

Rio de Janeiro, 07 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190466324 Vítima: MARCILIO DA COSTA ALMEIDA

Data do Acidente: 16/12/2017 Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: SHARON STEPHANE LINS BARROS

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), MARCILIO DA COSTA ALMEIDA

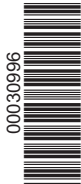
O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Declaração do Proprietário do Veículo	Apresentar o formulário "Declaração do Proprietário do Veículo" para validar o acidente noticiado. O formulário, disponível em nosso site, deverá ser preenchido e assinado, com reconhecimento de firma por autenticidade, pelo proprietário do veículo em que a vítima estava no acidente.
---------------------------------------	--

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

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

Atenciosamente,
Seguradora Líder-DPVAT
Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 07 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190466324

Vítima: MARCILIO DA COSTA ALMEIDA

Data do Acidente: 16/12/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: SHARON STEPHANE LINS BARROS

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MARCILIO DA COSTA ALMEIDA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

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

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 13 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190466324

Vítima: MARCILIO DA COSTA ALMEIDA

Data do Acidente: 16/12/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: SHARON STEPHANE LINS BARROS

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), MARCILIO DA COSTA ALMEIDA

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 10 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190466324

Vítima: MARCILIO DA COSTA ALMEIDA

Data do Acidente: 16/12/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: SHARON STEPHANE LINS BARROS

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), MARCILIO DA COSTA ALMEIDA

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Foi verificado que o dano pessoal evoluiu sem sequela definitiva, razão pela qual não foi caracterizada a invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores orientações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 057.193.474-96 Nome completo da vítima: Marcilio da Costa Almeida

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

Nome completo: Marcilio da Costa Almeida CPF: 057.193.474-96
Profissão: Bombeiro militar Endereço: Rua Duque de Caxias, Bn. N Número: 339 Complemento: Apt 104
Bairro: Capitão Cidade: São Lourenço da Mata Estado: PE CEP: 54.705-210
E-mail: _____ Tel. (DDD): _____

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

REDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☒ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 1058 8 CONTA: 002 234 2
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: CONTA:
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- ☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Impressão
digital da
vítima ou
beneficiário
não alfabetizado

Local e Data: Sabão 12 Julho 2019
Nome: _____
CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário. A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.





EXCELSIOR SEGUROS
06 AGO, 2019
SEGURO DPVAT



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 038ª CIRCUNSCRIÇÃO - SÃO LOURENÇO DA MATA -
DP38ªCIRC DIM/9ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **18E0128003088**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **26/09/2018** às **10:42**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **16/12/2017** no período da **Madrugada**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE SAO LOURENCO DA MATA, 01, BR 408, PROXIMO A ARENA PERNAMBUCO.** - Bairro: **CENTRO - SAO LOURENCO DA MATA/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

INDIVIDUO (AUTOR \ AGENTE)
MARCILIO DA COSTA ALMEIDA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

OUTROS TIPO DE OBJETO: (Outros motivos) , que estava em posse do(a) Sr(a): INDIVIDUO

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

MARCILIO DA COSTA ALMEIDA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **LINDALVA DA COSTA ALMEIDA** Pai: **MARLUCIO BATISTA DE ALMEIDA** Data de Nascimento: **22/3/1985** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**
Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE SAO LOURENCO DA MATA, 01, RUA DUQUE DE CAXIAS, 324, CAPIBARIBE, APTO 104, BLOCO N - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - SAO LOURENCO DA MATA/PERNAMBUCO/BRASIL**

INDIVIDUO (não presente ao plantão) - Sexo: **Desconhecido** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

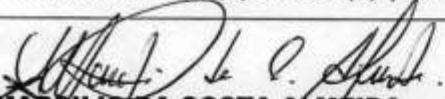
VEICULO (OUTROS TIPO DE OBJETO) de propriedade do(a) Sr(a): **INDIVIDUO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **INDIVIDUO**
Categoria/Marca/Modelo: **NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Complemento / Observação

RELATA A VITIMA QUE CONDUZIA A MOTOCICLETA DE PLACA OYX-8894, DE PROPRIEDADE DE ELIZEU VENCESLAU DA SILVA, QUANDO UM VEICULO QUE VINHA NO MESMO SENTIDO, ULTRAPASSOU DE FORMA IMPRUDENTE, FAZENDO COM QUE A VITIMA DESVIASSE A MOTOCICLETA PARA EVITAR UMA COLISAO, PASSANDO POR UM BURACO, ONDE CAIU AO SOLO. AFIRMA QUE SOFREU LESAO NA REGIAO DA CABECA E REGIAO DO ROSTO, SENDO CONDUZIDO PELOS BOMBEIROS PARA O HOSPITAL DA POLICIA

MILITAR, ONDE RECEBEU ATENDIMENTO.

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


MARCILIO DA COSTA ALMEIDA
(VITIMA)

B.O. registrado por:  **MAGNUM SANSÃO MENDES LIMA** - Matrícula: **273258-0**



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: **057.193.474-96** Nome completo da vítima: **Marcilio da Costa Almeida**

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

Nome completo: **Marcilio da Costa Almeida** CPF: **057.193.474-96**
Profissão: **Bombeiro militar** Endereço: **Rua Duque de Coxias, 56, N** Número: **339** Complemento: **4º 104**
Bairro: **Capitão** Cidade: **São Lourenço da Mata** Estado: **PE** CEP: **54.705-210**
E-mail: **+** Tel. (DDD): **+**

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☒ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: **1058** **8** CONTA: **0021234** **2**
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: CONTA:
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- ☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 5.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data: *** Jabotão 12 Julho 2019**

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

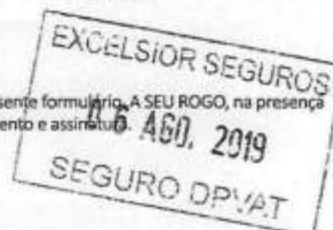
2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário. A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.





Av. Presidente Kennedy, 145 - Santa Tereza - Olinda - Olinda - Cep 53010 120
Fone / Fax : (81) 3182-9460 / 3182-9463 / - C. N. P. J. : 00.358.773/0007-30

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

MARCILO DA COSTA ALMEIDA
CPF: 057.193.474-96

DATA DE VENCIMENTO

06/08/2019

TOTAL A PAGAR (R\$)
71,31

DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL

11/07/2019

DATA DA APRESENTAÇÃO

11/07/2019

NÚMERO DA NOTA FISCAL

069188240

CONTA CONTRATO

007006687045

Nº DO CLIENTE

2011337517

Nº DA INSTALAÇÃO

0005369459

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA DQ DE CAXIAS 339 AP-104

BL-N
CAPIBARIBE/SÃO LOUREN O DA MATA
54705-210 SÃO LOURENCO DA MATA 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

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL
Monofásico

RESERVADO AO FISCO

26A5.AD25.DCAA.F97A.51BF.3897.ECF1.0CFF

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)	77,00	0,78063095	60,10
Acréscimo Bandeira AMARELA			0,46
Contrib. Ilum. Pública Municipal			9,04
ICMS Subvenção-CDE-NF 061655482-13/05/19			0,70
Multa por atraso-NF 061655482 - 13/05/19			1,82
Juros por atraso-NF 061655482 - 13/05/19			0,15
Atualização IGPM-NF 061655482 - 13/05/19			0,05
Bônus ITAIPU - art 21 da Lei 10.438/2002			1,01
TOTAL DA FATURA			71,31

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

ICMS		PIS		COFINS	
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
60,56	25,00	15,14	60,56	0,82	0,49
					0,49
					2,30

Tarifas Aplicadas		HISTÓRICO DO CONSUMO	
Consumo Ativo(kWh)	8,54933090		kWh
		JUL 19	77
		JUN 19	123
		MAI 19	116
		ABR 19	125
		MAR 19	119
		FEV 19	111
		JAN 19	86
		DEZ 18	158
		NOV 18	100
		OUT 18	115
		SET 18	112
		AGO 18	111
		JUL 18	88

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

	R\$	%
Geração de Energia	19,91	32,87
Transmissão	2,18	3,60
Distribuição (Celpe)	13,25	21,88
Encargos Setoriais	3,12	5,15
Tributos	17,93	29,61
Perdas de Energia	4,17	6,89
TOTAL	60,56	100

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR	ATUAL	Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh
000000003011091199	CAT	11/06/2019 10.149,00	11/07/2019 10.226,00	30	1,00009	0,00	77,00

DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 13/08/2019

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	META MENSAL	META TRIM.	META ANUAL
mai/2019					
DIC-No.de horas sem Energia	TABATINGA	0,00	5,67	11,34	22,69
FIC-No.de vezes sem Energia		0,00	3,30	6,60	13,20
DMIC-Duração máxima de interrupção contínua		0,00	3,29	0,00	0,00
DICRI-Duração de interrupção em dia crítico					Limite DICRI: 12,22
EUSD-Valor do Encargo de Uso = R\$ 22,97					
Todo Consumidor pode solicitar a apuração dos indicadores DIC, FIC, DMIC e DICRI a qualquer tempo.					

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pague no ponto mais perto de você! anne hortfruit: r. antonio pereira de lucana joao paulo ii / o armazem: r. dr. pedro augusto correa de araujo 96 centroLista completa em www.celpe.com.br.*
Na data da leitura a bandeira em vigor é a Amarela. Mais informações em www.aneel.gov.br.
Cobrança ICMS sobre subvenção CDE, conforme Decreto Estadual 39.459/13.
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.

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
007006687045	07/2019	71,31	06/08/2019

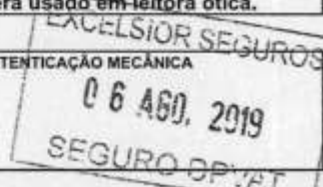
TALÃO DE PAGAMENTO

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

838700000001 713100110076 006687045109 141236385635



AUTENTICAÇÃO MECÂNICA



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 EDIVALDO DA SILVA BARROS CPF: 118.001.602-59		DATA DE VENCIMENTO 15/07/2019 TOTAL A PAGAR (R\$) 0,00		DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL 08/07/2019 DATA DA APRESENTAÇÃO 08/07/2019 NÚMERO DA NOTA FISCAL 068658074		CONTA CONTRATO 007005107940 Nº DO CLIENTE 2001833313 Nº DA INSTALAÇÃO 0005015600	
ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA RUA CEL ANIZIO RODRIGUES COELHO 168 AP-201 EDIFÍCIO ESCUNA BOA VIAGEM/RECIFE 51021-130 RECIFE PE		CLASSIFICAÇÃO B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL Monofásico					
		RESERVADO AO FISCO 2D5B.EF55.2E6D.9B37.0B0A.992C.BC9D.1DA8					
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							

DESCRICAÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)	437,00	0,78063095	341,13
Acréscimo Bandeira AMARELA			1,73
Contrib. Ilum. Pública Municipal			31,00
ICMS Subvenção-CDE-NF 061019720-06/05/19			2,79
Bônus ITAIPU - art 21 da Lei 10.438/2002			0,45
TOTAL DA FATURA			376,29

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS								
ICMS			PIS			COFINS		
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
342.86	25,00	85.71	342.86	0.82	2.81	342.86	3.81	13.06

Tarifas Aplicadas		HISTÓRICO DO CONSUMO	
Consumo Ativo(kWh)	8,54933000		kWh
		JUL 19	437
		JUN 19	485
		MAI 19	464
		ABR 19	438
		MAR 19	447
		FEV 19	496
		JAN 19	415
		DEZ 18	430
		NOV 18	364
		OUT 18	379
		SET 18	259
		AGO 18	330
		JUL 18	453
COMPOSIÇÃO DO CONSUMO			
	R\$ %		
Geração de Energia	112,66 32,86		
Transmissão	12,35 3,69		
Distribuição (Cotep)	75,01 21,88		
Encargos Setoriais	17,64 5,14		
Tributos	101,58 29,63		
Perdas de Energia	23,62 6,89		
TOTAL	342,86 100		

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL									
NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
000000000001526905	CAT	06/06/2019	45.785,00	08/07/2019	46.222,00	32	1,00000	0,00	437,00

DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 07/08/2019

[DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 07/08/2018]

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES					
DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	META MENSAL	META TRIM.	META ANUAL
mai/2019					
DIC-No.de horas sem Energia	RIO JORDAO	0,00	4,83	9,67	19,34
FIC-No.de vezes sem Energia		0,00	3,11	6,22	12,45
DMIC-Duração máxima de interrupção contínua		0,00	2,69	0,00	0,00
DICRI-Duração de interrupção em dia crítico			Limite DICRI: 12,22		
EUSD-Valor do Encargo de Uso = R\$ 130,39					
Todo Consumidor pode solicitar a apuração dos indicadores DIC, FIC, DMIC e DICRI a qualquer tempo.					

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pague no ponto mais perto de você! ag correios palmares: rua padre carapuceiro conjunto boa viagem / ag correios shopping paraíba: rua padre carapuceiro boa viagem. Lista completa em www.celpc.com.br.
Na data da leitura a bandeira em vigor é a Amarela. Mais informações em www.aneel.gov.br.
Cobrança ICMS sobre subvenção CDE, conforme Decreto Estadual 39.459/13.
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 padres de atendimento comercial.

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
007005107940	07/2019	0,00	15/07/2019	<p>Evite dobrar, perfurar ou rasurar.</p> <p>Este canhoto será usado em leitora ótica.</p>

FATURA PAGA

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

EXCELSIOR SEGUROS
06 AGO. 2019
m. RFC Conversao Servlet?redir
SEGURO DPVAT

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

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/BIBLIOTECASWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

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

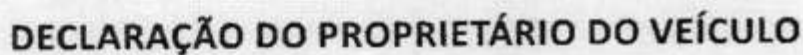
¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Sharon Stephanie Loino Barros
inscrito (a) no CPF/CNPJ 821.283.372, 15, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário
Marcelo de Costa Almeida inscrito (a) no CPF sob o Nº 057.193.474 96
do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Marcelo de Costa Almeida
inscrito (a) no CPF sob o Nº 057.193.474, 96, 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>R. Cel Amizão Rodrigues Coelho</u>	Número: <u>168</u>	Complemento: <u>AP 201</u>
Bairro: <u>Rua Viagem</u>	Cidade: <u>Recife</u>	Estado: <u>PE</u>
E-mail: _____	CEP: <u>51021-130</u>	Tel.(DDD): _____

Local e Data: Recife 12.04.19
Sharon Stephanie Loino Barros.
Assinatura do Declarante



Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 0202-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

Data do Acidente: 16/12/2017

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

CARTÓRIO DE REGISTRO CIVIL DO 10º DISTRITO JUDICIÁRIO DA CAPITAL - RECIFE - PE
R. da Fátima de Lencima, 329 - Tupy - CEP: 50590-010 - Fone: (81) 3251-5113

Selo:0073478.MCV08201902.03120

Excl. vs. 1.7% (1990-94) vs. 1.1% (1995-99) vs. 0.4% (2000-04) vs. 0.0% (2005-09) vs. 0.0% (2010-14)

Complete your order at www.ips-journal.com



Guilherme Herminio
Escrevente Autorizado
Cartório de Tejuipó

EVOLUÇÃO CLÍNICA

Atendimento: 1010295
Paciente: MARCILIO DA COSTA ALMEIDA
Médico responsável: Dr(a) IGOR FIGUEIREDO GONÇALVES

Data: 16/12/2017

CRM: 21311

SPA

Paciente trazido pelo SAMU com relato de acidente automobilístico, associado ao uso de álcool. Chega à unidade agressivo, agitado, pouco colaborativo com os cuidados de saúde, necessitando de sedação para controle de agitação psicomotora. Apresenta-se estável, porém sonolento e algo desorientado.

Ao exame:

EGR, sonolento, afebril, eupneico

R 2T BNF s/ sopros FC: 72 bpm

+ em AHT s/ RA Spo2: 98%

Abdome flácido, depressível, indolor, RHA+

ECG = 13 (O3V4M6), PIFR, sem déficit motor apendicular

HD:

- 1) Politraumatismo
- 2) Abuso de álcool

CD:

- 1) Hidratação venosa + Complexo B
- 2) Como paciente com ECG = 13, solicito TC de crânio
- 3) Vigilância clínica e neurológica
- 4) Aguardo exames de imagem solicitados na admissão





SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA MILITAR DE PERNAMBUCO

DIRETORIA DE SAÚDE
CENTRO MÉDICO HOSPITALAR

FICHA DE EVOLUÇÃO CLÍNICA

01 - Nome do Paciente

Marcelo da Costa Almeida

02 - Data: 17 / 12 / 17

03 - Hora: 10 : 00h

04 - Nº Prontuário

Paciente internado neste setor HD: TCE
foi solicit. parecer do neuro. Parecer do do
sucosmaxilar, foi resg. tce de jônio.
Paciente evolui Estado Geral regular,
consciente, orientado para o tempo e espaço,
Eupneico normotenso, Elinuotico, tido logo
Presente (S.E.). Informo também que a dieta
estar liberada até as 22h. Segue os crit
de enf.

Erivaldo Alves da Silva
Enfermeiro
COREN-PE 520.398

17/12/17 Enfermagem / Plantão Diurno

Paciente admitido às 11h procedente da SPA com H.D.
de TCE. Chega c/ E.G. Regular, consciente, orientado,
apetibil, eupneico, normotenso, normotônico, normotérmico,
do. Com olhos hiperlizados em MSD, instáveis, vômitos p/ h
duas vezes. Neg: DM + HAS + alergia medicamentosa. Refere
do cefaleia, comunicada ao MP (Dra. Camila) da SPA, m.c.p.
Apresentando escoriações no ombro E + joelho E + pé E,
curativo renovar diariamente com sulfadiazol spray. De
E (não sabe informar desde quando). Edema + hematoma
em face a esquerda. Segue em observação. Aguardan
do parecer do neurologista + leuc-matib facia, com
nua. Em observação. Deambula.

Thianny C. da Costa
Enfermeira
COREN-83.500

EXCELSIOR SEGUROS

06 ABO. 2019

SEGURO DPVAT

NUR 27.12.12

Parentele trebuie de excludute de
treba să vină copacii noi alcoolice
 $h_i \geq 30h$, pentru a se conserva
de la vârstă

de even. Dignitat constantă, echivalen-
ță pe care. sau de fapt focuș și reflexe
un .

OK. From last ~~year~~ we ~~are~~ new
partners. Name & picture of
~~person~~ & ~~off~~

force.

Card. Alto are now.

Ans enclosed in B.M.F.

சென்னை, 27 ஜூன் 2017
 கி. பஞ்சவர்ணம்
 0904.78 - 0904.88

Dra. Cynthia M. Martz
Leuociurgia
CRM-8124

64945. L5
203-5.

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Atendimento: 1010295 Data da prescrição: 16/12/2017
Paciente: 710377-00 | MARCILIO DA COSTA ALMEIDA
Médico responsável: Dr(a) IGOR FIGUEIREDO GONÇALVES

Data de validade: 17/12/2017
Idade: 32 anos, 8 meses
CRM: 21311

Medicamento	SN	Qtd.	Unidade	Frequência	Via de admn.	Dias	Início em	Susp.
CLORETO DE SODIO 0.9% - SOL. INJETÁVEL - 500 ML	N	1,00	AMP	DOSE ÚNICA	ENDOVENOSA	1	16/12/2017 07:45:00	N
GLUCOSE 5% - SOL. INJETÁVEL 500 ML	N	1,00	FR	DOSE ÚNICA	ENDOVENOSA	1	16/12/2017 07:45:00	N
Obs.: + VITAMINA DO COMPLEXO B								
VITAMINA DO COMPLEXO B - SOL. INJETÁVEL	N	1,00	AMP	DOSE ÚNICA	ENDOVENOSA	1	16/12/2017 07:46:00	N

Dr. Igor Figueiredo
Médico
CRM/PE 21.311

IGOR FIGUEIREDO GONÇALVES
CRM-PE 21311

FARMÁCIA

ENFERMAGEM

Karina

AS 09:00.
Paciente segue em REG. rotineiro, consciente, orientado para o tempo e espaço.
Evolução com melhora do quadro.
Com: TC não há evidências de lesões. Não há necessidade de medicação. Sinais de desidratação e hipertermia.
Paciente de 32 anos, 8 meses.
Após PA 135/85 mmHg.
Sinais vitais - 120 bpm, 18°C, 12 L/min, 100% O2.
Vital.

Dr. Antonio Carlos Siqueira
CRM/PE 21311

Praça do Derby, S/N - Derby - Recife-PE

Dr. Amanda
2211211

AMANDA MUNIZ
MAJ. PM QDM
11111111

-1) Stomach - seat } 23:30
Caudex and - 120 }
Glenn - 120 }

~~Glenn - 120~~

Dr. Antonio Luis Siles
Medico
CRM 24636

2) Cito surface 1000 - 1200 - 121122 23:30

3) 1711000 - 1200 - 121122 23:30

4) After PA 2 - HGT 6/6/6.

Selección = Green Neurologico + Bico verde...

Dr. Antonio Luis Siles
Medico
CRM 24636



SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA MILITAR DE PERNAMBUCO

DIRETORIA DE SAÚDE
CENTRO MÉDICO HOSPITALAR

FICHA DE EVOLUÇÃO CLÍNICA

01 - Nome do Paciente

Maniela

02 - Data:

21/12/17

03 - Hora:

:

04 - Nº Prontuário

NCR - Reavaliar

Paciente fic evoluiu com
confiança e atenção,
sem monitorar
card. etc

Sol-TAC - controle

22/12/17

→ CM →

MD: FCB

trabalho de FCB

supervisão e FCB

Relat.

clínico

> 20/12/17

Dr. Rodrigo Freitas
Neurocirurgia
CRM-PE 846

paciente ~ melhor

leito em guarda (16.00 ~ 10.00)

trabalho

em 11.00

12.00 = 12.00

EXCELSIOR SEGUROS

06 AGO. 2019

SEGURO DPVAT

no (A) My Lando de RAC e
realização de Buro e
mer

(1) Se todos derem o 190 de

23/12/17 ^{PK} Enl Diano

[illegible]

WCA 24.12.17.

Parute per quare.

Ex No 1.

P.C. Son al vacio

Alt de Aron și ocupându-se
ambulatorial.

24. 12

pete avallia EGR com dentes bien
lado e femil expois normalis
deambula dicta 50 m fides
no momento

Dra. Penha M. Martz
Neurocirurgia
CRM-8124



SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA MILITAR DE PERNAMBUCO

DIRETORIA DE SAÚDE
CENTRO MÉDICO HOSPITALAR

FICHA DE EVOLUÇÃO CLÍNICA

01- Nome do Paciente

Marcilio da Costa Azevedo

02 - Data:

24 / 12 / 17

03 - Hora:

04 - Nº Prontuário

Paciente do SEDI, apresentando queixa de dor no
maxilar D, dor e inchaço, com abscesso bucal iniciada, peso
10.450 kg

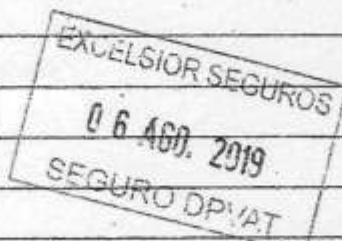
condição de saúde física e mental

em recuperação

Dr. Jorge Oreste
Cirurgião Bucal-Maxilo
CRM-4849

Exatidão # 25/12/17

Paciente em ECR; consciente; calmo; hidratado; orientado; deambula;
contactando verbalmente; acanhado; anódico; bom; eufórico;
normotenso; normofígico; afebril no momento. Acita direita va.
bonária e sono. APV M5R. Diurase D; evacuações D (COT). Sem queixa
no momento. Hipertensão olho D. Edema face D. Equimose M5D. Escor-
ruações, olho D, ombro D; p. D. Sangrar ex. lab. visto pelo so-
brelavio. Aguardando reavaliação do furo. Segue em cuidados
da enfermagem.



Dayana Rodrigues
Cirurgiã Bucal-Maxilo
COREN 26043

26/12

BMF;

Paciente evoluiu bem sem queixa p/
o momento, mas p/cansa e continua a amputação
clínica. Paciente evoluiu na operação e fígado
e zigoma. Refere não ter comprometido a saúde

Apte p/ alta hospitalar

Prof. Valomir Genú
Cirurgia e Traumatologia
Bucal-Maxilo-Facial
CRQ-PE 5142

26/12/17 Enfermagem / Plantão Dia

Paciente com E.C. Regular, consciente, orientado, agitado, eufórico,
incontínente, normofrênico, normotônico. Dieta por V.O. Deambula com jul-
tas hinchadas. ATB EV. Eliminação fisiológica presente. Melhora do
edema facial. Visto pela enfermeira - moribundo - facial. De alta hospitalar.
Segue em obs. —

Thianny C. F. da Costa
Enfermeira
COREN - 63.800



SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA MILITAR DE PERNAMBUCO

DIRETORIA DE SAÚDE
CENTRO MÉDICO HOSPITALAR

FICHA DE EVOLUÇÃO CLÍNICA

01- Nome do Paciente

02 - Data: 19/12/17

03 - Hora: _____

04 - Nº Prontuário

BME:

Paciente com equimose periorbitária esquerda de face (cortes somente arcial) moles palatras de parede anterior de nariz esquerdo. Segundo esposa, edema mandibular, aparece nariz. Fiz plenária, pedi nove TC + exames sangue. Conduta: mantida.

Dr. Paloma
Cirurgia e Traumatologia
Bucco-Maxilo-Facial
CRO-PE 5142

19/12/17 Enfermagem - Paciente em sala EOB, consciente, orientado, contactua verbalmente, deambula sozinho, evacuações, consciência, avaliado p/ Dr. Paloma Buco-Maxilo aguarda TC de mandíbula e face para no EE plantonista.

Aldo Melo
Enfermeiro
COREN-PE 316.632

20/12/17 Paciente com E.G. Regular, consciente, orientado, afébril, eufórico, normotensa, normofrequência, normossaturação. Aceita dieta por VD insatisfatória. Deambula sozinho. Edema acentuado em face D. Realiza hoje tomografia de face de urgência, aguarda resultados. Hematoma em alto esquerdo. Refere dor no antebraço D e cabeça. Verifica por VP em MSE (20/12). E.D. D.D. Segue em obs.

Paloma C.F. de Costa
Enfermeira
COREN - 83.800

EXCELSIOR SEGUROS
06 AGO. 2019
SEGURO DPVAT

20/12/17 Paciente evolui com aumento de volume em face (provável abscesso de dente 48). Apresenta trauma recente e higiene ruim. Zarcão purulenta. TC solicitada ainda não está pronto. Mudou antibiótico e fiz hidroscortisona.

① conduta: Vigilar - arizar e lavar anormalidade

Prof. P. Ribeiro
Cirurgia e Traumatologia
Bucodental Facial
CRM 10.000

21/12/17 BNF: Pte visto, evoluindo bem, apresenta do drenagem abscesso a nível do 8/2. Pte relatado que está melhorando.
Conduta: ① Drenagem do abscesso; bochechos e limpeza da região com soro fisiológico e água oxigenada 10vol. H-B! Celulite facial direita

- ② Solicitar Hemograma, Leucograma.
- ③ Iniciar em anexo.
- ④ Ao dente 48; Ao Neumo (relatório)
- ⑤ observação posterior.
- ⑥ Vigilancia constante.

Ma. de Fátima P. Ribeiro
Méd. PM / OOD - M. 940.509-7
Cirurgia Bucodental Facial
CRO - 1697-PE

(on)

22/12/17

HD: Celula Jose
ROCEFIN + clindox = 2012.

Temp máxima 37,7°C.

APMO 80-100

APAS 120-160 mmHg

evolui q melhor de dor

Mexame ECG empeitrou, corado com anti
exultado
seminsuras



SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA MILITAR DE PERNAMBUCO

DIRETORIA DE SAÚDE
CENTRO MÉDICO HOSPITALAR

FICHA DE EVOLUÇÃO CLÍNICA

01 - Nome do Paciente

Maximiliano de Castro Almeida

02 - Data:

1 / 1 /

03 - Hora:

:

04 - Nº Prontuário

comorregax 2112412

Aut. Pchem 25

MP. depressões melhora

CDI. VPM
EX1

DRA. AMANDA MUNIZ
MAJ. PM QDM
CRM: 11048

Enfermeira # 2112117

Paciente evolui EGA, consciente, orientado, eufórico, eufórico no momento, eufórico verbalmente, acuta dietética líquida pastosa, gisto pelo bucomaxilo. segue com evoluções de enfermagem. SS corren: 450518

BMP:

Paciente evolui bem, com franca regressão do aumento de volume na face. Ainda com dificuldade aquando da paragem no nariz e liberação da clínica. Indica

1) Manter medicação
2) Manter vigilância

Proteção Genética
Clínica e Genética
LRO-PE 5242

24/25 - Remoção do veio. perf
Introcem 22. Alcega

EXCELSIOR SEGUROS
06 AGO. 2019
SEGURO DP/AT

25/12/17 W

DE: PA: Entail

T: genre

as exam

Patient read trail

for, minus, minus, minus, minus,

minus

se NW ⊕ em ATT ~ 15

se NW ATT

se NW

W Exam

W ATT

Laetia Paves
Cada 1977



SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA MILITAR DE PERNAMBUCO

DIRETORIA DE SAÚDE
CENTRO MÉDICO HOSPITALAR

ATESTADO MÉDICO

NOME Manoel da Costa Almeida SAME Nº 710377
POSTO / GRAD Cabo UNIDADE CBAPLH

A) DISPENSA PARA TRATAMENTO DE SAÚDE (DTS)

Dispensado por _____ (_____) dias a contar de _____ / _____ / _____
() Exercícios Físicos
() Exercícios Militar
() Exercícios Profissionais
() Outras Restrições _____

Devendo ser cumprida na OME, no horário do expediente, em virtude da doença ou
CID _____

B) LICENÇA PARA TRATAMENTO DE SAÚDE (LTS)

Licença do serviço por 20 (unidade) dias, a contar de 26/12/17

Devendo ser cumprida fora da OME, em virtude da doença ou

CID S02.4

C) APTO A CONTAR DE 15/01/18

26/12/17
DATA

ASSINATURA E CARIMBO

- | | |
|--------------------------|--|
| Exercícios Militar | - ordem unida, a pé, firme, com ou sem arma, ordem unida, em marcha com ou sem arma, e mancacilidade, com ou sem arma; |
| Exercícios físicos | - Instrução com exercícios físicos de tropa, mesmp educativo; serviços que exija movimentos rápidos e sincronizados; |
| Exercícios profissionais | - policiamento ostensivo ou de guarda; atividades profissionais além da específica de policial militar, que exijam esforços físicos; |
| | - Atividades a serem exercidas fora do espaço físico do aquartelamento em que serve. |

Recebi o Original
em 27/12/17 às 14:30h
798136-8 SGT GEORGE.
[Assinatura]

gpm-1



SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA MILITAR DE PERNAMBUCO

101-5

DIRETORIA DE SAUDE - CENTRO MÉDICO HOSPITALAR

PRESCRIÇÃO MÉDICA

01 - Nome do Paciente

Messias da Costa Almeida

02 - N° Prontuário

710377-00

Soluto

Pacem: Buca maxilar

Tratamento de fratura de
maxilar.

16/12/17

03 - Data

04 - Assinatura Dr. Antonio Luis Silva
Médico

CRM 24598

CMH: Praça do Deby, s/n° - Recife - PE, CEP: 52.010-140
Fone: 0 (**) 3181- 1445

Paciente _____: 464129-Marcilio Da Costa Almeida
Data _____: 20/12/2017
Nº Laudo _____: 11400601
Dat. Nasc. _____: 22/03/1985



Diagnóstico por Imagem

Ressonância Magnética
Tomografia Computadorizada Multi-Slice
Ultrassonografia com Doppler Colorido
Densitometria Óssea
Mielografia Digital

Exame: TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DA FACE

TÉCNICA DE EXAME:

Foram obtidas aquisições da face em tomógrafo computadorizado de multidetectores, sem a administração venosa do contraste iodado.

**EXAME REALIZADO E AVALIADO EM CARÁTER DE URGÊNCIA,
EVIDENCIA:**

Espessamento densificação da pele e tecido subcutâneo da face predominando por edema.

Presença de múltiplos traços de fraturas desnivelados comprometendo as paredes do seio maxilar esquerdo e algumas células etmoidais médias, associado a presença de líquido com densidade heterogênea no interior dos seios (hemossinus).
Existem traços de fraturas comprometendo também o assoalho orbitário, a face zigomática da órbita e o arco zigomático homolateral. Notando-se que um dos traços de fratura no assoalho da órbita esquerda atinge o forame intra-orbitário.

Espessamento revestimento mucoso do seio maxilar direito e algumas células etmoidais posteriores homolaterais.

Complexos óstio-meatais livres.

Meatos médios e inferiores permeáveis.

Não há desvio significativo do septo nasal.

Parede posterior do rinofaringe de aspecto anatômico.

Fossas ptérigo-palatinas e infra-temporais preservadas.

Dra Regina Celi Marinho CRM PE - 17607



Diagnóstico por Imagem

Ressonância Magnética
Tomografia Computadorizada Multi Slice
Ultrassonografia com Doppler Colorido
Densitometria Óssea
Radiologia Digital

Paciente _____: 464129-Marcilio Da Costa Almeida
Data _____: 22/12/2017
Nº Laudo _____: 11406111
Dat. Nasc. _____: 22/03/1985
Exame: TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO

TÉCNICAS DE EXAME:

Estudo realizado através de cortes tomográficos computadorizados multislice, com reconstruções, sem a administração do meio de contraste endovenoso.

Laudo emitido em caráter de urgência evidenciando como principais achados:

Parênquima encefálico com atenuação preservada.
Sistema ventricular de morfologia e dimensões normais.
Sulcos corticais e fissuras com amplitude conservada.
Não há desvios significativos da linha média.
Nota-se hiperdensidade projetada na topografia do tentório cerebelar
Calota craniana sem anormalidades significativas.
Presença de fraturas ósseas comprometendo o maxilar esquerdo com envolvimento das paredes do seio correspondente como também envolvendo o processo zigomático esquerdo associado a material hipodenso com atenuação de partes moles maxilo-etmoidal podendo representar material inflamatório / hemossinus.

Observação: Não houve modificações apreciáveis em relação ao exame tomográfico prévio datado de 16/12/2017

Exame documentado em 3 filmes.

Ana Ines A. Cavalcanti

Dra Ana Ines Cavalcanti CRM PE - 11080



Rua Guilherme Pinto, 100 | Graças | Recife/PE
CEP 52.011-210 | Fone: (81) 3445.1220

Serviço de Imagens Radiográficas do Recife

www.sirdiagnostico.com.br

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1107185916

NOME
MARCILIO DA COSTA ALMEIDA

DOC IDENTIDADE / ÓRGÃO EMISSOR / UF
7032692 SEDS PE

CPF
057.193.474-96

DATA NASCIMENTO
22/03/1985

FUNÇÃO
MARLUCIO BATISTA DE ALMEIDA
LINDALVA DA COSTA ALMEIDA

PERMISSÃO
ACC
CIP HAZ
A2

Nº REGISTRO
93726575502

VALIDADE
26/08/2020

PRVACIÇÃO
16/11/2005

OBSERVAÇÕES
A
Exerce Ativ Remunerada

Assinatura do Titular

LOCAL
RECIFE - PE

DATA EMISSÃO
23/09/2015

Assinatura do Provedor

85485848289
PE067168740

DETRAN - PE (PERNAMBUCO)

PROIBIDO PLASTIFICAR
1107185916

EXCELSIOR SEGUROS
06 AGO. 2019
SEGURO DPVAT

ORDEM DOS ADVOGADOS DO BRASIL
CONSELHO SECCIONAL DE PERNAMBUCO
IDENTIDADE DE ADVOGADO

NOME:
SHARON STEPHANE LINS BARROS

DISCIPLINA:
EDIVALDO DA SILVA BARROS
SEBASTIANA LINS BARROS

REGISTRO:
SELEN-PA

DATA DE NASCIMENTO:
15/03/1985

CPF:
081.285.372-15

RG:
486.241 MAER

TIPO DE DOCUMENTO:
SIM

VALIDADE:
01/10/2019

TEM FE PÚBLICA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 09049240

USO OBRIGATORIO
IDENTIDADE CIVIL PARA TODOS OS FINS LEGAIS
(Art. 13 da Lei nº 8.962/94)

ASSINATURA DO ADVOGADO
Sharon Stephanie Lins Barros

ORIGINAL DO

EXCELSIOR SEGUROS
06 AGO. 2019
SEGURO DPVAT

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DENATRAN

DETRAN - PE Nº 013935097440
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
VIA: 1 COD. RENAVAM: 1003092907 R.N.T.R.C.: ***** EXERCÍCIO: 2018

NOME: ELIZEU VENCESIMO DA SILVA

RECIFE-PE

062.150.424-63

PLACA: OYX8894

PLACA ANT.: ***** / PE CLASS: 502ND1102R016307

ESPÉCIE TIPO: PAS / MOTOCICLISTA

COMBUSTÍVEL: ALCO/CASOL

MARCA / MODELO: HONDA/XRE 300

ANO FAB: 2014 ANO MOD: 2014

CAP / POT / CIL: 2F/291CL

CATEGORIA: PARTIC

COR PREDOMINANTE: PRETA

COTA ÚNICA: IPVA 2018 QUITADO

VENC. COTA ÚNICA

VENC. / COTAS

FAIXA: 1

PARCELAMENTO / COTAS

1° *****

2° *****

3° *****

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$)

IOF (R\$)

PRÊMIO TOTAL (R\$)

DATA DE PAGAMENTO

SEGURO FACO

RO OBRIGATORIO

OBSERVAÇÕES

SEM RESERVA

DOCUMENTO DE PORTE OBRIGATORIO
NÃO VÁLIDO PARA TRANSFERÊNCIA

RECIFE

DATA: 08/03/18

Assinado: Anderson Sousa Ribeiro
Diretor Presidente DETRAN/PE

CONTRON

EXCELSIOR SEGUROS
06 AGO. 2018
SEGURO DPVAT

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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3190466324
Nome do(a) Examinado(a): Marcilio da Costa Almeida
Endereço do(a) Examinado(a): R Dq de Caxias, 339 BI N Ap 104
Capibaribe Sao Lourenco da Mata PE CEP: 54705-210
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SDS / PE] 27103773
Data local do acidente: [16/12/2017]
Data local do exame: [06/12/2019] RECIFE [PE]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:
TRAUMA DE FACE COM FRATURA DE ZIGOMATICO E ORBITA ESQUERDOS, TCE
- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.
Tratamento: SUPORTE CLÍNICO, ANALGESIA, NÃO FEZ FISIOTERAPIA
Complicações: EVOLUI SEM COMPLICAÇÕES
Data da Alta: V?TIMA N?O APRESENTOU DOCUMENTOS
- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:
VITIMA CONSCIENTE E ORIENTADO AO EXAME, SEM DEFICIT COGNITIVO. APRESENTA SIMETRIA DE FACE, SEM LIMITAÇÃO NA ABERTURA DE CAVIDADE ORAL, SEM DEFICIT NA MASTIGAÇÃO.
- IV. Nexo de casualidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?
(X) Sim () Não
- V. Existe seqüela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)
() Sim **(X) Não**
- VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:
Caso a resposta do item V seja "Não", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b"
- VII. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.
- a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).
() "Vítima em tratamento" **(X) "Sem seqüela permanente"**
Esta avaliação médica deve ser repetida em dias *(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)*
- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.
- | | |
|---|---|
| Região Corporal (Sequela): | Região Corporal (Sequela): |
| % do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo | % do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo |
| Região Corporal (Sequela): | Região Corporal (Sequela): |
| % do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo | % 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 à valoração do dano corporal.

Assinatura d(a) Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com Nome e CRM

Dr. Leonardo de Faria Neves
CPF - 045.955.274-03
CRM/PE - 17742


LEONARDO FARIAS NEVES
Médico
CRM/PE 17742

Seguradora Líder • DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS

ID

IDENTIFICAÇÃO

VITIMA Naécia da Costa Almeida

DATA DO ACIDENTE 16/12/17 CPF DA VITIMA _____

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO _____

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR () VITIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM

A VITIMA É _____

ENDEREÇO DO PORTADOR _____

Nº _____ COMPLEMENTO _____ BAIRRO _____

CIDADE _____ UF _____ CEP _____

E-MAIL _____ TELEFONE (____) _____

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

(X) REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)

(X) CARTeira DE IDENTIDADE DA VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

(X) CRF DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

() LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)

(X) NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VITIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA

(X) BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

(X) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

(X) AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

() CARTeira DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

() CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

() COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VITIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

() REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)

() CARTeira DE IDENTIDADE DA VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

() CPF DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

() RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SORRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

() COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS

() NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

() COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

() AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

() CARTeira DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

() CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

() COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VITIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

VALORES DE INDENIZAÇÃO

- MORTE = R\$ 13.500,00
- INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
- DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO), ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.

• O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA

• COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO

• PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 31/07/19

IDENTIDADE

ASSINATURA Sharon Bauer

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA 31/07/19

NOME

ASSINATURA D.

EXCELSIOR SEGUROS
06 AGO, 2019
SEGURO DPVAT

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190466324 **Cidade:** São Lourenço da Mata **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARCILIO DA COSTA ALMEIDA **Data do acidente:** 16/12/2017 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: TRAUMA DE FACE COM FRATURA DE ZIGOMÁTICO E ORBITA ESQUERDOS, TCE

Descrição do exame físico: VITIMA CONSCIENTE E ORIENTADO AO EXAME, SEM DEFICIT COGNITIVO. APRESENTA SIMETRIA DE FACE, SEM LIMITAÇÃO NA ABERTURA DE CAVIDADE ORAL, SEM DEFICIT NA MASTIGAÇÃO

Resultados terapêuticos: SUPORTE CLÍNICO, ANALGESIA, NÃO FEZ FISIOTERAPIA
EVOLUI SEM COMPLICAÇÕES
ALTA MÉDICA

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Data do exame físico: 06/12/2019

Conduta mantida:

Observações: O EXAME FÍSICO DESCRITO DEMONSTROU QUE APÓS A CONSOLIDAÇÃO DAS LESÕES OCORRIDAS NO TRAUMA E O TERMINO DO TRATAMENTO QUE NÃO EXISTEM SEQUELAS FUNCIONAIS E OU ANATÔMICAS A SEREM INDENIZADAS DECORRENTES DO ACIDENTE, PORTANTO MANTEMOS A CONDUTA DO MÉDICO EXAMINADOR.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190466324 **Cidade:** São Lourenço da Mata **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARCILIO DA COSTA ALMEIDA **Data do acidente:** 16/12/2017 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 11/11/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRÂNIO ENCEFÁLICO. P2, 6, 17
TRAÇO DE FRATURA DE SEIO MAXILAR ESQUERDO.
TRAÇO DE FRATURA EM ARCO ZIGOMÁTICO DIREITO.
TRAÇO DE FRATURA EM ASSOALHO DA ÓRBIT DIREITA. P16

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR. P12, 13
ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Documento/Motivo: Recusa – Sem Sequelas (Evolução Sem Sequela Permanente)

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: EM TODOS OS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

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
		Total	0 %	R\$ 0,00



SOUZA, CRUZ & ROMMEL

ADVOGADOS

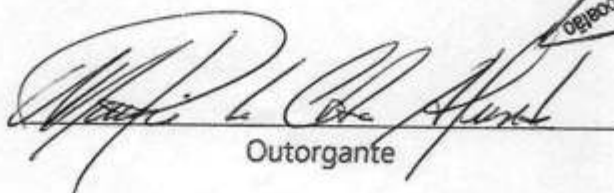
PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: MARCILIO DA COSTA ALMEIDA, brasileiro, solteiro, bombeiro militar, portador do CPF nº 057.193.474-96, residente e domiciliado na Rua Duque de Caxias, nº 339, apt. 104, Bloco N, Capibaribe, São Lourenço da Mata -PE, CEP: 54705-210.

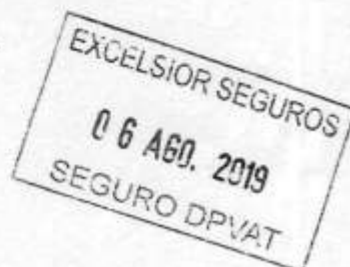
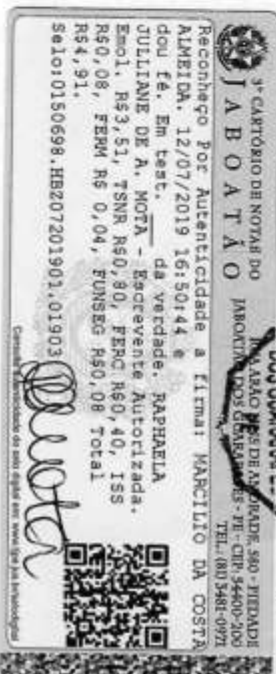
OUTORGADAS: SHARON STÉPHANE LINS BARROS, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/PE 29010 D, **KARINA MOURA CRUZ**, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/PE sob nº 39.000-D e **LUCIANA MARIA DA SILVA**, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/PE sob o nº 39.356-D, com escritório profissional à Rua Lins de Andrade, nº 711, sala 09, Piedade, Jaboatão dos Guararapes-PE. CEP: 54310-335. E-mail: scr.advogados.pe@gmail.com, onde recebem intimações e/ou notificações judiciais.

PODERES: Por este instrumento particular de procuração, o outorgante nomeia e constitui as outorgadas suas bastantes procuradoras para o fim especial de requerer junto a qualquer seguradora integrante do Consorcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro que vitimou em acidente de transito o Sr. **MARCILIO DA COSTA ALMEIDA**, ocorrido em **16/12/2017**, conforme registrado pelo B.O anexo ao processo, tendo como beneficiário(a): **MARCILIO DA COSTA ALMEIDA**. Podendo propor, desistir de ações, interpor recursos, transigir, receber e dar quitação, Levantar quantias em depósito administrativo ou judicial através de Alvará, firmar compromissos, usar de todos os recursos legais, por mais especiais que sejam, mesmo extraordinários, promover justificações, inquirir e contestar testemunhas, inclusive receber a citação inicial, confessar, reconhecer a procedência do pedido, usando, em suma, de todos os poderes permitidos em Direito, para que a sua defesa seja a mais ampla e cabal, inclusive substabelecer em Advogado de sua confiança, e quando lhe convier, com, ou sem reservas de poderes.

Jaboatão dos Guararapes/PE, 12 de julho de 2019.


Outorgante

CPF: 057.193.474-96



Endereço: Rua Arão Lins de Andrade, nº 711, Sala 09, Galeria Vip Point, Piedade, Jaboatão dos Guararapes/PE, CEP: 54.400-200 Fone: (81) 3203-4492/988849171 / E-mail: scr.advogados.pe@gmail.com

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0268170/19

Vítima: MARCILIO DA COSTA ALMEIDA

CPF: 057.193.474-96

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 16/12/2017

Titular do CPF: MARCILIO DA COSTA ALMEIDA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

SHARON STEPHANE LINS BARROS : 821.285.372-15

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

MARCILIO DA COSTA ALMEIDA : 057.193.474-96

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 06/08/2019
Nome: SHARON STEPHANE LINS BARROS
CPF: 821.285.372-15

SHARON STEPHANE LINS BARROS

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 06/08/2019
Nome: SIMONE BARBOSA CORREIA
CPF: 026.826.254-36

SIMONE BARBOSA CORREIA

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0268170/19

Número do Sinistro: 3190466324

Vítima: MARCILIO DA COSTA ALMEIDA

CPF: 057.193.474-96

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 16/12/2017

CPF de: Próprio

Titular do CPF: MARCILIO DA COSTA ALMEIDA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Declaração do Proprietário do Veículo

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 08/11/2019
Nome: SHARON STEPHANE LINS BARROS
CPF: 821.285.372-15

SHARON STEPHANE LINS BARROS

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 08/11/2019
Nome: RAIANNE SILVA BARBOSA
CPF: 102.869.074-61

RAIANNE SILVA BARBOSA