

**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-lo 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 judicia” 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-lo, 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 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 dispendo 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 / eudesjbruto@bol.com.br



Assinado eletronicamente por: EUDES JORGE CABRAL BARBOSA DE BRITO - 20/07/2018 11:34:44  
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=18072011344442000000033039780>  
Número do documento: 18072011344442000000033039780

Num. 33486135 - Pág. 1

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

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



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  
Ouvintes 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	DATA DE VENCIMENTO <b>22/11/2017</b>  TOTAL A PAGAR (R\$) <b>0,00</b>	DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL <b>14/11/2017</b>  DATA DA APRESENTAÇÃO <b>14/11/2017</b>  NÚMERO DA NOTA FISCAL <b>001467904</b>	CONTA CONTRATO <b>001862043010</b>  Nº DO CLIENTE <b>2000911557</b>  Nº DA INSTALAÇÃO <b>0000426679</b>
<b>ENDERECO DA UNIDADE CONSUMIDORA</b>  SI PE DE SERRA 550  ZONA RURAL BOM JARDIM/BOM JARDIM RURAL 55730-000 BOM JARDIM PE			
<p>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 <a href="http://www.celpe.com.br">www.celpe.com.br</a></p>			

## DESCRÍÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRÍÇÃO	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					
<b>TOTAL DA FATURA</b>			<b>82,50</b>					
<b>INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS</b>								
ICMS	PIS	COFINS						
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPPOSTO
77,42	25,00	19,35	77,42	1,00	0,77	77,42	4,54	3,51

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

Vencido	Dt 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.

**HISTÓRICO DO CONSUMO**

	kWh
Consumo Ativo(kWh)	0,48038000
NOV	17
DUT	17
SET	17
AGO	17
JUL	17
JUN	17
MAI	17
ABR	17
MAR	17
FEV	17
JAN	17
DEZ	16
NOV	16

**COMPOSIÇÃO DO CONSUMO**

R\$ %
Geração de Energia 24,06 31,08
Transmissão 2,00 2,58
Distribuição (Celpe) 16,54 21,36
Encargos Setoriais 6,23 8,05
Tributos 23,63 30,52
<b>TOTAL</b> 77,42 100

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL *									
NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
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**

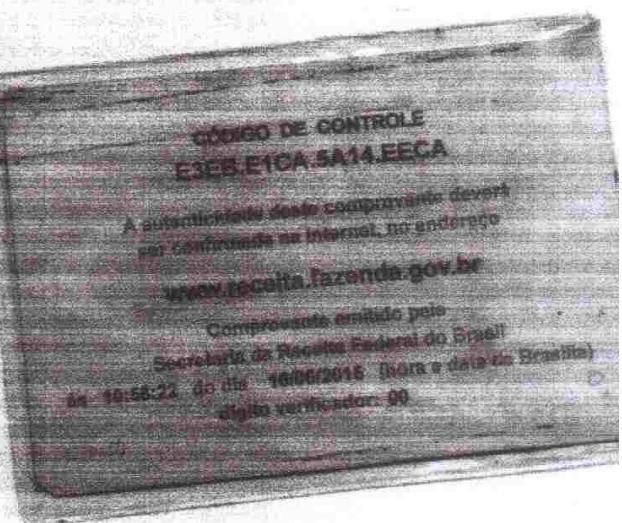
DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	META MENSAL	META TRIM.	META ANUAL
DIC-No.de horas sem Energia	BOM JARDIM	1,94	5,91	11,82	23,64
FIC-No. de vezes sem Energia		1,00	3,42	6,85	13,70
DMIC-Duração máxima de Interrupção contínua		1,94	3,46	0,00	0,00
DICRI-Duração de Interrupção em dia crítico					Limits DICRI: 12,22
EUSD-Valor do Encargo de Uso = R\$ 25,51					

Todo Consumidor pode solicitar a expuração 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 <a href="http://www.aneel.gov.br">www.aneel.gov.br</a> . 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.									
DESTAQUE AQUI									
CONTA CONTRATO									
MÊS/ANO									
001862043010									
11/2017									
TOTAL A PAGAR(R\$)									
0,00									
VENCIMENTO									
22/11/2017									
TALÃO DE PAGAMENTO									

FATURA PAGA	AUTENTICAÇÃO MECÂNICA	Evite dobrar, perfurar ou rasurar. Este canhoto será usado em leitora ótica.
-------------	-----------------------	---------------------------------------------------------------------------------





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

B.O Nº 17E0217000087

1ª Via

1º Fase

Transcrição de registro (Fato)	Unidade Operacional 22º BPM	Circunscrição <b>BOM JARDIM</b>			Data ou Registro 04/04/2017	Hora do Registro 18:30	Nº da Folha / Total de Folhas 01/02			
	Descrição a Natureza <b>Acidente de Trânsito com Vítima não fatal</b>					Aviso de Ocorrências do CIODS Nº -				
	Data (dd/mm/aa) 04/04/2017	Hora (hh:mm) 18:06	X Auditoria Conhecida <input type="checkbox"/> Auditoria desconhecida	X Consumado <input type="checkbox"/> Tentado	X Culposo <input type="checkbox"/> Doloso	<input type="checkbox"/> Flagrante <input type="checkbox"/> Ato Infracional				
	Circunscrição do Fato <b>OROBÓ</b>		Local Principal da Ocorrência <b>RODOVIA PE 90</b>							
	Logradouro (Rua, Avenida, Rodovia, etc.) <b>RODOVIA PE 90</b>						Número -			
	Complemento (Apto, Sala, Andar) <b>VIA PÚBLICA</b>		Bairro <b>ZONA RURAL</b>							
	Município <b>BOM JARDIM</b>		UF PE	Ponto de Referência <b>PRÓXIMO A PONTE SANTA CRUZ</b>						
	<input checked="" type="checkbox"/> VÍTIMA		<input type="checkbox"/> IMPULTADO	<input type="checkbox"/> SUSPEITO	TESTEMUNHA		<input type="checkbox"/> OUTROS	<input type="checkbox"/> TURISTA		
								<input checked="" type="checkbox"/> Sim Não		
	Nome / Razão Social <b>MACIEL PATRICIO DA SILVA</b>									
Nº	Pai <b>SEVERINO PATRICIO DA SILVA</b>									
	Mãe <b>TERESA BARBOSA DA SILVA</b>									
Apelido / Nome Fantasia			Sexo XM F	Estado Civil (7)	1. Solteiro(a) 2. Casado(a)	3. Viúvo(a) 4. Divorciado(a)	5. Amasiado(a) 6. Separado(a)	7. Não Informado		
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 3.564.683	□ CNH	Órgão Expedidor SSP	UF PE	CPF 060.490.064-31	Outro-Qual?			Órgão Expedidor SRF	Naturalidade <b>JOÃO ALFREDO-PE</b>	
Logradouro (Rua, Avenida, Rodovia, etc.) <b>SÍTIO SANTA CRUZ</b>								Número S/N	Complemento <b>CASA</b>	
Bairro <b>ZONA RURAL</b>			CEP 55720-000	Município <b>JOÃO ALFREDO</b>	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 <b>NÃO INFORMADO</b>				Tipo de Cicatriz / Local / Formato (Descrever)			
Tipo de Tatuagem / Local (Descrever)				Defeito Físico (Descrever)			Dentes (Descrever)			
<input checked="" 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 type="checkbox"/> Sim X Não		
Nome / Razão Social <b>ALEXANDRO JOSE DA SILVA</b>								**		
Nº	Pai <b>MANOEL ANTONIO DA SILVA</b>									
	Mãe <b>MARIA JOSE DA SILVA</b>									
Apelido / Nome Fantasia			Sexo XM F	Estado Civil [ 2 ]	1. Solteiro(a) 2. Casado(a)	3. Viúvo(a) 4. Divorciado(a)	5. Amasiado(a) 6. Separado(a)	7. Não Informado		
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 NÃO PORTAVA	□ CNH	Órgão Expedidor SSP	UF PE	CPF NÃO PORTAVA	Outro-Qual?			Órgão Expedidor	Nacionalidade <b>Brasileira</b>	
Logradouro (Rua, Avenida, Rodovia, etc.) <b>SÍTIO SANTA CRUZ</b>								Número S/N	Complemento <b>CASA</b>	
Bairro <b>ZONA RURAL</b>			CEP 55730-000	Município <b>BOM JARDIM</b>	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 <b>NÃO INFORMADA</b>				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  
PÓLICIA MILITAR  
BOLETIM DE OCORRÊNCIA

BO N° 17E0217000087

Série-A  
1ª Parte

Fato	Unidade Operacional 22º BPM	Circunscrição <b>BOM JARDIM</b>	Data ou Registro 04 / 04 / 2017	Hora do Registro 18:30	Nº da Folha / Total de Folhas 02/02				
Modus Operandi	Forma de Aproximação?		Forma de Ação da Abordagem?						
	Local de Entrada?		Forma de Entrada?						
	Alterações no Local?		Forma de Evasão?						
	Crimes Sexuais?		Estelionato?						
Objeto Envolvido	Envolvido	Type 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?								
Objeto Envolvido	Envolvido	Type 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?								
Objeto Envolvido	Envolvido	Type 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?								
Dados do Veículo	Envolvido	Marca / Modelo 01 JTA/SUZUKI INTRUDER 125	Cor PRETA	Ano 2007	Renavam 906984605				
	UF	Chassi PE 9CDNF41AJ7M030603	Placa LVM9411	Veículo Apreendido? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> XNão					
	Qual o motivo do registro do veículo?								
Complemento	Envolvido no Acidente de Trânsito					A vítima Maciel Patrício da Silva vinha guiando a Moto Suzuki, cor preta, de placa LVM9411-PE, de propriedade de Aleksandro 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.								
	Exames Periciados: S. Solicitado R. Realizado								
Responsáveis	Tipo de Exame		Envolvido <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> R	Tipo de Exame		Envolvido <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> R	Tipo de Exame		Envolvido <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> Condutor <input type="checkbox"/> Recebedor			Matrícula		Viatura		Unidade	
	Responsável pelo Preenchimento Matrícula N° Ass.: Nome: Tenente RPPM CPF: 21.364.404-52			Interessado(a): Ass.: Nome:			Preenchimento pela Validação Matrícula N° Ass.: 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	Jaciel Patrícia de Silva			Referência	
Endereço	Silva Santa Cruz			Cidade	Jacé Alfredo
Bairro				Profissão	
Idade	50 anos	Sexo	M	Cor	
Responsável	Jaciel Patrícia de Silva (Esposa)			Fone:	
Endereço Responsável					
Nascimento	11-03-1967				

DADOS DO ACIDENTADO OU AGRESSÃO

<input checked="" type="checkbox"/> ACIDENTE DE TRÂNSITO	<input type="checkbox"/> Automóvel	<input type="checkbox"/> Ônibus	<input checked="" type="checkbox"/> Moto	<input type="checkbox"/> Outro	<input type="checkbox"/> Ignorado
VEÍCULO	<input type="checkbox"/> Atropelamento	<input type="checkbox"/> Colisão	<input type="checkbox"/> Capotagem	<input type="checkbox"/> Outro	<input type="checkbox"/> Ignorado
MODO					
<input type="checkbox"/> AGRESSÃO	<input type="checkbox"/> Arma de Fogo	<input type="checkbox"/> Arma Branca	<input type="checkbox"/> Escapamento	<input type="checkbox"/> Outro	<input type="checkbox"/> Ignorado
POR	<input type="checkbox"/> Assalto Briga	<input type="checkbox"/> Ação Policial	<input type="checkbox"/> Agressão Sexual	<input type="checkbox"/> Outro	<input type="checkbox"/> Ignorado
MODO					
<input type="checkbox"/> ACIDENTE DE TRABALHO	<input type="checkbox"/> Construção Civil	<input type="checkbox"/> Indústria	<input type="checkbox"/> Agricultura	<input type="checkbox"/> Comércio	<input type="checkbox"/> Outro
ORIGEM					<input type="checkbox"/> Ignorado
<input type="checkbox"/> AUTOAGRESSÃO / SUÍCÍDIO	<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"/> Ignorado
<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 type="checkbox"/> Ignorado
<input checked="" type="checkbox"/> LOCAL DE OCORRÊNCIA	<input type="checkbox"/> Domicílio	<input type="checkbox"/> Ambiente de Trabalho	<input type="checkbox"/> Escola	<input type="checkbox"/> Outro	<input type="checkbox"/> Ignorado
QUEFINAS	<input checked="" type="checkbox"/> Via Pública				
EXAME FÍSICO	PA 120x80	FC 60	PULSO	TEMPERATURA	

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA

Painel ventral do  
guto da molt  
Quente frio de  
ficha de clima  
dusto + dor  
pel frio e dor

PROCEDIMENTOS

A, HDPs, Jutiz, R, Códigos



# CENTRO DE DIAGNÓSTICO



- RADIOGRAFIA DIGITAL - RX
- MAMOGRAFIA DIGITAL
- DENSITOMETRIA ÓSSEA
- TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA
- ULTRASSONOGRAFI
- ESPECIALIDADES MÉDIC
- FISIOTERAPI
- LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICA

## 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 / TECOT: 7324

**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



Assinado eletronicamente por: EUDES JORGE CABRAL BARBOSA DE BRITO - 20/07/2018 11:34:45  
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=18072011344501700000033039861>  
Número do documento: 18072011344501700000033039861

Num. 33486219 - Pág. 1



## HOSPITAL OTÁVIO DE FREITAS

### FICHA DE ESCLARECIMENTO

Recife, 24 de Maio de 2017

Informamos que segundo consta em nossos registros o Sr. Maciel Patrício 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 clínica, recebeu alta hospitalar no mesmo dia.

Cordialmente  
Márcio Granjeiro de Souza  
Cirurgia Geral / CRM - 6034  
CPF: 126.712.644-83



# 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





SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

SERVIÇO DE NEUROTRAUMATOLOGIA - FICHA DE ESCLARECIMENTO

Atendimento nº : 1534440

Nome : Menul Póthico do Senna

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

Diagnóstico Provável TCD (hematomas extradurais  
dissecante em retrograda)  
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

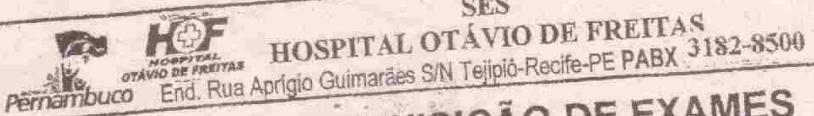
Observação : Ativar a qualqur  
zona de puro rneológo  
Rtorna a mngmio no pivo

Joab Alves Nogueira Junior  
Res. Neurocirurgia  
CRM PE: 22439

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





## RECEITUÁRIO/REQUISIÇÃO DE EXAMES

Nome: *Manoel Péricio de Souza* Registro: \_\_\_\_\_  
Clinica: \_\_\_\_\_ Procedência: \_\_\_\_\_

*to FNSS  
houreute luxo de clavícula  
distal arde ferida 117. Nunca  
apertar. M do Fracurado PI  
90 (nunca) dia*

*Cod: 3420*

Data: *29/05/17*

*Dr. Tarcísio Lyra  
Traumatologista  
CRM 10557*

Médico-CRM

075-HOF



Rio de Janeiro, 29 de Março de 2018

Carta nº: 12587956

A/C: MACIEL PATRICIO DA SILVA

Nº Sinistro: 3180109035  
Vitima: 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](http://www.seguradoralider.com.br).

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



## 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.

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

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



Danos Corporais Previstos na Lei	Total (100%)	Intensa (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 cursem com: (a) dano cognitivo-comportamental alienante; (b) impedimento do senso de orientação espacial e/ou do livre deslocamento corporal; (c) perda completa do controle estinctoriano; (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	R\$ 6.750,00	R\$ 5.062,50	R\$ 3.375,00	R\$ 1.687,50	R\$ 675,00
Perda auditiva total bilateral (surdez completa) ou da fonação (mudez completa) ou da visão de um olho					
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	R\$ 1.350,00	R\$ 1.012,50	R\$ 675,00	R\$ 337,50	R\$ 135,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dos dedos do pé					
Perda integral (retirada cirúrgica) do baço					

18

Sociedade Brasileira de Medicina Legal - Conselho Federal

Av. Gov. Aluízio Alves, 4779, 22º andar - Emp. Isaac Newton, Ilha do Leite, 50.070-160 - Recife - PE - Brasil - Fone: (81) 3184-7700 - Fax: (81) 31447.7999  
 Rua 15 de Novembro, 45 - Av. João Machado, 353 s/s 308 a 316 - Edif. Plaza Center - Centro - 58.013-520 - João Pessoa - PB - Brasil - Fone: (83) 3227-7905 - 3245-1075  
 Rua 15 de Novembro, 45 - Av. Tancredo Neves, 1632 s/s 206/207 - Torre Norte - Edif. Salvador Trade Center - Canto das Árvores - 41.820-020 - Salvador - BA - Brasil - Fone: (71) 3271-9930

