



Número: **0042385-28.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 10ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **27/08/2020**

Valor da causa: **R\$ 12.656,25**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
EDILSON SEVERINO DOS SANTOS (AUTOR)		JULIANA DE ALBUQUERQUE MAGALHAES (ADVOGADO)	
TOKIO MARINE SEGURADORA S.A. (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
70326087	29/10/2020 17:42	docs para protocolar	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, 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

Carta nº 15762172





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, 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: 16 - Tel.(DDD): 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:

☒ RECURSO INFORMAR ☐ R\$1.000 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: 0626 08 CONTA: 00054750 1 AGÊNCIA: CONTA:

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) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúva 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(s) (nascido(s))? ☐ 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,

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)





1.ª Via

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

BO Nº

1095 13PM

Série-A
1ª Parte

Unidade Operacional 64º BPM	Circunscrição 63º (Vitória)	Data de Registro 28/02/19	Hora do Registro 01:04	Nº da Folha / Total de Folhas 03 / 03
Descrição da Natureza Acidente de trânsito com vítima.		Aviso de ocorrência do GIOS		
Data (dd/mm/aaaa) 28/02/2019	Hora (hh:mm) 18:50	☐ Autoria Conhecida ☐ Autoria Desconhecida	☐ Consumado ☐ Tentado	☐ Culposo ☐ Doloso
Circunstâncias do Fato VITÓRIA / PE		☐ Flagrante ☐ Atro Infracional		
Local Principal da Ocorrência VIA PÚBLICA		Número		
Complemento (Apto, Sala, Andar) PE-45		CEP		
Município VITÓRIA DE SANTO ANTÃO		UF PE		
Ponto de Referência OFICINA MARCELO RODAS				
☒ VÍTIMA ☐ IMPUTADO ☐ SUSPEITO ☐ TESTEMUNHA ☐ OUTROS		TURISTA ☐ SIM ☐ NÃO		
Nome / Razão Social EDILSON SEVERINO DOS SANTOS				
Pat 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 5 1. Recém-nascido / Lactante 4. Adulto - Jovem (16-30 anos) 5. Escolaridade 1. 1º Grau Completo 2. 1º Grau Incompleto 3. 2º Grau Completo 4. 2º Grau Incompleto 5. Superior Completo 6. Superior Incompleto 7. Analfabeto				
2. Criança (1-12 anos) 3. Adolescente (13-17 Anos) 6. Idoso (Acima de 65 Anos)				
☒ RG ☐ CNH 5297789 Órgão Expedidor SSP UF PE CPF 196.430.979-04 CNPJ Outro-Qual? R. FEDERAL				
Legradouro (Rua, Avenida, Rodovia, etc.) RUA TAMANDARÉ				
Bairro Alto José Leal CEP Município VITÓRIA DE SANTO ANTÃO UF PE				
Dados Profissionais: Empresa Profissão Moto-taxista				
Legradouro (Rua, Avenida, Rodovia, etc.)				
Bairro CEP Município UF				
Telefone / Contato (DDD-Número)				
Idade Aparente 1. Até 6.9m 4. 1.51-1.70m 2. 1.5-1.7m 5. 1.71-1.90m 3. 1.1-1.5m 6. Acima de 1.80m				
Peso 1. Até 20 kg 4. 45-60 kg 5. 61-100 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 Cíatriz / Local / Formato (Descrever)				
Tipo de tatuagem / Local (Descrever) Dentes (Descrever)				
☐ VÍTIMA ☐ IMPUTADO ☐ SUSPEITO ☐ TESTEMUNHA ☐ OUTROS				
TURISTA ☐ SIM ☐ NÃO				
Nome / Razão Social EDILSON SEVERINO DOS SANTOS				
Pat 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 5 1. Recém-nascido / Lactante 4. Adulto - Jovem (16-30 anos) 5. Escolaridade 1. 1º Grau Completo 2. 1º Grau Incompleto 3. 2º Grau Completo 4. 2º Grau Incompleto 5. Superior Completo 6. Superior Incompleto 7. Analfabeto				
2. Criança (1-12 anos) 3. Adolescente (13-17 Anos) 6. Idoso (Acima de 65 Anos)				
☒ RG ☐ CNH 5297778 Órgão Expedidor SSP UF PE CPF 033.355.404-00 CNPJ Outro-Qual? R. FEDERAL				
Legradouro (Rua, Avenida, Rodovia, etc.) RUA MANOEL GARRINCHA				
Bairro Alto José Leal CEP Município VITÓRIA DE SANTO ANTÃO UF PE				
Dados Profissionais: Empresas Profissão Vendedor				
Legradouro (Rua, Avenida, Rodovia, etc.)				
Bairro CEP Município UF				
Telefone / Contato (DDD-Número)				
Idade Aparente 1. Até 6.9m 4. 1.51-1.70m 2. 1.5-1.7m 5. 1.71-1.90m 3. 1.1-1.5m 6. Acima de 1.80m				
Peso 1. Até 20 kg 4. 45-60 kg 5. 61-100 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 Cíatriz / Local / Formato (Descrever)				
Tipo de tatuagem / Local (Descrever) Dentes (Descrever)				
Assinatura do Interessado(a)				
Assinatura do responsável pelo preenchimento				





1.ª Via

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

BO Nº

10451301

Série-A
2ª Parte

Fato	Unidade Operacional	21ª BPM		
	Forma de Aproximação?	63 (v. foral)		
	Local de Entrada?	Data do Registro 28/12/19 Hora do Registro 21:05 Nº da folha / Total de folhas 02 / 08		
	Alterações no Local?	Forma de Aproximação?		
Modus Operandi	Grupos de Quebra?	Forma de Quebra?		
	Envolvido	Tipo de Objeto	Marca / Modelo	Número de Série
	Quantidade	Valor	Moeda	Objeto Apreendido?
	Qual o motivo do registro do objeto?			
Objeto Envolvido	Envolvido	Tipo de Objeto	Marca / Modelo	Número de Série
	Quantidade	Valor	Moeda	Objeto Apreendido?
	Qual o motivo do registro do objeto?			
	Envolvido	Tipo de Objeto	Marca / Modelo	Número de Série
Quantidade	Valor	Moeda	Objeto Apreendido?	
Qual o motivo do registro do objeto?				
Dados do Veículo	Envolvido	Marca / Modelo	Cor	Ano
	Chassi	Placa	Renavam	Veículo Apreendido?
	Qual o motivo do registro do veículo?			
	Envolvido	Marca / Modelo	Cor	Ano
Chassi	Placa	Renavam	Veículo Apreendido?	
Qual o motivo do registro do veículo?				
Dados Complementares	Quando em patrulhamento no endereço citado, nos deparamos com o envolvimento de			
	destinado ao chão britânico por socorro, pois teria sido vítima de acidente de			
	trânsito. Ao entrar em contato com o vítima, este nos informou que um indivi-			
	duo em um Gol cor prata, aparentemente embriagado, saiu da sua faixa de			
tráfego, colidindo com a lateral do env. 01, tendo como consequência uma lesão				
no pé esquerdo do env. 01, sendo esta que se fez necessária a presença do SAMU				
para conduzi-lo ao Hospital João Murilo de Oliveira. Entramos em contato com				
os médicos de plantão, que nos informaram após o Raio-X, não existir fratura,				
apenas o esmagamento da carne do pé esquerdo e escorregões pelo corpo da vítima				
ciclota conduzida pelo env. 01 foi entregue ao seu próprio irmão (env. 02), que				
é proprietário do veículo, conforme acima acima, confirmando o recebimento				
do veículo. Informo ainda que o env. 01 será removido ao Hospital Getúlio				
Vargas (Entr) Populares que não quiseram identificar-se informaram que a				
Exames Periciais: S. Solicitado R. Realizado				
Tipo do Exame Envolvido S R Tipo do Exame Envolvido S R				
Conducir Receptor Ch. Paulo Matrícula 330.373-0 Vistoria 930337 Unidade 21ª BPM				
Responsável pelo Preenchimento Intermediário(a) Responsável pelo Validagem				
Matrícula Nº 330.373-0 Ass. 330337 Ass. 330337				



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	63ª (Urban)		23/12/19	21:05	03 / 03
Modus Operandi	Forma de Aproximação?					
	Local de Entrada?	Forma de Ação da Abordagem?				
	Alterações no Local?	Forma de Entrada?				
	Crimas Sexuais?	Forma de Evasão?				
Objeto Envolvido	Envolvido		Tipo de Objeto		Marca / Modelo	Número da Série
	Quantidade		Valor		Moeda	Objeto Apreendido?
						☐ Sim ☐ Não
	Qual o motivo do registro do objeto?					
	Envolvido		Tipo de Objeto		Marca / Modelo	Número da Série
	Quantidade		Valor		Moeda	Objeto Apreendido?
						☐ Sim ☐ Não
	Qual o motivo do registro do objeto?					
	Envolvido		Tipo de Objeto		Marca / Modelo	Número da Série
	Quantidade		Valor		Moeda	Objeto Apreendido?
						☐ Sim ☐ Não
	Qual o motivo do registro do objeto?					
Dados do Veículo	Envolvido		Marca / Modelo		Cor	Ano
	UF		Chassi		Placa	Renavam
						Veículo Apreendido?
						☐ Sim ☐ Não
	Qual o motivo do registro do veículo?					
	Envolvido		Marca / Modelo		Cor	Ano
	UF		Chassi		Placa	Renavam
						Veículo Apreendido?
						☐ Sim ☐ Não
	Qual o motivo do registro do veículo?					
	Dados Complementares	Placa do Veículo CAUSADOR DO ACIDENTE É KIU-6678, FRATA-SE DE UM				
Veículo Gol GII, DE COR PRATA, ANO: 1999.						
Exames Periciais: S. Solicitado R. Realizado						
Tipo de Exame		Envolvido	S	R	Tipo de Exame	Envolvido
						S
						R
☒ Condutor ☐ Recebedor		Ass.: Cl. Paulo		Matrícula	930337	Unidade
Responsável pelo Preenchimento		Interessado(a)		Responsável pela Validação		
Matrícula Nº 440 173-0		RG: 5297778 SSP/PE		Matrícula Nº		
Ass.: [Assinatura]		Ass.: [Assinatura]		Ass.:		
Nome: [Assinatura]		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



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

COMPANHIA ENERGÉTICA
E PERNAMBUCO
V. JOÃO DE BARROS, 111, BOA VISTA,
ECIFE, PERNAMBUCO
EP 50050-902
NPJ 10.835.932/0001-08
INSCRIÇÃO ESTADUAL 0005943-93



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 móvi

DADOS DO CLIENTE ELIANE BARBOSA DE PAIVA CPF: 039.124.944-70	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 2011411059 Nº DA INSTALAÇÃO 0004002643
	ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA RUA MANOEL GARRINCHA 271 ALTO JOSE LEAL/VITÓRIA DE SANTO ANTAO 5508-260 VITÓRIA DE SANTO ANTAO PE 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
DMS Subvenção-CDE-NF 095824637-07/02/20			2,16
DMS Subvenção-CDE-NF 091929536-10/01/20			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	
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	%
348,36	25,00	87,09	1,10
COFINS		PIS	
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	%
348,36	4,99	17,38	1,10

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL									
NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
0000000079612054	CAT	09/03/2020	35.218,00	08/04/2020	35.653,00	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	0,00	5,67	11,34	22,69
FIC-No.de vezes sem Energia	ANTAO	0,00	3,30	6,60	13,20
DMIC-Duração máxima de interrupção continua		0,00	3,30	0,00	0,00
DECRI-Duração de interrupção em dia crítico				Limite DICRI: 12,22	
EU\$D-Valor do Encargo de Uso = R\$ 130,38					
Todo Consumidor pode solicitar a apuração dos indicadores DIC, FIC, DMIC e DECRI a qualquer tempo					

INFORMAÇÕES IMPORTANTES						NÍVEIS DE TENSÃO			
"Iague no ponto mais perto de voce! h m serviços: rua eurico valois sao vicente de paulo / h. e m. cavalcanti servicos f: e urico valois 1495 sao vicente de Lista 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, tudo, 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. o coronavírus. Salva como proteger você e sua família. Acesse saude.gov.br/coronavirus						TENSÃO NOMINAL(V)		LIMITE DE VARIAÇÃO(V)	
								MÍNIMO	MÁXIMO
						220	202	231	
						AUTENTICAÇÃO MECÂNICA			

INFORMAÇÕES IMPORTANTES Fique no ponto mais perto de você! h m serviços: rua eurico valois sao vicente de paulo / h. e m. cavalcanti serviços R: r eurico valois 1495 sao vicente de lista 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 39.459/13. o cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento. o agto. 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. o coronavírus. Saiba como proteger você e sua família. Acesse saude.gov.br/coronavirus				NÍVEIS DE TENSÃO <table border="1"> <tr> <th>TENSÃO NOMINAL(V)</th> <th colspan="2">LÍMITE DE VARIAÇÃO(V)</th> </tr> <tr> <th></th> <th>MÍNIMO</th> <th>MÁXIMO</th> </tr> <tr> <td>220</td> <td>202</td> <td>231</td> </tr> </table>		TENSÃO NOMINAL(V)	LÍMITE DE VARIAÇÃO(V)			MÍNIMO	MÁXIMO	220	202	231
TENSÃO NOMINAL(V)	LÍMITE DE VARIAÇÃO(V)													
	MÍNIMO	MÁXIMO												
220	202	231												
AUTENTICAÇÃO MECÂNICA														

ETAQUE 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.

ATURA PAGA | AUTENTICAÇÃO MECÂNICA





Tarifa Social de Energia Elétrica: Criada pela Lei 10.438, de 26/04/02

NOTA FISCAL - FATURA - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife - PE CEP 50050-902
CNPJ 10.835.932/0001-08 | Ins. Est. 0005943-03 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE

IVONILDO FERREIRA DE BARROS JUNIOR

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

PC PE FELIX BARRETO 13

CPF 794 999 224-68

LIVRAMENTO VITÓRIA DE SANTO ANTAO
VITÓRIA DE SANTO ANTAO PE
55602-360

CLASSIFICAÇÃO
B3 COMERCIAL
COMERCIAL
Monofásico

CIDADA CONTRATO	05/2020
7006571365	
DATA DE VENCIMENTO	05/06/2020
15/05/2020	
TOTAL A PAGAR (R\$)	110,87

CPF DO CLIENTE	DATA	VALOR
107310152	UNICA	09/05/2020

DATA DE VENCIMENTO	Nº DO CLIENTE	Nº DA UNIDADE
05/05/2020	7001259677	5363400

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(MWh)-TUSD	121,0000000	0,42585289	51,54
Consumo Ativo(MWh)-TE	121,0000000	0,35824411	43,34
Contrib. Ilum. Pública Municipal			15,15
ICMS Subvenção-CDE-NE 099525434-07/03/20			0,84

TOTAL DA FATURA

110,87

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR	ATUAL	Nº DE	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (KWH)
301100238	CAT	DATA 37/04/2020 LEITURA 11 476 10	DATA 05/05/2020 LEITURA 11 778 30	21	1,00000		121,20

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

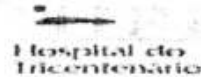
PERÍODO	CONSUMO (KWH)	PERCENTUAL
MAI 20	121	100%
ABR 20	135	
MAR 20	139	
FEV 20	154	
JAN 20	154	
DEZ 19	158	
NOV 19	165	
OUT 19	181	
SET 19	183	
AGO 19	183	
JUL 19	180	
JUN 19	164	
MAY 19	170	

1-00A 0000 4-001 0000 1-000 0000 0000 0000

INFORMAÇÕES DE IMPORTÂNCIA

Pague o valor devido antes do vencimento para evitar juros e multa. O valor devido deve ser pago em nome da Companhia Energética de Pernambuco. Não aceite a entrega de qualquer documento sem a assinatura do responsável. O valor devido deve ser pago em nome da Companhia Energética de Pernambuco. Não aceite a entrega de qualquer documento sem a assinatura do responsável.





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 %

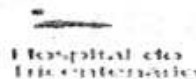
Observação:
FC : 70BPM

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

COREN: 226186
Enf. RAFAELLA MARINHO FALCÃO

Av. Henrique de Holanda nº87, Matriz CEP: 55602-000 - Vitória de Santo Antão/PE
Contato: (81) 3526-8833





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

Av. Henrique de Holanda nº87, Matriz CEP: 55602-000 - Vitória de Santo Antão/PE
Contato: (81) 3526-8833





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

DIAGNOSTICO 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

Av. Henrique de Holanda nº87, Matriz CEP: 55602-000 - Vitória de Santo Antão/PE
Contato: (81) 3526-8833





EDILSON SEVERINO DOS SANTOS			01140162	700902926835
813669	MASCULINO	45a 5m 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 GUERROS BUENOS AIRES - CRM: Nº.28222

Vinicius Guerros
Médico
CRM-PE: 28222

HOSPITAL GETULIO VARGAS - HGV
Av Gal. San Martin, S/N - Cordeiro - Recife - PE - 50630-060
CNPJ - 10.572.048/0005-51
Fone - (81) 3184-5600



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco

HOSPITAL

Getúlio Vargas

Av. General San Martín, S/N, Cordeiro, Recife/PE

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





Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL
Getúlio Vargas



SOLICITAÇÃO DE
BOLETIM DE
ESCLARECIMENTO

NOME DO PACIENTE: <u>Edilson Severino dos Santos</u>			
NOME DA MÃE: <u>Carolina 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>Clat 105-06</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 Companteiro</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 15(QUINZE) DIAS ÚTEIS, PELO TELEFONE - (81) 3184-5662, DE SEGUNDA À QUINTA, DE 08:00h ÀS 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 PRONTUARIO		Recife, <u>10</u> de <u>MAIO</u> de 20 <u>20</u>	
		<u>Mário José de Silva Costa</u>	
		ASSINATURA DO SOLICITANTE E/OU RESPONSÁVEL LEGAL	
		Nº DO RG OU CPF	

Av. Gal. San Martin s/n - Cordeiro
Recife - PE - CEP. 50.630-060
Fone: 0XX 81.3184.5600
E-mail: hgvsec@saude.pe.gov.br

SDC.1001.V.1.2013





HGV - Hospital Getúlio Vargas

CNS: 700802828835198

Paciente: EDILSON SEVERINO DOS SANTOS

Nasc.to: 12/09/1974 Sexo: MASCULINO Fone: (81) 18634-9392

Mae: CRUZA MARIA DOS SANTOS

End: RUA TAMANDARE Nº: 40 Compl: CASA C

Bairro: ALTO JOSE LEAL Cidade: VITORIA DE SANTO ANTAO UF: PE

CEP: 55604260 Dt.Cadastro: 28/12/2019 hs: 21:36 Usuário: CLAUDIOAS

ACESSORPD 17/02/2020 Dt.Impressão: 10/03/2020 14:07

[illegible]













REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
DEPARTAMENTO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO
PATRÃO, INSCRIÇÃO DE IDENTIFICAÇÃO

PE

NOME
EDILSON SEVERINO DOS SANTOS

DOC. IDENTIDADE / ORIG. EMISSOR / UF
5297789 SSP PE

CPF
896.430.974-04

DATA NASCIMENTO
12/09/1974

FILIAÇÃO
JOSE SEVERINO DOS SANTOS
OS
CREUSA MARIA DOS SANTO
S

PERMISSÃO
0000000000

ACC
00000000

CAT. HAB.
AD

Nº REGISTRO
02251753260

VALIDADE
07/03/2023

1ª HABILITAÇÃO
09/12/1996

OBSERVAÇÕES

Edilson Severino dos Santos

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
VITORIA DE SANTO ANTAO, PE

DATA EMISSÃO
07/03/2018

Charles Andreus Sousa Ribeiro
Diretor Presidente

ASSINATURA DO EMISSOR

12602687011
PE094680792

PERNAMBUCO

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1564327930

PROIBIDO PLASTIFICAR
1564327930



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 896 430 924 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 VITÓRIA 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

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

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO APRESENTADA

DATA _____
IDENTIDADE 4493761
ASSINATURA Ivonildo Ferreira

RESPONSÁVEL PELA DIGITALIZAÇÃO NA SEGURADORA
DATA _____
NOME _____
ASSINATURA _____

de 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.º 271	

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

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	

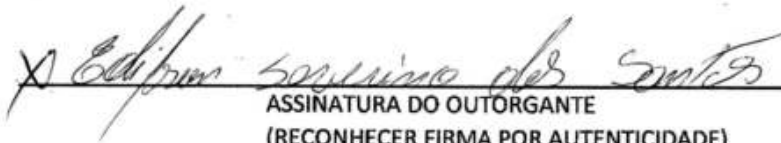
DE SANTO ANTÃO /PE .

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:


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

CPF de: Próprio

Titular do CPF: EDILSON SEVERINO DOS SANTOS

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

