

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

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

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

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

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

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



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

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:

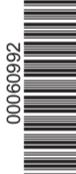
Foi verificado que o dano pessoal evoluiu sem sequela definitiva, razão pela qual não foi caracterizada a invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

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:	Nome completo da vítima:
	057.193.474-96	Marcelo da Costa Almeida
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012		
Nome completo:	Marcelo da Costa Almeida	
Profissão:	Endereço:	CRF: 057.193.474-96
Bombeiro militar	Rua Duque de Caxias, Bn. N	Número: 339 Complemento: Apt 104
Bairro: Capitânia	Cidade: São Lourenço da Mata	Estado: PE
E-mail:	CEP: 54.705-210	
	Tel.(DDD):	

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

DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO:

- 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 OPCIÃO 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 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 Lider 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 Lider 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.

INVALIDEZ PERMANENTE

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: Vivos: _____ Falecidos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider 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.

MORTE

Impressão
digital da
víma ou
beneficiário
não alfabetizado

Local e Data:

12 de Julho de 2019

Nome:

CPF:

Sharon Baur
 (*) Assinatura de quem assina o RODO

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____
 CPF: _____

Assinatura

2º | Nome: _____
 CPF: _____

Assinatura

EXCELSIOR SEGUROS
 N° 460, 2019
SEGURO DPVAT

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário. A SEU RODO, 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
SEGURÓ 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 - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia **16/12/2017** no periodo 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)

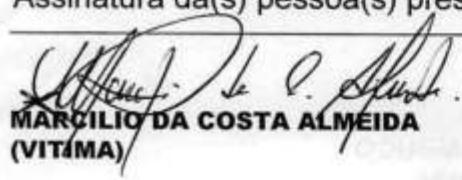
VEICULO (OUTROS TIPO DE OBJETO) de propriedade do(a) Sr(a): **INDIVIDUO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **INDIVIDUO**
Categoria/Marca/Modelo: **NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

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


MARCIOLFO DA COSTA ALMEIDA
(VITIMA)B.O. registrado por: **MAGNUM SANSAO 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:	Nome completo da vítima: <i>Marcelo da Costa Almeida</i>		
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012				
Nome completo: <i>Marcelo da Costa Almeida</i>		CPF: <i>057.193.474-96</i>		
Profissão: <i>Bombeiro militar</i>	Endereço: <i>Rua Duque de Caxias, 1, Bairro: N</i>	Número: <i>339</i>	Complemento: <i>Ant 304</i>	
Bairro: <i>Capibaribe</i>	Cidade: <i>São Lourenço da Mata</i>	Estado: <i>PE</i>	CEP: <i>54.705-240</i>	
E-mail: <i></i>			Tel.(DDD): <i>8</i>	

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

RENDIMENTO MENSAL:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00	<input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00	<input type="checkbox"/> 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** CONTA: **0021234** Dígito: **2**
(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider 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 Lider 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.

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

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: Vivos: _____ Falecidos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider 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, _____

12 de Julho de 2019

Nome, _____

CPF, _____

(*) Assinatura de quem assina o ROGO

John D. Almeida

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Shawn Brown

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

EXCELSIOR SEGUROS
16 AGO, 2019
SEGURO DPVAT

(*) 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 íntero teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DE PERNAMBUCO
COM - Grupamento de Bombeiros de Atendimento Pré-Hospitalar

C E R T I D Ã O

Certidão nº. 002/18- Div. Op.

Com Fulcro no art. 5º, XXXIV, letra "b" da Constituição Federal Brasileira, venho por meio de solicitação feita pelo Sr. MARCÍLIO DA COSTA ALMEIDA, 32 anos, RG nº 2710377-8 CBM-PE, certificar que este Grupamento de Bombeiros de Atendimento Pré-Hospitalar atendeu a uma ocorrência de nº. B1134699, no dia dezesseis de dezembro de dois mil e dezessete, aproximadamente às 00:11hs, na BR 408, s/n, Cosme e Damião, Camaragibe-PE, referente a um QUEDA DE MOTOCICLETA na qual fora vitimado o **Sr. MARCÍLIO DA COSTA ALMEIDA** (solicitante). Tendo sido procedido o atendimento pré-hospitalar através da AR 628, comandada pela CB/710142-2/CONCEIÇÃO, fora transportado para o HOSPITAL DA POLÍCIA MILITAR (CMH), entregue aos cuidados do médico Bruno de Luna Freire, CRM 15227, e registrado com o prontuário nº. 1010295. Nada mais havendo a declarar do que se encontra registrado nos arquivos desta Divisão de Operações/GBAPH, segue assinado por mim.XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

No impedimento

CRISTIANO CORREA - MAJ QOC/BM

Subcomandante do GBAPH

[Signature]

Kleber Henrique Corrêa D'Almeida
Cap. QOC/BM - Mat. 707439-5

EXCELSIOR SEGUROS
06 AGO, 2019
SEGURO DPVAT



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



Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02
COMERCIAL 116 | PRONTIDÃO 116
Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142
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

MARCILIO DA COSTA ALMEIDA
CPF: 057.193.474-96

ENDERECO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA DQ DE CAXIAS 339 AP-104
BL-N
CAPIBARIBE/SAO LOURENCO DA MATA
54705-210 SAO 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

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

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL
Monofásico

RESERVADO AO FISCO

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

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRÍÇÃO	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 IMPPOSTO
60,56	25,00	15,14	60,56	0,82	0,49
60,56		15,14	60,56	0,82	0,49
			60,56	3,81	2,30

Tarifas Aplicadas		HISTÓRICO DO CONSUMO	
Consumo Ativo(kWh)	0,54933000	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	

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	1,00000	0,00	77,00

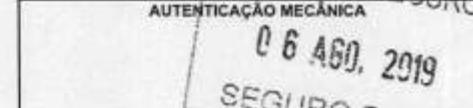
DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 13/08/2019

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES					
DESCRÍÇÃO	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 critico			Límite 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 Hortifruit: r. antonio pereira de lucana joao paulo ii / o armazém: r. dr. pedro augusto correia de araujo 96 centroListo 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	TALÃO DE PAGAMENTO
	007006687045	07/2019	71,31	06/08/2019	Evite dobrar, perfurar ou rasurar. Este canhoto será usado em leitora ótica.



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

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



CELPE
www.celpe.com.br

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
de Regulação dos Serviços Públicos Delegados do Estado
ARPE: 0800-727-0167-Ligação Grátis de Telefones Fixos
Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL
167-Ligação Grátis de telefones fixos e móveis

DADOS DO CLIENTE EDIVALDO DA SILVA BARROS CPF: 118.001.602-59	DATA DE VENCIMENTO 15/07/2019	DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL 08/07/2019 DATA DA APRESENTAÇÃO 08/07/2019	CONTA CONTRATO 007005107940 Nº DO CLIENTE 2001833313		
ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA RUA CEL ANIZIO RODRIGUES COELHO 168 AP-201 EDIFÍCIO ESCUNA	TOTAL A PAGAR (R\$) 0,00	NÚMERO DA NOTA FISCAL 068658074	Nº DA INSTALAÇÃO 0005015600		
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					

DESCRICAO DA NOTA FISCAL

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pague no ponto mais perto de você! ag correios palmeiras: rua padre carapuceiro conjunto boa viagem / ag correios shopping paralela: rua padre carapuceiro boa viagem!Lista 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.
Pago, 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 comerciais.

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

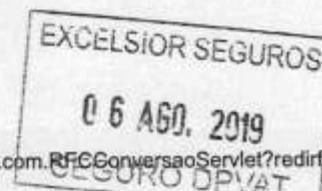
DESTAQUE AQUI

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. Este canhoto será usado em leitora ótica.</p>

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

EATURA PAGA

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA



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

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/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 Sharon Steplane Loris Barros
 inscrito (a) no CPF/CNPJ 821.285.372,15 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário
Monelcio de Cst. Almeida inscrito (a) no CPF sob o Nº 057.193.474.96
 do sinistro de DPVAT cobertura Invalido da Vítima Monelcio de Cst. 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 Amílio Rodrigues Coelho</u>	Número:	<u>168</u>	Complemento:	<u>AP 201</u>
Bairro:	<u>Bras Viagem</u>	Cidade:	<u>Recife</u>	Estado:	<u>PE</u>
E-mail:				CEP:	<u>51021-230</u>

Local e Data: Recife 12.04.19

Assinatura do Declarante

Sharon Steplane Loris Barros.

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

Eu, Elizeu Venceslau da Silva,
RG nº 1033.203, data de expedição 28/05/2003
Órgão SDS/PE, portador do CPF nº 06215042463
com domicílio na cidade de Recife, no Estado de
Pernambuco, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Rua: Mamel Soárez, nº 35,
complemento X, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima
Marcelo da Costa Almeida, cujo o condutor era
Marcelo da Costa Almeida.
Veículo: Moto/ciclo Modelo: Honda - XRE 300 Ano: 2014
Placa: 0YX 8834 Chassi: 9C2ND1110ER016307
Data do Acidente: 16/12/2017

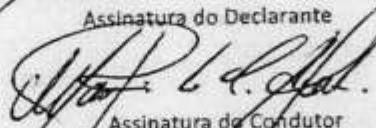
Local e Data:

Recife 01 de outubro de 2019

Cartório de Tejupá
F 3251-6120

Elizeu Venceslau da Silva

Assinatura do Declarante



Assinatura do Condutor

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

CARTÓRIO DE REGISTRO CIVIL DO 10º DISTRITO JUDICIÁRIO DA CAPITAL - RECIFE - PE
R. do Farol de Laranjeira, 229 - Recife - CEP: 50130-014 - Fone: (81) 3251-6120

Reconheço por AUTENTICIDADE a firma de

ELIZEU VENCESLAU DA SILVA
que confere c/ o padrão reg. neste cartório. Dou fé.
Recife, 01 de outubro de 2019 13:15:34.
Em testemunho _____ da verdade.
Gilda Magalhães Hermínio (Escrevente)

Selo: 0073478.MCV08201902.03120

Este documento é digitalizado. Pode ser consultado no site: www.tjpe.jus.br

Consulte também o site: www.tjpe.jus.br



Gilda Magalhães Hermínio
Escrevente Autorizada
Cartório de Tejupá



EVOLUÇÃO CLÍNICA

Atendimento: 1010295

Data: 16/12/2017

Paciente: MARCILIO DA COSTA ALMEIDA

Médico responsável: Dr(a) IGOR FIGUEIREDO GONÇALVES

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

RR 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 de Costa Almeida

04 - Nº Prontuário

02 - Data: 17/12/17

03 - Hora: 10:00h

Paciente internado neste setor HD: TCE
foi solicitado parecer do neuro, parecer do
gastroenterologista, foi negado. TCE de férias.
Paciente evolui estável geral regular,
consciente, orientado, orientado,
expressa necessidades, eliminando sem dificuldade.
Presente (S/F). Informou também que a diurese
está liberada até as 22h. Segue os critérios
de alta.

Erivaldo Alves da Silva
Enfermeiro
COREN-PE 520.398

17/12/17, Enfermagem / Plantão Diurno

Paciente admitido às 11h procedente do SPA com H.I.
de TCE. Chegou c/ E.G. Regular, consciente, orientado,
apetite, expressa predominância de náuseas, vomitava
do. Com jatos hidrolizados em M50, instalações reprodutoras
distadas. Negou: DM + HAG + alergia medicamentosa. Repercussão
do cefaléia, comunicado ao NPP (Dra. Camila) do SPA, m.c.p.
Apresentando escoriações no ombro E + joelho E + pé E,
curativo renovar diariamente com higiene spray: D.E.
E^o (não sabe informar desde quando). Edema + hematoma
em face a esquerda. Segue em observação - Aguardando
aparecer de neurologia + levo - máxios faciais, com
náusea. Em observação. Desambulante.

Thiago C. E. da Costa
Enfermeiro
COREN-PE 83.500

EXCELSIOR SEGUROS

06 AGO. 2019

SEGURO DPVAT

NUR 17.12.12

Pacient reține de vîndutul său
motorică și capacitatea să alcătuiască
în $\geq 30\%$ din prod. de conservare
a mănușii

Se evită. Deși se va întâlni, este
în pac. - din de jucăs. Forță și reflexe
bun.

Op. sînt desfășurate în ~~șapte~~ mîni
întreagă. Trame și jumătate de
~~trame~~ \rightarrow ~~trame~~
forță.

Card. Atât de mult.

peste undă în BNF

Drs. "T. M. Mardz
I. Endocrinologia
CRM - 8124



SMEPE

SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
PÓLICIA MILITAR DE PERNAMBUCO
SMH - AMBULATÓRIO

6 days. Lg
101-5.

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Atendimento: 1010295 Data da prescrição: 10/03/2015
Paciente: 710377-00 | MARCILIO DA COSTA ALMEIDA
Médico responsável: Dr(a) IGOR FIGUEIREDO GONÇALVES

Data de validade: 1/1/2017
Idade: 32 anos, 8 meses
CRM: 21311

Medicamento	SN.	Qty.	Unidade	Frequência	Via de admin.	Dias	Inicio em	Susp.
CLORETO DE SODIO 0.9% - SOL. INJETAVEL 500 ML	N	1,00	AMP	DOSE ÚNICA	ENDOVENOSA	1	16/12/2017 07:45:00	N
GLICOSE 5% - SOL. INJETAVEL 500 ML	N	1,00	FR	DOSE ÚNICA	ENDOVENOSA	1	16/12/2017 07:45:00	N
OBSC. + VITAMINA DO COMPLEXO B								
VITAMINA DO COMPLEXO B - SOL. INJETAVEL	N	1,00	AMP	DOSE ÚNICA	ENDOVENOSA	1	16/12/2017 07:46:00	N

IGOR FIGUEIREDO GONÇALVES
CRM-PE 21311
CRMPE 21311

FARMACIA

ENFERMAGEM

ENFERMAGEM

CRM-PE 21311

Jan 10:00

Drg Amanda
221141+ *Wilson*
CRA. AMANDA MUNIZ
MAJ. PM QDM
F. 11046

221141+

221141+

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

- 1) 50% - ~~same~~ } 23.30
Caudex & ad. in }
Glasses. }
2) Cirkus 1000 - 1000 in 131120 R 23.30
3) P. 1000 - 1000 m. 6/6. 23.30
- 4) Alvaro P. - HGT 6/6. 23.30
- 5) Alvaro Gomez Neurologico & Psychoanal. 23.30
- Solcado =

Dr. Antonio Luis Silveira
Medico
C.R. 24536

Dr. Antonio Luis Silveira
Medico
C.R. 24536



SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA MILITAR DE PERNAMBUCO

DIRETORIA DE SAÚDE
CENTRO MÉDICO HOSPITALAR
FICHA DE EVOLUÇÃO CLÍNICA

01- Nome do Paciente

Renato

02 - Data: 21/12/17

03 - Hora: : :

04 - Nº Prontuário

NCR - Reav. alegre

Paciente fic evoluindo
com confusão e ataxia,
sem náuseas
com d. obs

SOTAC. controle

21/12/17 → CM →

MD: PGB

tronco de foco
superior > L6

Rotif.
dihidro > D - 2012117 .

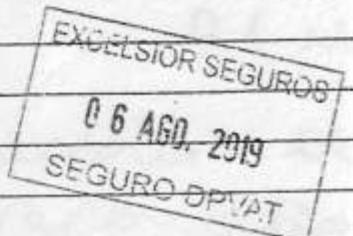
paciente é melhor

elicos em queda (16.000 → 10.000)

truncos

superior > L6

distal: dinâmico



nos ① Myelos de MS e
neurolise de Brus e
mer

② A folicos. menor alto 180 de



23/12/17 "ent" Diuno

→ P.A.P. evoluiu enfad, tonta, orientaçõe acentuadas
sifonal, empeço a ter dificuldade de falar e de escrever
torna fixa e descontrolada, agressiva, com desinteresse
pelo seu entorno. Seus familiares e amigos ficaram
assustados.

NOV 2017
ENT 2017

Mar 24.12.17.

Paciente sem queixa.
Ex: Nocturno.

F.C. Sem alterações.

Alt de mar pt acusado
ambulatório.

DR. P.

Dra. Paula M. Martz
Neurocirurgia
CRF-8124

24.12

Pete evolução com acentuação
das alterações mentais
descontroladas e desinteresse
ao momento.



SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
PÓLICIA MILITAR DE PERNAMBUCO

DIRETORIA DE SAÚDE
CENTRO MÉDICO HOSPITALAR
FICHA DE EVOLUÇÃO CLÍNICA

01- Nome do Paciente

Marcelo da Costa de Freitas

02 - Data: 21/12/17

03 - Hora: : :

04 - Nº Prontuário

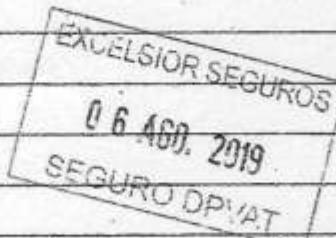
Paciente no SEDH, apresentando dano de lesão do maxilo. Masseter D, dor c/ pulsos, com abscessos bucal h. maxilar, levo 10.450 rms.

contato h. bucal P. maxilar c/ dor
O. Reabilitação.

Dr. Jorge Greste
Cirurgião-Dentista
CRM-PE 1449

Entregue em 23/12/17

Pde evolução GCR; consciente; calmo; hidratado; orientado; deambula; contractuando verbalmente; acomodado; anárquico; brando; eupáxico; normotensão; normofigurado; afibril no momento. Acita deitava. Fornalha e sono. Ave M&E. Ocular D; evacuacões D (CTC). Sem queixas no momento. Hipotensão. Olho D. Edema face D. Equimose M&D. Escoriações porche D, embro D; pe D. Sangrar ex. lab. Visão pelo seu braço. Aguardando reavaliação do buco. Segue os cuidados da enfermagem.



26/12 BMF:

Paciente evolui bem sem queixas p/ o momento, mas p/ casa e continuar anti-inflamatória. Paciente evoluiu na clínica e permanece zigomia. Reforço mas sem comprometido a evitá-la.

Apto p/ alta hospitalar

26/12/17 Enfermeira 18 anos

Paciente com E.G. Regular, consciente, orientada, afebril, eugênicas, normotensas, normofágicas, normocordas. Dícto por VO. Deambulando facilmente. ATB EV. Eliminações fisiológicas normais. Melhorias edema facial. Vrto gal res-maus-fam. De alta hospitalar. Segue em obs. —

Thiagny C. R. da Costa
Enfermeira
COREN - 03.800



SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
PÓLICIA 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

PMF:

Páumé com equimose periorbitária esquerda
TC de fale (corte somente arcada) molar
praticamente paralelo anterior de sei esquerda.
Segundo díspora idem maxílio aparece
desfazendo flexionada pede move
TC + 1º ramo sanguíneo
conduta: plantar

Plantar
Painel
Painel
Cirúrgia e Traumatologia
Bucal-Maxilo-Facial
CRO-PE 5142

19/12/17 Enfermagem - Pcte envolto ECA, consciente
orientado, contacta verbalmente, deambula
diminui D, evacuações D, consciente osso
avaliado p/ Dr Paloma Bucal-Maxilo
aparecendo de maxílio + face gris no
EE p/ antecipar

Paloma
Bucal-Maxilo
CRO-PE 5142

20/12/17 Paciente com E.G. Regata, consciente, orientado,
afebril, respirações normais, normofrigor, normo-
roce. Reitado queixas diarreia por VD insatisfatória. Des-
tum. Sondas. Edema acentuado em face D. Realizadas
hoje tomografia de face de urgência, aguarda resultados.
Hematoma por alto esquerda. Repte ferro curado D + cef-
álio. Visita por VP em MSE (20/12). Ed D. Segue
em obp.

T. C. F. da Costa
Bucal-Maxilo
CRO-PE 5142

EXCELSIOR SEGUROS
06 AGO, 2019
SEGURO D.P. 111

20/12/17 Paiente evolui com aumento de volume em face (pioravam abscesso de dente 48). Apresenta humor seco e higiene bucal precária, +C solicita de amiga não está pronto. Mudou antibioticos e fiz hidrocortisona

① conduta: ~~Vigilante~~ - ausas de humor anormalidade

PROFA. P. C. Ribeiro
Cirurgia e Traumatologia
Bucal e Maxilo-Facial
CRO: 1001

21/12/17 BMF: Pcte visto, evoluindo bem, apresenta do drenagem abscess a nível do 81º. Referato que esta ~~mais cont~~ que esta ~~mais cont~~ abscess a nível do 81º. Referato conduta: ① Drenagem do abscess; bacteches e limpeza da região com soro fisiológico e água oxigenada sovrol. H-B! Celulite facial direta

- ② Sobretecido Hemograma, leucograma.
- ③ Exame em anexo.
- ④ AO clínica geral; AO Neuro (planação)
- ⑤ Observação posterior.
- ⑥ Vigilância constante.

M. de Faria P. Ribeiro
Mai.PM/OD - M. de Faria P. Ribeiro
Cirurgia Bucal e Maxilo-Facial
CRO: 1001

on

22/12/17

HD: Celulite face
RO CEFINT clínico = 20132.

temp máxima 37,7°C.

SPAO 80-100

SPAS 120 - 160 mmHg

evolução de melhora da dor

exame em evolução, corredor com nenhuma

eventual

sem nenhuma



SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA MILITAR DE PERNAMBUCO
DIRETORIA DE SAÚDE
CENTRO MÉDICO HOSPITALAR
FICHA DE EVOLUÇÃO CLÍNICA

01- Nome do Paciente

Manoel de Souza Semente

02 - Data:

/ /

03 - Hora:

04 - Nº Prontuário

20/09/2018 2111412

Aut. Parem 25

AP: depressão melancó

Coll. VPM

exa

DRA. AMANDA MUNIZ
MAJ. PM QDM
CRM 11048

Entrou em 21/09/18

Paciente evolui egr, consciente, orientado, eupnico, afiado no momento, contactua normalmente, acita direta e liquide de fôlego, riste pelo bucororíolo. Segue os cuidados de enfermagem. CR 260518

BMP:

Paciente evolui bem, com fúria agressiva do aumento de volume na face. Ainda com liberdade aguadando parar no dia 25 e liberação da clínica.

- ① Manter medicado
② Manter vigilância

24/25 - Pencionado veio, perdi
Intocam 22. Pediu

DEPARTAMENTO
DE POLÍCIA
MILITAR
DRO-PE 512

EXCELSIOR SEGUROS
06 460.2019
SEGURADO DPT

25/12/17 4

DE: PA, butane

T: open

CD extrem

Plants were stable

top, leaves, buds, flowers,
buds &

in SW \oplus on SFT ~ 1M

all multi bran

As open up

CD extrem

ONB ATB

Urgere Pappus
Gern 1995



**SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
PÓLICIA MILITAR DE PERNAMBUCO**

DIRETORIA DE SAÚDE
CENTRO MÉDICO HOSPITALAR

ATESTADO MÉDICO

NOME Manuel da Costa Almada SAME Nº 710377
POSTO / GRAD Calço UNIDADE CBAPT

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 un dias, a contar de 26/12/17

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

CID 502.4

C) APTO A CONTAR DE

26, 12, 17

DATA

ASSINATURA E GARIMBO

Dr. Claudio Genu
Cirurgião-Dentista
Endodontista
Facial
CEP 51420-000
NATURA E GARIMPO

Exercícios Militar

- ordem unida, a pé, firme, com ou sem arma, ordem unida, em marcha com ou sem arma, a marcha é firme.

Exercícios físicos

- Instrução com exercícios físicos de tropa, mesm^o educativo;

Exercícios profissionais

- serviços que exija movimentos rápidos e sincronizados;
- policiamento ostensivo ou de guarda;
- atividades de fiscalização;

atividades profissionais além da específica de policial militar, que exijam esforços físicos;

- Atividades a serem exercidas fora do espaço físico do aquadragão em que serve.

Digitized by srujanika@gmail.com

Digitized by srujanika@gmail.com

Received original
on 27/12/17 at 14:30h.
798136-8 SOURCE
M30



**SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA MILITAR DE PERNAMBUCO**

101-5

DIRETORIA DE SAÚDE - CENTRO MÉDICO HOSPITALAR

PRESCRIÇÃO MÉDICA

01 - Nome do Paciente

Marcos da Costa Almeida
Sobr. Costa

02 - Nº Prontuário

71037700

Pneum. Bacia max. / o

*Turb. gástrica / fístula de
estômago.*

16/12/17

03 - Data

04 - Assinatura do Médico
Dr. Antônio Luís Silveira
Médico
CRM 24598

CMH: Praça do Deby, s/nº - Recife - PE, CEP: 52.010-140
Fone: 0 (81) 3181-1445

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



Resonância Magnética
Tomografia Computadorizada Multi-Slice
Ultrassonografia com Doppler Colorido
Endoscopia e Oftalmologia

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 ptérgico-palatinas e infra-temporais preservadas.

Regina Celi Marinho

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-ethmoidal 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.

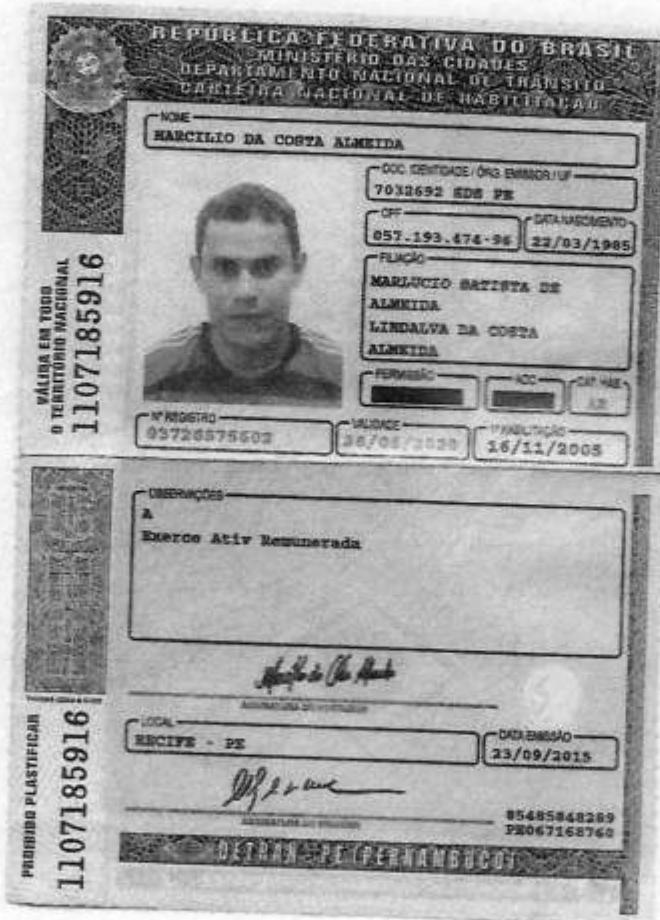
Ana Inês A. Cavalcanti

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 da Recife
www.sirdiagnosticocom.br



EXCELSIOR SEGUROS
06 AGO. 2019
SEGURO DPVAT



EXCELSIOR SEGUROS
06 AGO. 2019
SEGURO DPVAT

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DENATRAN

DETAN - PE
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
Nº 013935097440

VIA COD. PESAVAN COD. F.R.N.T.R.C. EXERCÍCIO:
1 1003092907 ***** 2018

ELIZETU VENCESLAU DA SILVA

RECIFE - PE

052.150-424-62

PLACA

0YX2894

PLACA ANT.

CLASSE

***** / PE 502RD1110RR016307

PAS / MOTOCICLETA

COMBUSTÍVEL
ÁLCOOL/GASOL

HONDA/XRE 300

ANO FAB. 2014 ANO MOD. 2014

CAP / POT / CIL.
2P/291CL

CATEGORIA
PARTIC

COR PREDOMINANTE
PRETA

I	COTA ÚNICA IPVA 2018 QUITADO	VENC. COTA ÚNICA	VENC. COTAS
P			1. *****
V	FAIXA IPVA 1	PARCELAMENTO / COTAS	2. *****
A		*****	3. *****

PRÉMIO TARIFÁRIO (R\$) IOF (R\$) PRÉMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO

SEGUNDO PAGO RG OBRIGATÓRIO

OBSERVAÇÕES

SEM RESERVA

NOTA DE PORTO OBRIGATÓRIO
NÃO VALOR PARA TRANSFERÊNCIA

RECIFE

DATA
08/03/18

Assinatura: Andréia Souza Ribeiro
Diretora Presidente DETRAN/PE

EXCELSIOR SEGUROS
06 AGO, 2019
SEGURO DPVAT

**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas 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 Bl 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: VITIMA NÃO 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 causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

(X) Sim **() Não**

- V. Existe sequela (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"

Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

(X) "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 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)o Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com Nome e CRM

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



Leonardo Faria Neves
CRM/PE 17742

IDENTIFICAÇÃO

Renálio da Costa Almeida

VÍTIMA

16/12/12 CPF DA VÍTIMA

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR VÍTIMA REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTEESCO COM A VÍTIMA É

ENDERECO DO PORTADOR

Nº _____ COMPLEMENTO _____ Bairro _____

CIDADE _____ UF _____ CEP _____

E-MAIL _____

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

 REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL) CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL) NA IMPSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

(ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA

 BOLETM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

(ORIGINAL) AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TALIS 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 DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

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 VÍTIMA MENOR DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

VALORES DE INDENIZAÇÃO

• MORTE = R\$ 11.500,00

• INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRANDEZA DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/44.

• 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, ACESSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

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 VÍTIMA MENOR DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 3/07/09

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA 3/07/09

NOME

ASSINATURA

ASSINATURA

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

Valorização 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 ÓRBITA 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.

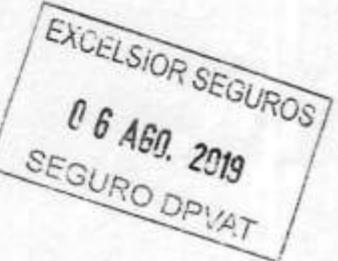
OUTORGADAS: SHARON STÉPHANE LINS BARROS, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/PE 29010 D, KARINA MOURA CRUZ, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/PE sob nº 39.000-D e LUCIANA MARIA DA SILVA, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/PE sob o nº 39.356-D, com escritório profissional 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.

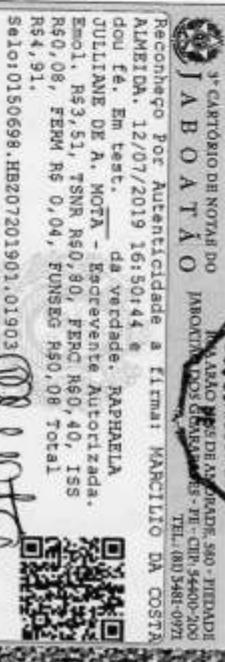
Jaboatão dos Guararapes/PE, 12 de julho de 2019.

Outorgante

CPF: 057.193.979-96



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

CPF de: Próprio

Data do acidente: 16/12/2017

Titular do CPF: MARCILIO DA COSTA ALMEIDA

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médica-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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

SHARON STEPHANE LINS BARROS

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

CPF de: Próprio

Data do acidente: 16/12/2017

Titular do CPF: MARCILIO DA COSTA ALMEIDA

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

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