



Número: **0018405-52.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção A da 19ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **07/04/2020**

Valor da causa: **R\$ 11.812,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
ANDRE SEVERINO DA SILVA (AUTOR)	JULIANA DE ALBUQUERQUE MAGALHAES (ADVOGADO)
TOKIO MARINE SEGURADORA S.A. (REU)	RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO)
CLAUDIO DA CUNHA CAVALCANTI NETO (PERITO)	

Documentos

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
68809 105	30/09/2020 12:33	<u>2732136_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01</u>	Petição em PDF



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 19ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE RECIFE/PE

Processo: 00184055220208172001

TOKIO MARINE SEGURADORA S.A, empresas seguradoras previamente qualificadas nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada, por seus advogados que esta subscreve, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **ANDRE SEVERINO DA SILVA**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem mui respeitosamente, à presença de V. Ex.^a, em cumprimento ao referido despacho de fls., expor para ao final requerer o que se segue:

A parte autora alegou em sua peça vestibular que foi vítima de acidente automobilístico, restando permanentemente inválida, pleiteando em juízo uma suposta diferença do valor indenizatório liquidado na esfera administrativa, qual seja **R\$ 1.687,50 (UM MIL E SEISCENTOS E OITENTA E SETE REAIS E CINQUENTA CENTAVOS).**

Deste modo, foi nomeado perito por esse d. juízo, a fim de se verificar qual o grau da suposta Invalidez da parte autora.

Ocorre que o laudo pericial ratifica o adimplemento da obrigação com a **liquidação do sinistro na esfera administrativa**, uma vez que a lesão apurada na esfera judicial através da **prova pericial corresponde a valor inferior ao pagamento efetuado administrativamente**, não havendo de se falar em complementação de indenização.

Portanto, é cristalino que o pagamento administrativo realizado encontra-se de acordo com o descrito no laudo apresentado pelo i. Perito, sendo certo que em ambos os casos foram utilizados os critérios de fixação de indenização do ANEXO I da Lei 6.194/74 c/c Súmula 474 do STJ, valor sobre o qual incidiu a repercussão da lesão sofrida a fim de ser fixado o *quantum* indenizatório.

Diante da quitação administrativa, requer que seja acolhida a conclusão pericial, julgando improcedentes os pedidos formulados na exordial.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,
RECIFE, 25 de setembro de 2020.

JOÃO BARBOSA
OAB/PE 4246

ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELO JUNIOR
30225 - OAB/PE

Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020
www.joaoportoadvocacia.com.br



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 30/09/2020 12:33:21
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20093012332148200000067481605>
Número do documento: 20093012332148200000067481605

Num. 68809105 - Pág. 1



Número: **0018405-52.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção A da 19ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **07/04/2020**

Valor da causa: **R\$ 11.812,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado
ANDRE SEVERINO DA SILVA (AUTOR)		JULIANA DE ALBUQUERQUE MAGALHAES (ADVOGADO)
TOKIO MARINE SEGURADORA S.A. (REU)		RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO)
CLAUDIO DA CUNHA CAVALCANTI NETO (PERITO)		
Documentos		
Id.	Data da Assinatura	Documento
68809 123	30/09/2020 12:33	<u>ANEXO 1</u>
Outros (Documento)		



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 27 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190713613 **Vítima: ANDRE SEVERINO DA SILVA**

Data do Acidente: 29/08/2019 **Cobertura: INVALIDEZ**

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ANDRE SEVERINO 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

Pag. 01145/01146 - carta_01 - INVALIDEZ

00020573



Carta nº 15297689



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 30/09/2020 12:33:21
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20093012332155700000067482872>
Número do documento: 20093012332155700000067482872

Num. 68809123 - Pág. 1



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, 30 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190713613

Vítima: ANDRE SEVERINO DA SILVA

Data do Acidente: 29/08/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ANDRE SEVERINO DA SILVA

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 completa da mobilidade de um tornozelo 25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: ANDRE SEVERINO DA SILVA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000000054

Conta: 0000035189-6

Tipo: CONTA POUPANÇA

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 0109301094 - carta_15R - INVALIDEZ
00030547





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:

André Severino da Silva

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

5 - Nome completo:

André Severino da Silva

6 - CPF:

081.210.884-10

7 - Profissão:

funcionário

8 - Endereço:

sítio vista nova

9 - Número:

10

11 - Bairro:

zona rural

12 - Cidade:

magari da mata

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

55800-000

15 - E-mail:

marcelo.assessoria@estmail.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
 SEM RENDA

R\$1.00 A R\$1.000,00
 R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

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

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

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

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 0054

CONTA: 35189

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(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 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

MORTE

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:

NÃO ALFABETIZADO

Sim

29 - Se tinha filhos, informar

30 - Vítima deixou

Sim

Sim

32 - Se tinha irmãos, informar

Sim

Não

Vivos: Falecidos:

Não

Não

Vivos: Falecidos:

Vivos: Falecidos:

Não

Vivos: Falecidos:

Não

Não

Vivos: Falecidos:

Vivos: Falecidos:

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte ácuelles 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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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

38 - 1^a | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2^a | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

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

40 - Local e Data,

Coração, 19/11/2019

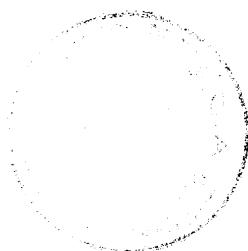
André Severino da Silva

TESTEMUNHAS

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

ENC 001 1002/2010



**GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 051ª CIRCUNSCRIÇÃO - VICÉNCIA - DP51°CIRC DINTER1/11°DESEC**

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N.º 19E0141000667

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **06/11/2019** às **12:08**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado), que aconteceu no dia **29/8/2019** às **08:40**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE VICÉNCIA, 1 - Bairro: CENTRO - VICÉNCIA/PERNAMBUCO/BRASIL**
 - Ponto de Referência: **PASSARELA**
 Local do Fato: **RODOVIA ESTADUAL**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR / AGENTE)
ANDRÉ SEVERINO DA SILVA (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**

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

ANDRÉ SEVERINO DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: **MARIA LUIZA DA SILVA** Pai: **JOSE SEVERINO DA SILVA** Data de Nascimento: **21/07/1988** Naturalidade: **VICÉNCIA / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **88736949008PE (RG)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Profissão: **TRABALHADOR RURAL** Telefones Celulares: **- 934875218**

Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE VICÉNCIA, 1 - CEP: 0 - Bairro: CENTRO - VICÉNCIA/PERNAMBUCO/BRASIL, ENGENHO CACHOEIRA**

DESCONHECIDO (não presente ao plantão) - Sexo: **Desconhecido** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

VEÍCULO (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**
 Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMÓVEL/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
 Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **XXX0000 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)** Renavam: **0000000000000000** Chassi: **0000000000000000**

Complemento / Observação

O NOTICIANTE VEM COMUNICAR QUE POR VOLTA DAS 08H40MIN, DIA 29/08/2019, QUANDO ESTAVA ATRAVESSANDO A PE 74, EMBAIXO DA PASSARELA DA CIDADE, FOI ATINGIDO POR UM VEÍCULO COR VERMELHA, PLACA NÃO



06/11/2019

Boletim de Ocorrência

ANOTADA, QUE PASSOU RAPIDAMENTE E FOI ENFORA, SEM PÁVAR PARA SOCORRÉ-LO. INFORMA QUE SOFREU FRATURA NO PÉ DIREITO, FOI SOCORRIDO PARA A UNIDADE MÉDICA LOCAL E DE LÁ ENCAMPINHADO PARA O HOSPITAL UTAVI DE FRETAS, ONDE FOI CURIADO. DESTACA QUE ATÉ O MOMENTO NÃO CONSEGUIU IDENTIFICAR O VEÍCULO NEM O CONDUTOR.

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

**ANDRÉ SEVERINO DA SILVA
(VITIMA)**

André Severino da Silva

B.O. registrado por: **CARLOS ANDRÉ DE OLIVEIRA ANDRADE** - Matrícula: 220948-7

file:///C:/Users/SDSK/infopd/html/BOLEPreview.html

2/2





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:

André Severino da Silva

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

5 - Nome completo:

André Severino da Silva

6 - CPF:

081.210.884-10

7 - Profissão:

funcionário

8 - Endereço:

sítio vista nova

9 - Número:

10

11 - Bairro:

zona rural

12 - Cidade:

magari da mata

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

55800-000

15 - E-mail:

marcelo.assessoria@estmail.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
 SEM RENDA

R\$1.00 A R\$1.000,00
 R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

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

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

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

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA:

0054

CONTA:

013

6

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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.

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

Declaro, para todos os fins de direito, 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 permanente decorrente 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

MORTE

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

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

nascer

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 ácuelles 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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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

38 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

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

40 - Local e Data, _____

19/11/2019

André Severino da Silva

TESTEMUNHAS

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

ENC 001 1002/2010



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: 14/01/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ANDRE SEVERINO DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00054

CONTA: 000000035189-6

Nr. da Autenticação 7DD0DB18A34FFF64



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 30/09/2020 12:33:21
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20093012332155700000067482872>
Número do documento: 20093012332155700000067482872

Num. 68809123 - Pág. 7

19/11/2019

2a Via de Fatura

NOTA FISCAL | FATURA | CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA - 6/11

COMPANHIA ENERGÉTICA
DE PERNAMBUCO
AV. JOÃO DE BARROS, 111, BOA VISTA,
RECIFE, PERNAMBUCO
CEP 50050-902
CNPJ 10.835.932/0001-08
INSCRIÇÃO ESTADUAL 005943-93



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				
JOSUE JOAO DOS SANTOS				
CPF: 041.450.264-70 NIS: 12651010458				
ENDERECO DA UNIDADE CONSUMIDORA				
SI VISTA NOVA 10				
RURAL/NAZARE DA MATA RURAL 55800-000 NAZARE DA MATA PE				
		DATA DE VENCIMENTO 18/11/2019	DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL 08/11/2019	CONTA CONTRATO 004005044389
		TOTAL A PAGAR (R\$) 15,80	DATA DA APRESENTAÇÃO 08/11/2019	Nº DO CLIENTE 2002207373
		CLASSIFICAÇÃO B1 RESIDENCIAL - BAIXA RENDA COM NIS Monofásico	NÚMERO DA NOTA FISCAL 083832669	Nº DA INSTALAÇÃO 0001975637
		RESERVADO AO FISCO 0C8C.7F4A.EABB.D942.00B6.4F91.DF04.BBA5		

DESCRICAO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL					
DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)		
Consumo Ativo até 30 kWh	30,00	0,19327691	5,79		
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	33,00	0,33133185	10,93		
Acréscimo Bandeira AMARELA			0,34		
Acréscimo Bandeira VERMELHA			0,33		
Multa por atraso-NF 079963037 - 08/10/19			0,35		
Juros por atraso-NF 079963037 - 08/10/19			0,01		
Compensação DIC Mensal 09/19			1,68		
Compensação DIC Trimestral 03/19			0,27		
TOTAL DA FATURA			15,80		
INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS					
ICMS		PIS			
BASE DE CALCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
0,00		0,00	17,39	0,92	0,15
COFINS					
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
17,39		4,25	17,39		0,73

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL									
NÚMERO DO MÉDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
00000000051163257	CAT	08/10/2019	10.406,00	08/11/2019	10.469,00	31	1.00000	0,00	63,00

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES					
DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	META MENSAL	META TRIM.	META ANUAL
set/2019					
DIC-No de horas sem Energia	NAZARE DA MATA	21,41	10,87	21,74	43,49
FIC-No de vezes sem Energia		2,00	7,67	15,34	30,69
DMIC-Duração máxima de interrupção contínua		11,75	5,88	0,00	0,00
DICRI-Duração da interrupção em dia crítico				Limite DICRI: 16,60	
EUSD-Valor do Encargo de Uso = R\$ 8,25					
Todo Consumidor pode solicitar a apuração dos indicadores DIC, FIC, DMIC e DICRI.					

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pague no ponto mais perto de voce! farmacia santa fe: rua bom jesus 75 centro / nairan: r coronel luiz inacio 925

Na data da leitura a bandeira em vigor é a Vermelha. Mais informações em www.aneel.gov.br.

O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de fornecimento.

Pagto. em atraso gora multa 2% (Res414/ANEEL). Juros 1% a.m/Lei 10.433/02) e atualização monetária no próx. mês

Isenção do ICMS conforme art. 9, XLVIII, a, 2.2.2, do RICM-PE.

Desconto pela aplicação da Tarifa Social de Energia Elétrica criada pela Lei Nº 10.438 de 26/04/02 - R\$ 20,53 .

O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial

NÍVEIS DE TENSÃO		
TENSÃO NOMINAL(V)	LIMITE DE VARIAÇÃO(V)	
	MINÍMO	MÁXIMO
220	202	234
AUTENTICAÇÃO MECÂNICA		

DESTAQUE AQUI

DETALHE AQUI			
CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR(R\$)	VENCIMENTO
004005044389	11/2019	15,80	18/11/2019

TALÃO DE PAGAMENTO



— 20 —

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

— 20 —

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

— 20 —

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

141

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 30/09/2020 12:33:21
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2009301233215570000006748287>
Número do documento: 20093012332155700000067482872

Num. 68800123 Pág. 8



SES
HOSPITAL OTÁVIO DE FREITAS

End. Rua Aprígio Guimarães S/N Tejipió – Recife – PE PABX 31828500

RESUMO DE ALTA

Nome: ANDRÉ SEVERINO DA SILVA		
Registro: 1094283	Enf: 34	Leito: 01
DATA DE ENTRADA: 29/08/19 DATA DE SAÍDA: 07/09/19		
DIAGNÓSTICO DE ENTRADA: FRATURA DE TORNOZELO DIREITO		
DIAGNÓSTICO FINAL: O MESMO		
EVOLUÇÃO/EXAMES (EM ENFERMARIA): PACIENTE ADMITIDO COM DOR E EDEMA EM TORNOZELO DIREITO APÓS ATROPELAMENTO EM 29/08. RADIOGRAFIA EVIDENCIOU FRATURA DE TORNOZELO DIREITO. SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO COM RAFI EM 06/09. EVOLUIU COM BOMA ASPECTO DE FERIDA OPERATÓRIA. ALTA COM ORIENTAÇÃO DE PRECEPTÓRIA.		
DEVERÁ COMPARÉCER AO AMBULATÓRIO DE: PÉ PARA CONTROLE EM: 15 DIAS		
MÉDICO RESPONSÁVEL - CRM:		

HOSPITAL OTÁVIO DE FREITAS
 SES/FUSAM
 INST. NACIONAL DE ASSISTÊNCIA MÉDICA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL
 SECRETARIA DE ASSISTÊNCIA MÉDICA SUS-PE

ATESTADO MÉDICO

ATESTO que o segurado ANDRÉ SEVERINO DA SILVA portador da Carteira Profissional nº _____ Série _____ necessita de 15 (QUINZE) dias de afastamento do trabalho, a partir desta data, por motivo de doença.

Diagnóstico: FRATURA DE TORNOZELO DIREITO

Deverá comparecer ao ambulatório de: PÉ
Com 15 dias

Mônica Magalhães
Médica
CRM-PE-29892

Recife, 07/09/19
Mônica Magalhães
Médica
CRM-PE-29892

Médico – CRM –

NOTA: ESTE ATESTADO É VÁLIDO PARA AS FINALIDADES PREVISTAS NO ART. 86 DO RGPS, APROVADO PELO DECRETO N° 60.501 DE 14-03-67 E SERÁ EXPEDIDO PARA JUSTIFICATIVA DE 01 A 15 DIAS DE AFASTAMENTO DO TRABALHO





**SECRETARIA MUNICIPAL DE
SAÚDE DE VICÊNCIA**



PRONTO ATENDIMENTO

PRONTO ATENDIMENTO

REGISTRO N 123
 Consulta Simples
 Consulta com OBS

Nome:	<u>Anderson dos Santos da Silva</u>	<input type="checkbox"/> Consulta Simples
Sexo:	<input checked="" type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino	DN: <u>38</u> Idade: <u>38</u> Estado Civil: <u></u>
Endereço:	<u>Engenho da Chacrinha</u>	Cidade: <u>Viçosa</u> Fone: <u></u>
Cartão do SUS:	<u></u>	
Queixa Principal:	<u>Mal de cabeça</u>	
Exame Principal:	<u>Pressão arterial</u>	<u>140/90</u>
Pressão Arterial:	<u>X</u>	Temperatura: <u>37,5</u>
Prescrição Médica:	Oximetria: <u>97%</u>	HGT: <u></u>

Auxiliar de Enfermagem **g.25.** **Fcu. Gledson G. Reis**
Dr. J. P. G. Reis **Médico**
FERMEPE 21446

Médico





Sec. Municipal de Saúde

UNIDADE MISTA NAÍDE RAMOS MARANHÃO – VICÊNCIA – PE

ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO / CONSULTA DE ENFERMAGEM

CLASSIFICAÇÃO	VERMELHO	AMARELO	VERDE	AZUL
---------------	----------	---------	-------	------

Nome:	NOME SOCIAL:	IDADE:	
André Serrano da Silveira		38	
SITUAÇÃO / SINTOMAS / QUEIXAS / EVENTOS:	HORA:		
acidente carro m n t i m a faturado?			
PROCEDÊNCIA			
RESIDÊNCIA:	VIA PÚBLICA:	TRABALHO:	UNIDADE DE SAÚDE
DOENÇAS PREEXISTENTES: HAB - DMO			
INTOLERÂNCIA / ALERGIA: n/a			

PA	FC	R:	T:	Spo2:	HGT:	GLASGOW	PESO	
140 x 80								
REGUA DE DOR: LEVE				MODERADA		GRAVE		
ACIDENTE DE TRABALHO: SIM () NÃO ()								
CONSCIENTE:	ORIENTADO:	DESORIENTADO:	ANCIOSO:	CALMO:				
AGITADO:	TORPOROSO:	COMATOSO:	NÃO ATENDE A VOZ DE COMANDO:					
RITMO SINUSAL:	PALPITAÇÕES:		TAQUICARDIA:		BRADICARDIA:			
DISPNEIA AOS ESFORÇOS:			DISPNEIA EM REPOUSO:		DISPNEIA P. NOTURNA:			
CIANOSE:		PALIDEZ:		SUDORESE				
DOR TORACICA								
INTENSA		MODERADA:			LEVE			
DURAÇÃO DA DOR: LOCALIZAÇÃO:								
IRRADIAÇÃO DA DOR								
BRAÇO E:	BRAÇO D:	ABDOME:	ESCÂPULA:	MANDÍBULA:	TÓRAX POSTERIOR			
DOR PRESENTE								
EM REPOUSO:		AOS ESFORÇOS:			QUANDO RESPIRA:			
ESTASE DE JUGULAR:		EDEMA DE MMII:		EDEMA DE FACE:		EDEMA OUTROS:		
DEFÍCIT MOTOR FACE:		DM MSD:		DM. MSE:		DM. MID:		
DM. MIE:								

DATA:

29.08.19

ASSINATURA E CARIMBO

Fábio Cordeiro de Moraes
CORDEIRO/2423655





Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco
Hospital Otávio de Freitas

Nome: ANDRE SEVERINO DA SILVA Idade: 39 Anos 2 Meses 8 Dias Nasc.: 21/06/1980
Sexo: MASCULINO CNS: 898004182540257 Contatos: 81. 36411307 | Celular: 81.
Mãe: MARIA LUIZA DA SILVA
Endereço: RUA OLIVEIRA ESTELITA , N.º 0 - BAIRRO: CENTRO - CIDADE: VICENCIAS - UF: PE

Dados do Atendimento:

Data/Hora Atend.: 29/08/2019 14:13
Prontuário: 1094283
Nº. Atendimento: 3371717
Serviço: CIRURGIA

Enfermaria/Leito:

Médico: LUIZ HENRIQUE PEREGRINO BAUDEL

Admissão

Queixa Principal

dor + edema em tornozelo direito após atropelamento há 6hs
APRESENTA FRATURA BIMALEOLAR DE TORNOCOLO DIREITO

História Clínica

ATROPELAMENTO

Exame Físico

BOM

Observações

Conduta

INTERNAÇÃO

LUIZ HENRIQUE PEREGRINO BAUDEL - CRM: N.º 9028

Data/Hora: 29/08/2019 - 15:22

LUIZ HENRIQUE P. BAUDEL
Ortopedista / Traumatologista
CRM-PE 9028 - EOT 8932

29/08/19
29/08/19

Hospital Otávio de Freitas - CNES: 426 - CNPJ: 10.572.048/0004-70
Rua Aprígio Guimarães, s/nº - Tejipió - Recife/PE CEP: 50.920-640 Fone: (81) 3182.8500



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 30/09/2020 12:33:21
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20093012332155700000067482872>
Número do documento: 20093012332155700000067482872

Num. 68809123 - Pág. 12

HOSPITAL OTÁVIO DE FREITAS EMERGÊNCIA

Nome: ANDRE SEVERINO DA SILVA **Atendimento:** 3371717 **Prontuário:** 1094263
Data Nasc.: 21/06/1980 **Idade:** 39 **Nome Social:**
Sexo: MASCULINO **Cor:** PARDA **Religião:**
CPF: RG: **CNS:** 898004182540257
Endereço: RUA OLIVEIRA ESTELITA **Nº:** 0
Bairro: CENTRO **Cidade:** VICENCIA **Estado:** PE
CEP: 55850970 **Fone:** 558136411307 **Celular:**
Acompanhante: **Profissão:**
Nome da Mãe: MARIA LUIZA DA SILVA
Nome do Conjugue:
Clinica: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Exame Principal / HDA:
Dor / Edema em Tornozelo (D)
Mais dor no lado direito.
Exame Físico: PA: _____ FC: _____ FR: _____
Diag. Provisório: Fratura tibial (D)
Internação (D) e cirurgia (D)

1 de 2



HOSPITAL OTÁVIO DE FREITAS
SES/PE

RELATÓRIO DA OPERAÇÃO

NOME DO PACIENTE: ANDRE SEVERINO DA SILVA	Nº DO REGISTRO: 1094383
CLÍNICO: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	Nº DO LEITO: 34-1

OPERADOR: DR DILAMAR PINTO

1º ASSISTENTE: DR TARCISIO	2º ASSISTENTE: DR PEDRO FARIA / DR ARTUR SOARES
INSTRUMENTADOR: CINTIA ANESTESISTA: RAQUIANESTESIA + SEDAÇÃO:	ANESTESISTA: DRA CECILIA DURAÇÃO:

DATA DA OPERAÇÃO: 04/09/19	INÍCIO:	FIM:
--------------------------------------	----------------	-------------

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: FRATURA BIMALEOLAR DE TORNOZELO DIREITO

DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO: O MESMO

OPERAÇÃO PROPOSTA: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA BIMALEOLAR DE TORNOZELO DIREITO

OPERAÇÃO REALIZADA: A MESMA

DESCRÍÇÃO DO ATO OPERATÓRIO

1. PACIENTE EM DDH SOB ANESTESIA
2. ASSEPSIA + ANTISSEPSIA + APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS
3. INCISÃO LATERAL EM MID DIRETAMENTE SOBRE A FIBULA
4. VISUALIZAÇÃO DE FRATURA DE FIBULA
5. REDUÇÃO E FIXAÇÃO DA FIBULA COM PLACA 1/3 DE CANO 3,5 + 3 PARAFUSOS CORTICais + 2 PARAFUSOS ESPONJOSOS
6. INCISÃO MEDIAL EM TORNOZELO DIREITO E VISUALIZAÇÃO DA FRATURA DE MALEOLO MEDIAL
7. REDUÇÃO E FIXAÇÃO DE MALEOLO MEDIAL COM 2 PARAFUSOS ESPONJOSOS + 1 ARRUELA
8. REALIZADO TESTE DE COTTON E OBSERVADO SINDESMOSE INTEGRA
9. LIMPEZA COM SF0.9% + SUTURA POR PLANOS
10. CURATIVO JONNES
11. TALA BOTA MID
12. A SR

EMPRESA: ORTOMÉDICA	MATERIAL USADO: 01 PLACA 1/3 DE CANO 3,5 03 PARAFUSOS CORTICais 04 PARAFUSOS ESPONJOSOS 01 ARRUELA
-------------------------------	---



SES/FUSAM
HOSPITAL GERAL OTÁVIO DE FREITAS N° REGISTRO:

EVOLUÇÃO CLÍNICA

DATA	HORA	EVOLUÇÃO
04/09/19	19:20	Paciente POI consciente, orientado, evoluiu bem, sente dor no membro, realizou apenas movimentos no leito.
04/09/19	19:20	Fisioterapia motora (0300-5001-9). Parte em POI, com muita queixa de dor no membro. Realizou apenas movimentos no leito.
05/09/19	19:20	Paciente estável, consciente, orientado, evoluiu bem, sente dor no membro. Realizou F.T. direito sentado e deitado lateral. Sente dor com movimentos.
05/09/19	19:20	# Enfermagem # # EGR, consciente, orientado em 2ºPO, sem náuseas, hidratado okado, afirma que sente dor, sente bem a dor e eliminações fisiológicas (P), evoluiu bem o sono, deixa aos cuidados da enfermagem.
06/09/19	19:20	Fisioterapia motora (0300-5001-9) Paciente no 2ºPO, sente dor, que atinge as articulações lumbares de MTD e movimentos no leito.

Julia
Rodrigues Rodrigues
Fisioterapeuta
ORF 01103001-9

903-HGOF





SECRETÁRIA ESTADUAL DE SAÚDE DE PERNAMBUCO
HOSPITAL OTÁVIO DE FREITAS
LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS
CNPJ: 10.572.048/0004-70

HOSPITAL
OTÁVIO DE FREITAS

3 de

Pedido: 553598

Prontuário: 1094283

Data do cadastro: 30/08/2019

Nome: ANDRE SEVERINO DA SILVA

Data de Nasc.: 21/06/1980 Idade: 39a 2m 9d

Sexo: M

Setor Solicitante: UND TRAUMATOLOGIA POSTO III

Enferm/Leito: TRAU 34

Nome da Mãe: MARIA LUIZA DA SILVA

Médico Solicitante: ARTUR FREIRE SOARES CRM: 26910

Material: SANGUE TOTAL COM EDTA

Método: Automatizado - SISMEX XN 1000 - com Revisão de Lâmina

ERITROGRAMA

			Valores de Referência
Hemácias.....	4.3	milh/mm ³	4,7 - 6,1
Hemoglobina.....	13.3	g/dL	14,0 - 18,0
Hematócrito.....	36.1	%	42,0 - 52,0
VCM.....	84.0	fL	80 - 98
HCM.....	30.9	pg	27,0 - 31,0
CHCM.....	36.8	g/ dL	32,0 - 36,0
RDW-CV.....	38.5	%	11,0 - 15,0
RDW-SD.....	12.6	fL	

LEUCOGRAMA

			3.500 - 13.000	
	(%)	(/mm ³)	Relativo (%)	Absoluto (/mm ³)
Blastos.....	0	0	0.0 - 4.0	0.0 - 520
Promielócitos.....	0	0	50.0 - 75.0	1.750 - 9.750
Mielócitos.....	0	0	1.0 - 8.0	350 - 1.040
Metamielócitos.....	0	0	0.0 - 2.0	0.0 - 260
Bastões.....	0	0	20.0 - 40.0	70 - 5.200
Segmentados.....	65.9	6069	20.0 - 40.0	70 - 5.200
Eosinófilos.....	2.1	193	0.0 - 2.0	0.0 - 260
Basófilos.....	1.4	129	4.0 - 13.0	45 - 1.690
Linfócitos Tipicos.....	22.0	2026		
Linfócitos Atípicos.....	0	0		
Monócitos.....	8.6	792		

CONTAGEM DE PLAQUETAS: 283.000 /mm³

Valores de Referência

150 - 450

8,0 - 11,0

MPV: 9.3 fL

PDW: 9.6 fL

ASPECTOS CITO-MORFOLÓGICOS

HEMÁCIAS NORMOCÍTICAS E NORMOCRÔMICAS.

LEUCÓCITOS MORFOLOGICAMENTE CONSERVADOS

PLAQUETAS NORMAIS EM NÚMERO E MORFOLOGIA.

Liberado por SIMAO DE ALBUQUERQUE CHAGAS - CRF: 0839 - 30/08/2019 11:25

Assinatura
WALQUIRIA RANGEL DE BARROS
CRBM 12845

Rua Aprigio Guimarães, S/n - Tejipio - Recife-PE, CEP: 50920-640 - Fones: (81) 3182-8549 / 3182-8530 Email: otaviodefreitaslab@hotmail.com



SECRETÁRIA ESTADUAL DE SAÚDE DE PERNAMBUCO
HOSPITAL OTÁVIO DE FREITAS
LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS
CNPJ: 10.572.048/0004-70



1 de 3

Pedido: 553598
Nome: ANDRE SEVERINO DA SILVA

Prontuário: 1094283

Data do cadastro: 30/08/2019

Data de Nasc.: 21/06/1980

Idade: 39a 2m 9d

Sexo: M

Setor Solicitante: UND TRAUMATOLOGIA POSTO III

Enferm/Leito: TRAU 34

Nome da Mãe: MARIA LUIZA DA SILVA

Médico Solicitante: ARTUR FREIRE SOARES CRM: 26910

TEMPO DE PROTROMBINA E ATIVIDADE ENZIMÁTICA

Método: Coagulométrico

Data da coleta:

Tempo de Protrombina: 10.8 segundos
Atividade Enzimática...: 85 %
INR.....: 1.09

Valor de Referência

70 a 120

Relação menor ou igual a 1,25

Liberado por WALQUIRIA RANGEL DE BARROS - CRBM: 2845 - 30/08/2019 11:56

CREATININA

Data da Coleta: 30/08/2019 10:11

Material.: SANGUE

Método...: Química seca - VITROS 4600

Valores de Referência

Resultado: 0,46 mg/dL

Masculino: 0,80 - 1,50 mg/dL

Feminino.: 0,70 - 1,20 mg/dL

Nota: O método utilizado nesta dosagem sofre interferência da presença de Dipirona e N-acetilcisteína provocando diminuição do resultado.

Liberado por WALQUIRIA RANGEL DE BARROS - CRBM: 2845 - 30/08/2019 12:13

PCV
Material: SANGUE

Data da Coleta: 30/08/2019 10:11

Método...: Química seca - VITROS 4600
Resultado: 3,5 mmol/L

Valor de Referência

3,5 - 5,1 mmol/L

Liberado por WALQUIRIA RANGEL DE BARROS - CRBM: 2845 - 30/08/2019 12:13

SÓLIO
Material: SANGUE
Método...: Química seca - VITROS 4600
Resultado: 136 mmol/L

Data da coleta: 30/08/2019 10:11

Valor de Referência
137 - 145 mmol/L

Liberado por WALQUIRIA RANGEL DE BARROS - CRBM: 2845 - 30/08/2019 12:13

WALQUIRIA RANGEL DE BARROS
CRBM :2845
Rua Aprígio Guimarães, S/n - Tejipio - Recife-PE, CEP: 50920-640 - Fones: (81) 3182-8549 / 3182-8530 Email: otaviodefreitaslab@hotmail.com





SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE DE PERNAMBUCO
HOSPITAL OTÁVIO DE FREITAS
LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS
CNPJ: 10.572.048/0004-70



2 de 3

Pedido: 553598

Prontuário: 1094283

Data do cadastro: 30/08/2019

Nome: ANDRE SEVERINO DA SILVA

Data de Nasc.: 21/06/1980 Idade: 39a 2m 9d

Sexo: M

Setor Solicitante: UND TRAUMATOLOGIA POSTO III

Enferm/Leito: TRAU 34

Nome da Mãe: MARIA LUIZA DA SILVA

Médico Solicitante: ARTUR FREIRE SOARES CRM: 26910

Material: SANGUE

Método: Química seca - VITROS 4600

Valor de Referência

Resultado: 22 mg/dL

19 - 43 mg/dL

Data da consulta: 30/08/2019 10:11

Liberado por WALQUIRIA RANGEL DE BARROS - CRBM: 2845 - 30/08/2019 12:13

WALQUIRIA RANGEL DE BARROS
CRBM :2845

Rua Aprigio Guimarães, S/n - Tejipio - Recife-PE, CEP: 50920-640 - Fones: (81) 3182-8549 / 3182-8530 Email: otaviodefreitaslab@hotmail.com



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190713613

Cidade: Vicência

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: ANDRE SEVERINO DA SILVA

Data do acidente: 29/08/2019

Seguradora: Tokio Marine Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 08/01/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE TORNOZELO DIREITO P4

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSO) P6 ALTA.

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

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO TORNOZELO DIREITO.

Documentos complementares:

Observações:

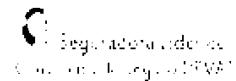
Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
		Total	12,5 %	R\$ 1.687,50



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0463107/19

Vítima: ANDRE SEVERINO DA SILVA

CPF: 081.210.884-10

Seguradora: Tokio Marine Seguradora S/A

Data do acidente: 29/08/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ANDRE SEVERINO DA SILVA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação

ANDRE SEVERINO DA SILVA : 081.210.884-10

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 20/12/2019
Nome: ANDRE SEVERINO DA SILVA
CPF: 081.210.884-10

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 20/12/2019
Nome: MARIA ERICA ARAUJO COELHO
CPF: 010.626.514-80

ANDRE SEVERINO DA SILVA

MARIA ERICA ARAUJO COELHO



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 30/09/2020 12:33:21
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20093012332155700000067482872>
Número do documento: 20093012332155700000067482872

Num. 68809123 - Pág. 20