
Rio de Janeiro, 27 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190713613

Vítima: ANDRE SEVERINO DA SILVA

Data do Acidente: 29/08/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ANDRE SEVERINO DA SILVA

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, 30 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190713613

Vítima: ANDRE SEVERINO DA SILVA

Data do Acidente: 29/08/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ANDRE SEVERINO DA SILVA

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um tornozelo 25%	
Graduação: Em grau médio 50%	
% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%	
Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 =	R\$ 1.687,50

Recebedor: ANDRE SEVERINO DA SILVA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000000054

Conta: 0000035189-6

Tipo: CONTA POUPANÇA

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

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, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

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

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:

André Severino da Silva

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

5 - Nome completo:

André Severino da Silva

6 - CPF:

081.210.884-10

7 - Profissão:

Muro

8 - Endereço:

Sítio Vista Novo

9 - Número:

10

10 - Complemento:

11 - Bairro:

Zona Rural

12 - Cidade:

Nazare da Mata

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

55800.000

15 - E-mail:

marcelo.assessoria@netmail.com

16 - Tel. (DDD):

(81) 97915.3756

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒

RECUSO INFORMAR

☐

R\$1.00 A R\$1.000,00

☐

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

☐

SEM RENDA

☐

R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐

ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☒

BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

☐

REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ 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:

0054

CONTA:

35189

6

(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.

22 - 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

☐

Solteiro

☐ Casado (no Civil)

☐ Divorciado

☐ Separado Judicialmente

☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐

Sim

☐

Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima

teve filhos?

☐ Sim

☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar

Vivos:

Falecidos:

30 - Vítima deixou

nascituro (vai nascer)?

☐ Sim

☐ Não

31 - Vítima

teve irmãos?

☐ Sim

☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar

Vivos:

Falecidos:

33 - 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.

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data,

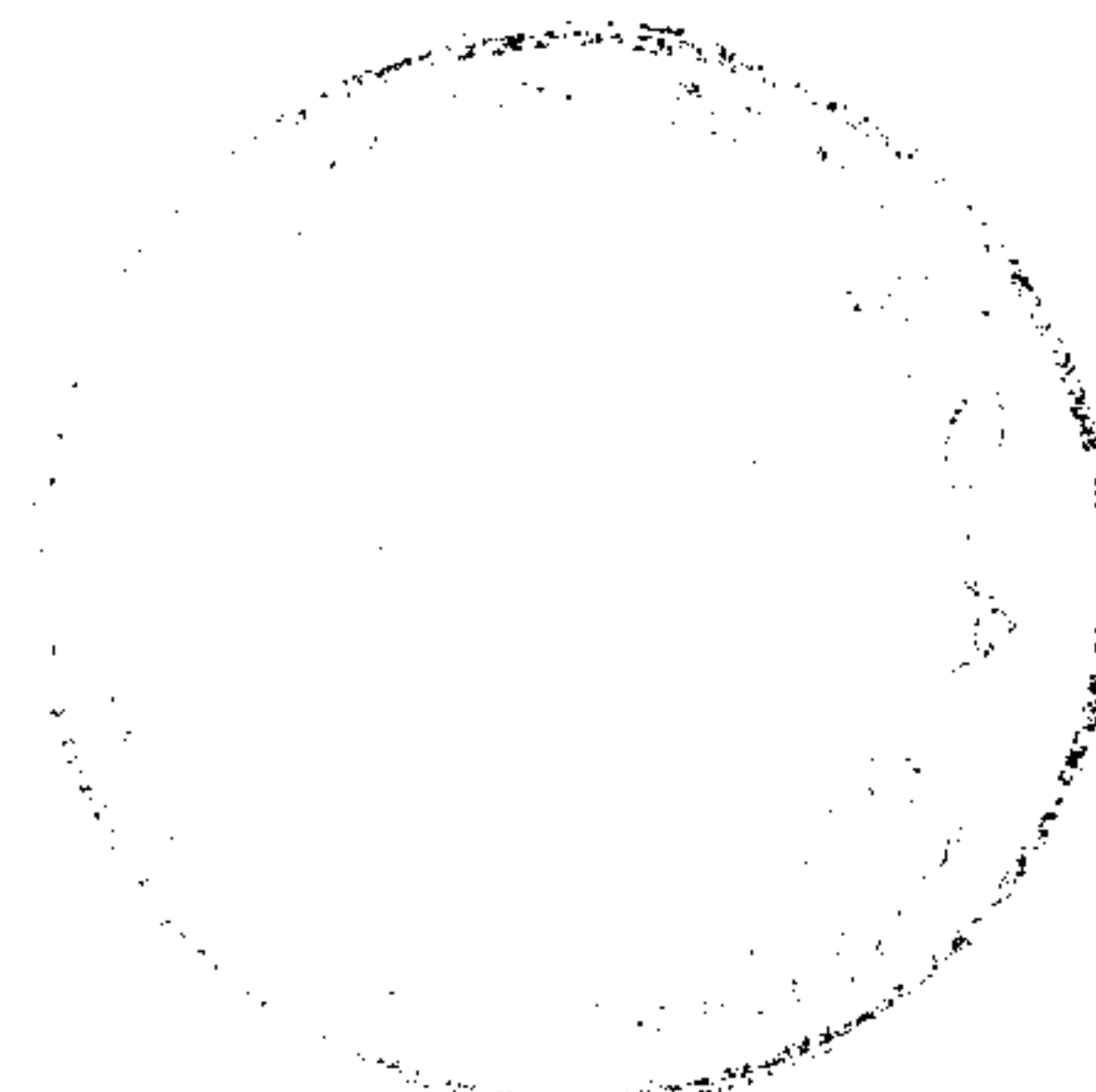
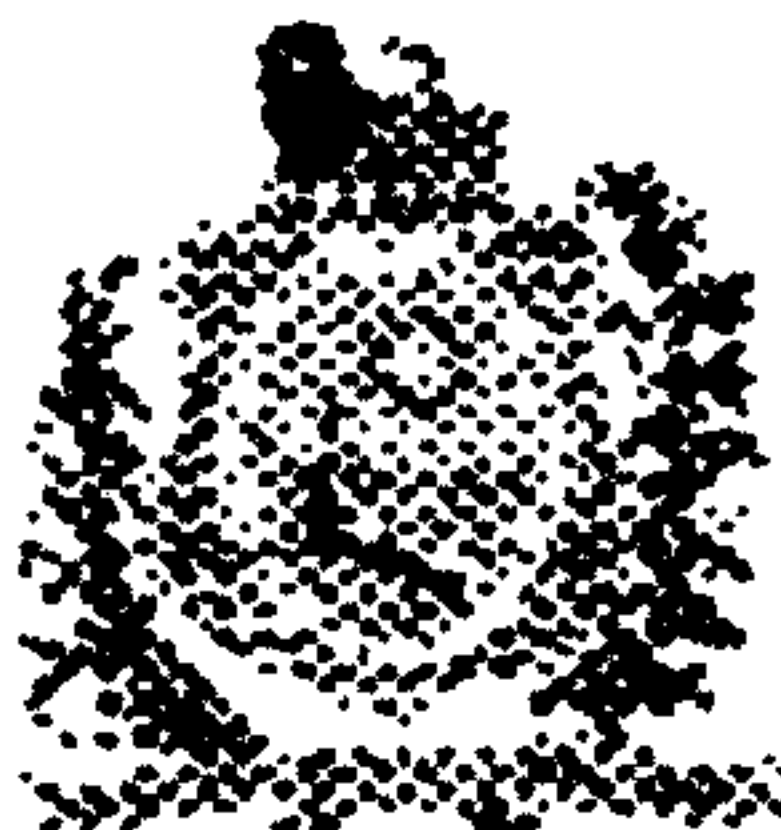
Carpine, 19/11/2019

André Severino da Silva

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLICIA DA 051ª CIRCUNSCRIÇÃO - VICENCIA - DP51ªCIRC DINTER1/11ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E0141000667

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **06/11/2019 às 12:08**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia **29/8/2019 às 08:40**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE VICENCIA, 1 - Bairro: CENTRO - VICENCIA/PERNAMBUCO/BRASIL**
- Ponto de Referência: **PASSARELA**
Local do Fato: **RODOVIA ESTADUAL**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR \ AGENTE)
ANDRÉ SEVERINO DA SILVA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): DESCONHECIDO

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

ANDRÉ SEVERINO DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: MARIA LUIZA DA SILVA Pai: JOSE SEVERINO DA SILVA Data de Nascimento: 21/01/1989 Naturalidade: VICENCIA / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 00738943DS/PE (RG) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Profissão: TRABALHADOR RURAL Telefones Celulares: - 994975213

Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE VICENCIA, 1 - CEP: 0 - Bairro: CENTRO - VICENCIA/PERNAMBUCO/BRASIL, ENGENHO CACHOEIRA**

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

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

VEÍCULO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): DESCONHECIDO, que estava em posse do(a) Sr(a): DESCONHECIDO
Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMOVEL/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **XXX0000 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)** Renavam: **000000000** Chassi: **000000000000000000**

Complemento / Observação

O NOTICIANTE VEM COMUNICAR QUE POR VOLTA DAS 08H40MIN, DIA 29/08/2019, QUANDO ESTAVA ATRAVESSANDO A PE 74, EMBAIXO DA PASSARELA DA CIDADE, FOI ATINGIDO POR UM VEÍCULO COR VERMELHA, PLACA NÃO

ANOTADA, QUE PASSOU RAPIDAMENTE E FOI ENBORA, SEM PARAR PARA SOCORRÊ-LO. INFORMEA QUE SOFREU FRATURA NO PÉ DIREITO, FOI SOCORRIDO PARA A UNIDADE NESTA LOCAL E DE LÁ ENCAMINHADO PARA O HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS, ONDE FOI CIRURGIADO. DESTACA QUE ATÉ O MOMENTO NÃO CONSEGUIU IDENTIFICAR O VEÍCULO NEM O CONDUTOR.

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

.....

ANDRÉ SEVERINO DA SILVA

(VITIMA)

André Severino da Silva

B.O. registrado por: **CARLOS ANDRÉ DE OLIVEIRA ANDRADE** - Matrícula: 220940-7

[Assinatura]

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

☐

DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒

INVALIDEZ PERMANENTE

☐

MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:

André Severino da Silva

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

5 - Nome completo:

André Severino da Silva

6 - CPF:

081.210.884-10

7 - Profissão:

Muro

8 - Endereço:

Sítio Vista Novo

9 - Número:

10

10 - Complemento:

11 - Bairro:

Zona Rural

12 - Cidade:

Nazare da Mata

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

55800.000

15 - E-mail:

marcelo.assessoria@netmail.com

16 - Tel. (DDD):

(81) 97915.3756

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒

RECUSO INFORMAR

☐

R\$1.00 A R\$1.000,00

☐

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

☐

SEM RENDA

☐

R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐

ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☒

BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

☐

REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ 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:

0054

CONTA:

35189

6

(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.

22 - 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

☐

Solteiro

☐ Casado (no Civil)

☐ Divorciado

☐ Separado Judicialmente

☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐

Sim

☐

Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos?

☐

Sim

☐

Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos:

Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)?

☐

Sim

☐

Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐

Sim

☐

Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:

Falecidos:

33 - 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.

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data,

Carpine, 19/11/2019

André Severino da Silva

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 14/01/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ANDRE SEVERINO DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00054

CONTA: 000000035189-6

Nr. da Autenticação 7DD0DB18A34FFF64

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

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
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

JOSUE JOAO DOS SANTOS
CPF: 041.450.264-70 NIS: 12651010458

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

SI VISTA NOVA 10

RURAL/NAZARE DA MATA RURAL
55800-000 NAZARE 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

18/11/2019

TOTAL A PAGAR (R\$)

15,80

DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL
08/11/2019

DATA DA APRESENTAÇÃO
08/11/2019

NÚMERO DA NOTA FISCAL
083832669

CONTA CONTRATO
004005044389

Nº DO CLIENTE
2002207373

Nº DA INSTALAÇÃO
0001975637

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL - BAIXA RENDA COM NIS
Monofásico

RESERVADO AO FISCO

0C8C.7F4A.EABB.D942.00B6.4F91.DF04.BBA5

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo até 30 kWh	30,00	0,19327691	5,79
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	33,00	0,33133185	10,93
Acréscimo Bandeira AMARELA			0,34
Acréscimo Bandeira VERMELHA			0,33
Multa por atraso-NF 079963037 - 08/10/19			0,35
Juros por atraso-NF 079963037 - 08/10/19			0,01
Compensação DIC Mensal 09/19			1,68-
Compensação DIC Trimestral 03/19			0,27-
TOTAL DA FATURA			15,80

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

ICMS			PIS			COFINS		
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
0,00		0,00	17,39	0,92	0,15	17,39	4,25	0,73

Tarifas Aplicadas		HISTÓRICO DO CONSUMO	
Consumo Ativo até 30 kWh	0,18328450	NOV 19	63
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	0,31420200	OUT 19	62
		SET 19	60
		AGO 19	70
		JUL 19	65
		JUN 19	89
		MAI 19	54
		ABR 19	54
		MAR 19	69
		FEV 19	61
		JAN 19	58
		DEZ 18	61
		NOV 18	59

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

	R\$	%
Geração de Energia	8,44	48,53
Transmissão	0,84	4,83
Distribuição (Celpe)	5,12	29,44
Encargos Setoriais	0,50	2,88
Tributos	0,88	5,06
Perdas de Energia	1,61	9,26
TOTAL	17,39	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				
00000000051163257	CAT	08/10/2019	10.406,00	08/11/2019	10.469,00	31	1,00000	0,00	63,00

DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 11/12/2019

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	META MENSAL	META TRIM.	META ANUAL
set/2019					
DIC-No.de horas sem Energia	NAZARE DA MATA	21,41	10,87	21,74	43,49
FIC-No.de vezes sem Energia		2,00	7,67	15,34	30,69
DMIC-Duração máxima de interrupção contínua		11,75	5,88	0,00	0,00
DICRI-Duração de interrupção em dia crítico					Limite DICRI: 16,60
EUSD-Valor do Encargo de Uso = R\$ 8,25					
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! farmacia santa fe: rua bom jesu 75 centro / naíran: r coronel luiz inacio 925
Na data da leitura a bandeira em vigor é a Vermelha. Mais informações em www.aneel.gov.br.
O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento.
Pagto. em atraso gera multa 2%(Res414/ANEEL), Juros 1%a.m(Lei 10.438/02) e atualização monetária no próx. mês
Isenção do ICMS conforme art. 9, XLVIII, a, 2.2.2, do RICMS-PE.
Desconto pela aplicação da Tarifa Social de Energia Elétrica criada pela Lei Nº 10.438 de 26/04/02 - R\$ 20,53.
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	234

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

DESTAQUE AQUI

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR(R\$)	VENCIMENTO
004005044389	11/2019	15,80	18/11/2019

TALÃO DE PAGAMENTO

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

838900000005 158000110041 005044389109 142836974133



AUTENTICAÇÃO MECÂNICA



SES

HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS

End. Rua Aprígio Guimarães S/N Tejió – Recife – PE PABX 31828500

RESUMO DE ALTA

Nome: ANDRÉ SEVERINO DA SILVA		
Registro: 1094283	Enf: 34	Leito: 01
DATA DE ENTRADA: 29/08/19	DATA DE SAÍDA: 07/09/19	
DIAGNÓSTICO DE ENTRADA: FRATURA DE TORNOZELO DIREITO		
DIAGNÓSTICO FINAL: O MESMO		
EVOLUÇÃO/EXAMES (EM ENFERMARIA): PACIENTE ADMITIDO COM DOR E EDEMA EM TORNOZELO DIREITO APÓS ATROPELAMENTO EM 29/08. RADIOGRAFIA EVIDENCIOU FRATURA DE TRONOZELO DIREITO. SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO COM RAFI EM 06/09. EVOLUIU COM BOM ASPECTO DE FERIDA OPERATÓRIA. ALTA COM ORIENTAÇÃO DE PRECEPTORIA.		
DEVERÁ COMPARECER AO AMBULATÓRIO DE: PÉ PARA CONTROLE EM: 15 DIAS		Mônica Magalhães Médica CRM-PE 28962
MÉDICO RESPONSÁVEL - CRM		

SES/FUSAM

HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS

INST. NACIONAL DE ASSISTENCIA MÉDICA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL
SECRETARIA DE ASSISTENCIA MÉDICA SUS-PE

ATESTADO MÉDICO

ATESTO que o segurado ANDRÉ SEVERINO DA SILVA portador da Carteira Profissional nº _____ Série _____ necessita de 15 (QUINZE) dias de afastamento do trabalho, a partir desta data, por motivo de doença.

Diagnóstico: FRATURA DE TORNOZELO DIREITO

Deverá comparecer ao ambulatório de: PÉ
Com 15 dias

Recife, 07/09/19

Mônica Magalhães
Médica
CRM-PE 28962

Médico – CRM-

NOTA: ESTE ATESTADO É VÁLIDO PARA AS FINALIDADES PREVISTAS NO ART. 86 DO RGPS, APROVADO PELO DECRETO Nº 60.501 DE 14-03-67 E SERÁ EXPEDIDO PARA JUSTIFICATIVA DE 01 À 15 DIAS DE AFASTAMENTO DO TRABALHO



Sec. Municipal de Saúde

SECRETARIA MUNICIPAL DE
SAÚDE DE VICÊNCIA



PRONTO ATENDIMENTO

REGISTRO N 23482

Em, 29 de 08 de 19 Hora: 08:40

☐ Consulta Simples
☐ Consulta com OBS.

Nome: Andre Severo da Silva

Sexo: ☒ Masculino ☐ Feminino DN: Idade: 38 Estado Civil

Endereço: Rua Aldeia Cidade: Vitoria Fone:

Cartão do SUS: Filiação: Maria Lora da Silva

Queixa Principal: Dor de Abdomão e Dor no peito

Exame Principal: Fome e sede

Pressão Arterial= x Temperatura= Oximetria= HGT=

Prescrição Médica:

1000mg de 92.25

Fca. Gledson G. Feijó,
Médico
CRM 21446

Auxiliar de Enfermagem

Médico



Sec. Municipal de Saúde



UNIDADE MISTA NAIDE RAMOS MARANHÃO – VICÊNCIA –PE

ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO / CONSULTA DE ENFERMAGEM

CLASSIFICAÇÃO	VERMELHO	AMARELO	VERDE	AZUL
---------------	----------	---------	-------	------

NOME:	NOME SOCIAL:	IDADE:
André Severino da Silva		38
SITUAÇÃO / SINTOMAS / QUEIXAS / EVENTOS:		HORA:
acidente carro		
MMII fraturado ??		

PROCEDÊNCIA

RESIDÊNCIA:	VIA PÚBLICA:	TRABALHO:	UNIDADE DE SAÚDE
DOENÇAS PREEXISTENTES:			
HAS DM			
INTOLERÂNCIA / ALERGIA:			
nada			

PARÂMETROS

PA:	FC:	R:	T:	Spo2:	HGT:	GLASGOW	PESO
140 x 80							
REGUA DE DOR: LEVE		MODERADA:		GRAVE:			
ACIDENTE DE TRABALHO: SIM () NÃO ()							

CONSCIENTE:	ORIENTADO:	DESORIENTADO:	ANCIOSO:	CALMO:
AGITADO:	TORPOROSO:	COMATOSO:	NÃO ATENDE A VOZ DE COMANDO:	
RITMO SINUSAL:	PALPITAÇÕES:	TAQUICARDIA:	BRADICARDIA:	
DISPNEIA AOS ESFORÇOS:	DISPNEIA EM REPOUSO:	DISPNEIA P. NOTURNA:		
CIANOSE:	PALIDEZ:	SUDORESE		

DOR TORÁCICA

INTENSA	MODERADA:	LEVE
DURAÇÃO DA DOR:	LOCALIZAÇÃO:	

IRRADIAÇÃO DA DOR

BRAÇO E:	BRAÇO D:	ABDOME:	ESCÁPULA:	MANDÍBULA:	TÓRAX POSTERIOR
----------	----------	---------	-----------	------------	-----------------

DOR PRESENTE

EM REPOUSO:	AOS ESFORÇOS:	QUANDO RESPIRA:		
ESTASE DE JUGULAR:	EDEMA DE MMII:	EDEMA DE FACE:	EDEMA OUTROS:	
DEFICIT MOTOR FACE:	DM MSD:	DM. MSE:	DM MID:	DM. MIE:

DATA:

29.08.29

ASSINATURA E CARIMBO

Fátima Carlos de Moura
Enfermeira
COREN/PE 425.055



Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco
Hospital Otávio de Freitas

Nome:
ANDRE SEVERINO DA SILVA

Idade:
39 Anos 2 Meses 8 Dias

Nasc:
21/06/1980

Sexo:
MASCULINO

CNS:
898004182540257

Contatos:
81. 36411307 | Celular: 81.

Mãe:
MARIA LUIZA DA SILVA

Endereço:
RUA OLIVEIRA ESTELITA, N.º 0 - : BAIRRO: CENTRO - CIDADE: VICENCIA - UF: PE

Dados do Atendimento:

Data/Hora Atend.: 29/08/2019 14:13

Prontuário: 1094283

Nº. Atendimento: 3371717

Serviço: CIRURGIA

Enfermaria/Leito:

Médico:
LUIZ HENRIQUE PEREGRINO BAUDEL

Admissão

Queixa Principal

dor + edema em tornozelo direito após atropelamento há 6hs
APRESENTA FRATURA BIMALEOLAR DE TORNOZELO DIREITO

História Clínica

ATROPELAMENTO

Exame Físico

BOM

Observações

Conduta

INTERNAÇÃO

LUIZ HENRIQUE PEREGRINO BAUDEL - CRM: Nº.9028

Data/Hora: 29/08/2019 - 15:22

LUIZ HENRIQUE P. BAUDEL
Ortopedia/Traumatologia
CREMEPE 9028 - TEOT 8932

29/08/19
CADASTRADO
SAÚDE/HOF

**HOSPITAL OTÁVIO DE FREITAS
SES/PE**



RELATÓRIO DA OPERAÇÃO

NOME DO PACIENTE: ANDRE SEVERINO DA SILVA	Nº DO REGISTRO: 1094383
CLINICO: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	Nº DO LEITO: 34-1

OPERADOR: DR DILAMAR PINTO

1º ASSISTENTE: DR TARCISIO	2º ASSISTENTE: DR PEDRO FARIAS / DR ARTUR SOARES
INSTRUMENTADOR: CINTIA	ANESTESISTA: DRA CECILIA
ANESTESISTA: RAQUIANESTESIA + SEDAÇÃO	DURAÇÃO:

DATA DA OPERAÇÃO: 04/09/19	INICIO:	FIM:
--------------------------------------	----------------	-------------

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: FRATURA BIMALEOLAR DE TORNOZELO DIREITO

DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO: O MESMO

**OPERAÇÃO PROPOSTA: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA BIMALEOLAR DE
TORNOZELO DIREITO**

OPERAÇÃO REALIZADA: A MESMA

DESCRIÇÃO DO ATO OPERATÓRIO

1. PACIENTE EM DDH SOB ANESTESIA
2. ASSEPSIA + ANTISSEPSIA + APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS
3. INCISÃO LATERAL EM MID DIRETAMENTE SOBRE A FIBULA
4. VISUALIZAÇÃO DE FRATURA DE FÍBULA
5. REDUÇÃO E FIXAÇÃO DA FÍBULA COM PLACA 1/3 DE CANO 3,5 + 3
PARAFUSOS CORTICAIS + 2 PARAFUSOS ESPONJOSOS
6. INCISÃO MEDIAL EM TORNOZELO DIREITO E VISUALIZAÇÃO DA FRATURA
DE MALÉOLO MEDIAL
7. REDUÇÃO E FIXAÇÃO DE MALEOLO MEDIAL COM 2 PARAFUSOS
ESPONJOSOS + 1 ARRUELA
8. REALIZADO TESTE DE COTTON E OBSERVADO SINDESMOSE INTEGRAL
9. LIMPEZA COM SF0.9% + SUTURA POR PLANOS
10. CURATIVO JONNES
11. TALA BOTA MID
12. A SR

EMPRESA:	MATERIAL USADO:
ORTOMÉDICA	01 PLACA 1/3 DE CANO 3,5 03 PARAFUSOS CORTICAIS 04 PARAFUSOS ESPONJOSOS 01 ARRUELA

[Handwritten signature and stamp]

EVOLUÇÃO CLÍNICA

NOME: André Sena do Silva

ENF.: 34

LEITO:

DATA	HORA	EVOLUÇÃO
04/09/13		Paciente ETO comentei outros exames exames Xuxuxu deixo os resultados de referir e segue de volta

04/09/19 Fisioterapia motora (030205003-9). ☒
 Parte em PT, com muita queixa de
 dor no momento. Realizada apenas
 - posicionamento no leito. - 100% ☒

05/09/1998 Parents: estavel, comestente, orientado
eufórico, hidratado, agido, dieta v.s.
O.D. D.R. Eusébio F.O. discreto sangra-
mento local. Sem eos linfócitos

Enfermagem

ECR, Concomitante, Orientado em
2000, Suplemento Indicado. Ecrado
afirma ao toque, aceita bem a
dita 10. eliminação fisiológica @
concorda bem o ponto, segue aos
cuidados da enfermagem.

Finis mapis Matera
103010 5001-9)

Pariente no 2º DPO, ouento unio kine abra de
antelação livre de H₂O e por movimento no leito.

~~Julia Rodrigues~~
~~Fisioterapia~~
~~08/10/13403~~



SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE DE PERNAMBUCO
HOSPITAL OTÁVIO DE FREITAS
LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS
CNPJ: 10.572.048/0004-70

HOSPITAL
OTÁVIO DE FREITAS

3 de

Pedido: 553598

Prontuário: 1094283

Data do cadastro: 30/08/2019

Nome: ANDRE SEVERINO DA SILVA

Data de Nasc.: 21/06/1980

Idade: 39a 2m 9d

Sexo: M

Setor Solicitante: UND TRAUMATOLOGIA POSTO III

Enferm/Leito: TRAU 34

Nome da Mãe: MARIA LUIZA DA SILVA

Médico Solicitante: ARTUR FREIRE SOARES CRM: 26910

Material: SANGUE TOTAL COM EDTA

Método: Automatizado - SISME XN 1000 - com Revisão de Lâmina

ERITROGRAMA

			Valores de Referência
Hemácias.....	4.3	milh/mm ³	4,7 - 6,1
Hemoglobina.....	13.3	g/dL	14,0 - 18,0
Hematócrito.....	36.1	%	42,0 - 52,0
VCM:.....	84.0	fL	80 - 98
HCM:.....	30.9	pg	27,0 - 31,0
CHCM:.....	36.8	g/ dL	32,0 - 36,0
RDW-CV:.....	38.5	%	11,0 - 15,0
RDW-SD:.....	12.6	fL	

LEUCOGRAMA

Leucócitos.....	9.210	/mm ³		3.500 - 13.000
	(%)	(/mm ³)	Relativo (%)	Absoluto (/mm ³)
Blastos.....		0		
Promielócitos.....	0	0		
Mielócitos.....	0	0		
Metamielócitos.....	0	0		
Bastões.....	0	0	0.0 - 4.0	0.0 - 520
Segmentados.....	65.9	6069	50.0 - 75.0	1.750 - 9.750
Eosinófilos.....	2.1	193	1.0 - 8.0	350 - 1.040
Basófilos.....	1.4	129	0.0 - 2.0	0.0 - 260
Linfócitos Típicos.....	22.0	2026	20.0 - 40.0	70 - 5.200
Linfócitos Atípicos.....	0	0	0.0 - 2.0	0.0 - 260
Monócitos.....	8.6	792	4.0 - 13.0	45 - 1.690

CONTAGEM DE PLAQUETAS:	283.000	/mm ³
MPV:.....	9.3	fL
PDW:.....	9.6	fL

Valores de Referência
150 - 450
8,0 - 11,0

ASPECTOS CITO-MORFOLÓGICOS

HEMÁCIAS NORMOCÍTICAS E NORMOCRÔMICAS.

LEUCÓCITOS MORFOLOGICAMENTE CONSERVADOS

PLAQUETAS NORMAIS EM NÚMERO E MORFOLOGIA.

Liberado por SIMAO DE ALBUQUERQUE CHAGAS - CRF: 0839 - 30/08/2019 11:25

WALQUIRIA RANGEL DE BARROS
CRBM :2845

Rua Aprigio Guimarães, S/n - Tejipio - Recife-PE, CEP: 50920-640 - Fones: (81) 3182-8549 / 3182-8530 Email: otaviodefritaslab@hotmail.com



SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE DE PERNAMBUCO
HOSPITAL OTÁVIO DE FREITAS
LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS
CNPJ: 10.572.048/0004-70



1 de 3

Pedido: 553598

Prontuário: 1094283

Data do cadastro: 30/08/2019

Nome: ANDRE SEVERINO DA SILVA

Data de Nasc.: 21/06/1980

Idade: 39a 2m 9d

Sexo: M

Setor Solicitante: UND TRAUMATOLOGIA POSTO III

Enferm/Leito: TRAU 34

Nome da Mãe: MARIA LUIZA DA SILVA

Médico Solicitante: ARTUR FREIRE SOARES CRM: 26910

TEMPO DE PROTROMBINA E ATIVIDADE ENZIMÁTICA

Método: Coagulométrico

Data da coleta:

Tempo de Protrombina: 10.8 segundos

Valor de Referência

Atividade Enzimática...: 85 %

70 a 120

INR.....: 1.09

Relação menor ou igual a 1,25

Liberado por WALQUIRIA RANGEL DE BARROS - CRBM: 2845 - 30/08/2019 11:56

CREATININA

Data da Coleta: 30/08/2019 10:11

Material.: SANGUE

Método...: Química seca - VITROS 4600

Valores de Referência

Resultado: 0,46 mg/dL

Masculino: 0,80 - 1,50 mg/dL

Feminino: 0,70 - 1,20 mg/dL

Nota: O método utilizado nesta dosagem sofre interferência da presença de Dipirona e N-acetilcisteína provocando diminuição do resultado.

W. Rangel

Liberado por WALQUIRIA RANGEL DE BARROS - CRBM: 2845 - 30/08/2019 12:13

POTÁSSIO

DATA DE COLETA: 30/08/2019 10:11

Material: SANGUE

Método...: Química seca - VITROS 4600

Valor de Referência

Resultado: 3,5 mmol/L

3,5 - 5,1 mmol/L

W. Rangel

Liberado por WALQUIRIA RANGEL DE BARROS - CRBM: 2845 - 30/08/2019 12:13

SÓDIO

Data da coleta: 30/08/2019 10:11

Material: SANGUE

Método...: Química seca - VITROS 4600

Valor de Referência

Resultado: 136 mmol/L

137 - 145 mmol/L

W. Rangel

Liberado por WALQUIRIA RANGEL DE BARROS - CRBM: 2845 - 30/08/2019 12:13

W. Rangel

WALQUIRIA RANGEL DE BARROS

CRBM: 2845

Rua Aprigio Guimarães, S/n - Tejipio - Recife-PE, CEP: 50920-640 - Fones: (81) 3182-8549 / 3182-8530 Email: otaviodefreitaslab@hotmail.com



SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE DE PERNAMBUCO
HOSPITAL OTÁVIO DE FREITAS
LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS
CNPJ: 10.572.048/0004-70



2 de 3

Pedido: 553598

Prontuário: 1094283

Data do cadastro: 30/08/2019

Nome: ANDRE SEVERINO DA SILVA

Data de Nasc.: 21/06/1980

Idade: 39a 2m 9d

Sexo: M

Setor Solicitante: UND TRAUMATOLOGIA POSTO III

Enferm/Leito: TRAU 34

Nome da Mãe: MARIA LUIZA DA SILVA

Médico Solicitante: ARTUR FREIRE SOARES CRM: 26910

UREIA

Data da coleta: 30/08/2019 10:11

Material.: SANGUE

Método...: Química seca - VITROS 4600

Valor de Referência

Resultado: 22 mg/dL

19 - 43 mg/dL

Liberado por WALQUIRIA RANGEL DE BARROS - CRBM: 2845 - 30/08/2019 12:13

WALQUIRIA RANGEL DE BARROS
CRBM: 2845

Rua Aprigio Guimarães, S/n - Tejipio - Recife-PE, CEP: 50920-640 - Fones: (81) 3182-8549 / 3182-8530 Email: otaviodefritaslab@hotmail.com

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190713613 **Cidade:** Vicência **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANDRE SEVERINO DA SILVA **Data do acidente:** 29/08/2019 **Seguradora:** Tokio Marine Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 08/01/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE TORNOZELO DIREITO P4

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSO) P6 ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO TORNOZELO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO TORNOZELO DIREITO.

Documentos complementares:

Observações:

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
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0463107/19

Vítima: ANDRE SEVERINO DA SILVA

CPF: 081.210.884-10

Seguradora: Tokio Marine Seguradora S/A

Data do acidente: 29/08/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ANDRE SEVERINO DA SILVA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação

ANDRE SEVERINO DA SILVA : 081.210.884-10

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

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: 20/12/2019
Nome: ANDRE SEVERINO DA SILVA
CPF: 081.210.884-10

ANDRE SEVERINO DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 20/12/2019
Nome: MARIA ERICA ARAUJO COELHO
CPF: 010.626.514-80

MARIA ERICA ARAUJO COELHO