Descrever)		PROFISSÃO NÃO INFORMADA		Tipo de Cicatriz / Local / Formato (Descrever)	
Tipo de Tatuagem / Local (Descrever)		Defeito Físico (Descrever)		Dentes (Descrever)		



1ª VIA

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

BO Nº 17E0217000087

Série-A
1ª Parte

Fato	Unidade Operacional 22º BPM	Circunscrição BOM JARDIM	Data ou Registro 04 / 04 / 2017	Hora do Registro 18:30	Nº da Folha / Total de Folhas 02/02	
	Forma de Aproximação?					
Modus Operandi	Local de Entrada?		Forma de Entrada?			
	Alterações no Local?		Forma de Evasão?			
	Crimes Sexuais?		Estelionato?			
Objeto Envolvido	Nº	Envolvido	Tipo de Objeto	Marca / Modelo	Número de Série	
		Quantidade	Valor	Moeda	Objeto Apreendido? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
		Qual o motivo do registro do objeto?				
	Nº	Envolvido	Tipo de Objeto	Marca / Modelo	Número de Série	
		Quantidade	Valor	Moeda	Objeto Apreendido? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
		Qual o motivo do registro do objeto?				
	Nº	Envolvido	Tipo de Objeto	Marca / Modelo	Número de Série	
		Quantidade	Valor	Moeda	Objeto Apreendido? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
		Qual o motivo do registro do objeto?				
	Dados do Veículo	Envolvido	Marca / Modelo	Cor	Ano	Renavam
		UF	Chassi	Placa	Veículo Apreendido? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
		Qual o motivo do registro do veículo				
Envolvido		Marca / Modelo	Cor	Ano	Renavam	
UF		Chassi	Placa	Veículo Apreendido? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
Qual o motivo do registro do veículo						
Complement	A vítima Maciel Patricio da Silva vinha guiando a Moto Suzuki, cor preta, de placa LVM9411-PE, de propriedade de Alexsandro Silva de Mendonça quando perdeu o controle e caiu, sofrendo várias lesões, sendo socorrido para o Hospital Dr. Miguel Arraes nesta cidade e em virtude da gravidade dos ferimentos foi socorrido para uma Unidade de Saúde da capital.					
	Obs: O sítio Santa Cruz faz parte dos dois municípios Bom Jardim e João Alfredo. Do lado direito do rio Tracunhaém fica o município de João Alfredo e do lado esquerdo o município de Bom Jardim.					
Responsáveis	Exames Periciados: S. Solicitado R. Realizado					
	Tipo de Exame		Envolvido <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> R	Tipo de Exame		
	<input type="checkbox"/> Condutor <input type="checkbox"/> Recebedor		Matrícula	Viatura	Unidade	
	Responsável pelo Preenchimento		Preenchimento pela Validação			
	Ass.:		Ass.: _____			
	Nome: _____		Nome: _____			

PREFEITURA DO
BOM JARDIM

HOSPITAL MUNICIPAL DR. MIGUEL ARRAES DE ALENCAR
Secretaria Municipal de Saúde
SERVIÇO DE PRONTO ATENDIMENTO

107

Data	04.04.2017	Hora	18.24	Registro	521047
Nome	Márcio Patrício de Silva				
Endereço	Rua Santa Cruz				
Bairro	Cidade Nova Alfredo				
Idade	50 anos	Sexo	M	Cor	Profissão
Responsável	Zefa Maria de Silva (Esposa)				
Endereço Responsável	Fone:				
Nascimento	11-03-1967				

DADOS DO ACIDENTADO OU AGRESSÃO

<input checked="" type="checkbox"/> ACIDENTE DE TRÂNSITO					
VEÍCULO	<input type="checkbox"/> Automóvel	<input type="checkbox"/> Ônibus	<input checked="" type="checkbox"/> Moto	<input type="checkbox"/> Outro	<input type="checkbox"/> Ignorado
MODO	<input type="checkbox"/> Atropelamento	<input type="checkbox"/> Colisão	<input type="checkbox"/> Capotagem	<input type="checkbox"/> Outro	<input type="checkbox"/> Ignorado
<input type="checkbox"/> AGRESSÃO					
POR	<input type="checkbox"/> Arma de Fogo	<input type="checkbox"/> Arma Branca	<input type="checkbox"/> Escapamento	<input type="checkbox"/> Outro	<input type="checkbox"/> Ignorado
MODO	<input type="checkbox"/> Assalto Briga	<input type="checkbox"/> Ação Policial	<input type="checkbox"/> Agressão Sexual	<input type="checkbox"/> Outro	<input type="checkbox"/> Ignorado
<input type="checkbox"/> ACIDENTE DE TRABALHO					
ORIGEM	<input type="checkbox"/> Construção Civil	<input type="checkbox"/> Indústria	<input type="checkbox"/> Agricultura	<input type="checkbox"/> Comércio	<input type="checkbox"/> Outro
<input type="checkbox"/> AUTO AGRESSÃO / SUICÍDIO					
	<input type="checkbox"/> Arma de Fogo	<input type="checkbox"/> Enforcamento	<input type="checkbox"/> Drogas	<input type="checkbox"/> Queda de Nível	<input type="checkbox"/> Outro
<input type="checkbox"/> OUTROS TIPOS DE ACIDENTES					
	<input type="checkbox"/> Intoxicação Acidental	<input type="checkbox"/> Queda Acidental	<input type="checkbox"/> Afogamento	<input type="checkbox"/> Queimaduras	<input type="checkbox"/> Outro
<input checked="" type="checkbox"/> LOCAL DE OCORRÊNCIA					
	<input checked="" type="checkbox"/> Via Pública	<input type="checkbox"/> Domicílio	<input type="checkbox"/> Ambiente de Trabalho	<input type="checkbox"/> Escola	<input type="checkbox"/> Outro

QUEIXAS

EXAME FÍSICO

PA 120x80 mmHg

PULSO

TEMPERATURA

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA

PROCEDIMENTOS

CÓDIGO

Paralisação de
queda de moto
Gravidade fraca
fratura de clavícula
distal + braço
pelo furo e gesso
Intubação



CENTRO DE DIAGNÓSTICO

COL

- RADIOGRAFIA DIGITAL - RX

- MAMOGRAFIA DIGITAL

- DENSITOMETRIA ÓSSEA

- TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA

- ULTRASSONOGRAFIA

- ESPECIALIDADES MÉDICAS


- FISIOTERAPIA

- LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

LAUDO MÉDICO

Declaro para os devidos fins, que o Sr. MACIEL PATRICIO DA SILVA foi vítima de acidente de trânsito no dia 04/04/2017 sofrendo FRATURA DO TERÇO MÉDIO DA CLAVÍCULA DIREITA, submetido a tratamento conservador. Atualmente evolui com dor no ombro direito, deformidade osséa no terço médio da clavícula direita com mobilidade no foco de fratura. RX OMBRO D AP – PSEUDOARTROSE DA CLAVÍCULA. Sequelas e alta médica definitiva.

LIMOEIRO, 06/02/2018



Dr. Roberto de Castro Costa
Ortopedia - Traumatologia
CRM: 11.730/TEOT - 3334

ROBERTO DE CASTRO COSTA
CRM: 11.730

Rua Antônio Fernandes Salsa, 314 - José Fernandes Salsa - Limoeiro/PE
Fones: (81) 3628.6133 / 3628.4468 / 3628.0877 / 9.8151.9272
E-mail: col.fraturas@yahoo.com.br





HOSPITAL OTÁVIO DE FREITAS

FICHA DE ESCLARECIMENTO

Recife, 24 de Maio de 2017

Informamos que segundo consta em nossos registros o Sr. Maciel Patricio da Silva, Prontuário Médico nº 1027706, deu entrada na emergência de traumatologia no dia 04/04/17 às 22h34min., sofreu queda de moto há 5 horas. Estava de capacete. Refere desmaio. Escoriações em dorso. Não refere diabetes melittus, hipertensão arterial ou alergias. Dor em ombro direito. Acompanhante refere que paciente apresentou sangramento pelo ouvido e pelo nariz. Após melhora clinica, recebeu alta hospitala no mesmo dia.

Cordialmente,

Márcio Grangeiro de Souza
Cirurgia Geral / CRM - 6034
CPF: 126.712.584-83



HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

MANCHESTER_V2

24/05/2017 10:32




Nome Paciente: MACIEL PATRICIO DA SILVA
Cód. Paciente: 1027706
Data de Nascimento: 11/03/1967
Sexo: Masculino
Idade: 50
Senha: FN0080
Convênio: 2 - SUS - AMBULATORIO
Atendimento: 633024



04/04/2017 22:52 - MARLY MOTA DA SILVA SOUZA - COREN: 55110 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - classificação

Prioridade: LARANJA - MUITO URGENTE

Cor:  LARANJA

Queixa Principal: SOFREU QUEDA DA MOTO HÁ 5 HORAS. ESTAVA DE CAPACETE. REFERE DESMAIO, COM ESCORIAÇÕES EM DORSO. NÃO REFERE DM, HAS OU ALERGIAS. DOR EM OMBRO D. ACOMPANHANTE REFERE QUE PACIENTE APRESENTOU SANGRAMENTO PELO OUVIDO E PELO NARIZ. SAT O2=96%. P=104.

Observação: -

Fluxograma sintoma: TRAUMA MAIOR

Discriminador(es): - MECANISMO DE TRAUMA SIGNIFICATIVO?

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Alergia(s): -

Sinais Vitais Lidos: - RÉGUA DE DOR: 8

Acolhido(a) por: MARLY MOTA DA SILVA SOUZA
Data: 24/05/2017 10:32

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1



Prontuário: 1027706

Religião:

CNS:

Nº: 0

Estado: PE

Fone: 558199275563

Celular:

Profissão:

Clinica: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Médico: MEDICO PLANTONISTA

Queixa Principal / HDA:

PA: _____ FC: _____ FR: _____

Diag. Provisório:

Prescrição:

Dieta: *

Data

Horário



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

SERVIÇO DE NEUROTRAUMATOLOGIA - FICHA DE ESCLARECIMENTO

Atendimento nº : 1534440

Nome : Marcos Potêncio da Silva

Foi atendido às 20:05 h do dia 06 / 04 / 2017

Diagnóstico Provável TCE (hematoma extradural)
diminuído em volume
data da alta 08 / 04 / 17

Este paciente deverá retornar para EMERGÊNCIA em caso de :

CEFALÉIA (dor de cabeça que não alivia)

VÔMITOS

PARALISIAS (que aparecem após a alta)

ANISOCORIA (MENINA DOS OLHOS MAIOR DO QUE A OUTRA)

CONVULSÃO

OBS : Analgésicos que podem ser utilizados desde que não haja

Alergia (NOVALGINA, ANADOR, TYLENOL)

Voltar ao ambulatório de NEUROCIRURGIA

Observação : Atender a qualquer

caso de nova neurologia
Retorno a emergência se piorar

ATENÇÃO : Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar ou ambulatorial para INSS, Empresas, Escolas, Ministério do Trabalho, Continuidade do tratamento ambulatorial, segundo a recomendação, Nº 04 / 2002 do Ministério Público do Estado de Pernambuco.

Cod. 0163

João Alves Machado Júnior
Res. Neurocirurgia
CRM-PE: 22439



RECEITUÁRIO/REQUISIÇÃO DE EXAMES

Nome: Luane Patrício de Silva Registro: _____
Clínica: _____ Procedência: _____

to FNSS

Exame de imagem de clavícula
distal do humero / 17. Numa
aprox. de 5 semanas P/
90 (numa) dia

Lab: 342.0

Data: 29/05/17

Dr. Torquato Lyra
Traumato Ortopedista
CRM 10851

Médico-CRM

075-HOF



Rio de Janeiro, 29 de Março de 2018

Carta nº: 12587956

A/C: MACIEL PATRICIO DA SILVA

Nº Sinistro: 3180109035
Vítima: MACIEL PATRICIO DA SILVA
Data do Acidente: 04/04/2017
Cobertura: INVALIDEZ

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: MACIEL PATRICIO DA SILVA

Valor: R\$ 2.531,25

Banco: 104

Agência: 000000053

Conta: 0000046098-3

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	2.531,25

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros 25%

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 25%) 18,75%

Valor a indenizar: 18,75% x 13.500,00 =

R\$ 2.531,25

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00073/00074 - carta_15R - INVALIDEZ



Comprovante de Inscrição e de Situação Cadastral**Contribuinte,**

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

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

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

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

Página: 1/1

[Consulta QSA / Capital Social](#)[Voltar](#)

Preparar Página
para Impressão

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



**SINISTRO 3180109035 - Resultado de consulta
por beneficiário**

VÍTIMA MACIEL PATRICIO DA SILVA
COBERTURA Invalidez
**PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO
PEDIDO DE INDENIZAÇÃO** SEGURADORA LIDER
DPVAT - OPERAÇÃO CORREIOS
BENEFICIÁRIO MACIEL PATRICIO DA SILVA
CPF/CNPJ: 06049006431
Posição em 21-03-2018 07:50:32

Seu pedido de indenização está em fase final de análise na Seguradora Líder DPVAT. Em breve, o pagamento da indenização será liberado. Volte a consultar seu processo neste site dentro de 4 dias.

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
22/03/2018	R\$ 2.531,25	R\$ 0,00	R\$ 2.531,25



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

18

Endereço: Rua Celso Aguiar Magalhães, 4779, 22º andar, Emap. Ismar Newton, Ilha do Leite, 50.070-160 - Recife - PE, Brasil. Fone: (51) 3447.7999 Fax: (51) 3447.7999
 Endereço: Rua Av. João Machado, 553 s/s 308 a 316, Ed. Plaza Center, Centro, 58.013-520, João Pessoa - PB, Brasil. Fone: (51) 3447.7999 Fax: (51) 3447.7999
 Endereço: Av. Francisco Neves, 1632 s/s 206/207, Torre Norte, Edif. Salvador Trade Center, Cam. das Árvores, 41.820-020, Salvador - BA, Brasil. Fone: (51) 3447.7999 Fax: (51) 3447.7999