

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
		Total	17,5 %	R\$ 2.362,50

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.

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: **BRDESCO**

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.**

Edilson Severino da Silva

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 - Culposo (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: **BRDESCO**

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.**

Edilson Severino da Silva

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

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 fotométricas
AO exame físico: Sem sinais de TCE
sem sinais de trauma abdominal
torácico ou pélvico

AR: MVA em AHT si sinais adversários (scv. RCR em et
sem sinais de trauma abdominal) BCNT si sup
EXAME FÍSICO: FC: 91 SatO₂: 98% sem torácico, sem pélvico
PA: 170 x 140 mmHg

* Membros inferiores: Fratura exposta
de tibia e fíbula E

+ Escoriações difusas pelo corpo

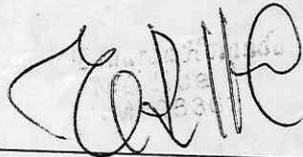
HIPÓTESES DIAGNÓSTICAS: ① SR de 500ml + Sangu de trauma (coágulo EU)
② Ca ptópil sang p VO de 25y
③ Imobilização

CONDUTA: HD: Fratura exposta de tibia 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.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE
MARIA ROSILENE DA SILVA

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA SEN PAULO GUERRA 16

CPF 085 337 334-94 NIS 23632997213

ALTO STA TEREZINHA/CORTES
CORTES PE
55525-000

CLASSIFICAÇÃO
B1 RESIDENCIAL
BAIXA RENDA COM NIS

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

Nº DA NOTA FISCAL	SÉRIE	EMISSÃO
074305084	ÚNICA	21/08/2019
APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA INSTALAÇÃO
21/08/2019	2002710885	5082631

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

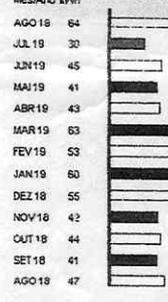
DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo ate 30 kWh	30,0000000	0,19124008	5,73
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	34,0000000	0,32784015	11,14
Acréscimo Bandeira AMARELA			0,13
Acréscimo Bandeira VERMELHA			0,88
Contrib. Ilum. Pública Municipal			5,00
Multa por atraso-NF 070492137 - 22/07/19			0,10

TOTAL DA FATURA 23,99

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR DATA	ANTERIOR LEITURA	ATUAL DATA	ATUAL LEITURA	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (kWh)
91158270	CAT	22-07-2019	7 487,00	21-08-2019	7 531,00	30	1,00000		64,00

HISTÓRICO DE CONSUMO



INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPÓCITO
ICMS	17,85	0,74
PIS	17,85	3,42
COPFINS		0,61

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

Descrição	R\$	%
Geração de Energia	5,73	40,73%
Transmissão	0,83	4,82%
Distribuição (Celpe)	5,34	28,85%
Perdas de Energia	1,68	9,38%
Encargos Setoriais	0,52	2,81%
Tributos	0,74	4,14%
Total	17,83	100%

TARIFAS APLICADAS	Valor
Consumo Ativo ate 30 kWh	0,19328463
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	0,31420200

RESERVAÇÃO DE FICHA
D626 FF0B B07E E315 C6D7 80AA D897 6879

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Por favor, não pague mais por fora de vendas e comércio eletrônico. Para serviços e cobranças, consulte o atendimento ao cliente nos canais de atendimento 800 080 0808 ou pelo site www.celpe.com.br. O cliente é compensado quando há variação na contagem de consumo individual ou do nível de tensão do fornecimento. Pagar em atraso gera multa 2% (Res 414/ANEEL), Juros (Res 10 438/02) e atualização monetária no mês seguinte do ICMIS conforme art. 5, N.º VI, a, 2.2, do RICMS-PE. Desconto pela aplicação da Tarifa Social de Energia Elétrica criada pela Lei nº 10 438 de 26/04/02 - R\$ 20,93. O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo de faturamento 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.

ATENÇÃO! A CELPE INFORMA QUE VOCÊ POSSUI CONTAS EM ABERTO

EM ATÉ 15 DIAS, DÉBITOS EXISTENTES CAUSARÃO CORTE		
Vencido	Débito	Valor
28/05/19	19/06/19	10,24

As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL 414/2010), tarifas, produtos, serviços prestados e tributos se encontram a disposição para consulta em qualquer unidade de atendimento e no site www.celpe.com.br

Este comunicado NÃO substitui o aviso de débitos anteriores e NÃO constitui débitos em discussão judicial. Caso o suspensão do fornecimento por falta de pagamento de faturamento, poderá ocorrer o encerramento do contrato, podendo também existir cobrança contenciosa os critérios contidos no Art. 85, RDN 414/ANEEL. Podem ocorrer ações de cobrança, bem como inclusão nos registros de restrições de crédito SPC e SERASA.

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

CONSUMO	VALOR APLICADO	LIMITE MENSAL	LIMITE TRIMESTRAL	LIMITE ANUAL
DIC	0,00	6,15	12,30	24,60
FIG	0,00	3,48	6,97	13,95
DMIC	0,00	3,63	0,00	0,00

NÍVEL DE TENSÃO

TENSÃO NOMINAL (V)	LIMITE DE VARIAÇÃO (V)	
	MÍNIMO	MÁXIMO
220	202	238

Limite DICR: 12,22 EUSD - Valor do Encargo de Uso do Sistema de Distribuição = R\$ 9,42

AUTORIZADO POR RESOLUÇÃO ESPECIAL DEPENDÊNCIA DE SERVIÇOS DE SUPLENTE

CONTA CONTRATO 7001393620 MÊS/ANO 08/2019 DATA DE VENCIMENTO 28/08/2019 TOTAL A PAGAR (R\$) 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 fotoresistentes
AO exame físico: Sem sinais de TCE
Seus sinais de trauma abdominal e torácico e pélvico

AR: MVA em AHT e sinais de lesões (SVC: RCR em et)
seus sinais de trauma abdominal BCNT e S1/2/3/4/5/6/7/8/9/10
EXAME FÍSICO: FC: 91 SatO₂: 98% em torácico, em pélvico

PA: 170 x 140 mmHg
* Membros inferiores: Fratura exposta
de tibia e fíbula E
+ Escoriações difusas pelo corpo

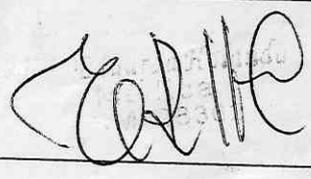
HIPÓTESES DIAGNÓSTICAS: ① SR de 500ml + Sanguine de trauma (coagul E)
② Ca ptópil Sanguine VO de 250g
③ Imobilização

CONDUTA: HD: Fratura exposta de tibia 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:**
CPF: **RG:** **Cor:** PARDA **Religião:**
CNS: 898002933387338
Endereço: RUA SENADOR PAULO GUERRA **Nº:** 20
Bairro: ALTO SANTA TEREZINHA **Cidade:** CORTES **Estado:** PE
CEP: 55525000 **Fone:** 558186812245
Acompanhante: **Celular:**
Nome da Mãe: IRACI MARIA DA CONCEICAO **Profissão:**
Nome do Conjuge:
Clinica: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Não
 assinado pelo HOF
 Daniel A. B. Lima
 17/06/19

2 - ATENDIMENTO Data: 14/06/2019 23:19

Médico: MEDICO PLANTONISTA

Queixa Principal / HDA:

dor de ombro
 T... e...
 há 7h

Dr. George Rocha
 Ortopedia / Traumatologia
 CRM 15896 TEOT 11537

Exame Físico:

Fmto. em pr. n. g. de RA: pr. FG: (R) FR:
 dor. Pres. de...
 ve. o fmto. com de pr. (R)

Diag. Provisório:

(R) fr. de ombro com de pr. (R)
 com. (R) n. s. pr. s. r.
 após de unguem

Prescrição:

Dieta: _____

Data

Horário

HOF

Receita de exames Radiológicos

Röntgen / Básica

Röntgen

ASS.

14/06/19

Dr. George Rocha
 Ortopedia / Traumatologia
 CRM 15896 TEOT 11537

PRÓTESE

Obs: Não mouso TALS DE PAPEROS

pe dor de ombro após (MCOU) 000

REVISADO

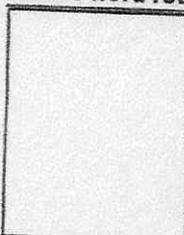
23/07/19

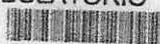
HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS

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

J Anderson Carvalho
27 886 PE

ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO E SERVICIOS DE DEFESA SOCIAL

09R32



PR. EDILSON SEVERINO



Edilson Severino da Silva

CARTEIRA DE IDENTIDADE

REGISTRO
GERAL

6.600.209

DATA DE
EXPIRAÇÃO

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

REGISTRO

<< CN. 6.788 L.A46 F.220 CART.
CORTÊS-PE 11.0.0982 >>

CIT



Ass. Pernambuco S. Autorizado
Selecção de Polícia-Gerente IITB

ASSINATURA DO DIRETOR

LE N.º 7.118 DE 29/08/83

4174320922021107237914060

F-74 86.699

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.)

IDENTIFICAÇÃO

VITÍMA Edilson Saldanha da Silva

DATA DO ACIDENTE _____ CPF DA VITÍMA _____

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO _____

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR () VITÍMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM A VITÍMA 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 VITÍMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () CPF DA VITÍMA (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 VITÍMA 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 VITÍMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- () AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITÍMA (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 VITÍMA 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 VITÍMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () CPF DA VITÍMA (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 (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUANTADAS
- () NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VITÍMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- () AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITÍMA (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 VITÍMA 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 OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 922 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA _____

IDENTIDADE _____

ASSINATURA Edilson Saldanha

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA 23/11/19

NOME Rapuelle L.

ASSINATURA Rapuelle L.

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
		Total	17,5 %	R\$ 2.362,50

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 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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

EDILSON SEVERINO DA SILVA

RAIANNE SILVA BARBOSA