

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180551602 **Cidade:** Abreu e Lima **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: GICELIO JUSTO DA SILVA **Data do acidente:** 17/12/2017 **Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

PARECER

Diagnóstico: Traumatismo cranioencefálico (fratura da mandíbula à esquerda).

Descrição do exame médico pericial: Vítima com bloqueio articular da articulação temporo mandibular esquerda (limitação da abertura bucal) e diminuição da força de mastigação.

Resultados terapêuticos: Tratamento conservador, imobilização local.
Não realizou fisioterapia.
Alta médica.

Sequelas permanentes: Incapacidade funcional de 25% da articulação temporo mandibular (crânio facial).

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 13/12/2018

Conduta mantida:

Observações: Vítima após término do tratamento, apresenta quadro de restrição sequelar da mobilidade da articulação temporo mandibular (craniofacial).

Médico examinador: LEONARDO DE FARIA NEVES

CRM do médico: 17742

UF do CRM do médico: PE

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, 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	100 %	Em grau leve - 25 %	25%	R\$ 3.375,00
Total			25 %	R\$ 3.375,00

PRESTADOR

TOLEDO ASSISTÊNCIA MÉDICA LTDA EPP

Médico revisor: MARCO ANTONIO TARTARELLA

CRM do médico: 41033

UF do CRM do médico: SP

Assinatura do médico:

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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

É obrigatório Representante Legal para:

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

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

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

Nome completo da vítima

907.707.304-34

Gicelio Justo da Silva

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo Gicelio Justo da Silva		CPF titular da conta 907.707.304-34	Profissão RECUSA
Endereço RUA NOVENTA E SETE		Número 55	Complemento -
Bairro CAETES I	Cidade ABREU E LIMA	Estado PE	CEP 53.350-710
Email		Telefone (DDD) (81) 9.8790-9451	

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência, que sou titular do endereço informado - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR <input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00		<input type="checkbox"/> SEM RENDA <input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00		<input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00 <input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00	
<input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) <input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAU (341) <input type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)					
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos) BANCO Nome BANCO DO BRASIL		NRO 001			
AGÊNCIA NRO. 3250		D/V 6		CONTA NRO. 18.522	
D/V 1		(Informar dígito se existir)			

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

RECIFE, 29 de junho de 2018.

Local e Data

* *Gicelio Justo da Silva*
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3180551602

Nome do(a) Examinado(a): GICELIO JUSTO DA SILVA

Endereço do(a) Examinado(a): RUA NOVENTA E SETE, 55 - ABREU E
LIMA/PE - CEP 53530-710

Identificação - Orgão Emissor/UF/Número : 4676850 - sds-pe - 22/06/2016

Data e Local do Acidente : 17/12/2017 - ABREU E LIMA/PE

Data e Local do Exame : 13/12/2018 AVENIDA GOVERNADOR AGAMENON
MAGALHÃES, 2615 - SALA 507 - RECIFE/PE - CEP 52021-170

Resultado da Avaliação Médica

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

TCE grave, trauma de face com fratura de parassinfise mandibular esquerda.

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

Tratado conservadoramente com imobilização local, evoluindo sem complicações.

Não fez fisioterapia.

Alta há cerca de 7 meses

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

vítima com bloqueio articular de ATM esquerda com limitação na abertura de cavidade oral, déficit na força de mastigação. Consciente e orientado ao exame, sem déficit cognitivo.

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

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)? [X] Sim [] Não

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

limitação de grau leve de estrutura cranio facial, com bloqueio articular de ATM esquerda

VII. Segundo previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

Vide motivo do impedimento no
campo das observações

() “Vítima em tratamento” Esta
avaliação médica deve ser repetida
em _____ dias

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

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

Região Corporal

estrutura cranio facial

% do Dano () 10% residual (X) 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100%
completo

Região Corporal

% do Dano () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100%
completo

Região Corporal

% do Dano () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100%
completo

Região Corporal

% do Dano () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100%
completo

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



LEONARDO DE FARIA NEVES CRM : 17742 / UF :PE

CARTA A SEGURODORA LIDER

NA qualidade de procurador da vitima
GICELIO JUSTO DA SILVA, SINISTO: 3180/329.3
DATA DO ACIDENTE 17/12/2017.

Venho solicitar a esta SEGURODORA, um
PERICIA MEDICA PARA QUE POSSA SER CONSTAT
DA AS SEQUELAS RESULTANTES DO ACIDENTE
TRANSITO SOFRIDO POR ESSA VITIMA. Bnde
dando que a politica dessa seguradora e
baseada na JUSTICA E TRANSPARENCIA. A
VITIMA CONTINUA COM SEQUELAS IRREPARAVEL
CONFORME DOCUMENTOS MEDICOS ENVIADOS E
RESSONANCIAS QUE JA SEGUIRAM (EXAMES DI
IMAGENS), FICAMOS NO AGUARDO DA VOS
REANALIZE desse processo, culminando
UMA PERICIA MEDICA PRESENCIAL.

Desde ja Agradecemos VOSSA ATENCAO!

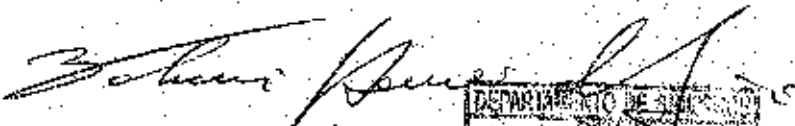
* *Julian Azevedo*



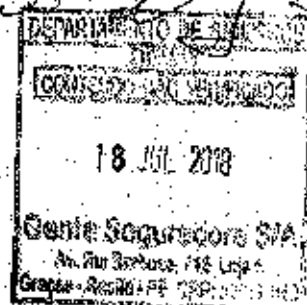
Recife, 22 de novembro 2018.

NA QUALIDADE DE PROCURADOR DA
VÍTIMA Gicelio Justo, com SINISTRO
Nº 3180/280.235, VENHO SOLICITAR A
ESTA SEGURADORA A REALIZAR DESSE
PROCESSO. TENDO EM VISTA QUE A VÍ-
TIMA APRESENTOU TODAS DOCUMENTAÇÕES
MÉDICAS CABÍVEIS, INCLUSIVE LAUDOS
QUE ATESTAM A LESÃO GRAVE QUE O
MESMO TEVE RESULTANTE DO ACIDENTE,
SOLICITO UMA AVALIAÇÃO MÉDICA, SENDO
A VÍTIMA CONVOCADA A UMA PERÍCIA
MÉDICA PARA CONSTATAR A VERACIDADE
DAS INFORMAÇÕES, COMO TAMBÉM AS
SEQUÉLAS QUE AINDA PERMANECE.

Desde de já Agradeço Vossa
ATENÇÃO!

PROCURADOR: 

17/07/2018



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180551602 **Cidade:** Abreu e Lima **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: GICELIO JUSTO DA SILVA **Data do acidente:** 17/12/2017 **Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 30/11/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO (FRATURA DE PARASSÍNFISE DE MANDÍBULA À ESQUERDA).

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (BARRA DE ERICH EM MANDÍBULA) E PARA OS DEMAIS TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: @ 5 SINISTRO ANTERIOR (3180329327) COM MESMA DATA DE ACIDENTE: SEM SEQUELA PELA AMD (22/08/2018). SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, 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	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
Total			10 %	R\$ 1.350,00

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ1

Nome: MARTHA MARIA RAUSCH DE QUEIROGA

CRM: 5245228-1

UF do CRM: RJ

Assinatura:

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180551602 **Cidade:** Abreu e Lima **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: GICELIO JUSTO DA SILVA **Data do acidente:** 17/12/2017 **Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 30/11/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO (FRATURA DE PARASSÍNFISE DE MANDÍBULA À ESQUERDA).

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (BARRA DE ERICH EM MANDÍBULA) E PARA OS DEMAIS TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: @ 5 SINISTRO ANTERIOR (3180329327) COM MESMA DATA DE ACIDENTE: SEM SEQUELA PELA AMD (22/08/2018). SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, 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	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
Total			10 %	R\$ 1.350,00

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180551602 **Cidade:** Abreu e Lima **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: GICELIO JUSTO DA SILVA **Data do acidente:** 17/12/2017 **Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

PARECER

Diagnóstico: Traumatismo cranioencefálico (fratura da mandíbula à esquerda).

Descrição do exame médico pericial: Vítima com bloqueio articular da articulação temporo mandibular esquerda (limitação da abertura bucal) e diminuição da força de mastigação.

Resultados terapêuticos: Tratamento conservador, imobilização local.
Não realizou fisioterapia.
Alta médica.

Sequelas permanentes: Incapacidade funcional de 25% da articulação temporo mandibular (crânio facial).

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 13/12/2018

Conduta mantida:

Observações: Vítima após término do tratamento, apresenta quadro de restrição sequelar da mobilidade da articulação temporo mandibular (craniofacial).

Médico examinador: LEONARDO DE FARIA NEVES

CRM do médico: 17742

UF do CRM do médico: PE

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, 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	100 %	Em grau leve - 25 %	25%	R\$ 3.375,00
Total			25 %	R\$ 3.375,00

PRESTADOR

TOLEDO ASSISTÊNCIA MÉDICA LTDA EPP

Médico revisor: MARCO ANTONIO TARTARELLA

CRM do médico: 41033

UF do CRM do médico: SP

Assinatura do médico:

Rio de Janeiro, 27 de Novembro de 2018

Aos Cuidados de: **GICELIO JUSTO DA SILVA**

Nº Sinistro: **3180551602**

Vítima: **GICELIO JUSTO DA SILVA**

Data do Acidente: **17/12/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **VALMIR HONORIO DA SILVA**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180551602**.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 13636913



Rio de Janeiro, 27 de Dezembro de 2018

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3180551602

Vítima: GICELIO JUSTO DA SILVA

Data do Acidente: 17/12/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: VALMIR HONORIO DA SILVA

Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO

Senhor(a), GICELIO JUSTO DA SILVA

Comunicamos que o banco indicado para recebimento do Seguro DPVAT rejeitou o depósito por problemas nos dados informados e, com isso, não foi possível concluir o seu pagamento.

Para nova tentativa de depósito, será necessário o envio de novo formulário de Autorização de Pagamento com os dados bancários atualizados e devidamente assinado.

O formulário está disponível no nosso site e deverá ser entregue na GENTE SEGURADORA S/A, ponto de atendimento onde o pedido do Seguro DPVAT foi feito.

O prazo de 30 (trinta) dias para pagamento do Seguro PVAT foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber o documento solicitado. Caso não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

É obrigatório Representante Legal para:

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

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

Número do Sinistro ou ASL: CPF da Vítima: **907.707.304-34** Nome completo da vítima: **RICELIO JUSTO DA SILVA**

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo: **RICELIO JUSTO DA SILVA** CPF titular da conta: **907.707.304-34** Profissão: **RECUSA**
Endereço: **RUA NOVENTA E SETE** Número: **55** Complemento:
Bairro: **CAETES I** Cidade: **ABREU E LIMA** Estado: **PE** CEP: **53.530-710**
E-mail: Telefone (DDD): **(81) 9.8790-9451**

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

☒ RECLUSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ ATÉ R\$ 1.000,00 ☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00 ☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

☐ **CONTA POUPANÇA** (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ BRADESCO (231) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAU (341)
☐ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

☒ **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

BANCO: **CAIXA ECONÔMICA** Agência: **3250** Conta: **618522** Dígito: **1**

AGÊNCIA: Dígito: CONTA: Dígito:

(Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

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

RECIFE 15 de Junho de 2018
Local e Data

RECEBIMENTO DE SINISTRO
CONTÉUDO NÃO VERIFICADO
19 JUN 2018
Genia Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 715 Loja 5
Ondas - Recife/PE CEP: 52011-040

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



451235
0217969118

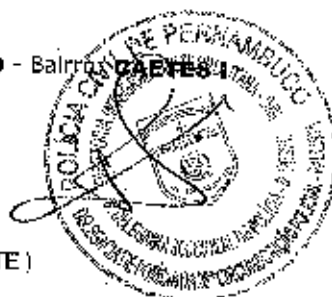
GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 028ª CIRCUNSCRIÇÃO - PAULISTA - DP28ªCIRC DIM/8ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **18E0118006052**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **14/06/2018** às **17:02**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **17/12/2017** às **21:00**

Fato ocorrido no endereço: **BAIRRO DE CAETES I (BAIRRO), 01, AV. D - Bairro: CAETES I**
ABREU E LIMA/PERNAMBUCO/BRASIL
Local do Fato: **VIA PUBLICA**



Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

CONDUTOR DE VEÍCULO DE PLACAS NÃO IDENTIFICADAS (AUTOR / AGENTE)
JAMERSON MONTEIRO DA SILVA (OUTRO)
GICELIO JUSTO DA SILVA (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): GICELIO JUSTO DA SILVA

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

GICELIO JUSTO DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: MARIA JOSE DA SILVA Pai: GENESIO JUSTO DA SILVA Data de Nascimento: 20/1/1975 Naturalidade: RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL Endereço Residencial: RUA NOVENTA E SETE, 55 - CEP: 55000-000 - Bairro: CAETES I - ABREU E LIMA/PERNAMBUCO/BRASIL

CONDUTOR DE VEÍCULO DE PLACAS NÃO IDENTIFICADAS (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

JAMERSON MONTEIRO DA SILVA (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

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

MOTOCICLETA DE PLACA OYY-2350- RECIFE (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): JAMERSON MONTEIRO DA SILVA, que estava em posse do(a) Sr(a): GICELIO JUSTO DA SILVA Categoria/Marca/Modelo: MOTOCICLETA/HONDA/NXR Objeto apreendido: Não Cor: BRANCA - Quantidade: (UNIDADE NÃO INFORMADA)

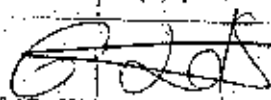
Placa: **OYY2350 (PERNAMBUCO/RECIFE)**
Ano Fabricação/Modelo: **2014/2014**

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DEPAT
CONTÉUDO NÃO VERIFICADO
19 JUN 2018
Gente Seguradora S/A
Av. Rio Formosa, 715 Loja 5
Grupos - Recife/PE CEP: 52011-040

Complemento / Observação

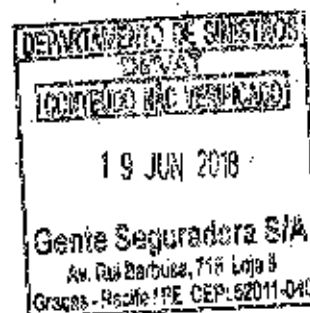
O SR. GICELIO JUSTO DA SILVA, NOTICIOU NESTA 28ª CPOL, QUE ESTAVA CONDUZINDO A REFERIDA MOTOCICLETA PELA AV. D. CAETES I, ABREU E LIMA/PE, QUE AO DESCER A LADEIRA FOI SURPREENDIDO POR UM VEÍCULO DE PLACA NÃO IDENTIFICADA, QUE AO TENTAR LIVRAR O VEÍCULO CAIU DA MOTO E SOFREU LESÕES NO CORPO, FRATURA/ TRAUMA NA FACE, TCE. A VÍTIMA FOI SOCORRIDA PELO CORPO DE BOMBEIROS (CERT. 2017APH000721 DIV. OP.) PARA O HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO (ATEND. Nº 908434/2017). REGISTROU-SE PARA OS DEVIDOS FINS DE DIREITO.

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


GICELIO JUSTO DA SILVA
(VÍTIMA)



B.O. registrado por:  ISAAC MARTINS RODRIGUES FILHO - Matrícula: 2733013



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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

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

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

Nome Completo da Vítima

GICELIO JUSTO DA SILVA

CPF da Vítima

907.707.304-34

Data do Acidente

17/12/2017

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

Telefone (DDD)

(81) 9.8790-9451

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.

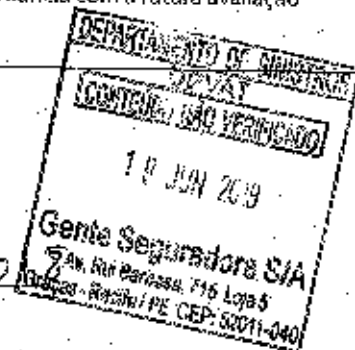
Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

RECIFE 15 de Junho de 2018

Local e Data

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal





SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
CORPO DE BOMBEIRO MILITAR DE PERNAMBUCO

CERTIDÃO

Certidão nº 2017APH0000721 Div. Op.

Com fulcro no art.5 XXIV, letra "b" da Constituição Federal Brasileira, venho por meio de solicitação feita pelo(a) Sr(ª). GICELIO JUSTO DA SILVA, 43 anos, BRASILEIRO(a), SOLTEIRO (a), RG nº 4676850 SDS-PE, inscrito(a) na Receita Federal Sob o CPF nº 907.707.304-34, residente à RUA 96 nº 55 CAETES, ABREU E LIMA -PE, certificar que este agrupamento de Bombeiros de Atendimento Pré-Hospitalar atendeu uma ocorrência no dia 17/12/2017, por volta das 21:00 hs no endereço: AVENIDA D S/N - CAETES I ABREU E LIMA -PE, referente a um (a) QUEDA DE MOTO, envolvendo(a) qual fora vitimado (a) GICELIO JUSTO DA SILVA, inscrito sob o CPF nº 907.707.304-34 e Registro Geral Nº 4676850 SDS-PE, atendido (a) pela Unidade Tática de Resgate do Grupamento de Bombeiros de Atendimento Pré-Hospitalar, Comandada pelo(a) CB 707174-4 FELIX. Foi transportado (a) para HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO. Registrado (a) com o prontuário nº(908343). Ficou aos cuidados do médico NÃO INFORMADO, registro NÃO INFORMADO. os registros desta Certidão foram extraídos dos arquivos da Divisão de Operações /GBAPH.

Posição em 24/01/2018

Avenida João de Barros, 399- Boa Vista /PE-53050-190
Fone:(81)3102-9026/CNPJ:00.858.377/0001-44



BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 08/01/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 3.375,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: GICELIO JUSTO DA SILVA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 03250-6

CONTA: 000000018522-1

Nr. da Autenticação 5CE1D78663F8FE59

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 0605943-93



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

ALDENICE PRAZERES DA SILVA
CPF: 420.384.214-04

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA UBIRAJARA 15

TABAJARA/CIDADE TABAJARA
53380-520 OLINDA PE

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

DATA DE VENCIMENTO

14/06/2018

TOTAL A PAGAR (R\$)

138,06

DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL

05/06/2018

DATA DA APRESENTAÇÃO
05/06/2018

NÚMERO DA NOTA FISCAL
018920536

CONTA CONTRATO

002502356014

Nº DO CLIENTE
2001246428

Nº DA INSTALAÇÃO
0002139336

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL
Monofásico

RESERVADO AO FISCO

2C12.24BF.311C.D4A2.6147.99D6.07C6.9EF9

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

RECEBIMENTO DE PAGAMENTO

CONTROLO DO PAGAMENTO

19 JUN 2018

Gente Seguros S/A

19 JUN 2018

19 JUN 2018

19 JUN 2018

19 JUN 2018

19 JUN 2018

19 JUN 2018

19 JUN 2018

19 JUN 2018

19 JUN 2018

19 JUN 2018

19 JUN 2018

19 JUN 2018

19 JUN 2018

19 JUN 2018

19 JUN 2018

19 JUN 2018

19 JUN 2018

19 JUN 2018

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)	163,00	0,73927790	120,50
Acréscimo Bandeira AMARELA			1,94
Acréscimo Bandeira VERMELHA			1,80
Contribuição Iluminação Pública			12,77
ICMS Subvenção-CDE-NF 011295671-03/04/18			1,05
TOTAL DA FATURA			138,06

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

ICMS			PIS			COFINS		
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
124,24	25,00	31,06	124,24	0,78	0,98	124,24	3,56	4,54

HISTÓRICO DO CONSUMO		KWh
Consumo Ativo(kWh)	163,00	163
MAR 18	147	147
ABR 18	174	174
MAR 18	158	158
FEV 18	161	161
JAN 18	159	159
DEZ 17	178	178
NOV 17	168	168
OCT 17	157	157
SET 17	152	152
AGO 17	127	127
JUL 17	152	152
JUN 17	168	168

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

	R\$	%
Grupo de Energia	43,40	34,97
Transmissão	3,28	4,26
Distribuição (Celpe)	24,77	19,34
Energia Solarizada	6,37	5,13
Tributos	35,68	29,44
TOTAL	124,24	100

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA MEDIÇÃO	ANTERIOR	ATUAL	Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh
00000003190736423	CAI	04/05/2018 9.808,00	05/06/2018 9.971,00	32	1,00000	0,00	163,00

DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 06/07/2018

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	META MENSAL	META TRIM	META ANUAL
abr2018					
DIC-Idade da rede sem energia	RIO DOCE	0,00	4,95	0,81	19,42
FIC-Idade da rede sem energia		0,00	3,23	0,47	12,95
DMIC-Duração máxima de interrupção contínua		0,00	2,77	0,89	0,50
DICD-Duração de interrupção em dia crítico					Limite DICD: 12,22
EUSD-Valor do Encargo de Uso = R\$ 44,87					
Todo consumidor de baixa tensão e geração dos indicadores DIC, FIC, DMIC e DICD a qualquer tempo.					

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Essa conta poderá ser paga no credenciado mais perto do você. Confira a lista completa em www.celpe.com.br. 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%am(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.

NÍVEIS DE TENSÃO

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

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

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

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA





CTC RECIFE PE PL2 DATA DE POSTAGEM: 17/04/2018

GICELIO JUSTO SILVA
NOVENTA E SETE-55
CAETES I
53530-710 ABREU E LIMA PE



72110002100200411110000000000000

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTÉUDO NÃO VERIFICADO

27 NOV 2018
DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTÉUDO NÃO VERIFICADO
Gentle Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 715 - U.S.
Recife - PE

ASL-0340859/18
maria.santos
27/11/2018 12:57:21

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

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF²**.

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu VALMIR HONORIO DA SILVA, inscrito (a) no CPF/CNPJ 621.228.354 / 00, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário GICELIO JUSTO DA SILVA, inscrito (a) no CPF sob o Nº 907.707.304 / 34, do sinistro de DPVAT cobertura INVALÍDLOZ da Vítima GICELIO JUSTO DA SILVA, inscrito (a) no CPF sob o Nº 907.707.304 / 34, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso informar

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

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

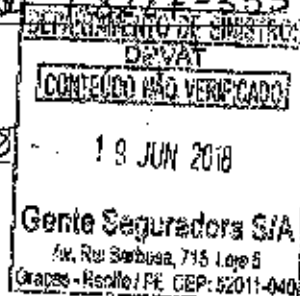
Endereço <u>Rua Ubirajara</u>		Número <u>16</u>	Complemento —
Bairro <u>Tabajara</u>	Cidade <u>Olinda</u>	Estado <u>PE</u>	CEP <u>53.530-360</u>
Email	Telefone comercial (DDD) <u>(81) 9.8790-9451</u>	Telefone celular (DDD) <u>9.8297-3559</u>	

Recife 15 de junho de 2018

Local e Data

Valmir Honorio da Silva

Assinatura do Declarante



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, JAMERSON MONTEIRO DA SILVA,
RG nº 4234284, data de expedição 23/01/17,
Órgão SSP/PE, portador do CPF nº 891.461.314-34, com
domicílio na cidade de PAULISTA, no Estado de
PERNAMBUCO, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
R- BONFINOPOLES, nº 198,
complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima GRACIELLO JUSTO DA SILVA, cujo o condutor era
GRACIELLO JUSTO DA SILVA.

Veículo: MOTOCICLETA
Modelo: HONDA NXR 150 Bros.
Ano: 2014
Placa: 0VY - 2850
Chassi: 9E2K00540BRO72812
Data do Acidente: 17/12/2017
Local e Data: PAULISTA 14 DE JUNHO 2018

JAMERSON M. DA SILVA
Assinatura do Declarante

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

SERV. AUTOGRAFADO E RECONHECIDO - PROTESTO
Título: Declaração do Proprietário do Veículo - Data: 17/12/2017 - Valor: R\$ 0,00
Reconheço, como autêntica e verdadeira, (s) Firma(s) de: JAMERSON MONTEIRO DA SILVA
En test. da verdade, Paulista-PE 14/06/2018 15:28:27
Maria Jose da Silva - Escrevente Autorizada
T2018-009542 DEBUTAR - 3.51 FERRAS 0.40 T9HRRS 0.80 ISSRS 0.08
SELO DIGITAL: 0077444.HA304201801.04632
Consulte autenticidade em www.tjpe.jus.br/selodigital
Maria Jose da Silva





SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

FICHA DE ESCLARECIMENTO

ATENDIMENTO: 908434/2017.

NOME: GICELIO JUSTO DA SILVA.

Foi atendido às 22h35 do dia 17.12.2017.

Diagnóstico provável: Trauma de face - ferimentos
+ Fratura de parassinuse mandibular (E)
TCE grave - LAD
(Queda do muro)

Tratamento realizado:

Fisioterapia respiratória
Sutura dos ferimentos de face
TAC de face
Barra de Esch + BMM
Exames laboratoriais

Obs. Trat. de suporte clínico
Alta em 23.12.2017

As informações contidas neste documento foram transcritas, na íntegra, do Prontuário Médico, não do Médico Assistente e sim do serviço Arquivo Médico e Estatístico.

Cópia de Prontuário Médico em 19.02.2018

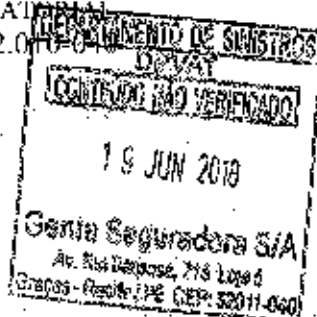
Frederico

SES - Hospital de Restauração
Dr. Franklin Serra
Médico do SAME
CRM: 7874

Atenção: Este documento destina-se a comprovação de atendimento hospitalar ou ambulatorial para: INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DO TRATAMENTO AMBULATORIAL.

Av. Agamenon Magalhães, S/N - Derby - Recife - PE. CEP 52.070-000

Fones: 31815451/31815572



FICHA DE ESCLARECIMENTO

Nº Atendimento: 008989

Nome: Cícilio Justo da Silva

Foi atendido às 22:35 hs. do dia 17 / 12 / 17

Diagnóstico Provável: Paciente vítima de acidente motociclistico cursando com fratura de maxila mandibular. Paciente recente de dieta líquida-pastosa por 30 dias

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

Tratamento Realizado: Instalado Barro de Burch
BMM dia 22/12/17
- Remova BMM e Barro de
08/03/18

19 JUN 2018
Gente Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 715 - Recife
PE - CEP: 52011-040

Observação: Retornar na ambulatório BME
(Dr Carlos) terça-feira às 07:00 dia
10/04/18, aceto encaixe

Cópia de: Ucla BME

Dra. Priscilla Sarmiento
Residente em Cirurgia e Traumatologia
Médico - Cirurgia Maxilo-Facial
CRM 384/2018

ATENÇÃO: Este documento destina-se a 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.

31815573

Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



FICHA DE ESCLARECIMENTO

Nº Atendimento: 908989

Nome: GUILHERME JUSTO DA SILVA

Foi atendido às 22:35 hrs. do dia 17/12/17

Diagnóstico Provável: Paciente vítima de acidente
traumático envolvendo um carro em
rua de trânsito mandibular
- paciente vítima de 30 dias
de repouso alimentar
- dieta líquida / pastosa durante
tratamento.

Tratamento Realizado: Foi instalada Bateria de
União + BME dia 20/12/17.

Prescrição de amikacina
de Dr Carlos 3ª linha às 07:00
horas (pressão normal)

Observação:

Cópia de:

Ata BME dia 20/12/17

Mé. Esp. - OMS - Nº
81701-38 - 0000
01/01/2018

DEPARTAMENTO DE REGISTROS
DENTISTAS
CONTENDO NÃO VERIFICADO
19/12/2017
Gente Senteira
Av. Rio de Janeiro, 115 - Lapa
Belo Horizonte - MG
Grupos - Roteiro/PE CEP: 02011-000

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

Cód. 0157

CELIO JUSTO DA SILVA SIC
15900
0-Jan-1975, M. 42Y
Dec-2017
17 17 98
IMA 1
VR1

HPR



Hospital da Restauracao CELIO JUSTO DA SILVA SIC
SOMATOM Scope 15900
CT VC40 0-Jan-1975, M. 42Y
Dec-2017
17 17 98
IMA 2
VR1

HPR



CELIO JUSTO DA SILVA SIC
15900
0-Jan-1975, M. 42Y
Dec-2017
17 17 98
IMA 3
VR1

HPR



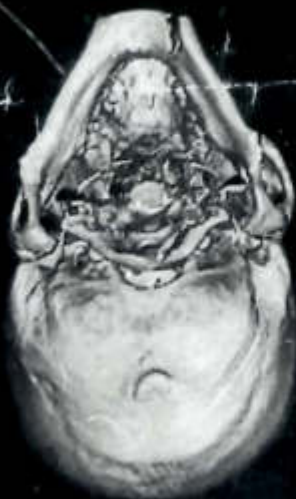
Hospital da Restauracao CELIO JUSTO DA SILVA SIC
SOMATOM Scope 15900
CT VC40 0-Jan-1975, M. 42Y
Dec-2017
17 17 98
IMA 4
VR1

HPR



CELIO JUSTO DA SILVA SIC
15900
0-Jan-1975, M. 42Y
Dec-2017
17 17 98
IMA 5
VR1

AFR



Hospital da Restauracao CELIO JUSTO DA SILVA SIC
SOMATOM Scope 15900
CT VC40 0-Jan-1975, M. 42Y
Dec-2017
17 17 98
IMA 6
VR1

PHL



RECEITUÁRIO

- Auto Médico

Giulio Justo da Silva, vítima
de acidente automobilístico no dia
17/12/2017. O mesmo compareceu
a esta unidade hospitalar com dores
de cabeça, náuseas e tonturas.
Foi observado através de R.M. uma
fratura mandibular importante
(código 502.6), e um leve trauma
frontal. O mesmo alega dores de
cabeça constante, c/ dificuldade
na movimentação da boca de 50%.
Segue ci alta.

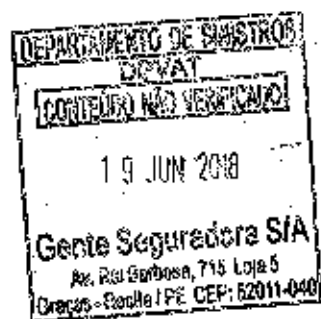
Tarcio T.B. Cavalcanti
CRM/PE 4801

EM: 04-04-18

O LEITE MATERNO É O MELHOR ALIMENTO PARA SEU FILHO

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
OPVAT
[CONTEÚDO NÃO VERIFICADO]
23 NOV 2018
Gente Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 715 Loja 5
Grupos - Recife/PE CEP: 52011-040

1. **IDENTIFICATION**
 2. **PERSONAL DATA**
 3. **EDUCATION**
 4. **EMPLOYMENT**
 5. **RESIDENCE**
 6. **TRAVEL**
 7. **INTERESTS**
 8. **REFERENCES**
 9. **REMARKS**
 10. **SIGNATURE**
 11. **DATE**
 12. **INITIALS**
 13. **REMARKS**
 14. **SIGNATURE**
 15. **DATE**
 16. **INITIALS**
 17. **REMARKS**
 18. **SIGNATURE**
 19. **DATE**
 20. **INITIALS**
 21. **REMARKS**
 22. **SIGNATURE**
 23. **DATE**
 24. **INITIALS**
 25. **REMARKS**
 26. **SIGNATURE**
 27. **DATE**
 28. **INITIALS**
 29. **REMARKS**
 30. **SIGNATURE**
 31. **DATE**
 32. **INITIALS**
 33. **REMARKS**
 34. **SIGNATURE**
 35. **DATE**
 36. **INITIALS**
 37. **REMARKS**
 38. **SIGNATURE**
 39. **DATE**
 40. **INITIALS**
 41. **REMARKS**
 42. **SIGNATURE**
 43. **DATE**
 44. **INITIALS**
 45. **REMARKS**
 46. **SIGNATURE**
 47. **DATE**
 48. **INITIALS**
 49. **REMARKS**
 50. **SIGNATURE**
 51. **DATE**
 52. **INITIALS**
 53. **REMARKS**
 54. **SIGNATURE**
 55. **DATE**
 56. **INITIALS**
 57. **REMARKS**
 58. **SIGNATURE**
 59. **DATE**
 60. **INITIALS**
 61. **REMARKS**
 62. **SIGNATURE**
 63. **DATE**
 64. **INITIALS**
 65. **REMARKS**
 66. **SIGNATURE**
 67. **DATE**
 68. **INITIALS**
 69. **REMARKS**
 70. **SIGNATURE**
 71. **DATE**
 72. **INITIALS**
 73. **REMARKS**
 74. **SIGNATURE**
 75. **DATE**
 76. **INITIALS**
 77. **REMARKS**
 78. **SIGNATURE**
 79. **DATE**
 80. **INITIALS**
 81. **REMARKS**
 82. **SIGNATURE**
 83. **DATE**
 84. **INITIALS**
 85. **REMARKS**
 86. **SIGNATURE**
 87. **DATE**
 88. **INITIALS**
 89. **REMARKS**
 90. **SIGNATURE**
 91. **DATE**
 92. **INITIALS**
 93. **REMARKS**
 94. **SIGNATURE**
 95. **DATE**
 96. **INITIALS**
 97. **REMARKS**
 98. **SIGNATURE**
 99. **DATE**
 100. **INITIALS**
 101. **REMARKS**
 102. **SIGNATURE**
 103. **DATE**
 104. **INITIALS**
 105. **REMARKS**
 106. **SIGNATURE**
 107. **DATE**
 108. **INITIALS**
 109. **REMARKS**
 110. **SIGNATURE**
 111. **DATE**
 112. **INITIALS**
 113. **REMARKS**
 114. **SIGNATURE**
 115. **DATE**
 116. **INITIALS**
 117. **REMARKS**
 118. **SIGNATURE**
 119. **DATE**
 120. **INITIALS**
 121. **REMARKS**
 122. **SIGNATURE**
 123. **DATE**
 124. **INITIALS**
 125. **REMARKS**
 126. **SIGNATURE**
 127. **DATE**
 128. **INITIALS**
 129. **REMARKS**
 130. **SIGNATURE**
 131. **DATE**
 132. **INITIALS**
 133. **REMARKS**
 134. **SIGNATURE**
 135. **DATE**
 136. **INITIALS**
 137. **REMARKS**
 138. **SIGNATURE**
 139. **DATE**
 140. **INITIALS**
 141. **REMARKS**
 142. **SIGNATURE**
 143. **DATE**
 144. **INITIALS**
 145. **REMARKS**
 146. **SIGNATURE**
 147. **DATE**
 148. **INITIALS**
 149. **REMARKS**
 150. **SIGNATURE**
 151. **DATE**
 152. **INITIALS**
 153. **REMARKS**
 154. **SIGNATURE**
 155. **DATE**
 156. **INITIALS**
 157. **REMARKS**
 158. **SIGNATURE**
 159. **DATE**
 160. **INITIALS**
 161. **REMARKS**
 162. **SIGNATURE**
 163. **DATE**
 164. **INITIALS**
 165. **REMARKS**
 166. **SIGNATURE**
 167. **DATE**
 168. **INITIALS**
 169. **REMARKS**
 170. **SIGNATURE**
 171. **DATE**
 172. **INITIALS**
 173. **REMARKS**
 174. **SIGNATURE**
 175. **DATE**
 176. **INITIALS**
 177. **REMARKS**
 178. **SIGNATURE**
 179. **DATE**
 180. **INITIALS**
 181. **REMARKS**
 182. **SIGNATURE**
 183. **DATE**
 184. **INITIALS**
 185. **REMARKS**
 186. **SIGNATURE**
 187. **DATE**
 188. **INITIALS**
 189. **REMARKS**
 190. **SIGNATURE**
 191. **DATE**
 192. **INITIALS**
 193. **REMARKS**
 194. **SIGNATURE**
 195. **DATE**
 196. **INITIALS**
 197. **REMARKS**
 198. **SIGNATURE**
 199. **DATE**
 200. **INITIALS**
 201. **REMARKS**
 202. **SIGNATURE**
 203. **DATE**
 204. **INITIALS**
 205. **REMARKS**
 206. **SIGNATURE**
 207. **DATE**
 208. **INITIALS**
 209. **REMARKS**
 210. **SIGNATURE**
 211. **DATE**
 212. **INITIALS**
 213. **REMARKS**
 214. **SIGNATURE**
 215. **DATE**
 216. **INITIALS**
 217. **REMARKS**
 218. **SIGNATURE**
 219. **DATE**
 220. **INITIALS**
 221. **REMARKS**
 222. **SIGNATURE**
 223. **DATE**
 224. **INITIALS**
 225. **REMARKS**
 226. **SIGNATURE**
 227. **DATE**
 228. **INITIALS**
 229. **REMARKS**
 230. **SIGNATURE**
 231. **DATE**
 232. **INITIALS**
 233. **REMARKS**
 234. **SIGNATURE**
 235. **DATE**
 236. **INITIALS**
 237. **REMARKS**
 238. **SIGNATURE**
 239. **DATE**
 240. **INITIALS**
 241. **REMARKS**
 242. **SIGNATURE**
 243. **DATE**
 244. <



Ministério da Fazenda
Secretaria da Receita Federal do Brasil
Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: 621.228.354-00

Nome: VALMIR HONORIO DA SILVA

Data de Nascimento: 30/01/1970

Situação Cadastral: REGULAR

Data da Inscrição: 20/02/1991

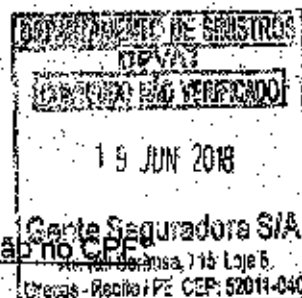
Digito Verificador: 00

Comprovante emitido às 15:14:15 do dia 14/06/2018 (hora e data de Brasília).
Código de controle do comprovante: 6731.B207.D016.0CEA



Este documento não substitui o Comprovante de Inscrição no CPF

(Modelo aprovado pela INRFB nº 1.548, de 13/02/2015.)



ASL-0200322/1
Humana Luna 0307
14/06/2018 13:57:12

ASL-0200322/1
Humana Luna 0307
14/06/2018 13:57:12



ASL-0200322/1
Humana Luna 0307
14/06/2018 13:57:12

ASL-0200322/1
Humana Luna 0307
14/06/2018 13:57:12

ASL-0200322/1
Humana Luna 0307
14/06/2018 13:57:12

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTÉUDO NÃO VERIFICADO
Gente Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 715 Loja 5
Gratão - Recife/PE CEP: 52011-040

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTÉUDO NÃO VERIFICADO
Gente Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 715 Loja 5
Gratão - Recife/PE CEP: 52011-040

ASL-0200322/1
Humana Luna 0307
14/06/2018 13:57:12

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTÉUDO NÃO VERIFICADO
13 JUN 2018
Gente Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 715 Loja 5
Gratão - Recife/PE CEP: 52011-040

ASL-0200322/1
Humana Luna 0307
14/06/2018 13:57:12

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DOS TRANSPORTES

SEÇÃO DE LICITAÇÃO DE DANOS PESSOAIS E MATERIAIS POR VEÍCULOS
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, COM FOLHA DE CANCELAMENTO A FOLHA DE
TRANSPORTES DO ADO - SEGURO DE VITA

1. NOME DO SEGURADO: JANEIRO HORTENSO DA SILVA
2. NOME DO SEGURO: JANEIRO HORTENSO DA SILVA
3. NOME DO SEGURO: JANEIRO HORTENSO DA SILVA

4. NOME DO SEGURO: JANEIRO HORTENSO DA SILVA

5. NOME DO SEGURO: JANEIRO HORTENSO DA SILVA

6. NOME DO SEGURO: JANEIRO HORTENSO DA SILVA

7. NOME DO SEGURO: JANEIRO HORTENSO DA SILVA

8. NOME DO SEGURO: JANEIRO HORTENSO DA SILVA

9. NOME DO SEGURO: JANEIRO HORTENSO DA SILVA

10. NOME DO SEGURO: JANEIRO HORTENSO DA SILVA

11. NOME DO SEGURO: JANEIRO HORTENSO DA SILVA

12. NOME DO SEGURO: JANEIRO HORTENSO DA SILVA

13. NOME DO SEGURO: JANEIRO HORTENSO DA SILVA

14. NOME DO SEGURO: JANEIRO HORTENSO DA SILVA

15. NOME DO SEGURO: JANEIRO HORTENSO DA SILVA

16. NOME DO SEGURO: JANEIRO HORTENSO DA SILVA

17. NOME DO SEGURO: JANEIRO HORTENSO DA SILVA

18. NOME DO SEGURO: JANEIRO HORTENSO DA SILVA

1. NOME DO SEGURADO: JANEIRO HORTENSO DA SILVA
2. NOME DO SEGURO: JANEIRO HORTENSO DA SILVA
3. NOME DO SEGURO: JANEIRO HORTENSO DA SILVA

4. NOME DO SEGURO: JANEIRO HORTENSO DA SILVA

5. NOME DO SEGURO: JANEIRO HORTENSO DA SILVA

6. NOME DO SEGURO: JANEIRO HORTENSO DA SILVA

7. NOME DO SEGURO: JANEIRO HORTENSO DA SILVA

8. NOME DO SEGURO: JANEIRO HORTENSO DA SILVA

9. NOME DO SEGURO: JANEIRO HORTENSO DA SILVA

10. NOME DO SEGURO: JANEIRO HORTENSO DA SILVA

11. NOME DO SEGURO: JANEIRO HORTENSO DA SILVA

12. NOME DO SEGURO: JANEIRO HORTENSO DA SILVA

13. NOME DO SEGURO: JANEIRO HORTENSO DA SILVA

14. NOME DO SEGURO: JANEIRO HORTENSO DA SILVA

15. NOME DO SEGURO: JANEIRO HORTENSO DA SILVA

16. NOME DO SEGURO: JANEIRO HORTENSO DA SILVA

17. NOME DO SEGURO: JANEIRO HORTENSO DA SILVA

18. NOME DO SEGURO: JANEIRO HORTENSO DA SILVA

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
OPMAT
CONTENIDO NÃO VERIFICADO
19 JUN 2018
Gente Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 715 Loja 6
Grecia - Recife/PE CEP: 52011-400