

## BOLETIM DE EMERGÊNCIA

No. Ocorrência: 0066599

Prontuário: 00002431-7

Idade: 35 ANOS, 5 MESES E 19 DIAS

Nome: TIAGO MANOEL SILVINO

Dt. Nasc.: 04/01/1984 Sexo: M Est. Civil: SOLTEIRO

Endereço: RUA TARCISIO RODRIGUES DA SILVA

CEP: 55820000

Cidade: LAGOA DO CARRO/PE

Bairro: CENTRO

Nac.: BRASIL

Documento:

CNS:

Sisprenatal:

Tel.:

Mãe: HELENA MARIA DO NASCIMENTO SILVINO

Pai:

Profissão: VIGILANTE

Responsável: GILVANETE SILVA - ESPOSA

## Últimas Ocorrências

Data	Nº Ocorrência	Motivo do atendimento
23/06/2019 09:34	0066599	ACIDENTE DE MOTO
05/06/2018 16:13	0034130	DOR
28/05/2018 12:51	0033393	DOR

## PRE-CONSULTA

Urgência ( ) Não Urgência ( ) Emergência ( ) Acidente Trabalho ( ) Acidente Trânsito ( )

Horário	P.A.	Pulso	Peso	Assinatura
09:36	74/100			

## Queixas / Diagnóstico

## Tratamento

Fratura exposta de fêmur  
de pé esquerdo - metatarsos.  
De acidente automobilístico.

① SF 0,3% 500ml  
② Morfina 1mg + 100ml SF 0,9%  
③ Dexametasona de 1mg

HR: 57 11 974

④ Ceftriaxona 1g EV a jejum  
+ DRL 500mg

João Pedro Cavalcanti  
Médico  
CRM PE: 28177  
CID

## Exames complementares

## Impressão diagnóstica

## Motivo da saída:

Residência ☐ Internado ☐

## Justificativa:

## Encaminhado:

## Removido:

## Óbito:

às \_\_\_\_ h \_\_\_\_ m do dia \_\_\_\_

## Data saída:

## Hora saída:

☐ CURATIVO

## ADM MEDICAMENTO:

☐ BÁSICO ☐ ESP☐ NEBULIZAÇÃO☐ RETIRADA DE PONTO

TÉCNICO / COREN

## Consultas / Atendimento Médico:

☐ urgência básica☐ urgência especializada☐ observação básica☐ observação especializada

MÉDICO / CRM

HORÁRIO:

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

TÉCNICO / CONSELHO

HORÁRIO

KOTE SEGUROS  
Erica Araújo  
18/11/19

BRABESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 237            AGÊNCIA: 2373-6            CONTA: 000000429200-6

---

---

DATA DA TRANSFERENCIA:	23/12/2019
------------------------	------------

NUMERO DO DOCUMENTO:
----------------------

VALOR TOTAL:	1.687,50
--------------	----------

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE:    TIAGO MANOEL SILVINO

BANCO:        237

AGÊNCIA:    01783-3

CONTA:        000000029810-7

---

---

Nr. Autenticação

BRABESCO2312201905000000000023701783000000029810168750    PAGO

## DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, tiago manuel silveira

RG nº 6.818.662, data de expedição 02/07/16, Órgão SSIDE

CPF nº 064.814.464-06, 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 seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Rua: +rus</u>
Número	<u>4</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>Prata</u>
Cidade	<u>Lagoa do Lago</u>
Estado	<u>PE</u>
CEP	<u>55820-000</u>
Telefone de Contato	<u>(81) 97915-3756</u>
E-mail	<u>marcelassurati@hotmail.com</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Caruaru 05/10/2019

Assinatura do Declarante: tiago manuel silveira

KOTE SEGUROS  
Erica Araújo  
18/10/19



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

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



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

## DADOS DO CLIENTE

MARLI SEBASTIANA DA CONCEICAO  
CPF: 043.348.354-73

## DATA DE VENCIMENTO

17/10/2019

TOTAL A PAGAR (R\$)

61,67

## DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL

25/09/2019

## DATA DA APRESENTAÇÃO

25/09/2019

## NÚMERO DA NOTA FISCAL

079116700

## CONTA CONTRATO

001399573021

Nº DO CLIENTE  
2002673587Nº DA INSTALAÇÃO  
0001835886

## ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA TRES 4 ...  
QUADRA E

PRATA/LAGOA DO CARRO  
55820-000 LAGOA DO CARRO 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](http://www.celpe.com.br)

## CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL  
Monofásico

## RESERVADO AO FISCO

6C5A.CEF7.9DAA.D86E.2ED0.B934.D592.7F3F

## DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)	76,00	0,77952320	59,24
Acréscimo Bandeira VERMELHA			4,31
Contrib. Ilum. Pública Municipal			4,48
ICMS Subvenção-CDE-NF 071394950-26/07/19			0,62
Multa por atraso-NF 071394950 - 26/07/19			1,39
Juros por atraso-NF 071394950 - 26/07/19			0,18
Atualização IGPM-NF 071394950 - 26/07/19			0,07
Compensação DIC Mensal 07/19			8,62
<b>TOTAL DA FATURA</b>			<b>61,67</b>

## INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

ICMS			PIS			COFINS		
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
63,55	25,00	15,88	63,55	0,81	0,51	63,55	3,72	2,36

EM ATÉ 15 DIAS, DÉBITOS EXISTENTES CAUSARÃO CORTE.

Vencido	DI Realiz	Valor
17/09/19	25/09/19	78,90

Este comunicado NÃO substitui aviso de débitos anteriores e NÃO contempla débitos em discussão judicial. Caso a suspensão do fornecimento persista por dois ciclos de faturamento, poderá ocorrer o encerramento do contrato, podendo também existir cobrança conforme os critérios definidos no Art. 39 REN 414/Anel. Podem ocorrer ações de cobrança, bem como inclusão nos registros de restrições de crédito SPC e SERASA.

## Tarifas Aplicadas

Consumo Ativo(kWh) 6,54933000

## HISTÓRICO DO CONSUMO

	SET 19	AGO 19	JUL 19	JUN 19	MAI 19	ABR 19	MAR 19	FEV 19	JAN 19	DEZ 18	NOV 18	OUT 18	SET 18
Consumo Ativo(kWh)	76	88	88	86	93	88	92	86	89	91	96	90	79

## COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

	R\$	%
Geração de Energia	21,93	34,81
Transmissão	2,20	3,49
Distribuição (Cotop)	13,34	20,38
Encargos Setoriais	3,15	4,93
Tributos	16,75	29,50
Perdas de Energia	4,29	6,81
TOTAL	63,55	100

## DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR DATA	ANTERIOR LEITURA	ATUAL DATA	ATUAL LEITURA	Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh
V20172	CAT	27/09/2019	20.202,00	25/09/2019	20.278,00	29	1,00000	0,00	76,00

DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 26/10/2019

## DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	META MENSAL	META TRIM.	META ANUAL
jul/2019					
DIC-No.de horas sem Energia	CARPINA	21,28	5,31	10,62	21,25
FIC-No.de vezes sem Energia		4,00	3,36	6,60	13,20
DMIC-Duração máxima de interrupção contínua		12,15	3,93	0,00	0,00
DICRI-Duração de interrupção em dia crítico				Limite DICRI: 12,22	
EUSD-Valor de Encargo de Uso = R\$ 22,67					
Todo Consumidor pode solicitar a apuração dos indicadores DIC, FIC, DMIC e DICRI a qualquer tempo.					

## INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pague no ponto mais perto de você! loja bonzinho cel: rua pedro vicente de lima centro / sam e sara supermercado: r pedro vicente de lima 376 centro/Lista completa em [www.celpe.com.br](http://www.celpe.com.br).  
Na data da leitura a bandeira em vigor é a Vermelha. Mais informações em [www.aneel.gov.br](http://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.  
Pagto. em atraso gera multa 2%(Res414/ANEEL), Juros 1%a.m(Lei 10.438/02) e atualização monetária no próx. mês.  
O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial.  
Em caso de suspensão de fornecimento, o encerramento do contrato poderá ocorrer após 2 ciclos de faturamento, podendo também ser cobrado o custo de disponibilidade no ciclo em que ocorrer a suspensão.

## NÍVEIS DE TENSÃO

TENSÃO NOMINAL(V)	LIMITE DE VARIAÇÃO(V)	
	MÍNIMO	MAXIMO
220	202	231
AUTENTICAÇÃO MECÂNICA		

## DESTAQUE AQUI

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR(R\$)	VENCIMENTO	TALÃO DE PAGAMENTO
001399573021	09/2019	61,67	17/10/2019	

838200000002 616700110016 399573021102 141950580833



Evite golpes e fraudes em transações.  
Este canhoto será usado em leitora ótica.

KOTE SEGUROS  
Erica Araujo  
18/10/19

## BOLETIM DE EMERGÊNCIA

No. Ocorrência: 0066599

Prontuário: 00002431-7

Idade: 35 ANOS, 5 MESES E 19 DIAS

Nome: TIAGO MANOEL SILVINO

Dt. Nasc.: 04/01/1984 Sexo: M Est. Civil: SOLTEIRO

Endereço: RUA TARCISIO RODRIGUES DA SILVA

CEP: 55820000

Cidade: LAGOA DO CARRO/PE

Bairro: CENTRO

Nac.: BRASIL

Documento:

CNS:

Sis prenatal:

Tel.:

Mãe: HELENA MARIA DO NASCIMENTO SILVINO

Pai:

Responsável: GILVANETE SILVA - ESPOSA

Profissão: VIGILANTE

## Últimas Ocorrências

Data	Nº Ocorrência	Motivo do atendimento
23/06/2019 09:34	0066599	ACIDENTE DE MOTO
05/06/2018 16:13	0034130	DOR
28/05/2018 12:51	0033393	DOR

## PRE-CONSULTA

Urgência ( ) Não Urgência ( ) Emergência ( ) Acidente Trabalho ( ) Acidente Trânsito ( )

Horário	P.A.	Pulso	Peso	Assinatura
9:30	140x22			

## Queixas / Diagnóstico

Fratura exposta de fêmur  
de PE esquerdo - metatarsos.  
De acidente automobilístico.

## Tratamento

① SF9, 3% 500ml  
② Morfina 1mg + 100ml SF99  
③ Dexametasona de 1mg.

HR: 57 11 974

④ Ceftriaxona 1g EV a jejum  
+ SRL 500ml

João Pedro Cavalcanti  
Médico  
CRM-PE: 28177

## Exames complementares

## Impressão diagnóstica

CID

## Motivo da saída:

Residência ☐ Internado ☐

## Justificativa:

## Encaminhado:

## Removido:

## Óbito:

às \_\_\_\_ h \_\_\_\_ m do dia \_\_\_\_

## Data saída:

## Hora saída:

<input type="checkbox"/> CURATIVO <input type="checkbox"/> NEBULIZAÇÃO		ADM MEDICAMENTO: <input type="checkbox"/> BÁSICO <input type="checkbox"/> ESP <input type="checkbox"/> RETIRADA DE PONTO		TÉCNICO / COREN	
Consultas / Atendimento Médico: <input type="checkbox"/> urgência básica <input type="checkbox"/> urgência especializada <input type="checkbox"/> observação básica <input type="checkbox"/> observação especializada				MÉDICO / CRM	
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO		TÉCNICO / CONSELHO		HORÁRIO	

KOTE SEGUROS  
Erica Araújo  
18/11/19



AO HR (vascular/ortopedia) Lagoa do Carro 15/4



Prefeitura Municipal de  
Lagoa do Carro  
SECRETARIA DE SAÚDE



RECEITUÁRIO MÉDICO

Thiago Manoel Silvano, 35 anos, metecidista,  
vítima de colisão com lacerações de pé  
esquerdo em direção da própria moto.

Múltiplas fraturas em falanges + fratura  
deposta de metacarpo interfalangeana distal,  
lesões de partes moles.

Memorandô médica Israel.

Fizemos analgesia c/, Morfina +  
profilaxia infecciosa c/, 1g Rocefin +  
lavagem abundante c/, SF0,9% +  
curativos. Ao HR: 5711974

23, 06, 10

DATA

PA 140x90  
MGT115

João Pedro Cavalcanti  
Médico  
CRM - PE 28177

Médico(a) CRM

KOTE SEGUROS  
Erica Araújo  
18/10/19

### FICHA DE ESCLARECIMENTO

<b>NOME:</b> TIAGO MANOEL SILVINO	<b>PRONTUÁRIO:</b> 1683140	<b>ATENDIMENTO:</b> 01444825
<b>DATA DE NASCIMENTO:</b> 04/01/1984	<b>FOI ATENDIDO EM:</b> 23/06/2019 Às 11:23	
	<b>DATA DA ALTA:</b> 28/06/2019 ÀS 15:19	

**Diagnóstico Provável:**

FRATURA DE OSSOS DO PÉ (CID: S.92) + LESÃO EXTENSA DE PARTES MOLES DE REGIÃO PLANTAR;

**Tratamento Realizado:**

TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DE OSSOS DO PÉ COM FIO K.

**Observação:**

ALTA DA ORTOPEDIA;  
ANALGESIA + ANTIBIOTICOTERAPIA;  
AFASTAMENTO DAS ATIVIDADES LABORAIS POR 60 DIAS;  
CURATIVO DIÁRIO NO POSTO DE SAÚDE;  
ORIENTAÇÕES GERAIS.

**Encaminhado para:**

RETORNAR PARA O AMBULATORIO DE ORTOPEDIA APOS 21 DIAS PARA DR. HENRIQUE BARBOSA.

Dr. AVNCI A. MERCOT  
Médico  
CREMEPE: 26.742

FRANCISCO STANLEY DAMAS NAPOLEÃO - CRM: Nº.7472

Recife, 28, JUNHO ,2019

**ATENÇÃO:**

Este documento destina-se a comprovação de atendimento hospitalar ou ambulatorial para INSS, Empresas, Escolas, Ministério do Trabalho, Continuidade do Tratamento Ambulatorial, segundo a recomendação Nº 04/2002 do Ministério Público do Estado de Pernambuco.

KOTE SEGUROS  
Erica Araújo  
18/06/19



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco

HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



RECEITUÁRIO MÉDICO

PERNAMBUCO

GOVERNO DO ESTADO

Paciente:

Registro:

Clinica:

Box/Leito/Enfermaria:

LAVO MÉRICO

(INSS)  
TIAGO JAMES SILVA  
foi vítima de  
FURTO (FEE)  
e SUBSTITUIÇÃO A  
CARTÃO EM 23/06/13

RECUPERAÇÃO DE EU  
Refus.  
SILVA JAMES  
23/06/13

Dr. Henrique S. Araújo  
C.R.M. do PE  
5.709.000-0  
C.O.P.E. 11.077

Data:    /    /   

Ass. Carimbo/Médico/CREMEPE

COD. 0340

KOTE SEGURO  
Erica Araújo  
08/10/19



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PE  
Nº 014487832396  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VA 1038298567  
COD. RENAVAM 1038298567  
ENTR 1038298567  
EXERC 2019

TIAGO MANOEL SILVINO

LAGOA DO CARRO-PE

064-614-964-06  
CH/CFUJ  
PLACA PC/9062

PLACA ANT LUF PS  
CHASSI 9C2RD0610ER415828

PAS /MOTOCICLETA

COMPLETIV  
ALCO/GA30L  
MARCA/MODELO HONDA/NXR160 BROS E3DD  
ANO/FAB 2015 2015

CAP/POT/DL 2P/152CL  
CATEGORIA PARTIC  
COR PRINCIPAL PRETA

COTA ÚNICA 1  
IPVA 2019 QUITADO  
VENC. COTA ÚNICA 1x \*\*\*\*\*

FADA IPVA 1  
PARCELAMENTO / COTAS 2x \*\*\*\*\*  
3x \*\*\*\*\*

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) 50.11  
COTA ÚNICA 0.32  
PRÊMIO TOTAL (R\$) 16.55  
DATA DE PAGAMENTO 04/02/19

SEM RESERVA  
DOCUMENTO DE PORTE OBRIGATORIO  
NAO VALIDO PARA TRANSFERENCIA

LAGOA DO CARRO-PE  
Diretor Presidente DETRAN/PE

Roberto Carlos Moreira Fontelle  
Data 05/02/19

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT

PE Nº 014487832396 BILHETE DE SEGURO DPVAT

TIAGO MANOEL SILVINO

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT  
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO  
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br  
SAC DPVAT 0800 022 1204

LAGOA DO CARRO-PE  
EXERCÍCIO 2019  
DATA EMISSÃO 05/02/19

VA 064-614-964-06  
CH/CFUJ  
PLACA PC/9062

FEANVAM 028299567  
MARCA/MODELO HONDA/NXR160 BROS E3DD

ANO/FAB 2015 2015  
CHASSI 9C2RD0610ER415828

PRÊMIO TARIFÁRIO  
FAB (R\$) 28.03  
DETRAN (R\$) 4.01  
CUSTO DO SEGURO (R\$) 40.06

CUSTO DO BILHETE (R\$) 4.15  
IOF (R\$) 0.32  
IOF APOSTILADO ESTADO (R\$) 94.58

DATA DE QUITAÇÃO 04/02/19

SEGURODPVAT

SEGURODPVAT

CNPJ 08.342.402/0001-04

KOTE SEGUROS  
Erica Araujo  
18/10/19

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190597753

**Cidade:** Lagoa do Carro

**Natureza:** Invalidez Permanente

**Vítima:** TIAGO MANOEL SILVINO

**Data do acidente:** 23/06/2019

**Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA EXPOSTA DO 2º, 3º, 4º E 5º DEDOS DO PE ESQUERDO

**Descrição do exame físico:** LIMITAÇÃO MODERADA DA FLEXO-EXTENSÃO DO 2º AO 5º DEDO DO PE ESQUERDO, MAS COM FUNÇÃO GLOBAL DO PE PRESERVADA.

**Resultados terapêuticos:** CONSOLIDAÇÃO TOTAL DAS FRATURAS, MAS DE FORMA VICIOSA DO 5º DEDO.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU LEVE DO PÉ ESQUERDO

**Sequelas:** Com sequela

**Data do exame físico:** 16/12/2019

**Conduta mantida:**

**Observações:**

## 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 pés	50 %	Em grau leve - 25 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190597753 **Cidade:** Lagoa do Carro **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** TIAGO MANOEL SILVINO **Data do acidente:** 23/06/2019 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 05/12/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** FRATURA DE OSSOS DO PÉ ESQUERDO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRURGICO E ALTA MÉDICA.  
P-1-2-3

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento  
faltante:**

**Apontamento do Laudo  
do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das  
sequelas:**

**Documentos  
complementares:**

**Observações:** X-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 pés	50 %	Em grau residual - 10 %	5%	R\$ 675,00
Total			5 %	R\$ 675,00



# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0368444/19

**Vítima:** TIAGO MANOEL SILVINO

**CPF:** 064.814.464-06

**Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

**Data do acidente:** 23/06/2019

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** TIAGO MANOEL SILVINO

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

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

**TIAGO MANOEL SILVINO : 064.814.464-06**

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](http://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: 22/10/2019  
Nome: TIAGO MANOEL SILVINO  
CPF: 064.814.464-06

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 22/10/2019  
Nome: MARIA ERICA ARAUJO COELHO  
CPF: 010.626.514-80

TIAGO MANOEL SILVINO

MARIA ERICA ARAUJO COELHO

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0368444/19

**Número do Sinistro:** 3190597753

**Vítima:** TIAGO MANOEL SILVINO

**CPF:** 064.814.464-06

**Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

**Data do acidente:** 23/06/2019

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** TIAGO MANOEL SILVINO

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

Documentação médico-hospitalar

## 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](http://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: 02/12/2019

Nome: TIAGO MANOEL SILVINO

CPF: 064.814.464-06

TIAGO MANOEL SILVINO

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 02/12/2019

Nome: MARIA ERICA ARAUJO COELHO

CPF: 010.626.514-80

MARIA ERICA ARAUJO COELHO

---

**Rio de Janeiro, 23 de Outubro de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190597753**

**Vítima: TIAGO MANOEL SILVINO**

**Data do Acidente: 23/06/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), TIAGO MANOEL SILVINO**

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você





**Rio de Janeiro, 25 de Dezembro de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190597753**

**Vítima: TIAGO MANOEL SILVINO**

**Data do Acidente: 23/06/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), TIAGO MANOEL SILVINO**

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50
Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos pés 50%	
Graduação: Em grau leve 25%	
% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 50%) 12,50%	
Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 =	R\$ 1.687,50

**Recebedor: TIAGO MANOEL SILVINO**

**Valor: R\$ 1.687,50**

**Banco: 237**

**Agência: 000001783-3**

**Conta: 000000029810-7**

**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](http://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 JSL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

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

5 - Nome completo: 6 - CPF:

7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento:

11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP:

15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD):

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)  
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Bradesco

AGÊNCIA: CONTA:

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 1783 3 CONTA: 0029810 7

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou  
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou  
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

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

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

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



KOTE SEGUROS  
 Erica Araujo  
 30/10/19



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

**Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo**

Número do Sinistro: 3190597753  
Nome do(a) Examinado(a): Tiago Manoel Silvino  
Endereço do(a) Examinado(a): R 3, 4  
Prata Lagoa do Carro PE CEP: 55820-000  
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [ SDS / PE ] 6818662  
Data local do acidente: [ 23/06/2019 ]  
Data local do exame: [ 16/12/2019 ] Recife [ PE ]

**Resultado da Avaliação Médica**

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:  
**FRATURA EXPOSTA DO 2º, 3º, 4º E 5º DEDOS DO PE ESQUERDO**
- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.  
**Tratamento: TRATAMENTO CIRÚRGICO COM LIMPEZA COPIOSA, DEBRIDAMENTO E FIXAÇÃO COM FIOS DE AÇO.**  
**Complicações: SEM COMPLICAÇÕES.**  
**Data da Alta: 28/06/2019**
- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:  
**LIMITAÇÃO MODERADA DA FLEXO-EXTENSÃO DO 2º AO 5º DEDO DO PE ESQUERDO, MAS COM FUNÇÃO GLOBAL DO PE PRESERVADA.**
- IV. Nexo de casualidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?  
**(X) Sim** ( ) Não
- V. Existe seqüela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)  
**(X) Sim** ( ) Não
- VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:  
**DEFICIT FUNCIONAL GLOBAL LEVE AO PE ESQUERDO.**  
Caso a resposta do item V seja ""Não"", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b"
- VII. Segundo o 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 (\*).
- |   |   |
|---|---|
| <p>( ) "Vítima em tratamento"<br/><i>Esta avaliação médica deve ser repetida em      dias</i></p> | <p>( ) "Sem seqüela permanente"<br/><i>(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)</i></p> |
|---|---|
- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.
- |  |   |
|--|---|
| <p>Região Corporal (Sequela):<br/><b>PE - Lado Esquerdo</b><br/>% do dano: ( ) 10% residual <b>(X) 25% leve</b><br/>( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo</p> <p>Região Corporal (Sequela):<br/>% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve<br/>( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo</p> | <p>Região Corporal (Sequela):<br/>% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve<br/>( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo</p> <p>Região Corporal (Sequela):<br/>% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve<br/>( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo</p> |
|--|---|
- VIII. (\*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)  
Carimbo com Nome e CRM

  
DR. LUIZ CASANOVA  
Médico  
CRM: 17761