
Rio de Janeiro, 23 de Maio de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190324937

Vítima: SEVERINO SEBASTIAO DA SILVA

Data do Acidente: 02/12/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), SEVERINO SEBASTIAO 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





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, 28 de Maio de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190324937 Vítima: SEVERINO SEBASTIAO DA SILVA

Data do Acidente: 02/12/2018 Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Comunicamos que o pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado e está em análise e o prazo regulamentar de 30 dias foi interrompido para apuração de dados e informações adicionais. Assim que todas as informações forem finalizadas, o prazo voltará a seguir normalmente.

Por favor, aguarde contato e continue acompanhando o seu pedido de indenização através dos canais oficiais da Seguradora Líder DPVAT.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 14 de Junho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190324937

Vítima: SEVERINO SEBASTIAO DA SILVA

Data do Acidente: 02/12/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), SEVERINO SEBASTIAO DA SILVA

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 3.375,00

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um tornozelo 25%	
Graduação: Em grau completo 10%	
% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 25%) 25,00%	
Valor a indenizar: 25,00% x 13.500,00 =	R\$ 3.375,00

Recebedor: SEVERINO SEBASTIAO DA SILVA

Valor: R\$ 3.375,00

Banco: 001

Agência: 000002039-7

Conta: 000008773-4

Tipo: CONTA CORRENTE

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.

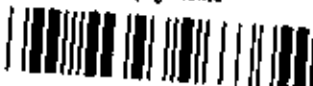
Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura 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



Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: **38268559420** Nome completo da vítima: **SEVERINO SEBASTIÃO DA SILVA**

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

Nome completo: **SEVERINO SEBASTIÃO DA SILVA** CPF: **38268559420**
Profissão: **AGRICULTOR** Endereço: **RUA JOSÉ VITORINO DE ANDRADE** Nº: **70** Complemento: **CASA**
Bairro: **CHÃ DOS VENTOS** Cidade: **MACHADOS** Estado: **RE** CEP: **55740-000**
E-mail: **enderseba@bol.com.br** Tel. (DDD): **1811 49696 4979**

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

REDA MENSAL:
☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANC: **BANCO DO BRASIL (001)**

AGÊNCIA: CONTA:
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência;
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT;
☐ 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

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (na Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____
Grau de Parentesco com a vítima: _____ Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (vã nascitur)? ☐ Sim ☐ Não 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.

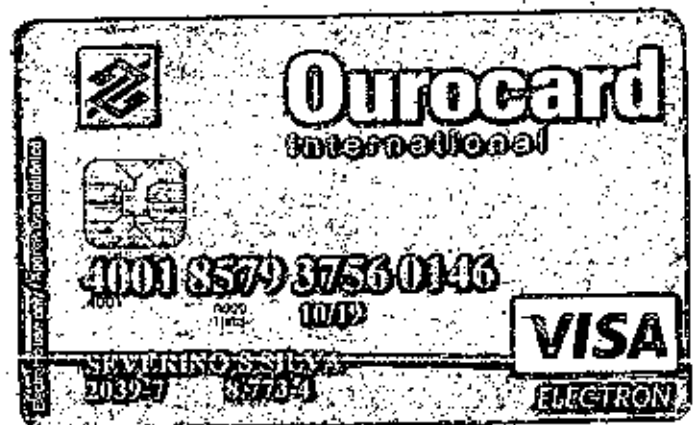
Local e Data: **Oratório, PE, 25 de Abril de 2019**
Nome: _____
CPF: _____

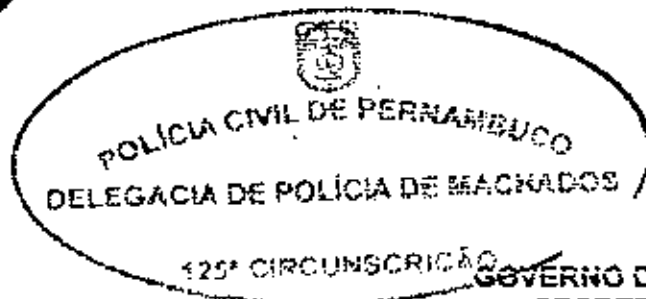
(*) Assinatura de quem assina A ROGO
Severino Sebastião da Silva
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS
1ª Nome: _____
CPF: _____
Assinatura: _____
2ª Nome: _____
CPF: _____
Assinatura: _____

Assinatura do Representante Legal (se houver) _____ Assinatura do Procurador (se houver) _____

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.





Insu
cados

Boletim de ocorrência



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 125ª CIRCUNSCRIÇÃO - MACHADOS - DP125ªCIRC
DINTERM16-DESEG

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 18E0215000408

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 21/12/2018 às 15:31

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia 21/12/2018 no período da Manhã

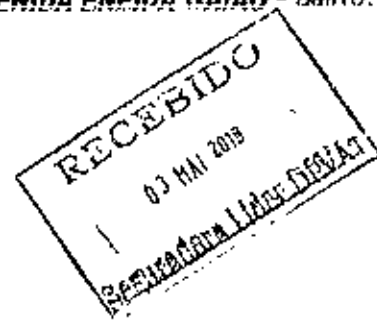
Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE MACHADOS, 001, AVENIDA ENFIDA CAIÃO** - Bairro: **COMAG - MACHADOS/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoas envolvidas na ocorrência:

SUZANA MARIA DA SILVA (AUTOR/AGENTE)
SEVERINO SEBASTIÃO DA SILVA (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): **SEVERINO SEBASTIÃO DA SILVA**



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

SEVERINO SEBASTIÃO DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Nome: **SEVERINO MARIA DE ARAÚJO** Pai: **SEBASTIÃO BARROCA DA SILVA** Data de Nascimento: 2/10/1956 Naturalidade: **MACHADOS / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: 4184167/603/PE (RG), 78268559420 (CPF) Estado Civil: **CASADO(A)** Escolaridade: 4ª. GRAU INCOMPLETO Profissão: **AGRICULTOR(A)** Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE MACHADOS, 001, RUA JOSÉ VITORINO DE ANDRADE - CEP: 55740000 - Bairro: ALENCAR - MACHADOS/PERNAMBUCO/BRASIL**

SUZANA MARIA DA SILVA (não presente ao plantão) - Sexo: **Feminino** Data de Nascimento: 18/04/1985 Naturalidade: **MACHADOS / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: 7051607/202/PE (RG) Estado Civil: **DESCONHECIDO** Escolaridade: **DESCONHECIDO** Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE MACHADOS, 001, RUA JOSÉ VITORINO DE ANDRADE - CEP: 55740000 - Bairro: ALENCAR - MACHADOS/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

MOTOCICLETA (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): **SUZANA MARIA DA SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **SEVERINO SEBASTIÃO DA SILVA**
Categoria/fabricante/marca: **MOTOCICLETA/HONDA/1600** **BRGS** **ESB** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **BRANCA** - Quantidade: **01 UNIDADE NÃO INFORMADA**

Placa: **F0Y5526** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: **466456116** Chassi: **6C2KD06560FR049632**
Ano fabricação/Modelo: **2015/2015**

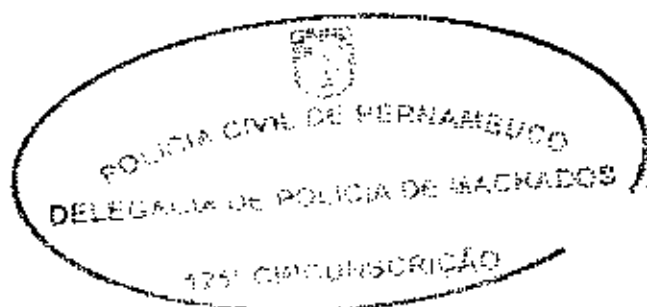
Complemento / Observação

NO DIA 21/12/2018, O SENHOR SEVERINO SEBASTIÃO DA SILVA COMPARECEU A ESTA DELEGACIA PARA REGISTRAR UMA OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO (SEM VÍTIMA FATAL), SOFRIDA PELO PRÓPRIO NOTIFICANTE QUANDO TRAFEGAVA EM UMA MOTOCICLETA BRONZ DE PROPRIEDADE DE SUA FILHA. O FATO OCORRERA NO DIA 02 DE DEZEMBRO DE 2018. SEGUNDO A VÍTIMA, AO FREAR A MOTOCICLETA NUMA PISTA MOLHADA, ESTA ACABOU DERRAPANDO E VIRANDO SOBRE SUA PERNA, CAUSANDO UMA FRATURA NESTE MÊMBO. ATO CONTÍNUO, FORA SOCORRIDO PARA O HOSPITAL EDSON ÁLVARES, LOCALIZADO NA CIDADE DE MACHADOS/PE.

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

Severino Sebastião da Silva
SEVERINO SEBASTIÃO DA SILVA
(VÍTIMA)

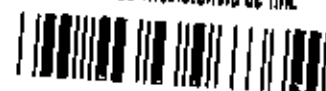
B.O. registrado por: *Wesley José de Ataíde* - Matrícula: 3873510



Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT S.A.
Tel 21 3861-4600 www.seguradoralider.com.br
Rua da Assembleia, 100 - 16º Andar - Edifício City Tower
Centro - Rio de Janeiro - RJ - CEP: 20011-000



Declaração de Inexistência de IMR



O PEDIDO DO SEGURO DPVAT
ENCONTRA-SE DIGITALIZADO NA
PASTA/ABA AUTORIZAÇÃO DE
PAGAMENTO.

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: 07/06/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 3.375,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: SEVERINO SEBASTIAO DA SILVA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 02039-7

CONTA: 000000008773-4

Nr. da Autenticação 2A579543F87F5F8C

COMPANHIA ENERGÉTICA DE PERNAMBUCO AV. JOÃO DE BARROS, 111, BOA VISTA, RECIFE, PERNAMBUCO CEP 50050-902 CNPJ 10.835.932/0001-00 INSCRIÇÃO ESTADUAL 0005943-93		 CELPE www.celpe.com.br		Tarifa Social de Energia Elétrica COMERC Atendimento ao deficiente auditivo Agência de Regulação dos Serviços Públicos de Pernambuco-ARPE: 0800-727-0167-Ligação 3 Agência Nacional de 167-Ligação Gratuita de	
---	--	---	--	--	--

Comprovante de residencia

DADOS DO CLIENTE MARIA JOSE GOMES DA SILVA CPF: 715.210.584-53 NIS: 16382187144		DATA DE VENCIMENTO 01/03/2019 TOTAL A PAGAR (R\$) 0,00		DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL 22/02/2019 DATA DA APRESENTAÇÃO 22/02/2019 NÚMERO DA NOTA FISCAL 052040110	
ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA RUA JOSÉ V ANDRADE 70 CHA DOS VENTOS/MACHADOS 55740-000 MACHADOS PE		CLASSIFICAÇÃO B1 RESIDENCIAL - BAIXA RENDA CC Monofásico			
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		RESERVADO AO FISCO 0CA5.7ADD.0541.00DF.913D.953C.81B			

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL[illegible]



Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4026-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

Eu, SUZANA MARIA DA SILVA
RG nº 7.061607, data de expedição 02/05/02
Órgão SDS-PE, portador do CPF nº 06533674498
com domicílio na cidade de MACHADOS, no Estado de
PERNAMBUCO, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
RUA JOSÉ V. ANDRADE CHÃ DOS VENTOS, nº 70
complemento CASA, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima
SEVERINO SEBASTIÃO DA SILVA, cujo o condutor era
SEVERINO SEBASTIÃO DA SILVA
Veículo: MOTOCICLETA Modelo: HONDA/NXR 160 Ano: 2015
Placa: PDY 8920 Chassi: 9C2KD0800FRO49932
Data do Acidente: 02/12/2018

Local e Data: Machados-PE 15 de Abril de 2019

Suzana Maria da Silva
Assinatura do Declarante

Severino Sebastião da Silva
Assinatura do Condutor

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

Serventia Registral e Notarial de Machados - PE *Luciana Inês da Silva Talafre Talafre*
Rua José V. Andrade - Machados - PE - CEP: 55.710-000 - Tel.: (081) 92785-7901 - E-mail: registrometropolitano@mac.com

Reconheço por AUTENTICIDADE a firma de **SUZANA MARIA DA SILVA**, Machados/PE, 15/04/2019, 16:07:46, em 1 testemunho da da verdade.
Emolumentos: R\$ 3,99 / TSNR: R\$ 0,80 Total: 4,79
RC-4-3664

José Roberto Barbosa
José Roberto Barbosa - Escrevente
Selo Digital: 0159816.SUK04201901.00056

OFÍCIO DE REGISTROS E NOTARIAS
MACHADOS-PE



PREFEITURA MUNICIPAL
DE MACHADOS

O Renascer
Uma nova história.

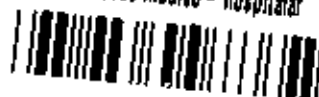


HOSPITAL EDSON ÁLVARES

Rua José Alexandre, 240

Fone: 3649.1162

Documentação médico-hospitalar



FICHA DE EMERGÊNCIA

DATA: 02/12/2018 HORA: 10:46 REGISTRO: 09350

NOME: Servino Sebastião da Silva

SEXO: M IDADE: 62 ESTADO CIVIL: Casado DATA NASC.: 03/00/1956

ENDEREÇO: Rua José Vitorino

RESPONSÁVEL PELO PACIENTE: _____

QUEIXAS: ACIDENTE AUTOCULISTA

com dor e oedema em tornozelo

direito com limitação dos movimentos

em 15

diploma de 22 dias

com dor 42 dias

com dor 42 dias

com dor 42 dias

com dor 42 dias

com dor 42 dias

com dor 42 dias

com dor 42 dias

com dor 42 dias

com dor 42 dias

com dor 42 dias

com dor 42 dias

com dor 42 dias

com dor 42 dias

Dr. Mário Júnior
Clínica Geral
CRM-PE 23472

PREFEITURA MUN. DE MACHADOS
SECRETARIA MUNICIPAL DE S.A. DE
ATESTO QUE A CÓPIA É ORIGINAL
Responsável pelo Atestado
Machados, 21/12/2018

() INTERNAÇÃO () TRANSFERIDO () OBSERVAÇÃO () ÓBITO () ALTA

CÓDIGO PROCEDIMENTO

MÉDICO

RECEPCIONISTA



Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco
Hospital Otávio de Freitas

Nome: SEVERINO SEBASTIÃO DA SILVA
Sexo: MASCULINO
Idade: 62 Anos 1 Mês 29 Dias
CNS: 165727754230008
Médico: SEVERINA MARGA DA SILVA
Especialidade: ACIDENTE VITULINO DE ANDRADE, N.º 70 - BARRIO: ALINCA - CIDADE: MACHADOS - CEARÁ

Idade: 62 Anos 1 Mês 29 Dias
CNS: 165727754230008
Médico: SEVERINA MARGA DA SILVA
Especialidade: ACIDENTE VITULINO DE ANDRADE, N.º 70 - BARRIO: ALINCA - CIDADE: MACHADOS - CEARÁ

Nasc: 03/10/1956

Dados do Atendimento:

Data/Hora Atendi: 02/12/2018 14:01
Prontuário: 1074953
Nº. Atendimento: 3273363
Serviço: CIRURGIA

Enfermagem/Leia:

Médico: MEDICO PLANTONISTA

Admissão

Queixa Principal

DOR E DEFORMIDADE DE MID

História Clínica

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE AUTOMOBILISTICO, RELATA QUE SOFREU LESÃO DIRETA SOBRE MID. QUEIXA-SE DE DOR E RETENÇÃO EM FACE MEDIAL DE PERNA DIREITA

Exame Físico

DEFORMIDADE VASCULAR PRESERVADO
LACERACÃO EM FACE MEDIAL DE TÍBIA DISTAL DIREITA

Observações

FRATURA DISTAL DE TÍBIA DIREITA

Conduta

TRATAMENTO

MARCOS HENRIQUES LYRA FILHO - CRM: Nº CRM24965

13/12/18



PREFEITURA MUNICIPAL
DE MACHADOS

Renovação
Uma nova história



RECEITUÁRIO

Unidade de Saúde: _____

Nome do Paciente: _____

GOVERNADOR SIMÃO DA SILVA
62 anos de idade último
os AÇÕES ATIVIDADES IN
11000, com dor e edema
em região distal de perna
direita. Gw 15

Atividade Física

Necessito avaliação onjoprolo

STAVIO DE FREITAS
5568 928

02/12/18
Data

Dr. Mario Júnior
Clínico Geral
CRM 22.720
Profissional Reg.

HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo:

MANCHESTER_V2

Data e hora retirada da senha: 02/12/2018 14:01

Nome Paciente:	SEVERINO SEBASTIAO DA SILVA
Cód. Paciente:	1074553
Data de Nascimento:	03/10/1956
Sexo:	Masculino
Idade:	62
Senha:	FN0027
Convênio:	2 - SUS - AMBULATORIO
Atendimento:	3273363
SAME:	1074553

Período: 02/12/2018 14:12 - 02/12/2018 14:13

EDNA BARBOSA SILVA - COREN: 41924 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - CLASSIFICAÇÃO

Prioridade: AMARELO - URGENTE

Curr: AMARELO

Queixa Principal: SOFREU ACIDENTE DE MOTO HOJE PELA MANHÃ, ESTAVA DE CAPACETE, CAIU SOZINHO, NÃO REFERE DESMAIO, TRAUMA EM MÍD.

Observação: NEGA DM, HAS OU ALERGIAS. P.A.=139X83MMHG. P=89.

Fisioexame sintoma: QUEDAS.

Discriminador(es): - DOR MODERADA?

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Sinais Vitais Lidos: - RÉGUA DE DOR: 7

Acolhido(a) por: EDNA BARBOSA SILVA - COREN: 41924 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 02/12/2018 14:13



SES/FUSAM

HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS



RELATÓRIO DA OPERAÇÃO

Paciente: SEVERINO SEBASTIAO DA SILVA

Prontuário: 1074553

Cirurgião: DR. THALES COUCEIRO

1º Auxiliar: DR. THIAGO OLIVEIRA

Anestesista: DR. DULCIDIO

Anestesia: RAQUIL

Data da Operação: 03/12/18

Diagnóstico Pré-operatório: FRATURA EXPOSTA DE PERNA DIREITA

Diagnóstico Pós-operatório: FRATURA FECHADA PERNA DIR

Operação Proposta: LIMPEZA CIRURGICA + FIXAÇÃO EXTERNA DA TÍBIA DIR

Operação Realizada: TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA OSSOS PERNA DIR

DESCRIÇÃO DO ATO OPERATÓRIO

1. PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL SOB ANESTESIA
2. ANTISSEPSIA + ASSEPSIA + APOSIÇÃO DOS CAMPOS CIRÚRGICOS ESTEREIS
3. INCISÃO FACE ANTERIOR PERNA D E DISSECÇÃO ATÉ FOCO DE FRATURA
4. LIMPEZA DE FOCO DE FRATURA COM SE ABUNDANTE
5. REDUÇÃO DA FRATURA E FIXAÇÃO COM FIXADOR EXTERNO BIPLANAR
6. SINTESE DE PELE COM NYLON 3,0 + CURATIVO
7. BOA PERFUSÃO DISTAL



ENTREVISTA SERVIÇO SOCIAL

ROT 13.4-01.V1

SETOR:	6 - Trauma		DATA:	02.12.18	
NOME:	Severino Sebastião da Silva				
NOME SOCIAL:					
IDADE:	22	DATA DE NASCIMENTO:	03/10/56	ESTADO CIVIL:	Comado
FILIAÇÃO:	Sebastião Barbosa da Silva e Severina Maria de Araújo				
ENDEREÇO:	R. José Vilanova de Andrade, 175 - O Menor Machado - PE				
PONTO DE REFERÊNCIA:	Próximo à escola Amador José R. do				
TELEFONES:	22 245-6753				
ENTREVISTADO(A):	Severina Maria da Silva		PARENTESCO:	Filho	
DOCUMENTOS: POSSUI () NÃO ()	APRESENTADOS:		ID - 4184267 SSP/PE		

1º ATENDIMENTO () READMITIDO ()	PROCEDÊNCIA:	Hosp. de Machado		
ACOMPANHANTE:	Severina Maria		PARENTESCO:	Filho
TABAGISMO: SIM () NÃO () ABANDONO ()	ÉTICOS: SIM () NÃO () ABANDONO ()			
OUTRAS DROGAS: SIM () NÃO () ABANDONO ()	QUAIS:			
POSSUI NECESSIDADE ESPECIAL: SIM () NÃO ()	QUAIS:			
COBERTURA DE PSF: SIM () NÃO ()	ACOMPANHAMENTO: SIM () NÃO ()			

PROFISSÃO:	ESCOLARIDADE:	Alfabetizado	
VÍNCULO EMPREGATÍCIO: SIM () NÃO ()	OUTROS:	Apresentando	
COMPOSIÇÃO FAMILIAR:	Grupos e Filhos		
APOIO FAMILIAR: SIM () NÃO ()	BENEFÍCIO: PREVIDENCIÁRIO () ASSISTENCIAL () NÃO RECEBE ()		

ALTA HOSPITALAR: SAÍRA ACOMPANHADO () DESACOMPANHADO ()
CONTATO C/ MUNICÍPIO () RECURSOS PRÓPRIOS () CONTATO C/ FAMÍLIA ()

OBSERVAÇÕES: Vítima de acidente de trânsito com fraturas, orientado sobre hosp. cont. acompanhamento
22 245-6753 O. Maria Kelly (Filho)

ASSISTENTE SOCIAL:

043-HOF



EVOLUÇÃO CLÍNICA

NOME:

Severina Sebastião da Silva

CLÍNICA:

Trauma Posto - 3

ENF.: 26

LEITO: 03

DATA

HORA

EVOLUÇÃO

03/12/18

18h

Paciente admitido neste setor, procedente SARA. F.O. distribuído sem agravamento local. Lado HASO. Nega alguns medicamentos. Segue aos cuidados.

03/12/18

22:30h

Paciente PCR. Consciente. Orientado, valores: afebril. AP. MSE, diurese espontânea. Fixação externo MSE. Discreto sangramento local. Realizado curativo compressivo. Segue aos cuidados.

Paciente 340193

REALIZADO ECG

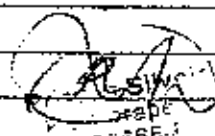
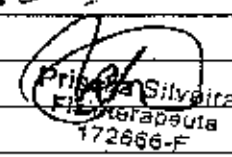
RESPONSÁVEL

DATA:

21/12/18

04/12/18

Fisioterapia Motora (030205001-4)
Realizada fisioterapia ativa MMSS + P/ST / MIE. ativa - assistida em art. livres. M.D.

DATA	HORA	EVOLUÇÃO
4/12/18		Pac. Estável - Agenciado SS VV AM - 7 2º DPO clon. - Trina de Fix. Ext. PRF D: Fim. - macia +, m. c. r; engrandecido 20 tempo. Ana Angelina 26468
05/12/2018		Fisioterapia Motora (030205001-9) Realizada ainesioterapia em MMII Lombares.
		
06/12/2018		Fisioterapia Motora (030205001-9) Membros Lombares.
		
05/12/18		Paciente estável, consciente, Orientado espaciais, pessoais, afetivos. Dieta L.O com orientações. Juntador externo MSE. Edema PE. Segue aos cuidados da equipe.
11/12/18		Paciente melhor estado, consciente orientado, espaciais, pessoais, afetivos. Dieta L.O com orientações. Juntador externo MSE, D(+) E(+) fixados externo MSE, realizou RT hoje, M. f. de conduto medico.
11.12.18		Fisioterapia Motora (030205001-9) Realizada ainesioterapia ativa em articulações livres
		Ana Carolina Fisioterapia CREFITO 26.478



SES/FUSAM
HOSPITAL GERAL OTÁVIO DE FREITAS

Nº REGISTRO:

EVOLUÇÃO CLÍNICA

NOME: *Severino Sebastião*

CLÍNICA:

ENF.:

LEITO:

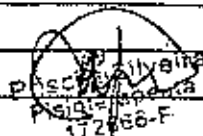
DATA

HORA

EVOLUÇÃO

12/12/2018

*Exame físico: Normal (03020500) -
Maneja bem a dor e quer ir para
alta hospitalar.*





AME-O

Assistência Médica Especializada de Orobó

Guilherme Sebastião do Lenc

LAUDO MÉDICO

Declaro para fins previdenciários que,
Paciente em questão, apresenta sequelas
de fratura diáfiseária de tíbia esquerda, dig.
direita, exposto, tratado com fixador
externo. Apresenta déficit de
doriflexão do pé direito.

CID 10: S82.2 + M25.6

27/03/19

Fone: (81) 9.9515-1771

End. Rua 10 de Janeiro, Nº 11 - Centro - orobó/PE

CEP.: 55745-000



AME-O

Assistência Médica Especializada de Orobó

Declaração

Declaro que o Sr. Severino Sebastião da Silva foi atendido neste consultório pelo Otorrinolaringologista Dr. Marcos Henrique no dia 27/03/2019 às 10:30, Vala 150a

Fone: (81) 9.9515-1771
End. Rua 10 de Janeiro, Nº 11 - Centro - orobó/PE
CEP.: 55745-000

LIB N° 7.116 DE 28/08/83

ADMINISTRAÇÃO DO REGISTRO

Cart. Machado - PE.

DOC. 00888 C. CAS. N° 124, IV. 01. B. 115. 62VS

03-10-1956

NACHADOS - PE

DATA DE NASCIMENTO

Severino Sebastião da Silva

Severina Maria de Araújo

Severino Sebastião da Silva

Severino Sebastião da Silva

113467

04-07-1989

DATA DE EXPIRAÇÃO

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

ESTE CARTÃO É O DOCUMENTO COMPROVANTE DE QUE O TITULAR É PORTADOR DE UM DOCUMENTO DE IDENTIDADE E QUE O TITULAR NÃO POSSUI OUTRO DOCUMENTO DE IDENTIDADE. PARA CONDIÇÃO DE IDENTIFICAÇÃO DE NATURALIZADO, É NECESSÁRIO APROVAÇÃO LOCAL DA SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL.

CARTÃO DE IDENTIDADE

024/0111-5

02-08-89

BANDEIRA

40390/2481

NO CARTÃO DE IDENTIDADE É NECESSÁRIO A ASSINATURA DO FUNCIONÁRIO RESPONSÁVEL, PELA EMISSÃO, E A ASSINATURA DO TITULAR, EM CASO DE REATIVAÇÃO, EM CASO DE REATIVAÇÃO.

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO TAVARES BURL

124

Severino Sebastião da Silva

CARTEIRA DE IDENTIDADE

Severino Sebastião da Silva

03/10/56

DATA DE NASCIMENTO

Severino Sebastião da Silva

782 685 594 20

782685594 20

SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL

DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

Documento de Identificação

DUT



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PE Nº 014206339887
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA	COD. RENAVAM	R.N.T.R.C.	EXERCÍCIO
1	1064561168	*****	2018

NOME
SUZANA MARIA DA SILVA

MACHADOS-PE

CPF / CNPJ
065.336.744-98

PLACA
FDY8920

PLACA ANT / UF
******* / PE**

CNASSI
9C2R008005R049932

ESPÉCIE TIPO
PAS /MOTOCICLETA

COMBUSTÍVEL
ALCO/GASOL

MARCA / MODELO
HONDA/HOR150 PROS RES

ANO FAB. ANO MOD.
2015 2015

CAP / POT / CIL
2P/16ZCL

CATEGORIA
PARTIC

COR PREDOMINANTE
BRANCA

COTA ÚNICA
IPVA 2018 QUITADO

VENC. COTA ÚNICA
1º *****

FAXA IPVA
1

PARCELAMENTO / COTAS

VENC. COTAS
2º ***
3º *******

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$)
SEGURO FAGO

IOF (R\$)

PRÊMIO TOTAL (R\$)

DATA DE PAGAMENTO

OBSERVAÇÕES

AL. FID. ADM CONS RAC HONDA LTDA

MACHADOS

[Assinatura]
Charles Andrews Sousa Ribeiro
Diretor Presidente DETRAN/PE

DATA
15/05/18

DETRAN

CONTRIM

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

Outros



ASL-0162840/19

Vítima: SEVERINO SEBASTIAO DA SILVA

Data do acidente: 02/12/2018

CPF: 782.685.594-20

CPF de: Próprio

Titular do CPF: SEVERINO SEBASTIAO DA
SILVA

Seguradora: Sabemi Seguradora S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de Identificação
DUT
Outros

SEVERINO SEBASTIAO DA SILVA : 782.685.594-20

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.
- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 15/05/2019
Nome: SEVERINO SEBASTIAO DA SILVA
CPF: 782.685.594-20

SEVERINO SEBASTIAO DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 15/05/2019
Nome: Patrícia Aleixo Silva
CPF: 068.500.787-12

Patrícia Aleixo Silva

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA SEVERINO SEBASTIÃO DA SILVA
 DATA DO ACIDENTE 02.12.2018 CPF DA VÍTIMA 78268559420
 PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO SEVERINO SEBASTIÃO DA SILVA
 QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR ☒ VÍTIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM A VÍTIMA É _____
 ENDEREÇO DO PORTADOR RUA JOSÉ VITORINO DE ANDRADE
 Nº 70 COMPLEMENTO CASA BAIRRO CHÁ DO VENTOS
 CIDADE MACHADOS UF PE CEP 55740-000
 E-MAIL enderbrink@ld.com.br TELEFONE (81) 99696 4979
99706 5834

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)
☒ 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)
 OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

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)
 OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- VALORES DE INDENIZAÇÃO
- MORTE = R\$ 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 ENTREGUE

DATA 25-04-2019
 IDENTIDADE 4184767
 ASSINATURA Severino Silva

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA _____
 NOME _____
 ASSINATURA _____

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 7061607 DATA DE EMISSÃO 02.05.2002

NOME SUZANA MARIA DA SILVA

FILIAÇÃO Severino Sebastião da Silva
Maria José Gomes da Silva

NATURALIDADE Machados-PE. DATA DE NASCIMENTO 18.08.1985

DOC ORDEM C.N.8.523 L.A-07 F.116 Cart.
de Machados-PE.

CPF

LEI Nº 7.116 DE 29/06/83

CARTEIRA DE IDENTIDADE

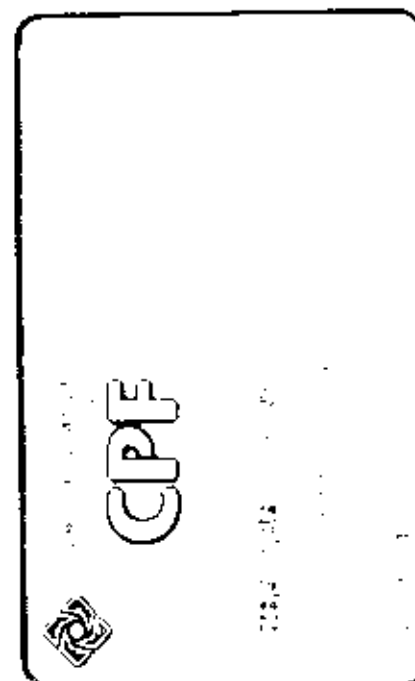
Suzana Maria da Silva



ESTADO DE PERNAMBUCO

REPUBLICA FEDERATIVA

05K.29



Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

Eu, SUZANA MARIA DA SILVA

RG nº 7.061607, data de expedição 02/05/02,

Órgão SDS-PE, CPF nº 06533674498,

venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço

em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito

segundo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>RUA JOSÉ VITORINO DE ANDRADE</u>
Número	<u>70</u>
Apto/Complemento	<u>CASA</u>
Bairro	<u>CHA DOS VENTOS</u>
Cidade	<u>MACHADOS</u>
Estado	<u>PERNAMBUCO</u>
CEP	<u>55740-000</u>
Tel. de contato	<u>(81) 996964979 997065834</u>
E-mail	<u>endoflora@bol.com.br</u>

Por ser verdade, firmo-me

Local e Data: Oxobó, PE, 25 de abril de 2019

X- Suzana Maria da Silva
Assinatura do Declarante

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

COMPANHIA ENERGÉTICA
DE PERNAMBUCO
AV. JOÃO DE BARROS, 111, BOA VISTA,
RECIFE, PERNAMBUCO
CEP 50050-002
CNPJ 10.835.932/0001-08
INSCRIÇÃO ESTADUAL 0005943-93



CELPE

www.celpe.com.br

Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02
COMERCIAL 116 | PRONTIDÃO 116
Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142
Ouvidoria 0800 282 5599
Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados do Estado
de Pernambuco-ARPE: 0800-727-0167-Ligação Grátis de Telefones Fixos
Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL
167-Ligação Grátis de telefones fixos e móveis

DADOS DO CLIENTE

MARIA JOSE GOMES DA SILVA
CPF: 718.216.584-53 NIS: 16382187144

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA JOSÉ V ANDRADE 70

CHA DOS VENTOS/MACHADOS
55740-000 MACHADOS 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

01/03/2019

TOTAL A PAGAR (R\$)

0,00

DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL

22/02/2019

DATA DA APRESENTAÇÃO

22/02/2019

NÚMERO DA NOTA FISCAL

052040110

CONTA CONTRATO

002002519014

Nº DO CLIENTE

2001073705

Nº DA INSTALAÇÃO

0001921634

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL - BAIXA RENDA COM NIS
Monofásico

RESERVADO AO FISCO

0CA5.7ADD.D541.00DF.913D.953C.918A.5BA0

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo até 30 kWh	30,00	0,16388253	5,51
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	37,00	0,31488435	11,65
Contrib. Ilum. Pública Municipal			3,53
Multa por atraso-NF 048250372 - 25/01/19			0,36
Juros por atraso-NF 048250372 - 25/01/19			0,01
TOTAL DA FATURA			21,03

Tarifas Aplicadas		HISTÓRICO DO CONSUMO	
Consumo Ativo até 30 kWh	0,16388253	FEV 19	6,7
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	0,31488435	JAN 19	72
		DEZ 18	43
		NOV 18	49
		OUT 18	71
		SET 18	65
		AGO 18	73
		JUL 18	69
		JUN 18	73
		MAI 18	71
		ABR 18	68
		MAR 18	60
		FEV 18	45

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

	R\$	%
Geração de Energia	7,04	44,52
Transmissão	1,13	8,38
Distribuição (Celpe)	5,26	36,37
Cargos Sociais	0,77	4,45
Tributos	0,68	3,66
Perdas de Energia	1,48	8,67
TOTAL	17,16	100

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

ICMS		PIS		COFINS	
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
0,00		0,00	17,16	0,71	0,12
					17,16
					3,31
					0,56

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

NÚMERO DO MÊS	Tipo da Fatura	Anterior	Atual	Nº DIA	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh
		DATA	LEITURA				
VE2390	CAT	25/01/2019	12.403,00	22/02/2019	12.470,00	26	1.00000

DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 28/03/2019

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	METAS MENSAL	METAS TRIMESTRAL	METAS ANUAL
dez/2018					
DIC-Moeda horas sem Energia	BOM JARDIM	0,00	5,81	11,62	23,64
FIC-Moeda horas sem Energia		0,00	3,42	5,65	13,76
DNIC-Duração máxima de Interrupção contínua		0,00	3,48	0,00	0,00
DICRI-Duração de Interrupção em dia crítico					Linka (50CR): 12,22
EURO-Valor do Encargo de Uso = R\$ 8,43					

Cada Consumidor pode solicitar a separação dos Indicadores DIC, FIC, DNIC e DICRI a qualquer tempo.

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pague no ponto mais perto de você! mais silencioso - epp: machados centro / mundo net: machados
centroLista completa em www.celpe.com.br
Na data da fatura a bandeira em vigor é a Verde. Mais informações em www.aneel.gov.br.
O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento.
Pagto. em atraso gera multa 2%(Res414/ANEEL), Juros 1%a.m(Lei 10.438/02) e atualização monetária no próx. mês
Isenção do ICMS conforme art. 8, XLVII, a, 2.2.2, do RICMS-PE.
Desconto pela aplicação da Tarifa Social de Energia Elétrica criada pela Lei Nº 10.438 de 26/04/02 - R\$ 19,25.
O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial.

NÍVEL DE TENSÃO

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

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

DESTAQUE ADM

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR(R\$)	VENCIMENTO	TALÃO DE PAGAMENTO
002002519014	02/2019	0,00	01/03/2019	Evite dobrar, perfurar ou rasurar. Este canhoto será usado em leitura ótica.

FATURA PAGA

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190324937 **Cidade:** Machados **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: SEVERINO SEBASTIAO DA SILVA **Data do acidente:** 02/12/2018 **Seguradora:** Sabemi Seguradora S/A

PARECER

Diagnóstico: Fratura exposta da tíbia distal direita.

Descrição do exame físico: Ao exame: deformidade, edema, hipotrofia do quadríceps direito e rigidez do tornozelo direito

Resultados terapêuticos: Quadro submetido a tratamento cirúrgico com fixador externo
Alta médica

Sequelas permanentes: Deficit funcional completo (100%) em tornozelo direito

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 31/05/2019

Conduta mantida:

Observações: O exame físico descrito demonstrou que após a consolidação das lesões ocorridas no trauma e o termino do tratamento, há um quadro sequelar caracterizado por restrição dos movimentos habituais em tornozelo direito, portanto mantemos a conduta do médico examinador.

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 completo - 100 %	25%	R\$ 3.375,00
Total			25 %	R\$ 3.375,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190324937 **Cidade:** Machados **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: SEVERINO SEBASTIAO DA SILVA **Data do acidente:** 02/12/2018 **Seguradora:** Sabemi Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 28/05/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA FECHADA DE TÍBIA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIXADOR EXTERNO) E ALTA MÉDICA. PÁG 5

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: % SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

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 funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190324937 **Cidade:** Machados **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: SEVERINO SEBASTIAO DA SILVA **Data do acidente:** 02/12/2018 **Seguradora:** Sabemi Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 28/05/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA FECHADA DE TÍBIA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIXADOR EXTERNO) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

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 funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0162840/19

Vítima: SEVERINO SEBASTIAO DA SILVA

CPF: 782.685.594-20

Seguradora: Sabemi Seguradora S/A

Data do acidente: 02/12/2018

Titular do CPF: SEVERINO SEBASTIAO DA SILVA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

SEVERINO SEBASTIAO DA SILVA : 782.685.594-20

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 15/05/2019
Nome: SEVERINO SEBASTIAO DA SILVA
CPF: 782.685.594-20

SEVERINO SEBASTIAO DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 15/05/2019
Nome: Patricia Aleixo Silva
CPF: 068.500.787-12

Patricia Aleixo Silva

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190324937

Cidade: Machados

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: SEVERINO SEBASTIAO DA SILVA

Data do acidente: 02/12/2018

Seguradora: Sabemi Seguradora S/A

PARECER

Diagnóstico: Fratura exposta da tíbia distal direita.

Descrição do exame físico: Ao exame: deformidade, edema, hipotrofia do quadríceps direito e rigidez do tornozelo direito

Resultados terapêuticos: Quadro submetido a tratamento cirúrgico com fixador externo
Alta médica

Sequelas permanentes: Deficit funcional completo (100%) em tornozelo direito

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 31/05/2019

Conduta mantida:

Observações: O exame físico descrito demonstrou que após a consolidação das lesões ocorridas no trauma e o termino do tratamento, há um quadro sequelar caracterizado por restrição dos movimentos habituais em tornozelo direito, portanto mantemos a conduta do médico examinador.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau completo - 100 %	25%	R\$ 3.375,00
Total			25 %	R\$ 3.375,00

**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas de Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3190324937

Nome do(a) Examinado(a): SEVERINO SEBASTIAO DA SILVA

Endereço do(a) Examinado(a): R JOSE VITORINO ANDRADE, 70 -
MACHADOS/PE - CEP 55740-000

Identificação - Orgão Emissor/UF/Número : 4184167 - SSP PE

Data e Local do Acidente : 02/12/2018

Data e Local do Exame : 31/05/2019 CLINICA AVANCE - RUA NOSSA
SENHORA DE FATIMA, 350 - CARUARU/PE - CEP 55012-600

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

Fratura exposta da tíbia distal direita.

II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

Quadro submetido a tratamento cirúrgico com fixador externo.

III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

Ao exame: deformidade, edema, hipotrofia do quadríceps direito e rigidez do tornozelo direito.

IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada? ☒ Sim ☐ Não

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)? ☒ Sim ☐ Não

VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

Dano funcional do tornozelo direito.

VII. Segundo previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

Vide motivo do impedimento no campo das observações

() “Vítima em tratamento” Esta avaliação médica deve ser repetida em _____ dias

() “Sem sequela permanente” (Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

b) Havendo dano corporal segmentar, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal

tornozelo direito

% do Dano () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa (X) 100% completo

Região Corporal

% do Dano () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal

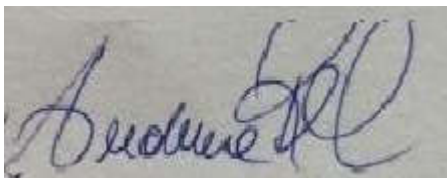
% do Dano () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal

% do Dano () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

VIII.* Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal.

Dano funcional do tornozelo direito. 100%



ANDREA RODRIGUES MADEIRA CRM : 19953 / UF :PE