



07/07/2020

Número: **0018405-52.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção A da 19ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **07/04/2020**

Valor da causa: **R\$ 11.812,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
ANDRE SEVERINO DA SILVA (AUTOR)		JULIANA DE ALBUQUERQUE MAGALHAES (ADVOGADO)	
TOKIO MARINE SEGURADORA S.A. (REU)			
CLAUDIO DA CUNHA CAVALCANTI NETO (PERITO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
64271416	07/07/2020 11:44	ANEXO 1	Outros (Documento)



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, 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

Carta nº 15297689





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, 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:

Puro e

8 - Endereço:

Sítio Vista Novo

9 - Número:

10

10 - Complemento:

11 - Bairro:

Zona Rural

12 - Cidade:

Nazaré da Mata

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

55800-000

15 - E-mail:

marcelo.assessoria@fietmail.com

16 - Tel. (DDD):

(81) 9115-3756

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

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(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.

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 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.

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 (vairascer)?

☐

Sim

☐

Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐

Sim

☐

Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:

Falecidos:

☐

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.

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:

Campina, 19/11/2019

André Severino da Silva

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

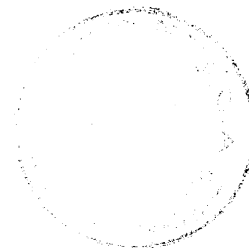
42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

ENC 001 1002/2016

06/11/2019

Boletim de Ocorrência



**GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 051ª CIRCUNSCRIÇÃO - VICÊNCIA - 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: **MUNICÍPIO DE VICÊNCIA, 1 - Bairro: CENTRO - VICÊNCIA/PERNAMBUCO/BRASIL**
- Ponto de Referência: **PASSARELA**
Local do Fato: **RODOVIA ESTADUAL**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR/ AGENTE)
ANDRÉ SEVERINO DA SILVA (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (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: VICÊNCIA / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 0073894908/PE (RG) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Profissão: TRABALHADOR RURAL Telefones Celulares: 994075218

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

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

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

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

Placa: **XXX0000 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)** Renavam: **000000000** Chassi: **0000000000000000**

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

file:///C:/Users/SDB/.intopol/nf/BOEPreview.html

1/2



06/11/2019

Bolém de Ocorrência

ANOTADA, QUE PASSOU RAPIDAMENTE E FOI ENBORA, SEM PARAR PARA SOCORRÊ-LO. INFORMA 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: *[Assinatura]* CARLOS ANDRÉ DE OLIVEIRA ANDRADE - Matrícula: 220949-7

file:///C:/Users/SOS/Inbox/Out/BOEPreview.html

2/2





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:

Puro e

8 - Endereço:

Sítio Vista Novo

9 - Número:

10

10 - Complemento:

11 - Bairro:

Zona Rural

12 - Cidade:

Nazaré da Mata

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

55800-000

15 - E-mail:

marcelo.assessoria@fietmail.com

16 - Tel. (DDD):

(81) 9115-3756

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

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(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 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:

☐

Sim

☐

Não

30 - Vítima deixou nascituro (vairascer)?

☐

Sim

☐

Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐

Sim

☐

Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:

Falecidos:

☐

Sim

☐

Não

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,

Campina, 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)

ENC 001 10/02/2016

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



2a Via de Fatura

**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 Nacional de Energia Elétrica - ANEEL
167-Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis

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

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

SI VISTA NOVA 10

RURAL/NAZARE DA MATA RURAL
55800-000 NAZARE DA MATA PE

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL - BAIXA RENDA COM NIS
Monofásico

RESERVADO AO FISCO

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

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

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

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

Consumo Ativo até 30 kWh	0,18328450
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	0,31420200

		kWh
NOV	19	63
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

	R\$	%
Geração de Energia	8,44	48,53
Transmissão	0,84	4,83
Distribuição (Cölpe)	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

NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
000000000051163257	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

DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	META MENSAL	META TRIM.	META ANUAL
-----------	----------	---------------	-------------	------------	------------

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		11,75	5,88	0,00	0,00

DICRI-Duração de
interrupção em dia útil. Limite DICRI: 16,60

EUSD-Valor do Encargo de Uso = R\$ 8,25

Todo Consumidor pode solicitar a apuração dos indicadores DIC, EIC, DMIC e DICRI a qualquer tempo.

Pague no ponto mais perto de você! farmacia santa fe: rua bom Jesus 75 centro / nairan: 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.

Pago, em atraso graze multa 2% (Resolução ANEEL), Juros 1% (Lei 10.438/02) e atualização monetária no próx. mês

De acordo com a 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.

TENSÃO NOMINAL(V)	LIMITE DE VARIAÇÃO(V)
-------------------	-----------------------

	MÍNIMO	MÁXIMO
--	--------	--------

220	202	234
-----	-----	-----

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

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.

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA





SES
HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS

End: Rua Aprígio Guimarães S/N Tejiptó - 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 TORNOZELO 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	Mônica Magalhães Médica CRM-PE 28982
PARA CONTROLE EM: 15 DIAS	MÉDICO RESPONSÁVEL - CRM

HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS

SES/FUSAM
INST. NACIONAL DE ASSISTÊNCIA MÉDICA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL
SECRETARIA DE ASSISTÊNCIA 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

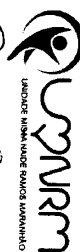
Recife, 07/09/19
Mônica Magalhães
Médica
CRM-PE 28982
Médico - CRM-

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 A 15 DIAS DE AFASTAMENTO DO TRABALHO



Sac. Municipal de Saúde

SECRETARIA MUNICIPAL DE
SAÚDE DE VICÊNCIA



PRONTO ATENDIMENTO

REGISTRO N.º 23482

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

☐ Consulta Simples
☐ Consulta com OBS.

Nome: André Severino da Silva

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

Endereço: Estrada da Moura Cidade: Vicência Fone:

Cartão do SUS: Filiação: Maria Lúcia da Silva

Queixa Principal: Dor de cabeça e dor no peito

Exame Principal: Tórax normal

Pressão Arterial= 120/80 Temperatura= 36,5 Oximetria= 98% HGT=

Prescrição Médica:

13/08/2020 14:25
Fco. Cledson G. Freije, Médico
Auxiliar de Enfermagem



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:									
HAB 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:

29.08.20

ASSINATURA E CARIMBO

Fabiana Carlos de Moura
Enfermeira
CRM/PE 422.055





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 e Traumatologia
CRM: 9028 - TEST 8932

29/08/19
LUIZ HENRIQUE P. BAUDEL
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM: 9028 - TEST 8932

Hospital Otávio de Freitas - CNES: 426 - CNPJ: 10.572.048/0004-70
Rua Aprígio Guimarães, s/nº - Tejipió - Recife/PE CEP: 50.920-640 Fone: (81) 3182.8500



Prontuário: 1094283

Religião:

CNS:898004182540257

Nº: 0

Estado: PE

Profissão:

Nome do Conjuge:

Clinica: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

HOF
Notificado pelo HOF
Edmundo
03/05/19

ka Principal / HDA:

ДОК/ЕВЕНА ВМ ЧОТМОЗЕЛО (S)
ПОР. ГИМНА ИР блк

Exame Físico:

PA: FC: FR:

Diag. Provisório:

Fratura toraco-fem (D)

INTERNACTO / FAN CLUB

Prescrição:

Dieta: _____

Data

Horário

017 HANNOUNE, B. BAHN
Ortopedia/Traumatologia
C. MELE 9028 - TEOT 693

PROTESE

REVISAO



HOSPITAL OTÁVIO DE FREITAS
SES/PE



RELATÓRIO DA OPERAÇÃO

NOME DO PACIENTE: ANDRE SEVERINO DA SILVA	Nº DO REGISTRO: 1094383
CLÍNICO: 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	INÍCIO:	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 FÍBULA
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]



EVOLUÇÃO CLÍNICA

NOME: André Silveira do Silva

CLÍNICA:

ENF.: 34

LEITO: 1

DATA	HORA	EVOLUÇÃO
04/09/19		Paciente EOR, consciente, orientado, afimil, eufórico, hidratado, afebril, dista v.o. de 2º DPO. Eufórico, segue com cuidados.
04/09/19		Fisioterapia motora (0300-5005-9). Paciente em POI, com muita queixa de dor no momento. Realizado apenas posicionamento no leito.
05/09/19		Paciente estável, consciente, orientado, eufórico, hidratado, afebril, dista v.o. de 2º DPO. Eufórico, segue com cuidados.
05/09/19	19:20	# Enfermagem # # EOR, consciente, orientado, em 2º DPO, eufórico, hidratado, afebril, afimil ao toque, aceita bem a dieta v.o. eliminação fisiológicas, encalça bem o peso, segue com cuidados da enfermagem.
06/09/19		Fisioterapia motora (0300-5005-9). Paciente no 2º DPO, eufórico, hidratado, afimil, aceita bem a dieta v.o. eliminação fisiológicas, encalça bem o peso, segue com cuidados da enfermagem.

003-HGOF





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

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 - SISMEX 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	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	Valores de Referência
MPV.....	9.3	fL	150 - 450
PDW.....	9.6	fL	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 Aprígio 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
Nome: ANDRE SEVERINO DA SILVA
Data de Nasc.: 21/06/1980 Idade: 39a 2m 9d
Setor Solicitante: UND TRAUMATOLOGIA POSTO III
Nome da Mãe: MARIA LUIZA DA SILVA
Médico Solicitante: ARTUR FREIRE SOARES CRM: 26910
Prontuário: 1094283
Data do cadastro: 30/08/2019
Sexo: M
Enferm/Leito: TRAU 34

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.

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

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

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

WALQUIRIA RANGEL DE BARROS
CRBM :2845

Rua Aprígio 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



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

URÉIA

Data da coleta: 00/08/2019 10:11

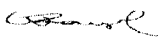
Material.: SANGUE

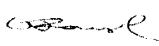
Método...: Química seca - VITROS 4600

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 Aprígio 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:

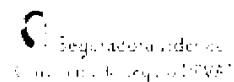
Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

ANDRE SEVERINO DA SILVA

MARIA ERICA ARAUJO COELHO

