

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190675863 **Cidade:** Cortês **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** EDILSON SEVERINO DA SILVA **Data do acidente:** 14/06/2019 **Seguradora:** Companhia de Seguros Previdência do Sul

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

**Data da análise:** 11/12/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA EXPOSTA DE TÍBIA E FÍBULA ESQUERDA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE COM HASTE INTRAMEDULAR) E ALTA MÉDICA. PÁG 5

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento  
faltante:**

**Apontamento do Laudo  
do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das  
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

**Documentos  
complementares:**

**Observações:**

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
		<b>Total</b>	<b>17,5 %</b>	<b>R\$ 2.362,50</b>

---

**Rio de Janeiro, 10 de Dezembro de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190675863**

**Vítima: EDILSON SEVERINO DA SILVA**

**Data do Acidente: 14/06/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

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

**Senhor(a), EDILSON 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



**Rio de Janeiro, 20 de Dezembro de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190675863**

**Vítima: EDILSON SEVERINO DA SILVA**

**Data do Acidente: 14/06/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), EDILSON 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\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros

inferiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Recebedor: **EDILSON SEVERINO DA SILVA**

Valor: **R\$ 2.362,50**

Banco: **237**

Agência: **000000882-6**

Conta: **0000019789-0**

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 ASL: 3 - CPF da vítima: **012.701.994-47** 4 - Nome completo da vítima: **EDILSON 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: **EDILSON SEVERINO DA SILVA** 6 - CPF: **012.701.994-47**  
7 - Profissão: **AUTONOMO** 8 - Endereço: **RUA SEN PAULO GUERRA** 9 - Número: **16** 10 - Complemento: **CASA**  
11 - Bairro: **ALTO SANTA TEREZINHA** 12 - Cidade: **CORTES** 13 - Estado: **PE** 14 - CEP: **55525-000**  
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): **81-98626-0027**

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:   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, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ 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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, **RECIFE, 26/11/2019.**

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO

DEPATRI - DELEGACIA DE POLÍCIA DE DELITOS DE TRÂNSITO - DPDT

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E2093000322**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **21/11/2019** às **16:11**

**ATROPELAMENTO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)** que aconteceu no dia **14/6/2019** no período da **Noite**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE CORTES, 1, RUA VALENCIA BORBA - Bairro: CENTRO - CORTES/PERNAMBUCO/BRASIL**  
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

A INVESTIGAR ( AUTOR \ AGENTE )  
FRANKLIN VIDAL DE NEGREIROS ( OUTRO )  
EDILSON SEVERINO DA SILVA ( VITIMA )

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): A INVESTIGAR

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

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

**EDILSON SEVERINO DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: IRACI MARIA DA CONCEIÇÃO Pai: SEVERINO ANTONIO DA SILVAC Data de Nascimento: 9/3/1980 Naturalidade: CORTES / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 6600209/SDS/PE (RG), 01270199447 (CPF) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 2º. GRAU INCOMPLETO Profissão: AUTONOMO(A)**  
Endereço Residencial: **RUA SENADOR PAULO GUERRA, 16 - CEP: 0 - Bairro: CENTRO - CORTES/PERNAMBUCO/BRASIL**

**FRANKLIN VIDAL DE NEGREIROS (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

**VEICULO (VEICULO)** de propriedade do(a) Sr(a): **FRANKLIN VIDAL DE NEGREIROS**, que estava em posse do(a) Sr(a): **A INVESTIGAR**

Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMOVEL/TOYOTA/HILUX** Objeto apreendido: **Não**  
Cor: **PRETA - Quantidade: (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **KKG9881** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)

Complemento / Observação

**INFORMA A VITIMA QUE, AO TENTAR ATRAVESSAR NO ENDWEREÇO CITADA, O MESMO FOI ATROPELADO PELO VEICULO MENCIONADO, ONDE FOI SOCORRIDO PARA A UNIDADE MISTA DE CORTES-PE ELVIRA VALENÇA BORBA E POSTERIORMENTE TRANSFERIDO PARA HOF, COMFORME PRONTUARIO 1088995.**

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

*Edilson Severino da Silva*  
**EDILSON SEVERINO DA SILVA**  
**(VITIMA)**

B.O. registrado por: **ADEILTON PEREIRA GOMES** - Matrícula: **159741-8**



# 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: **012.701.994-47** 4 - Nome completo da vítima: **EDILSON 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: **EDILSON SEVERINO DA SILVA** 6 - CPF: **012.701.994-47**  
7 - Profissão: **AUTONOMO** 8 - Endereço: **RUA SEN PAULO GUERRA** 9 - Número: **16** 10 - Complemento: **CASA**  
11 - Bairro: **ALTO SANTA TEREZINHA** 12 - Cidade: **CORTES** 13 - Estado: **PE** 14 - CEP: **55525-000**  
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): **81-98626-0027**

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:   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, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ 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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, **RECIFE, 26/11/2019.**

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

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:	17/12/2019
------------------------	------------

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

VALOR TOTAL:	2.362,50
--------------	----------

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

CLIENTE:    EDILSON SEVERINO DA SILVA

BANCO:        237

AGÊNCIA:    00882-6

CONTA:        000000019789-0

---

---

Nr. Autenticação

BRABESCO1712201905000000000023700882000000019789236250    PAGO



## GUIA DE TRANSFERÊNCIA / ENCAMINHAMENTO

NOME: Edilson Severino da Silva

REGISTRO: \_\_\_\_\_

RESIDÊNCIA: \_\_\_\_\_

IDADE: 39 anos

HDA: Paciente vítima de atropelamento, alcoolizado,  
Glasgow 13, consciente, pupilas isocóricas e reativas  
AO exame físico: Sem sinais de TCE

Sem sinais de trauma abdominal e  
torácico ou pélvico

AR: MVA em AHT e sinais de lesões / JCV: RCR em et  
Sem sinais de trauma abdominal / BCNT e Sinais

EXAME FÍSICO: FC: 91 SatO<sub>2</sub>: 98% sem torácico, sem pélvico  
PA: 170 x 140 mmHg

\* Membros inferiores: Fratura exposta  
de tíbia e fíbula E

+ Escoriações difusas pelo corpo

HIPÓTESES DIAGNÓSTICAS: ① SR de 500ml + Sanguine de trauma (vermelho E)  
② Captopril 100mg VO de 25mg  
③ Imobilização

CONDUTA: HD: Fratura exposta de tíbia e fíbula E.

TRANSFERÊNCIA/ENCAMINHAMENTO PARA: \_\_\_\_\_

MOTIVO: \_\_\_\_\_

DATA: 14 / 6 / 19

ASSINATURA E CARIMBO: \_\_\_\_\_



NOTA FISCAL • FATURA • CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

Companhia Energética de Pernambuco  
Av. João de Barros, 111. Boa Vista, Recife - PE. CEP 50050-902  
CNPJ 10.835.932/0001-08 | Insc. Est. 0005943-93 | [www.celepe.com.br](http://www.celepe.com.br)

DADOS DO CLIENTE  
MARIA ROSILENE DA SILVA

ENDERECO DA UNIDADE CONSUMIDORA  
RUA SEN PAULO GUERRA 16

CPF 085.337.394-94 NIS 23632997213

ALTO STA TEREZINHA/CORTES  
CORTES PE  
55525-000

**CLASSIFICAÇÃO**  
B1 RESIDENCIAL  
BAIXA RENDA COM NIS

Nº DA NOTA FISCAL	SÉRIE	EMIÇÃO
074305084	ÚNICA	21/08/2019

APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA INSTALAÇÃO
21/08/2019	2002710865	5082631

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO
7001393620	08/2019
DATA DE VENCIMENTO	DATA PRÓXIMA PAGAMENTO
28/08/2019	19/09/2019
TOTAL A PAGAR (R\$)	23,99

## DESCRICAÇÃO DA NOTA FISCAL

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo até 30 kWh	30,0000000	0,18124008	5,73
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	34,0000000	0,32784015	11,14
Acrescimo Bandeira AMARELA			0,13
Acrescimo Bandeira VERMELHA			0,88
Contrib. Ilum. Publica Municipal			6,00
Multa por atraso-NF 070482137 - 22/07/19			0,10

TOTAL DA FATURA

23 99

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (KWH)
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
91158270	CAT	22-07-2019	7 467,00	21-08-2019	7 531,00	30	1,00000		64,00

### HISTÓRICO DE CONSUMO MÊS/AN

### INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
ICMS	17,85	0,74	0,13
PIS	17,85	3,42	0,61
COFINS			

### COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

Descrição	R\$	%
Geração de Energia	R\$ 8,73	49,74%
Transmissão	R\$ 0,86	4,62%
Distribuição (Celpel)	R\$ 5,34	28,85%
Perdas de Energia	R\$ 1,88	9,39%
Encargos Setoriais	R\$ 0,52	2,81%
Tributos	R\$ 0,74	4,14%
<b>Total</b>	<b>R\$ 17,89</b>	<b>100%</b>

### TARIFAS APLICADAS

Consumo Ativo até 30 kWh  
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh

0,1632846  
0,3142200

### RESERVADO AO RISCO

D626 FFOB B07E E81S D6D7 90AA D6B7 6676

### INFORMAÇÕES IMPORTANTES

[illegible]

ATENÇÃO! A CELPE INFORMA QUE VOCÊ POSSUI CONTAS EM ABERTO

EM ATÉ 15 DIAS, DÉBITOS EXISTENTES CAUSARÃO CORTE

Vencido	De resvato	Valor	Vencido	De resvato	Valor
28/05/19	19/06/19	10,74			

As condições gerais de  
torneamento (Resolução ANTT  
414/2010), tarifas, produtos,  
serviços prestados e tributos se  
encontram a disposição, para  
consulta, em nossas unidades de  
atendimento e no site  
[www.cabotagem.br](http://www.cabotagem.br)

Este comunicado NÃO substitui o ato de débitos anteriores e NÃO contempla débitos em discussão judicial. Caso a suspensão do fornecimento por parte por dois ciclos de faturamento, poderá ocorrer o encerramento do contrato, podendo também existir outras condições ou critérios definidos no Art. 39 REN 416/Anel. Podem ocorrer ações de cobrança, bem como inclusão nos registros de restrições de crédito SPC e SERASA.

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES						NÍVEL DE TENSÃO		
	CONJUNTO JOSE MARCAN	VALOR	LIMITE	LIMITE	LIMITE	TENSÃO NOMINAL (V)	NÍVEL DE VARIAÇÃO (V)	
		ANUAL	TRIMESTRAL	ANUAL	MÍNIMO		MÁXIMO	
DIG		0,00	6,15	12,30	24,60	220	202	231
FIC		0,00	3,48	6,97	13,95			
DMIC		0,00	3,63	0,00	0,00			

Limite DICP = 12,22      EUSD - Valor do Engargalo de Uso do Sistema de Distribuição = R\$ 6,42

AUTORIZADO POR REGIME ESPECIAL  
 DESPACHO ICMS-RE Nº 040/2012  
 SEFAZ-PE

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	DATA DE VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR (R\$)
7001393620	08/2019	28/08/2019	23,99

83850000000-8 23990011007-2 00139362010-5 14139396733-0



## GUIA DE TRANSFERÊNCIA / ENCAMINHAMENTO

NOME: Edilson Severino da Silva REGISTRO: \_\_\_\_\_

RESIDÊNCIA: \_\_\_\_\_

IDADE: 39 anos

HDA: Paciente vítima de atropelamento, alcoolizado,  
Glasgow 13, consciente, pupilas isocóricas e fotossensíveis  
AO exame físico: Sem sinais de TCE  
Seus sinais de trauma abdominal e  
torácico e pélvico

AR: MV(H) em HH+ si sinais de pneumonia / JCV: RCR em H  
sem sinais de trauma abdominal BCNT si Hipo  
EXAME FÍSICO: FC: 91 SatO<sub>2</sub>: 98% sem torácico, sem pélvico  
PA: 170 x 140 mmHg

\* Membros inferiores: Fratura exposta  
de tíbia e fíbula E

+ Escoriações difusas pelo corpo.

HIPÓTESES DIAGNÓSTICAS: ① SR de 500ml + Sanguine de trauma (coagul EL)  
② Captopril 100mg VO de 25mg  
③ Imobilização

CONDUTA: HD: Fratura exposta de tíbia e fíbula E.

TRANSFERÊNCIA/ENCAMINHAMENTO PARA: \_\_\_\_\_

MOTIVO: \_\_\_\_\_

DATA: 14/6/19.

ASSINATURA E CARIMBO: \_\_\_\_\_

# HOSPITAL OTÁVIO DE FREITAS EMERGÊNCIA



## 1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: EDILSON SEVERINO DA SILVA

Atendimento: 3344239

Prontuário: 1088995

Data Nasc.: 09/03/1980

Idade: 39

Sexo:

MASCULINO

Nome Social:

Cor: PARDA

Religião:

CPF:

RG:

CNS: 898002933387338

Endereço: RUA SENADOR PAULO GUERRA

Bairro: ALTO SANTA TEREZINHA

Cidade: CORTES

CEP: 55525000

Fone: 558186812245

Nº: 20

Estado: PE

Acompanhante:

Nome da Mãe: IRACI MARIA DA CONCEICAO

Nome do Conjuge:

Clinica: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Celular:

Profissão:

*Handwritten signature and date: 17/06/19*

## 2 - ATENDIMENTO

Data: 14/06/2019 23:19

Médico: MEDICO PLANTONISTA

Queixa Principal / HDA:

*Handwritten notes: Lesão de tendão, Trauma, 14/06/19*

**Dr. George Rocha**  
Ortopedia / Traumatologia  
CRM 15896 TEOT 11537

Exame Físico:

*Handwritten notes: Fêmur sem fratura, oss. pérf. dissecado, veia fém. com 1 puna*

Diag. Provisório:

*Handwritten notes: 1 fratura epifise proximal da fêmur com consolidação, 1 puna no corpo de úngula*

Prescrição:

Data

Dieta:

Horário

*Handwritten notes: HOF, Realizado exames Radiológicos, Rontg AP/PA, 14/06/19*

**Dr. George Rocha**  
Ortopedia / Traumatologia  
CRM 15896 TEOT 11537

**PROTESE**

*Handwritten notes: Obs: Não houve TUS de partes*

*Handwritten notes: de dor no membro superior (Membro superior)*

**REVISADO**

*Handwritten signature and date: 23/07/19*

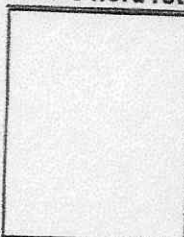
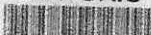


# HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

MANCHESTER\_V2

Data e hora retirada da senha: 14/06/2019 23:19

	Nome Paciente:	EDILSON SEVERINO DA SILVA
	Cód. Paciente:	1088995
	Data de Nascimento:	09/03/1980
	Sexo:	Masculino
	Idade:	39
	Senha:	EA0074
	Convênio:	2 - SUS - AMBULATORIO
	Atendimento:	3344239 
SAME:	1088995	

Período: 14/06/2019 23:30 - 14/06/2019 23:31

MARLY MOTA DA SILVA SOUZA - COREN: 55110 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - CLASSIFICAÇÃO

Prioridade: AMARELO - URGENTE

Cor:  AMARELO

Queixa Principal: PACIENTE VEIO ENCAMINHADO DO HOSPITAL DE CORTEZ SOFREU ATROPELAMENTO POR CARRO HOJE DE NOITE NAO VOMITOU NAO DESMAIOU TRAUMA EM MIE QUEIXA DE DOR FAZ USO DE GARDENAL

Fluxograma sintoma: PROBLEMAS EM EXTREMIDADES

Discriminador(es): - DOR MODERADA?

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Sinais Vitais Lidos: - RÉGUA DE DOR: 5

Acolhido(a) por: MARLY MOTA DA SILVA SOUZA - COREN: 55110 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 14/06/2019 23:31







# HOSPITAL OTÁVIO DE FREITAS SES/PE



## RELATÓRIO DA OPERAÇÃO

NOME DO PACIENTE: EDILSON SEVERINO DA SILVA	Nº DO REGISTRO: 1088995
CLINICO: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA	Nº DO LEITO: 04-02

OPERADOR: DR ÊNIO SIBÉRIO

1º ASSISTENTE: DR JOAQUIM / DR PEDRO	2º ASSISTENTE: DR JANDERSON
INSTRUMENTADOR: CINTIA	ANESTESISTA: DRA VERA
ANESTESIA: RAQUIANESTESIA+SEDAÇÃO	DURAÇÃO:

DATA DA OPERAÇÃO: 18/07/19	INÍCIO:	FIM:
-------------------------------	---------	------

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: FRATURA DE OSSOS DA PERNA ESQUERDO

DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO: O MESMO

OPERAÇÃO PROPOSTA: TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DE OSSOS DA PERNA ESQUERDA

OPERAÇÃO REALIZADA: A MESMA

## DESCRIÇÃO DO ATO OPERATÓRIO

1. PACIENTE EM DDH SOB ANESTESIA
2. ASSEPSIA + ANTISSEPSIA + APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS
3. INCISÃO ANTERIOR EM REGIAO PROXIMAL DE PERNA DIREITA + DIVULSAO POR PLANOS
4. ABERTURA DE CANAL MEDULAR + REDUÇÃO DE FRATURA + COLOCAÇÃO DE FIO GUIA INTRAMEDULAR
5. FRESAGEM DE CANAL INTRAMEDULAR + IMPLANTE DE HASTE INTRAMEDULAR EM TIBIA
6. REALIZADO BLOQUEIO DISTAL E PROXIMAL DE HASTE
7. LIMPEZA COM SF0,9% + SUTURA POR PLANOS
8. CURATIVO

EMPRESA:	MATERIAL USADO:
ORTOMEDICA	01 HASTE DE TIBIA BLOQUEADA
	02 PARAFUSOS PROXIMAIS
	02 PARAFUSOS DISTAIS
	01 TAMPÃO

*Janderson Carvalho*  
27886 PE

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO

09R32

PAUL EDSON CORTES

*Edilson Severino da Silva*

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 6.600.209 DATA DE EXPEDIÇÃO 09/11/2016

NOME << EDILSON SEVERINO DA SILVA >>

FILIAÇÃO << SEVERINO ANTÔNIO DA SILVA >>  
<< IRACÍ MARIA DA CONCEIÇÃO >>

NATURALIDADE CORTÊS - PE DATA DE NASCIMENTO 09/03/1980

IDENTIFICADOR << CN. 6.788 L.A46 F.220 CART. CORTÊS-PE 11.0-09982 >>

ASSINATURA DO DIRETOR

LE Nº 7.118 DE 29/08/83

4174320922021107237914060 F-74 86.599

BRASIL  
(HTTPS://GOV.BR)



Ministério da Fazenda  
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **012.701.994-47**

Nome: **EDILSON SEVERINO DA SILVA**

Data de Nascimento: **09/03/1980**

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data da Inscrição: **19/05/2000**

Digito Verificador: **00**

Comprovante emitido às: **15:26:27** do dia **26/11/2019** (hora e data de Brasília).

Código de controle do comprovante: **9B6C.5DD0.825F.D187**



Este documento não substitui o "Comprovante de Inscrição no CPF"  
(/Servicos/CPF/ImpressaoComprovante/ConsultaImpressao.asp).

(Modelo aprovado pela IN/RFB nº 1.548, de 13/02/2015.)





Seguradora Líder - DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS

ID

### IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA Edilson Saldanha da Silva  
DATA DO ACIDENTE \_\_\_\_\_ CPF DA VÍTIMA \_\_\_\_\_  
PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO \_\_\_\_\_  
QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR ( ) VÍTIMA ( ) REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM A VÍTIMA É \_\_\_\_\_  
ENDEREÇO DO PORTADOR \_\_\_\_\_  
Nº \_\_\_\_\_ COMPLEMENTO \_\_\_\_\_ BAIRRO \_\_\_\_\_  
CIDADE \_\_\_\_\_ UF \_\_\_\_\_ CEP \_\_\_\_\_  
E-MAIL \_\_\_\_\_ TELEFONE (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

MAQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

### DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- ( ) REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- ( ) CARTeira DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ( ) CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ( ) LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- ( ) NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA
- ( ) BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ( ) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- ( ) AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

### DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- ( ) CARTeira DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
  - ( ) CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
  - ( ) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

### DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- ( ) REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- ( ) CARTeira DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ( ) CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ( ) RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SORRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ( ) COMPROVANTES (ORIGINALS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
- ( ) NOTAS FISCAIS (ORIGINALS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ( ) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- ( ) AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

### DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- ( ) CARTeira DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
  - ( ) CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
  - ( ) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

### INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA \_\_\_\_\_  
IDENTIDADE \_\_\_\_\_  
ASSINATURA Edilson Saldanha

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA 23/11/19  
NOME Edsonaldo L.  
ASSINATURA \_\_\_\_\_

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190675863 **Cidade:** Cortês **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** EDILSON SEVERINO DA SILVA **Data do acidente:** 14/06/2019 **Seguradora:** Companhia de Seguros Previdência do Sul

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

**Data da análise:** 11/12/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA EXPOSTA DE TÍBIA E FÍBULA ESQUERDA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE COM HASTE INTRAMEDULAR) E ALTA MÉDICA. PÁG 5

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento  
faltante:**

**Apontamento do Laudo  
do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das  
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

**Documentos  
complementares:**

**Observações:**

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
		<b>Total</b>	<b>17,5 %</b>	<b>R\$ 2.362,50</b>



# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0431899/19

**Vítima:** EDILSON SEVERINO DA SILVA

**CPF:** 012.701.994-47

**Seguradora:** Companhia de Seguros Previdência do Sul

**Data do acidente:** 14/06/2019

**Titular do CPF:** EDILSON SEVERINO DA SILVA

**CPF de:** Próprio

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

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

**EDILSON SEVERINO DA SILVA : 012.701.994-47**

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: 04/12/2019  
Nome: EDILSON SEVERINO DA SILVA  
CPF: 012.701.994-47

EDILSON SEVERINO DA SILVA

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 04/12/2019  
Nome: RAIANNE SILVA BARBOSA  
CPF: 102.869.074-61

RAIANNE SILVA BARBOSA