

## BOLETIM DE EMERGÊNCIA

No. Ocorrência: 0066599

Pronutário: 00002431-7

Nome: TIAGO MANOEL SILVINO

Endereço: RUA TARCISIO RODRIGUES DA SILVA

Cidade: LAGOA DO CARRO/PE Bairro: CENTRO

Documento:

CNS:

Mãe: HELENA MARIA DO NASCIMENTO SILVINO

Profissão: VIGILANTE

Idade: 35 ANOS, 5 MESES E 19 DIAS

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

CEP: 55820000

Nac: BRASIL

Tel.:

Sisprenatal:

Pai:

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
23/06/2019 09:34	100/80				

## Queixas / Diagnóstico

Queixas / Diagnóstico	Tratamento
<p><u>Fratura exposta de fêmur</u>  <u>de pe exposto a mordidas.</u>  <u>HC acidente automobilístico.</u></p>	<p>① SFG 3% 500ml      ② Morfina 0,05 + 100ml SFG      ③ Oxigenio de jato.      HR: 57 11974      ④ Cefaloxina 1g EV agm      5 + SRL 500ml</p>

## Exames complementares

## Impressão diagnóstica

João Pedro Cavalcanti  
 Médico  
 CRM-PE: 28177  
 CID

Motivo da saída:

Residência  Internado 

Justificativa:

Encaminhado:

Removido:

Óbito:

hs \_\_\_\_ h \_\_\_\_ m do dia \_\_\_\_

Data saída:

Hora saída:

CURATIVO	ADM MEDICAMENTO:	TÉCNICO / COREN
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> BÁSICO <input type="checkbox"/> ESP	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> RETIRADA DE PONTO	
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		
HORÁRIO:		
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	TÉCNICO / CONSELHO	HORÁRIO

KOTE SEGUROS  
 Erica Araujo  
 18/06/19

BRADESCO

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

BRADESCO23122019050000000002370178300000029810168750 PAGO

## DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Tiago manoel silvino,  
RG nº 6.818.662, data de expedição 09/07/16, Órgão SDS/SE,  
CPF nº 1164.814.464-06, 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: frus</u>
Número	<u>4</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>Piatã</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>marcelosassou - @ hotmail.com</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Corumbá 05/10/2019

Assinatura do Declarante: Tiago manoel silvino

KOTE SEGURU  
Erica Araújo  
18/10/19

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

COMPANHIA ENERGÉTICA  
DE PERNAMBUCO  
AV. JOSÉ DE BARROS, 111, BOA VISTA,  
RECIFE, PERNAMBUCO  
CEP 50050-902  
CNPJ 10.835.932/0001-05  
INSCRIÇÃO ESTADUAL 0005943-93



Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02  
COMERCIAL 116 | PRONTIDAO 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	DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL	CONTA CONTRATO
<b>17/10/2019</b>	25/09/2019	001399573021
	DATA DA APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE
	25/09/2019	2002673587
	NÚMERO DA NOTA FISCAL	Nº DA INSTALAÇÃO
	079118700	0001835886
CLASSIFICAÇÃO	<b>B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL</b> Monofásico	
RESERVADO AO FISCO	<b>6C5A,CEF7,9DAA,D86E,2ED0,B934,D592,7F3F</b>	

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)

## DESCRÍÇÃO 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>

EM ATÉ 15 DIAS, DÉBITOS EXISTENTES CAUSARÃO CORTE.

Vencido	DI Reais	Valor
17/09/19	25/09/19	78,00

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 Res 414/ANEEL. Pode ocorrer ações de cobrança, bem como inclusão nos registros de restrições de crédito SPC e SERASA.

Tarifas Aplicadas	HISTÓRICO DO CONSUMO
Consumo Ativo(kWh) 8,54933000	kWh
SET 19	76
AGO 19	88
JUL 19	88
JUN 19	86
MAJ 19	93
ABR 19	88
MAR 19	92
FEV 19	86
JAN 19	89
DEZ 18	91
NOV 18	96
OUT 18	99
SET 18	79

## COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

RS	%
Geração de Energia	21,93 34,51
Transmissão	2,29 3,48
Distribuição (Custo)	13,34 20,38
Encargos Sistêmicos	3,15 4,93
Tributos	18,71 29,52
Perdas de Energia	4,29 6,67
<b>TOTAL</b>	<b>63,55 100</b>

## 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		13,15	3,03	0,00	0,00
DICRI-Duração de interrupção em dia crítico			Limite DICRI: 12,22		

EUSD-Valor de Encargo de Uso = R\$ 22,67

Todos Consumidores podem solicitar a apuração das Indicadores DIC, FIC, DMIC e DICRI a qualquer tempo.

## INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pague no ponto mais perto de você! loja bonzinho cell: rua pedro vicente de lima centro / sam e sara supermercado: r pedro vicente de lima 376 centroLista 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.  
Pago, em atraso gera multa 2% (Res414/ANEEL), Juros 1% a.m (Lei 10.438/02) e atualização monetária no prazo, 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)	
	MINÍMO	MÁXIMO
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 dolarização em casa!  
Este canhoto será usado em leitora ótica.



*KOTE SEGUROS  
Erica Araujo  
18/10/19*

## BOLETIM DE EMERGÊNCIA

No. Ocorrência: 0066596

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

Nac: BRASIL

Bairro: CENTRO

Documento:

CNS:

Sisprenatal:

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
9:36	Mix				

## Queixas / Diagnóstico

<p><u>Fratura exposta de fêmur</u>  <u>de perna esquerda</u> - <u>metáfisis</u>.  <u>REC acidente automobilístico.</u></p>	Tratamento
	<p>① SFG 3% 500 ml      ② Morfina 0,05 + 400 ml SFG      ③ Paracetamol de jato -      HR: 57 11974      ④ Cefaloxina 1g EV a jato      + DPL 500ml</p>

## Exames complementares

## Impressão diagnóstica

João Pedro Cavalcanti  
 Médico  
 CRM-DF: 28177  
 CID

Motivo da saída:

Residência  Internado 

Justificativa:

Encaminhado:

Removido:

Óbito:

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

Data saída:

Hora saída:

CURATIVO	ADM MEDICAMENTO:	TÉCNICO / COREN
NEBULIZAÇÃO	BÁSICO <input type="checkbox"/> ESP <input type="checkbox"/>	
	RETIRADA DE PONTO <input type="checkbox"/>	

Consultas / Atendimento Médico:		MÉDICO / CRM
urgência básica	urgência especializada	
observação básica	observação especializada	HORÁRIO:

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	TÉCNICO / CONSELHO	HORÁRIO

KOTE SEGUROS  
 Erica Araujo  
 10/11/19

AO HR (vascular/ortopedia) Glomex 15



Prefeitura Municipal de  
Lagoa do Carro  
SECRETARIA DE SAÚDE



### RECEITUÁRIO MÉDICO

Thiago Manoel Silvino, 35 anos, motociclista, vítima de colisão com lacerações de pé esquerdo em reação da própria moto.

Multiples fraturas em falanges + fratura  
de ~~metatarso~~ interfalangiana distal +  
desconexões de partes moles.

Hemodinâmica instável.

Fizemos analgesia c/ Morfina +  
proteger a infecção c/ Ig Rocegem +  
lavagem abundante c/ SF 0,9% +  
curativo. Ao HR: 5711974

23, 06, 15  
DATA

PI 140x90  
HGT/IS

João Pedro Cavalcanti  
Médico  
CRM - PE: 28177  
Médico(a) CRM

KOTE SEGURO  
Erica Araújo  
18/06/15



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE SAÚDE  
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



## FICHA DE ESCLARECIMENTO

NOME: TIAGO MANOEL SILVINO	PRONTUÁRIO: 1683140	ATENDIMENTO: 01444825
DATA DE NASCIMENTO: 04/01/1984	FOI ATENDIDO EM: 23/06/2019 ÀS 11:23	
DATA DA ALTA: 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 CIRÚRGICO DE FRATURA DE OSSOS DO PÉ COM FIO K.

### Observação:

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

### Encaminhado para:

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

FRANCISCO STANLEY DAMAS NAPOLEAO - 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 SEGUN  
Erica Araujo  
18/06/19



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco

## HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



RECEITUÁRIO MÉDICO PERNAMBUCO

#### REFERENCES AND NOTES

Pacientes: \_\_\_\_\_ Registro: \_\_\_\_\_  
Clínica: \_\_\_\_\_ Box/Leito/Enfermaria: \_\_\_\_\_

Avoo Népico

Tiago Ernesto Silveira (1955/)

firm feɪ̯m

Caracol 23/06/13

NEUTRINOS = ELECTRONS

R. E. Russ-

~~Geo 1923~~ 1925

Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Ass. Carimbo/Médico/CREMEPE

COD. 0340

KOTE SEGUR  
Erica Araujo  
jedolalla

**REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL**  
**MINISTÉRIO DAS CIDADES**

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS NESTE MODO.

DETTRAN - PE		Nº 0144B7832396	
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO			
VIA	ODD. REINAVAN	JN. I.H.C.	EXERCÍCIO
1	103 8299587	1998-99-00-00-00	018

DEPARTMENT

PE N° 014487832396 BILHETE DE SEGURO DPVAT

DETTRAN - PE		Nº 0144B7832396	
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO			
VIA	ODD. REINAVAN	JN. I.H.C.	EXERCÍCIO
1	103 8299587	1998-99-00-00-00-00	018

DEPARTMENT

TIAGO MUNOZ SITLVINO  
LACOR DO CARBON-PE  
069-612-454-06  
ORF/Orf  
FCV9362  
LACAR

卷之三

9C270006104	R426828																				
<table border="1"> <tr> <td colspan="2">/MOTOCICLETA</td> <td colspan="2">COMMERCIAL</td> </tr> <tr> <td colspan="2">MARCAS/Modelo</td> <td colspan="2">HLC/C/GA20L</td> </tr> <tr> <td colspan="2">A / NXR160 ER03 ESDN</td> <td>ANO/06</td> <td>ANO/06</td> </tr> <tr> <td colspan="2">CAP / POT / OIL</td> <td>2015</td> <td>2015</td> </tr> <tr> <td colspan="2">62 CL</td> <td colspan="2">CATEGORIA / PARTIDA</td> </tr> </table>		/MOTOCICLETA		COMMERCIAL		MARCAS/Modelo		HLC/C/GA20L		A / NXR160 ER03 ESDN		ANO/06	ANO/06	CAP / POT / OIL		2015	2015	62 CL		CATEGORIA / PARTIDA	
/MOTOCICLETA		COMMERCIAL																			
MARCAS/Modelo		HLC/C/GA20L																			
A / NXR160 ER03 ESDN		ANO/06	ANO/06																		
CAP / POT / OIL		2015	2015																		
62 CL		CATEGORIA / PARTIDA																			

卷之三

COTA UNICA		VEND. COTA UNICA		VEND. COTAS	
FVA 2019 CUITADO		16% *** * * * *		20% *** * * * *	
FAZIA PVFA		PRINCIPALMENTO / DOTAIS		30% *** * * * *	
TRABALHO (R\$)		Km (R\$)		PRÉMIO TOTAL (R\$)	
1 SEGURO		0,32		0,41650000	
DATA DE PAGAMENTO		09/02/15		DATA DE PAGAMENTO	
OBSERVAÇÕES					

卷之三

DOCUMENTO DE PÓRTE OBRIGATÓRIO  
NÃO VÁLIDO PARA TRANSFERÊNCIA

www.english-test.net

24 JOURNAL OF POLYMER SCIENCE: PART A

1

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** LIMITAÇÃO MODERADA DA FLEXO-EXTENSÃO DO 2º AO 5º DEDO DO PE ESQUERDO, MAS COM FUNÇÃO GLOBAL  
**físico:** 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
<b>Total</b>			<b>12,5 %</b>	<b>R\$ 1.687,50</b>

# 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

**Valorização do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

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

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO 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 ESCARRECER 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

<b>DANOS CORPORAIS COMPROVADOS</b>	<b>Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)</b>	<b>Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)</b>	<b>% Apurado</b>	<b>Indenização pelo dano</b>
Perda funcional completa de um dos pés	50 %	Em grau residual - 10 %	5%	R\$ 675,00
		<b>Total</b>	<b>5 %</b>	<b>R\$ 675,00</b>

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0368444/19

**Vítima:** TIAGO MANOEL SILVINO

**CPF:** 064.814.464-06

**CPF de:** Próprio

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

**Titular do CPF:** TIAGO MANOEL SILVINO

**Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Comprovação de registro de acidente declarado  
Declaração de Inexistência de IML  
Documentação médica-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

**CPF de:** Próprio

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

**Titular do CPF:** TIAGO MANOEL SILVINO

**Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

Documentação médica-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

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 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

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 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, retorno 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 NISL:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:

064.854.464-06 Tiago manel Silvino

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

5 - Nome completo:

Tiago manel Silvino

6 - CPF:

064.854.464-06

7 - Profissão:

funcionário

8 - Endereço:

Rua: tris

9 - Número:

9

10 - Complemento:

11 - Bairro:

Prata

12 - Cidade:

Lagoa do Cano

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

55820-000

15 - E-mail:

tiago.manel.silvino@hotmail.com

16 - Tel (DDD):

(81) 97915-3756

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

RECUSO INFORMAR

R\$1.00 A R\$1.000,00

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

SEM RENDA

R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

Bradesco (237)

Itaú (341)

Banco do Brasil (001)

Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

Bradesco

AGÊNCIA:

1783

3

CONTA:

0029810

7

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização 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 Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

29 - Se tinha filhos, informar

Vivos: Falecidos:

Sim

Não

30 - Vítima deixou nascituro (varônscer)?

Sim

Não

31 - Vítima teve irmãos?

Sim

Não

32 - Se tinha irmãos, informar

Vivos: Falecidos:

Sim

Não

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

Sim

Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devidamente, 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

Informações adicionais que possam auxiliar na análise da sua solicitação

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

40 - Local e Data:

Corumbá, 09/10/2019  
Tiago manel Silvino

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

Enviado em 09/10/2019

38 - 1<sup>a</sup> | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2<sup>a</sup> | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS



XOTE SEGUROS  
Erica Araujo  
18/10/19

**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e  
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas 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 CIRURGICO 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 causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

**(X) Sim**  Não

- V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)

**(X) Sim**  Não

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

**DEFICT 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 (\*).

"Vítima em tratamento"

"Sem sequela permanente"

Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

(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 parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

Região Corporal (Sequela):

**PÉ - Lado Esquerdo**

% do dano:  10% residual **( X ) 25% leve**  
 50% médio  75% intensa  100% completo

% do dano:  10% residual  25% leve  
 50% médio  75% intensa  100% completo

Região Corporal (Sequela):

Região Corporal (Sequela):

% do dano:  10% residual  25% leve  
 50% médio  75% intensa  100% completo

% 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 à valoração do dano corporal.

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

DR. LUIZ CASANDRA  
Médico  
CRM: 17761