
Rio de Janeiro, 11 de Maio de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200171834

Vítima: EDILSON SEVERINO DOS SANTOS

Data do Acidente: 28/12/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: IVONILDO FERREIRA DE BARROS JUNIOR

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), EDILSON SEVERINO DOS SANTOS

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, 24 de Maio de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200171834

Vítima: EDILSON SEVERINO DOS SANTOS

Data do Acidente: 28/12/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: IVONILDO FERREIRA DE BARROS JUNIOR

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), EDILSON SEVERINO DOS SANTOS

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\$ 843,75

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um tornozelo 25%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 25%) 6,25%

Valor a indenizar: 6,25% x 13.500,00 = R\$ 843,75

Recebedor: EDILSON SEVERINO DOS SANTOS

Valor: R\$ 843,75

Banco: 104

Agência: 000000626

Conta: 0000054750-1

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:

896 430 974 04

4 - Nome completo da vítima:

EDILSON SEVERINO DOS SANTOS

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

5 - Nome completo:

EDILSON SEVERINO DOS SANTOS

6 - CPF:

896 430 974 04

7 - Profissão:

MOTO TAXI

8 - Endereço:

RUA MANOEL GARRINCHA

9 - Número:

271

10 - Complemento:

11 - Bairro:

ALTO JOSE LEAL

12 - Cidade:

VITORIA

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

55608-260

15 - E-mail:

988776145

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

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.00 A R\$1.000,00

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ 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:

0626

03

CONTA:

00054750

1

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 do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ 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 (ou nascos)?

☐ 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

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

Edilson Severino dos Santos

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



1.ª Via

ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA MILITAR
BOLETIM DE OCORRÊNCIA

BO Nº

1095 1301

Série-A
1ª Parte

Transcrição de Registro (Fato)	Unidade Operacional	Circunscrição		Data de Registro	Hora de Registro	Nº de Fatores / Total de Fatores	
	24ª BPM	6ª (Vitória)		28/12/19	21.05	05 / 03	
	Descrição da Natureza						
	ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA						
	Data (dd/mm/aaaa)	Hora (hh:mm)	Autoria Conhecida		Consumado		Nº
	28/12/2019	15:50	Autoria Desconhecida		Tentado		
	Circunscrição do Fato		Local Principal da Ocorrência		Culposos		Flagrante
	VITÓRIA PE		VIA PÚBLICA		Doctos		
	Logradouro (Rua, Avenida, Rodovia, etc)		Número		CEP		
	Complemento (Apto, Sala, Andar)		Bairro		Município		
VITÓRIA DE SANTO ANTÃO		REDEÇÃO		UF			
Município		UF		Ponto de Referência			
VITÓRIA DE SANTO ANTÃO		PE		OFICINA MARCELO RODAS			
Dados do Envolvido	☒ VÍTIMA ☐ IMPUTADO ☐ SUSPEITO ☐ TESTEMUNHA ☐ OUTROS ☐ TURISTA ☐ SIM ☐ NÃO						
	Nome / Razão Social						
	EDILSON SEVERINO DOS SANTOS						
	Pai						
	JOSE SEVERINO DOS SANTOS						
	Mãe						
	CREUSA MARIA DOS SANTOS						
	Apelido / Nome Fantasia						
	BOCA						
	Sexo ☒ M ☐ F Estado Civil 1. Solteiro(a) 3. Viúvo(a) 5. Amasiado(a) 7. Não Informado						
2. Casado(a) 4. Divorciado(a) 6. Separado(a)							
Data de Nascimento							
12/09/1974							
Idade Aparente							
15							
1. Recém-nascido / Lactante 2. Criança (1-12 anos) 3. Adolescente (13-17 anos) 4. Adulto - Jovem (18-30 anos) 5. Adulto (31-65 anos) 6. Idoso (Acima de 65 anos)							
Escolaridade 1. 1ª Grau Completo 2. 2ª Grau Incompleto 3. 2ª Grau Completo 4. 2ª Grau Incompleto 5. Superior Completo 6. Superior Incompleto 7. Analfabeto							
☒ RG ☐ CNH							
5297789							
Órgão Expedidor							
SSP							
UF							
PE							
CPF							
196.430.974-04							
Outro-Qual?							
Órgão Expedidor							
RTEFERRAL							
Naturalidade							
VITÓRIA PE							
Logradouro (Rua, Avenida, Rodovia, etc)							
RUA TAHANDARE							
Número							
40							
Complemento							
C							
Bairro							
ALTO JOSÉ LEAL							
CEP							
Município							
VITÓRIA DE SANTO ANTÃO							
UF							
PE							
Dados Profissionais/Empresa							
Profissão							
MOTO-TAXISTA							
Logradouro (Rua, Avenida, Rodovia, etc)							
Número							
Complemento							
Bairro							
CEP							
Município							
UF							
Telefone / Contato (DDD-Número)							
Idade Aparente 1. Até 0,5m 4. 1,51-1,70m 2. 0,6-1,2m 5. 1,71-1,85m 3. 1,21-1,5m 6. Acima de 1,85m							
Peso 1. Até 20 kg 4. 61-80 kg 2. 21-40 kg 5. 81-100 kg 3. 41-60 kg 6. Acima de 100 kg							
Cor da Pele 1. Parda 3. Negra 2. Branca 4. Amarela							
Bigode ☐ Sim ☒ Não							
Cabelo - Tipo / Cor (Descrever)							
Barba (Descrever)							
Tipo de Cicatriz / Local / Formato (Descrever)							
Tipo de tatuagem / Local (Descrever)							
Defeito Físico (Descrever)							
Dentes (Descrever)							
Dados do Envolvido	☐ VÍTIMA ☐ IMPUTADO ☐ SUSPEITO ☐ TESTEMUNHA ☐ OUTROS ☐ TURISTA ☐ SIM ☐ NÃO						
	Nome / Razão Social						
	EDILSON SEVERINO DOS SANTOS						
	Pai						
	JOSE SEVERINO DOS SANTOS						
	Mãe						
	CREUSA MARIA DOS SANTOS						
	Apelido / Nome Fantasia						
	MAGO DO MACARRÃO						
	Sexo ☐ M ☐ F Estado Civil 1. Solteiro(a) 3. Viúvo(a) 5. Amasiado(a) 7. Não Informado						
2. Casado(a) 4. Divorciado(a) 6. Separado(a)							
Data de Nascimento							
19/06/1976							
Idade Aparente							
15							
1. Recém-nascido / Lactante 2. Criança (1-12 anos) 3. Adolescente (13-17 anos) 4. Adulto - Jovem (18-30 anos) 5. Adulto (31-65 anos) 6. Idoso (Acima de 65 anos)							
Escolaridade 1. 1ª Grau Completo 2. 2ª Grau Incompleto 3. 2ª Grau Completo 4. 2ª Grau Incompleto 5. Superior Completo 6. Superior Incompleto 7. Analfabeto							
☒ RG ☐ CNH							
5297778							
Órgão Expedidor							
SSP							
UF							
PE							
CPF							
034.355.404-00							
Outro-Qual?							
Órgão Expedidor							
RTEFERRAL							
Naturalidade							
VITÓRIA PE							
Logradouro (Rua, Avenida, Rodovia, etc)							
RUA MANOEL GARRINCHA							
Número							
273							
Complemento							
Bairro							
ALTO JOSÉ LEAL							
CEP							
Município							
VITÓRIA DE SANTO ANTÃO							
UF							
PE							
Dados Profissionais/Empresa							
Profissão							
VENDADOR							
Logradouro (Rua, Avenida, Rodovia, etc)							
Número							
Complemento							
Bairro							
CEP							
Município							
UF							
Telefone / Contato (DDD-Número)							
Idade Aparente 1. Até 0,5m 4. 1,51-1,70m 2. 0,6-1,2m 5. 1,71-1,85m 3. 1,21-1,5m 6. Acima de 1,85m							
Peso 1. Até 20 kg 4. 61-80 kg 2. 21-40 kg 5. 81-100 kg 3. 41-60 kg 6. Acima de 100 kg							
Cor da Pele 1. Parda 3. Negra 2. Branca 4. Amarela							
Bigode ☐ Sim ☒ Não							
Cabelo - Tipo / Cor (Descrever)							
Barba (Descrever)							
Tipo de Cicatriz / Local / Formato (Descrever)							
Tipo de tatuagem / Local (Descrever)							
Defeito Físico (Descrever)							
Dentes (Descrever)							
Assinatura do Interessado(a)							
Assinatura do responsável pelo Prestatamento							



ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA MILITAR
BOLETIM DE OCORRÊNCIA

BO N°

1095-1301

Série-A
2^a Parte

[illegible]



2ª Via

ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA MILITAR
BOLETIM DE OCORRÊNCIA

BO Nº

10951801

Série-A
2ª Parte

Fato	Unidade Operacional	Circunscrição		Data do Registro	Hora do Registro	Nº de folha / Total de Folhas
	25ª BPM			28/12/89	21:05	03 / 03
	Forma de Aproximação?	63ª (V. F. R. A.)				
	Local de Entrada?	Forma de Ação da Abordagem?				
Modus Operandi	Alterações no Local?		Forma de Entrada?			
	Crimes Sexuais?		Forma de Evasão?			
			Exercitatório?			
Objeto Envolvido	Envolvido	Tipo de Objeto	Marca / Modelo	Número da Série		
	Quantidade	Valor	Moeda	Objeto Apreendido?		
	Qual o motivo do registro do objeto?		☐ Sim ☐ Não			
Objeto Envolvido	Envolvido	Tipo de Objeto	Marca / Modelo	Número da Série		
	Quantidade	Valor	Moeda	Objeto Apreendido?		
	Qual o motivo do registro do objeto?		☐ Sim ☐ Não			
Objeto Envolvido	Envolvido	Tipo de Objeto	Marca / Modelo	Número da Série		
	Quantidade	Valor	Moeda	Objeto Apreendido?		
	Qual o motivo do registro do objeto?		☐ Sim ☐ Não			
Dados do Veículo	Envolvido	Marca / Modelo	Cor	Ano	Renovar	
	UF	Chassi	Placa	Veículo Apreendido?		
	Qual o motivo do registro do veículo?		☐ Sim ☐ Não			
Dados do Veículo	Envolvido	Marca / Modelo	Cor	Ano	Renovar	
	UF	Chassi	Placa	Veículo Apreendido?		
	Qual o motivo do registro do veículo?		☐ Sim ☐ Não			
Dados Complementares	Placa do Veículo CAUSADOR DO ACIDENTE É KIU-6678, FRATA-SE DE UM					
	Veículo Gol GTI, DE COR PRATA, ANO 1999.					
Exames Periciais: S. Solicitado R. Realizado						
Tipo de Exame		Envolvido	☐ S ☐ R	Tipo de Exame		Envolvido
☒ Condutor ☐ Recbedor		Ch. Paulo		☐ S ☐ R		☐ S ☐ R
Responsável pelo Preenchimento		Matrícula	440.173-0	Valor	930337	Unidade
Matrícula Nº 440.173-0		Interessado(a)		Responsável pela Validação		25ª BPM
Ass.: [Assinatura]		RG: 5297778 SSP/PE		Matrícula Nº		
Nome: Paulo		Ass.: [Assinatura]		Ass.:		
		Nome:		Nome:		

INEXISTÊNCIA DE IML NA ABA DE AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que consta em nossos registros que **Edilson Severino dos Santos**, FILIAÇÃO José Severino dos Santos e Creuza Maria dos Santos, Masculino, 45 anos, Identidade Nº5297789, SSPPE, CPF 896.430.974-04, Residente Rua Tamandaré, Nº40, Alto José Leal, Vitória de Santo Antão.

Foi socorrido pelo SAMU Vitória de Santo Antão, no dia 28 de Dezembro de 2019 às 18:10hs. Ocorrência 728048 .

Observação: Transcrição, na íntegra, do item “Causas Clínicas – História Clínica + Hipótese Diagnóstica Conhecida”, anotadas na ficha de atendimento.

Paciente vítima de acidente automobilístico (Colisão moto x carro) realizado protocolo de trauma e removido para o HJMO.

EM TEMPO CONFIRMO A VERACIDADE DESTE DOCUMENTO, TODAS AS INFORMAÇÕES CONSTAM EM NOSSOS REGISTROS,

Vitória de Santo Antão – PE

Em 06 de Janeiro de 2020


Dijaneide Alvares Ferreira
Coordenação SAMU
Mat. 2810-2

Dijaneide Alvares Ferreira

Coordenação SAMU

SAMU Vitória de Santo Antão

Rodovia PE 45 Km 02-Lídia Queiroz, Nº59, CEP 55600-999 - Vitória de Santo Antão – Pe
Email samuvitoria192@outlook.com

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: 19/05/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: EDILSON SEVERINO DOS SANTOS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00626

CONTA: 000000054750-1

Nr. da Autenticação 19074ABA99DA998B

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



www.celpe.com.br

Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/
COMERCIAL 116 | PRONTIDÃO 1
Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 01
Ouvidoria 0800 282 55
Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados do Esta
de Pernambuco-ARPE: 0800-727-0167-Ligação Gratuita de Telefones Fix
Agência Nacional de Energia Elétrica - ANE
167-Ligação Gratuita de telefones fixos e móv

DADOS DO CLIENTE

ELIANE BARBOSA DE PAIVA

CPF: 039.124.944-70

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA MANOEL GARRINCHA 271

ALTO JOSE LEAL/VITORIA DE SANTO ANTAO

65608-260 VITORIA DE SANTO ANTAO 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

16/04/2020

TOTAL A PAGAR (R\$)

0,00

DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL

08/04/2020

DATA DA APRESENTAÇÃO

08/04/2020

NÚMERO DA NOTA FISCAL

103607803

CONTA CONTRATO

007007106127

Nº DO CLIENTE

2011411959

Nº DA INSTALAÇÃO

0004002543

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL
Monofásico

RESERVADO AO FISCO

FB69.561F.E955.8436.65C8.E53C.FD17.1FB7

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)-TUSD	437,00	0,43299956	189,22
Consumo Ativo(kWh)-TE	437,00	0,36417065	159,14
Contrib. Ilum. Pública Municipal			30,87
CMS Subvenção-CDE-NF 095824637-07/02/20			2,16
CMS Subvenção-CDE-NF 091829536-10/01/20			1,94
Multa por atraso-NF 099628361 - 09/03/20			6,42
Juros por atraso-NF 099628361 - 09/03/20			0,96
TOTAL DA FATURA			390,71

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

ICMS			PIS			COFINS		
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
348,36	25,00	87,09	348,36	1,10	3,83	348,36	4,99	17,38

Tarifas Aplicadas

Consumo Ativo(kWh)-
TUSD 9,29838060
Consumo Ativo(kWh)-TE 3,25095060

HISTÓRICO DO CONSUMO

		kWh
ABR 20		437
MAR 20		405
FEV 20		329
JAN 20		293
DEZ 19		307
NOV 19		325
OUT 19		289
SET 19		261
AGO 19		287
JUL 19		306
JUN 19		277
MAI 19		287
ABR 19		242

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

	R\$	%
Geração de Energia	196,57	31,16
Transmissão	12,63	3,23
Distribuição (Celpe)	76,68	22,21
Encargos Setoriais	18,33	5,19
Tributos	106,30	31,99
Perdas de Energia	24,15	6,93
TOTAL	348,36	100

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR DATA	LEITURA	ATUAL DATA	LEITURA	Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh
00000000079612054	CAT	09/03/2020	35,216,00	08/04/2020	35,653,09	30	1,00000	0,00	437,00

DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 11/05/2020

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	META MENSAL	META TRIM.	META ANUAL
fev/2020					
DIC-No.de horas sem Energia	VITORIA DE SANTO ANTAO	0,00	5,67	11,34	22,68
FIC-No.de vezes sem Energia	ANTAO	0,00	3,30	6,60	13,20
DMIC-Duração máxima de interrupção contínua		0,00	3,29	0,00	0,00
DICRI-Duração de interrupção em dia crítico					Limite DICRI: 12,22
EUSD-Valor do Encargo de Uso = R\$ 130,38					
Todo Consumidor pode solicitar a atualização dos indicadores DIC, FIC, DMIC e DICRI a qualquer tempo					

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Atue no ponto mais perto de você! h m serviços; rua eurico valois sao vicente de paulo / h. e m. cavalcanti
servicos It: r eurico valois 1495 sao vicente deLista completa em www.celpe.com.br.
A data da leitura a bandeira em vigor é a Verde. Mais informações em www.aneel.gov.br.
Cobrança ICMS sobre subvenção CDE, conforme Decreto Estadual 38.459/13.
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.
Coronavírus. Saiba como proteger você e sua família. Acesse saude.gov.br/coronavirus

NÍVEIS DE TENSÃO

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

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

STIQUE AQUI

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR(R\$)	VENCIMENTO	TALÃO DE PAGAMENTO
007007106127	04/2020	0,00	16/04/2020	Evite dobrar, perfurar ou rasurar. Este canhoto será usado em leitora ótica.

FATURA PAGA | AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

Nome: EDILSON SEVERINO DOS SANTOS

Nº registro: 647404

Dt. Nasc.: 12/09/74 - 45 ano (s)

Sexo: Masculino

Mãe: CREUZA MARIA DOS SANTOS

Fone:

SEM SUS

Endereço: R TAMANDARE, nº 40, ALTO JOSE LEAL. VITORIA DE SANTO ANTAO - PE

Data/hora: 28/12/2019 - 18:54

Nº pág.: 1/1

Setor: Leito:

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

ANAMNESE:

ALERGIA: NEGA

QUEIXA PRINCIPAL:

PACIENTE TRAZIDO PELO SAMU DE VITORIA DE SANTO ANTAO COM TECNICA DE ENF JOSILENE , RELATA COLISAO CARRO X MOTO APRESENTA DOR + SUSPEITA DE FRATURA EXPOSTA EM TORNOZELOE + DOR EM MID

EXAME FÍSICO:

Pa: 140 X 100 mmHg **Temp:** °C **HGT:** 117 mg/dL

Peso: Kg **Altura:** m **SP O₂:** 98 %

Observação:

FC : 70BPM

Classificação de Risco: URGÊNCIA - AMARELO
Encaminhado para: CONSULTÓRIO - TRAUMATOLOGIA
Especialidade: TRAUMATOLOGIA

COREN: 226186
Enf. RAFAELLA MARINHO FALCÃO

Nome: EDILSON SEVERINO DOS SANTOS

Nº registro: 647404

Dt. Nasc.: 12/09/74 - 45 ano (s)

Sexo: Masculino

Mãe: CREUZA MARIA DOS SANTOS

Fone:

SEM SUS

Endereço: R TAMANDARE, nº 40, ALTO JOSE LEAL, VITORIA DE SANTO ANTAO - PE

Data/hora: 28/12/2019 - 19:03

Nº pág.: 1/1

Setor: Leito:

CONSULTA MÉDICA

ANAMNESE:

ALERGIA: NEGA

QUEIXA PRINCIPAL:

{ - }

PACIENTE TRAZIDO PELO SAMU DE VITORIA DE SANTO ANTAO COM TÉCNICA DE ENF JOSILENE , RELATA COLISAO CARRÔ X MOTO APRESENTA DOR + SUSPEITA DE FRATURA EXPOSTA EM TORNOZELOE + DOR EM MID

QUEIXA RELATADA AO MÉDICO :

EXAME FÍSICO:

Pa: 140 X 100 mmHg Temp: °C HGT: 117 mg/dL

Peso: Kg Altura: m SP O₂:98 %

Observação:

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

RESULTADOS DE EXAMES:

RX COM EXTRUTURA OSSEA CONSERVADA DO 1/3 INFERIOR DA PERNA ESQUERDA POREM COM NERVOS E MUSCULOS EXTENSORES E FLEXISORES DO TORNOZELO ESQUERDO BASTANTE COMPROMETIDO FICANDO ASSIM EMAGAMNETO PARCIAL DO 1/3 INFERIOR DA PERNA COM LESOES E ESMAGAMENTO .

EVOLUÇÃO DO PACIENTE:

CRM: 3506
Dr. EDSON BRIGIDO DA SILVA FILHO

Nome: EDILSON SEVERINO DOS SANTOS **Nº registro:** 647404
Dt. Nasc.: 12/09/74 - 45 ano (s) **Sexo:** Masculino
Mãe: CREUZA MARIA DOS SANTOS **Fone:**
SEM SUS
Endereço: R TAMANDARE, nº 40, ALTO JOSE LEAL. VITORIA DE SANTO ANTAO - PE
Data/hora: 28/12/2019 - 19:23 **Nº pág.:** 1/1
Setor: Leito:

GUIA DE ENCAMINHAMENTO E TRANSFERÊNCIA

EXAME FÍSICO

PA: X **Temperatura:** **HGT:**
Altura: **Peso:**

ANAMNESE DO MÉDICO

RX COM EXTRUTURA OSSEA CONSERVADA DO 1/3 INFERIOR DA PERNA ESQUERDA POREM COM NERVOS E MUSCULOS EXTENSORES E FLEXISORES DO TORNOZELO ESQUERDO BASTANTE COMPROMETIDA FICANDO ASSIM ESMAGAMENTO PARCIAL DO 1/3 INFERIOR DA PERNA COM LESOES E ESMAGAMENTO .

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA

S910 - FERIMENTO DO TORNOZELO|

CONDUTA

DIAGUINOSTICO PROVÁVEL ESMAGAMENTO PARCIAL DE 1/3 INFERIOR DA PERNA COM LESOES MUSCULAR

EXAMES COMPLEMENTARES/RESULTADOS

SEUE O RX EM ANEXO

DADOS DA TRANSFERÊNCIA

Local:
Motivo: Tratamento Cirúrgico
Senha:

CRM: 3506
Dr. EDSON BRIGIDO DA SILVA FILHO



EDILSON SEVERINO DOS SANTOS		01140162	700902926835
813669	MASCULINO	45a Sm 28d	CLINICA ORTOPEDIA, CLORT 105-06



Relatório de Alta Hospitalar

Diagnóstico:

TRAUMA EM PERNA ESQUERDA RESULTANDO EM FERIMENTO EXTENSO COM EXPOSIÇÃO OSSEA

Tratamento:

28/12/2019 REALIZADO LMC + SUTURA
29/01/2020: LMC + DESBRIDAMENTO
04/03/20 ENXERTIA DE PELE NO PE

OBS:

→ RETORNO AO AMBULATÓRIO DE PE COM 07 DIAS
MANTENHO ANALGESIA E CURATIVO+ CIPROFLOXACINO/CLINDAMICINA VO
ORIENTAÇÕES GERAIS+CUIDADOS

Condições Clínicas (no momento da Alta)

PACIENTE RECEBE ALTA EM BOAS CONDIÇÕES CLÍNICAS E CLINICAMENTE ESTÁVEL

DATA DA INTERNAÇÃO	DATA DA ALTA
28/12/2019	10/03/2020

Recife, 10 DE MARÇO DE 2020

VINICIUS GUETROS BUENOS AIRES - CRM: Nº.28222

Vinicius Guetros
Médico
CRM-PE: 28222

DECLARAÇÃO

Atesto para os devidos fins que o paciente EDILSON SEVERINO DOS SANTOS , esteve internado nesta unidade hospitalar, no setor de traumatologia-ortopedia, de 28/12/20 ao dia 10/03/2020, para tratamento médico-hospitalar.

Deixo a cargo de o **MÉDICO PERITO** avaliar questões trabalhistas e afins.

Recife, 10/03/2020

Vinicius Gueiros
Médico
CRM-PE: 28222

DR VINICIUS GUEIROS

CRM-PE 28222

Assinatura do Médico



NOME DO PACIENTE: <u>ERILSON SEVERIANO DOS SANTOS</u>			
NOME DA MÃE: <u>CRUZINA MARIA DOS SANTOS</u>			
DATA DE NASCIMENTO: <u>12/05/1974</u>	IDADE:	NATURALIDADE:	
ENDEREÇO: <u>R. TAMANZANI</u>		Nº <u>40</u>	
BAIRRO: <u>ALTO JOIE LEAL</u>	CIDADE: <u>VIÇOSA STO ANTÃO</u>	ESTADO: <u>PE</u>	
Nº PRONTUÁRIO: <u>1140152</u>	Nº CARTÃO SUS:		
INTERNAMENTO/CIRURGIA:			
EMERGÊNCIA (ALA/BOX): _____ CLÍNICA (ESPECIALIDADE): _____ ENFERMARIA/LEITO: <u>CLINAT 105-26</u>			
HOSPITAL DIA: () CENTRO CIRURGICO AMBULATORIAL: () SALA DE RECUPERAÇÃO PÓS ANESTÉSICA: ()			
DATA DE INTERNAMENTO <u>28/12/19</u>	DATA DE CIRURGIA <u>1/1</u>	DATA DE ALTA <u>4/03/2020</u>	DATA DO ÓBITO <u>1/1</u>
NOME DO SOLICITANTE:			
GRAU PARENTESCO: <u>A Companheiro</u>			
DOCUMENTO APRESENTADOS:			
☐ CARTEIRA DE IDENTIDADE	☐ CERTIDÃO DE NASCIMENTO	☐ CERTIDÃO DE CASAMENTO	
☐ PROCURAÇÃO	☐ DECLARAÇÃO DE ÓBITO	☐ OFÍCIO DA VARA DA FAMÍLIA	
☐ MANDADO JUDICIAL	PROTESE:	TIPO:	
ATENÇÃO/IMPORTANTE			
INFORMAÇÕES SOBRE O ANDAMENTO DO PROCESSO, APÓS <u>15(QUINZE) DIAS ÚTEIS</u> , PELO TELEFONE - (81) 3184-5662 , DE SEGUNDA À QUINTA, DE 08:00h AS 12:00h .			
ENTREGA DE LAUDOS			
ENTREGA DE LAUDOS: DAS 14:00h ÀS 16:00h, DE SEGUNDA A QUARTA-FEIRA, NO ARQUIVO(SAME), NO 1º ANDAR.			
SERÁ ENTREGUE AO PRÓPRIO PACIENTE (MUNIDO DE DOCUMENTAÇÃO ORIGINAL LEGÍVEL), PARENTES DE 1º GRAU COM APRESENTAÇÃO DE AMBOS DOCUMENTOS LEGÍVEIS, E TERCEIROS (MUNIDOS DE PROCURAÇÃO RECONHECIDA EM CARTÓRIO E DOCUMENTAÇÕES LEGÍVEIS), NO ARQUIVO(SAME), NO 1º ANDAR.			
SOLICITAÇÃO DE LAUDOS			
HORÁRIO: 14:00h ÀS 16:00h, DE SEGUNDA À QUARTA-FEIRA, NO ARQUIVO(SAME), NO 1º ANDAR.			
Obs.: Autorizo transcrição das informações do meu prontuário para o Boletim de Esclarecimento, Tratamento, Permanência, Condição de alta e Procedimentos realizados, por mim abaixo assinado. Além da assinatura, colocar abaixo a impressão digital do solicitante.			
LAUDO + COPIA DO PRONTUÁRIO		Recife, <u>10</u> de <u>MAIO</u> de 20 <u>20</u>	
		<u>Maria José de Silva Costa</u>	
		ASSINATURA DO SOLICITANTE E/OU RESPONSÁVEL LEGAL	
		Nº DO RG OU CPF	



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL
Getúlio Vargas



ATENÇÃO

Todas as informações contidas neste cartão deverão ser legíveis, e de uso exclusivo dos funcionários do Setor de Marcação e ou profissionais autorizados.

HGV
Informação Consulta
31845786

Av. Gal. San Martin s/n - Cordeiro
Recife - PE - CEP. 50.630-060
Fone: 0XX.81.3184.5600

R.1001.V.01.2013

CARTÃO DE CONSULTA

HGV - Hospital Getúlio Vargas



1140162

Prontuário

CNS: 700902828835198

Paciente: **EDILSON SEVERINO DOS SANTOS**

Nascto: 12/09/1974 Sexo: MASCULINO Fone: (81) 18634-9392

Mae **CREUZA MARIA DOS SANTOS**

End **RUA TAMANDARÉ**

N°: 40 Compl: CABA C

Bairro: **ALTO JOSE LEAL**

Cidade: VITORIA DE SANTO ANTAO

UF: PE

CEP 55604280

Dt.Cadastro: 28/12/2019

na: 21:36 Uued

ref: CLAUDIOAS

ACCESSOPRD

17/02/2020

De. impressa: 10/03/2020 14:07:











Seguridad
VIA

Santitas
SANTITAS

PAC 0010 221 0000
M. 0010 221 0000
08/2019
242191





PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200171834 **Cidade:** Vitória de Santo Antão **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: EDILSON SEVERINO DOS SANTOS **Data do acidente:** 28/12/2019 **Seguradora:** ALIANÇA DO BRASIL SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 13/05/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA CORTO CONTUSO DO TERÇO DISTAL DA PERNA ESQUERDA COM COMPROMETIMENTO DE MÚSCULOS E NERVOS POR ESMAGAMENTO PARCIAL.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO(LMC, DESBRIDAMENTO E SUTURA)
ALTA.(P1/2/3/4/5/9)

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

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DO TORNOZELO ESQUERDO.

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 leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

- IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA EDILSON SEVERINO DOS SANTOS
 DATA DO ACIDENTE 28/12/19 CPF DA VÍTIMA 896 430 974 04
 PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO IVONILDO FERREIRA DE BARROS JUNIOR
 QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR () VÍTIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM
 A VÍTIMA É EDILSON SEVERINO DOS SANTOS
 ENDEREÇO DO PORTADOR PRAÇA PADRE FELIX BARRETO
 Nº 13 COMPLEMENTO BAIRRO LIVRAMENTO
 CIDADE VITORIA UF PE CEP 55602-360
 E-MAIL TELEFONE (81 98877-6145

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

- DOCUMENTOS COMPLEMENTARES INVALIDEZ PERMANENTE

- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
 () PROCURAÇÃO E CIRCULAR 445 (NO CASO DO REPRESENTANTE SER PROCURADOR)

- DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- () 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)
 () RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
 () NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
 () AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

- DOCUMENTOS COMPLEMENTARES DAMS

- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
 () PROCURAÇÃO E CIRCULAR 445 (NO CASO DO REPRESENTANTE SER PROCURADOR)

- INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- MORTE = R\$ 13.500,00
 • INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
 • DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.
 • O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA
 • COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
 • PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO APRESENTADA

DATA _____ RESPONSÁVEL PELA DIGITALIZAÇÃO NA SEGURADORA
 IDENTIDADE 4493761 DATA _____
 ASSINATURA Ivonildo Ferreira NOME _____
 NATURALIDADE _____

06 Barros Junior

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome:	EDILSON SEVERINO DOS SANTOS		
Nacionalidade:	BRASILEIRO	Estado civil:	SOLTEIRO
Profissão:	MOTO TAXI		
Identidade:	5297789	CPF:	896 430 974 04
Endereço:	RUA MANOEL GARRINCHA N° 271		

DATA DO ACIDENTE: 28/12/19. COBERTURA: INVALIDA.

OUTORGADO:

Nome:	IVONILDO FERREIRA DE BARROS JUNIOR		
Nacionalidade:	BRASILEIRO	Estado civil:	SOLTEIRO
Profissão:			
Identidade:	4.493.761 SSP/PE	CPF:	794.699.224-68
Endereço:	Praça Padre Felix Barreto, nº 13 - Livramento - CEP:55602-360 - VITÓRIA		

DE SANTO ANTÃO /PE .

Pelo presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado acima qualificado, a quem confio poderes para representar-me perante as SEGURADORAS, referente ao Seguro Obrigatório - DPVAT.

NOME DA VÍTIMA: EDILSON SEVERINO DOS SANTOS.

VITÓRIA 08/05/2020
LOCAL E DATA:

X Edilson Severino dos Santos
ASSINATURA DO OUTORGANTE
(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0134094/20

Vítima: EDILSON SEVERINO DOS SANTOS

CPF: 896.430.974-04

Seguradora: ALIANÇA DO BRASIL SEGUROS S/A

Data do acidente: 28/12/2019

Titular do CPF: EDILSON SEVERINO DOS SANTOS

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

IVONILDO FERREIRA DE BARROS JUNIOR : 794.699.224-68

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

EDILSON SEVERINO DOS SANTOS : 896.430.974-04

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: 08/05/2020
Nome: IVONILDO FERREIRA DE BARROS JUNIOR
CPF: 794.699.224-68

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 08/05/2020
Nome: RAPHAELLA CRISTINA CAVALCANTI DA SILVA
CPF: 703.646.014-85

IVONILDO FERREIRA DE BARROS JUNIOR

RAPHAELLA CRISTINA CAVALCANTI DA SILVA