



Número: **0051802-05.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção A da 25ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **04/09/2020**

Valor da causa: **R\$ 12.656,25**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
MANOEL BRAZILINO DA SILVA (AUTOR)		JULIANA DE ALBUQUERQUE MAGALHAES (ADVOGADO)	
TOKIO MARINE SEGURADORA S.A. (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
69190052	07/10/2020 15:40	ANEXO 1	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, 09 de Julho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200244511

Vítima: MANOEL BRAZILINO DA SILVA

Data do Acidente: 17/03/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MANOEL BRAZILINO 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

Carta nº 15930503





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, 23 de Julho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200244511

Vítima: MANOEL BRAZILINO DA SILVA

Data do Acidente: 17/03/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), MANOEL BRAZILINO 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\$ 843,75

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos punhos
25%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 25%) 6,25%

Valor a indenizar: 6,25% x 13.500,00 = R\$ 843,75

Recebedor: **MANOEL BRAZILINO DA SILVA**

Valor: **R\$ 843,75**

Banco: **104**

Agência: **000001242**

Conta: **000000031425-1**

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, 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:

☐ CAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:

71512470449 MANOEL BRASILINO 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:

MANOEL BRASILINO DA SILVA

7 - Profissão:

APOSENTADO

8 - Endereço:

RUA PROF ANA MARIA VAZ ANDRADE

6 - CPF:

71512470449

11 - Bairro:

NOVO

12 - Cidade:

TRACUNHAÉM

9 - Número:

95

10 - Complemento:

-

15 - E-mail:

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

55805-000

16 - Tel. (DDD):

(81) 999004994

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\$1.000,00 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 POUANÇA (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:

1242

CONTA:

000314251

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (no Civil)

☐ Divorciado

☐ Separado Judicialmente

☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim ☐ Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos?

☐ Sim ☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos:

Falecidos:

30 - Vítima deixou nasoturo (val nasotro)?

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

34

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

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

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, TRACUNHAÉM 27.06.2020

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
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 045ª CIRCUNSCRIÇÃO - CARPINA - DP 45ª CIRCUNSCRIÇÃO
DINTER/11ª DESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **20E0135001055**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **05/05/2020** às **12:22**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **17/3/2020** no período da **Tarde**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE CARPINA, 1, TREVO, PRÓXIMO A AUTO MOLAS DE INALDO** - Bairro: **SANTO ANTONIO - CARPINA/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **RODOVIA FEDERAL**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

NÃO SE APLICA (AUTOR/AGENTE)
JOALDO AMORIM DE SOUZA (OUTRO)
MANOEL BRASILIANO DA SILVA (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **MANOEL BRASILIANO DA SILVA**

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

MANOEL BRASILIANO DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **SEVERINA ANA DA CONCEIÇÃO** Data de Nascimento: **25/3/1954** Naturalidade: **BUENOS AIRES / PERNAMBUCO / BRASIL**
Endereço Residencial: **RUA PROFESSORA ANA VAZ DE ANDRADE, 95 - CEP: 0 - Bairro: BAIRRO NOVO - TRACUNHAEM/PERNAMBUCO/BRASIL**

JOALDO AMORIM DE SOUZA (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**
Endereço Residencial: **RUA PROFESSORA ANA VAZ DE ANDRADE, 80 - CEP: 0 - Bairro: BAIRRO NOVO - TRACUNHAEM/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **JOALDO AMORIM DE SOUZA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **MANOEL BRASILIANO DA SILVA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 125 FAN ES** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **ROXA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PFU2780** (PERNAMBUCO/TRACUNHAEM)

<http://200.238.83.36/pernambuco/VisualizaBO.do?idUn=135&idOc=8392550&nroB...> 05/05/2020



Complemento / Observação

AFIRMA A VÍTIMA QUE NO DIA CITADO, 17/03/2020, ESTAVA PILOTANDO A MOTOCICLETA PELA RODOVIA BR -408, QUANDO, NO TREVO DE CARPINA, PRÓXIMO À INALDO DA MOLA, UM CAMINHÃO QUE ESTAVA A SUA FRENTE FREOU E A VÍTIMA, PARA NÃO COLIDIR, PRECISOU JOGAR A MOTOCICLETA PARA O ACOSTAMENTO, VINDO A BATER NO MEIO - FIO E A CAIR DA MOTO, SOFREU LESÕES A MÃO DIREITA E O PUNHO. QUE A VÍTIMA FOI SOCORRIDA PELO SAMU PARA UNIDADE MISTA DE CARPINA.

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


MANOEL BRASILIANO DA SILVA
(VITIMA)

B.O. registrado por: **BRUNO LEONARDO MARTINS DE ALBUQUERQUE** - Matrícula: **272699-8**

45ª Circunscrição

Carpina



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

☐

CAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒

INVALIDEZ PERMANENTE

☐

MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

71512470449

4 - Nome completo da vítima:

MANOEL BRASILINO 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:

MANOEL BRASILINO DA SILVA

7 - Profissão:

APOSENTADO

8 - Endereço:

RUA PROF ANA MARIA VAZ ANDRADE

6 - CPF:

71512470449

11 - Bairro:

NOVO

12 - Cidade:

TRACUNHAÉM

9 - Número:

95

10 - Complemento:

15 - E-mail:

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

55805-000

16 - Tel. (DDD):

(81) 999004994

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 POUANÇA (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:

1242

CONTA:

000314251

AGÊNCIA:

CONTA:

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

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

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

☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (no Civil)

☐ Divorciado

☐ Separado Judicialmente

☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim

☐ Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos?

☐ Sim

☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar vivos:

Falecidos:

30 - Vítima deixou nasoturo (val nasotro)?

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

34

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

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

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

TRACUNHAÉM - 27.06.2020

Manoel Brasilino da Silva

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



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:	17/07/2020
------------------------	------------

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:	843,75
--------------	--------

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MANOEL BRAZILINO DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01242

CONTA: 000000031425-1

Nr. da Autenticação D3424ACD2EBFDBD5





Tarifa Social de Energia Elétrica: Criada pela Lei 10.438, de 26/04/02

NOTA FISCAL - FATURA - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife - PE, CEP 50050-902
CNPJ 10.835.922/0001-08 | Ins. Est. 0005943-03 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE

MANOEL BRAZILINO DA SILVA

CPF 715 124 704-49

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL
Monofásico

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA PROF. ANA MARIA VAZ DE ANDRADE

95

BAIRRO NOVO TRACUNHAEM
TRACUNHAEM PE
55605-000

CONTA CONTINUADA	Nº CONTINUAÇÃO
0718526027	02/2020
DATA DE VENCIMENTO	DATA DE PAGAMENTO
28/02/2020	20/03/2020
TOTAL A PAGAR (R\$)	64,03

Nº DA CONTA FISCAL	UF	DATA
067730888	ÚNICA	19/02/2020
APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA IDENTIFICAÇÃO
19/02/2020	2000489001	3903727

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo (kWh)-TUSD	74,0000000	0,42167981	31,20
Consumo Ativo (kWh)-TE	74,0000000	0,35464951	26,24
Acrescimo Bandeira AMARELA			0,43
Carimb. Ilum. Pública Municipal			1,07
ICMS Subvenção-CDE-NF 080000118-34/12/19			0,80
Multa por atraso-NF 080155056-22/11/19			1,14
Juros por atraso-NF 080155056-22/11/19			1,11
Atualização IGPM-NF 080155056-22/11/19			2,24

TOTAL DA FATURA

64,03

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	DATA	ANTERIOR	LEITURA	DATA	ATUAL	LEITURA	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (kWh)
319187952	CAT	22/01/2020	491,40		19/02/2020	515,00		28	1,00000		74,00

HISTÓRICO DE CONSUMO			SUPERAÇÕES DE TÍPULOS			COMPOSIÇÃO DO CONSUMO		
MESES (R\$)			BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPORTE	Descrição de Energia	R\$	%
FEV 20	74		ICMS	25,00	14,46	Transmissão	R\$ 2,18	3,39%
JAN 20	89		PIS	0,75	0,43	Distribuição U	R\$ 13,06	22,62%
DEZ 19	105		COFINS	3,48	2,01	Perdas de Energia	R\$ 4,12	7,12%
NOV 19	59					Energia Setorial	R\$ 3,08	5,32%
OUT 19	67					Tributos	R\$ 18,90	36,20%
SET 19	61					Total	R\$ 37,87	100%
AGO 19	54							
JUL 19	56							
JUN 19	72							
MAY 19	66							
ABR 19	87							
MAR 19	78							
FEV 19	87							

Consumo Residencial (R\$)
Consumo Ativo (R\$)

TARIFAS APLICADAS

0,2500000
0,2500000

RESOLUÇÃO AO PREÇO

205E CCGA 7BET CC94 3793 BF43 BEE8 E862





Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco
Hospital Otávio de Freitas

Nome: MANOEL BRAZILINO DA SILVA
Idade: 66 Anos 0 Mês 23 Dias Nasc. 25/03/1954
Sexo: MASCULINO CNS: 708403228409461 Contatos: 81. 93612354 | Celular: 81.
Mãe: SEVERINA ANA DA SILVA
Endereço: RUA PADRE JOAO RIBEIRO, N.º 34 - : CASA BAIRRO: CENTRO - CIDADE: TRACUNHAEM - UF: PE

Dados do Atendimento:

Data/Hora Atend.: 17/03/2020 17:15
Prontuário: 1108943
Nº. Atendimento: 3444160
Serviço: CIRURGIA

Enfermaria/Leito:

Médico:
JORGE FERRAZ ARAUJO DA SILVA

Admissão

Queixa Principal

DOR EM PUNHO D

História Clínica

DOR EDEMA E DEFORMIDADE EM PUNHO D APOS QUEDA DE PROPRIA ALTRUA HOJE,.

Exame Físico

NEUROVASCULAR PRESERVADO

Observações

INSTABILIDADE CARPICA FECHADA

Conduta

INTERNAMENTO A EMERGENCIA.

JORGE FERRAZ ARAUJO DA SILVA - CRM: N.º,CRM24967

Data/Hora: 17/03/2020 - 17:44

27/03/20
CADASTRADO
SAMEHOF

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





Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco
Hospital Otávio de Freitas

Nome: MANOEL BRAZILINO DA SILVA Idade: 66 Anos 0 Mês 23 Dias Nasc. 25/03/1954
Sexo: MASCULINO CNS: 708403228409461 Contatos: 81. 93612354 | Celular: 81.
Mãe: SEVERINA ANA DA SILVA
Endereço: RUA PADRE JOAO RIBEIRO, N.º 34 - : CASA BAIRRO: CENTRO - CIDADE: TRACUNHAEM - UF: PE

Dados do Atendimento:

Data/Hora Atend.: 17/03/2020 20:39
Prontuário: 1108943
Nº. Atendimento: 3444174
Serviço: ORTOPEDIA E

Enfermaria/Leito:

TRAUMATOLOGIA POSTO I-12-03

Médico:

HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS SIH SUS

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA DETALHADA

AVISO DE CIRURGIA: DATA AVISO CIRURGIA: ATENDIMENTO: CÓDIGO PACIENTE:
03444174 01108943
NOME DO PACIENTE: SITUACÃO CIRURGIA:
MANOEL BRAZILINO DA SILVA URGÊNCIA
TIPO DE ANESTESIA: COM CEC: COM ROBÓTICA:
GERAL VENOSA+PLEXO BRAQUIAL
CID FINAL:
RUPTURA TRAUMATICA DE LIGAMENTO(S) DO PUNHO E DO CARPO - S633
Procedimento
Material:
DATA / HORA INICIAL: DATA / HORA FINAL:
19/03/2020 19/03/2020

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA:

DIAGNOSTICO: LUXAÇÃO OSSOS CARPO PUNHO DIREITO
CIRURGIA REALIZADA: REDUÇÃO INCRUENTA LUXAÇÃO PUNHO DIREITO

EQUIPE
CIRURGIÃO: CARLOS GONÇALVES
1º AUX: THALES COUCEIRO
2º AUX: MONIKE R2
ANESTESISTA: DULCÍDIO CAVALCANTI

DESCRIÇÃO CIRURGICA
1) PACIENTE EM DECUBITO DORSAL
2) TRAÇÃO E CONTRAÇÃO MEMBRO SUPERIOR DIREITO
3) REALIZADA TENTATIVAS DE REDUÇÃO FECHADA DE LUXAÇÃO VOLAR DO SEMILUNAR PUNHO DIREITO, SEM ÊXITO
4) NÃO REALIZADA REDUÇÃO ABERTA POR FALTA DE FAIXA DE ESMARCH (GARROTE) PARA CIRURGIA EXSANGUE
5) À ENFERMARIA PARA REALIZAÇÃO DE CIRURGIA PROGRAMADA

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





Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco
Hospital Otávio de Freitas

Nome: MANOEL BRAZILINO DA SILVA Idade: 66 Anos 0 Mês 23 Dias Nasc. 25/03/1954
Sexo: MASCULINO CNS: 708403228409461 Contatos: 81. 93612354 | Celular: 81.
Mãe: SEVERINA ANA DA SILVA
Endereço: RUA PADRE JOAO RIBEIRO , N.º 34 - : CASA BAIRRO: CENTRO - CIDADE: TRACUNHAEM - UF: PE

Dados do Atendimento:

Data/Hora Atend.: 17/03/2020 20:39
Prontuário: 1108943
Nº. Atendimento: 3444174
Serviço: ORTOPEDIA E

Enfermaria/Leito:

TRAUMATOLOGIA POSTO I-12-03

Médico:

HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS SIH SUS

CIRURGIA PROPOSTA:

CIRURGIA REALIZADA:

DIAGNOSTICO INICIAL:

DIAGNOSTICO CIRURGICO:

INTERCORRÊNCIA:

ÓRTESE E PRÓTESE:

NOME DO MÉDICO : HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS SIH SUS

☐ LIBERA AVISO DE CIRURGIA PARA CONFIRMAÇÃO

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



HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS

MVPEP - Sistema de Prontuário Eletrônico

Relatório de Evolução

Página 1 de 1

Emitido por: ROSEMERE NASCIMENTO DE CASTRO
Em 17/04/2020 11:16

Paciente: 1108943 - MANOEL BRAZILINO DA SILVA

Idade: 66 Anos 0 Mês 23 Dias

Data de Nascimento: 25/03/1954

Prestador Assistente: PAULO FERNANDO SOBRAL DA SILVA

Conselho / Número Cons.: CRM - null - 10745

Função: MEDICO(A)

RELATÓRIO DE EVOLUÇÃO

Atendimento 3444174

Leito: TRAU 27-01 - POSTO III Admissão: 17/03/2020 20:39

Convênio: SUS - INTERNACAO

Plano: PLANO UNICO

EVOLUÇÃO: 792967 (FECHADO)

Responsável: JOAO VICTOR DE LIMA BRITO ALVES - CRM 27294 / ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Data de Referência: 20/03/2020

Data/Hora do Documento: 20/03/2020 07:55

HD: INSTABILIDADE CARPICA A DIREITA

PCTE SEM DOR NO MOMENTO.

AO EXAME: EGR, CONSCIENTE, ORIENTADO, HIDRATADO, EUPNEICO, CORADO, AFEBRIL

SME: FO EM MAO, DOR À MOBILIZAÇÃO

CD:

SOLICITO EXAMES LABORATORIAIS + P CARDIO

JOAO VICTOR DE LIMA BRITO ALVES
CRM 27294

MVPEP - Sistema de Prontuário Eletrônico



HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS

MVPEP - Sistema de Prontuário Eletrônico

Relatório de Evolução

Página 1 de 1

Emitido por: ROSEMERE NASCIMENTO DE CASTRO
Em 17/04/2020 11:16

Paciente: 1108943 - MANOEL BRAZILINO DA SILVA

Idade: 66 Anos 0 Mês 23 Dias

Data de Nascimento: 25/03/1954

Prestador Assistente: PAULO FERNANDO SOBRAL DA SILVA

Conselho / Número Cons.: CRM - null - 10745

Função: MEDICO(A)

RELATÓRIO DE EVOLUÇÃO

Atendimento 3444174

Leito: CORREDOR-11-S

Admissão: 17/03/2020 20:39

Convênio: SUS - INTERNACAO

Plano: PLANO UNICO

EVOLUÇÃO: 792641 (FECHADO)

Responsável: CARLOS ALEXANDRE GONCALVES - CRM
13339 / ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Data de Referência: 19/03/2020
Data/Hora do Documento: 19/03/2020 23:22

#CENTRO CIRURGICO#

PACIENTE SUBMETIDO A TENTATIVA DE REDUÇÃO FECHADA LUXAÇÃO VOLAR SEMILUNAR PUNHO DIREITO SEM EXITO. CONDUTA: SEGUE INTERNADO PARA REALIZAÇÃO DE CIRURGIA PROGRAMADA PELO GRUPO DE MÃO.

CARLOS ALEXANDRE GONCALVES
CRM 13339

MVPEP - Sistema de Prontuário Eletrônico



Atendimento: 3444174

Dt Atendimento: 17/03/2020 - 20:39

Dt Alta: 01/04/2020 - 10:39

Paciente: 1108943 MANOEL BRAZILINO DA SILVA

Serviço: 37 ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Convênio: 1 SUS - INTERNACAO

Leito: 143 TRAU 12-03 - POSTO I

Plano: 1 PLANO UNICO

Motivo Alta: 5 ALTA COM PREVISAO DE RETORNO P

Usuário: RANIEREMNLC

Diretor Clínico:

CID:

Procedimento de Alta - Procedimento não Informado

Observação de Alta

SOULMV - SIMPLES E COMPLETO



1. Hora do chamado 14:25	2. Chegada ao local 14:30	3. Saída do local 14:35	4. Hora da conclusão 15:00	5. Saída do hospital
6. Motivo/Solicitação Acidente de moto				7. Data 17/03/2020
8. Tipo de recurso: ☒ 1. USA ☐ 2. USB ☐ 3. VIR ☐ 4. Helicóptero ☐ 5. Moto				
9. Origem do acionamento: ☐ 1. Domicílio ☒ 2. Via Pública ☐ 3. Unidade de Saúde ☐ 4. SAD				
10. Médico regulador Dr. Marcelo		11. Rádio operador Caroline		
12. Paciente Marcelo Basilio da Silva		13. Solicitante Marcelo		
14. Data de nascimento 8/03/54		15. Idade 65		16. Sexo ☒ 1. Masculino ☐ 2. Feminino
17. Logradouro Rua: Padre João Ribeiro				18. Nº 34
19. Bairro Centro				20. Município Tracunhaém-PE
21. Zona ☒ 1. Urbana ☐ 2. Rural		22. Referência		
23. Local de ocorrência ☒ 1. Via Pública ☐ 2. Domicílio		24. Ocorrência relacionada ao trabalho ☐ 1. Sim ☒ 2. Não		
25. Tipo de atendimento ☐ 1. Clínico ☒ 2. Causa externa ☐ 3. Obstétrico ☐ 4. Pediátrico ☐ 5. Psiquiátrico ☐ 6. Remoção/Senha: /Unid. Solicitante:				
26. Tipo de vítima ☐ 1. Pedestre ☒ 2. Condutor ☐ 3. Passageiro ☐ 4. Pessoa conduzida em local inadequado		27. Meio de locomoção da vítima ☐ 1. Automóvel ☒ 2. Moto ☐ 3. A pé ☐ 4. Bicicleta ☐ 5. Outro		28. Mecanismo do trauma ☒ 1. Capotamento ☐ 2. Ejeção ☐ 3. Impacto frontal ☐ 4. Impacto lateral ☐ 5. Impacto traseiro
29. Natureza do acidente ☐ 1. Colisão/Abaloamento ☐ 2. Tombamento ou Capotamento ☐ 3. Choque com objeto fixo ☐ 9. Ignorado ☐ 4. Atropelamento ☒ 5. Queda em/do veículo ☐ 6. Outro				
30. Uso de capacete pela vítima ☒ 1. Sim ☐ 2. Não ☐ 88. Não se aplica		31. Uso de cinto pela vítima ☐ 1. Sim ☒ 2. Não ☐ 88. Não se aplica		32. Uso de bebida alcoólica pela vítima ☐ 1. Sim ☒ 2. Não ☐ 88. Não se aplica
33. Intoxicação Exógena ☐ 1. Alcool ☐ 2. Drogas ilícitas ☐ 3. Medicamentos ☐ 4. Animais peçonhentos ☐ 5. Outros		34. Queda ☐ 1. Próxima altura ☐ 2. Outra altura/Aproximadamente: m		
35. Agressão ☐ 1. Arma de fogo ☐ 2. Arma branca ☐ 3. Agressão física ☐ 4. Abuso sexual ☐ 5. Outros		36. Queimadura ☐ 1. Fogo ☐ 2. Fumaça ☐ 3. Térmica (exceto fogo) ☐ 4. Substância química ☐ 5. Choque elétrico		
37. Tentativa de suicídio ☐ 1. Sim ☐ 2. Não		38. Outros acidentes ☐ 1. Afogamento ☐ 2. Soterramento ☐ 3. Não sei ☐ 4. Outros		
39. Vias aéreas ☐ 1. Livre ☒ 2. Obstruída		40. Respiração ☒ 1. Normal ☐ 2. Traqueínea ☐ 3. Bradpneia ☐ 4. Apnéia ☐ 5. Tórax com deformidades ou lesões		41. Circulação/pulso ☐ 1. Ausente ☒ 2. Presente ☐ 3. Cheio ☐ 4. Fino
42. Perfusão periférica ☐ 1. > 2 Segundos ☒ 2. < 2 Segundos		43. Escala de CINCINATI ☐ 1. Déficit motor ☐ 2. Desvio de comissura labial ☐ 3. Dificuldade de fala		
44. Escala de Glasgow ☒ 1. Normal ☐ 2. Sonolência ☐ 3. Agitação ☐ 4. Coma ☐ 5. Convulsão		45. Coloração da pele ☒ 1. Normal ☐ 2. Pálido ☐ 3. Cianose ☐ 4. Hiperemia ☐ 5. Ictérico		
46. Pupilas ☒ 1. Miose ☐ 2. Midríase ☒ 3. Reagente ☐ 4. Não reagente ☒ 5. Isocóricas ☐ 6. Anisocóricas		47. Alergia ☐ 1. Sim ☒ 2. Não		
48. Usa medicamento ☐ 1. Sim ☒ 2. Não		49. Alguma patologia ☐ 1. Sim ☒ 2. Não		
Qual? SIC		Qual? SIC		Qual? SIC
50. Abertura ocular (AO) ☒ 1. Espontânea (4) ☐ 2. À voz (3) ☐ 3. À dor (2) ☐ 4. Nenhuma (1)		51. Resposta verbal ☒ 1. Orientada (5) ☐ 2. Confusa (4) ☐ 3. Palavras inapropriadas (3) ☐ 4. Palavras incompletas (2) ☐ 5. Nenhuma (1)		52. Resposta Motora ☒ 1. Obedece a comandos (5) ☐ 2. Localiza dor (5) ☐ 3. Movimento de retirada (4) ☐ 4. Flexão anormal (3) ☐ 5. Extensão anormal (2) ☐ 6. Nenhuma (1)
TOTAL 15		SCORE1 5		SCORE2 6
53. Sinais vitais - SSVV				
HORA				
PA 110x70 mmHg				
FC 103 bpm				
FR 20 rpm				
TEMP 36,5°C				
HGT 1,14 m				
SpO2 % 97% AA				
54. Principais lesões				
Crânio	Face	Pescoço	Dorso	Tórax
Abdômen	Pelve	Membro Superior	Membro Inferior	
Esquerdo	Direito	Esquerdo	Direito	
Amputação				
Contusão				
Escoriação				
Esmagamento				
Perfurante				
Contuso				
Fratura fechada				
Fratura aberta				
Laceração				
Luxação				
Queimadura				
Presença de sangramento				

55. Conduta ☐ 1. Imob. Coluna cervical ☐ 2. Utilização de prancha ☐ 3. Imob. Membros ☐ 4. KED ☐ 5. Oxigenoterapia	
56. Unidade de destino 57. Médico que recebeu 58. Equipe Médico assistente: Enfermeiro: <u>Paulo Juario</u> Técnico de enfermagem: Condutor/Piloto: <u>Fabiano</u> Responsável pelo preenchimento: <u>Paulo Juario</u> Solicitou apoio da UTI ☐ 1. Sim ☐ 2. Não Observações: <u>Ocorrência realizada pela USF, pois a USF deixou para resgatar a vítima.</u>	62. Outras descrições: <u>último de queda de umoto, consciente, orientado, apresentando corte em M.E. e no punho direito. Indicado para UMC, onde o mesmo ficou para realizar exame de imagem, raio x. Se que, assim, a equipe médica e de enfermagem.</u>
Redirecionamento ☐ 1. Sim ☐ 2. Não Causa: Destino: Obs: Registrar todos os redirecionamentos ocorridos no campo das observações.	Ass: <u>(Assinatura)</u> COREN - PE 000.464.560 - EN
59. Cancelamento da ocorrência ☐ 1. Pelo médico regulador ☐ 2. Pelo solicitante ☐ 3. Por trote ☐ 4. Por cenário de risco para a equipe 60. EXONERAÇÃO DE RESPONSABILIDADE O subscrito certifica que o paciente recusou atendimento mesmo contra orientação médica. Testemunha: Assinatura: RG: Data: / /	
61. Múltiplas vítimas: ☐ 1. Sim ☐ 2. Não Nº de vítimas: Cenário:	



BOLETIM DE EMERGÊNCIA

No. Ocorrência: 0101622

Prontuário: 00052759-9

Idade: 65 ANOS, 11 MESES E 21 DIAS

Nome: MANOEL BRASILIANO DA SILVA

Dt. Nasc.: 25/03/1954 Sexo: M Est. Civil: VIÚVO

Endereço: PADRE JOAO RIBEIRO, N° 34

CEP:

Cidade: TRACUNHAÉM/PE

Bairro: CENTRO

Nac:

Documento:

CNS:

Sis prenatal:

Tel.:

Mãe: SEVERINA ANA DA CONCEIÇÃO

Pai:

Profissão:

Responsável:

Últimas Ocorrências

Data	Nº Ocorrência	Motivo do atendimento
17/03/2020 14:42	0101622	SAMU ACIDENTE DE MOTO

PRE-CONSULTA

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

Horário	P.A.	Pulso	Peso	Assinatura

Queixas / Diagnóstico

PA - 140 x 70 mmHg
CG - 114 mg/dL

Queda de moto há cerca de 20 min.
apresentando dor em punho D.
Nga alergia.

Tratamento

1. *Lidocaina* - 40 mg, IM, agora.
2. Rx de punho - > FEITO
3. Curativo em pe II. luxação do
semilunar.

Hóme: 5907038

Elydiane Alves
MÉDICA
CRM 28722

Exames complementares

Impressão diagnóstica

CID

Motivo da saída:

Residência ☐ Internado ☐

Justificativa:

Encaminhado:

Removido:

Óbito:

às ____ h ____ m do dia ____

Data saída:

Hora saída:

☐ CURATIVO ☐ NEBULIZAÇÃO		ADM MEDICAMENTO: ☐ BÁSICO ☐ ESP ☐ RETIRADA DE PONTO	TÉCNICO / COREN MÉDICO / CRM HORÁRIO:
Consultas / Atendimento Médico: ☐ urgência básica ☐ urgência especializada ☐ observação básica ☐ observação especializada			
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	TÉCNICO / CONSELHO	HORÁRIO	

Data da impressão: Terça-feira, 17 de Março de 2020 às 14:42

Recepcionista: ADILENE ARAÚJO



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL



REGISTRO CIVIL

ESTADO DE Pernambuco
COMARCA DE Nazaré da Mata
MUNICÍPIO DE Tracunhaém
DISTRITO DE Tracunhaém

Ivanice de Lima e Silva Melo
Oficial em exercício do Registro Civil



CERTIDÃO DE CASAMENTO

Certifico que, sob o nº 1.505, às fls. 10 do livro nº B-5 de Registro de Casamento, verifiquei constar que no dia 21 de novembro de 2003, foi feito o casamento de

MANOEL BRASILINO DA SILVA

e TELMA AMORIM DE SOUZA

contraído perante o Juiz Dr. Carlos Alberto Maranhão de Oliveira e as testemunhas Maria José da Silva, Ademir José Rodrigues da Silva e Maria das Graças Lapa.

Ele, nascido em Buenos Aires, PE., solteiro.

aos 25 de março de 1954

profissão trabalhador rural domiciliado nesta cidade Severina Ana da Conceição, falecida.; filho de

Ela, nascida em Carpina, PE., solteira.

aos 29 de março de 1973

profissão cambista domiciliada nesta cidade Manoel Francisco de Souza, falecido e de Vanice Maria Amorim de Souza.; filha de

a qual passou a assina -se TELMA AMORIM DA SILVA.

Foram apresentados os documentos a que se refere o art. 180 N.º 1, 2 e 4.

Do Código Civil Brasileiro. - Observações: Regime: Comunhão Parcial de Bens.

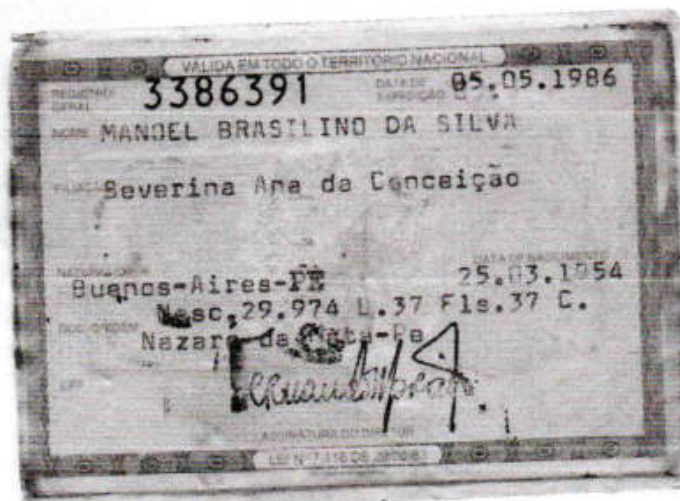
O referido é verdade e dou fé.

Tracunhaém, PE, 21 de novembro de 2003.

Ivanice de Lima e Silva Melo
OFICIAL

Ivanice de Lima e Silva Melo
Oficial em exercício







Ministério da Fazenda
Receita Federal



COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF

Número

715.124.704-49

Nome

MANOEL BRAZILINO DA SILVA

Nascimento

25/03/1954



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CIDADES		
DETRAN - PE		Nº 9642477098
CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO		
VIA	COD. RENAVAM	RNTRC
1	000275732	XXXXXXXXXX
NOME/ENDEREÇO		
JOSÉLIO AMORIM DE SOUZA RUA PROF. ARA MARIÁ V. DE ANDRADE 88 CASA - NOVO CENTRO TRACUNHAEM-PE 55905-000		
OPF/CHV	PLACA	
029.899.124-45	9F02780	
NOME ANTERIOR		
SEPRANOTO LTDA		
PLACAM/UF	CHASSI	
XXXXXXXXXX	9C2JC4L20CR578284	
ESPECIE TIPO	COMBUSTIVEL	
235 /MOTOCICLETA/	GASOLINA	
MARCA/MODELO	ANO FAB.	ANO MOD.
HONDA/CG 125 FAN ES	2012	2012
CAP/POT/CIL	CATEGORIA	COR PREDOMINANTE
23/125CL	PARTIC	ROXA
20120713	OBSERVAÇÕES	
AL. FIB. BRANCO HONDA 3A DOCUMENTO VALIDO SOMENTE PARA TRANSFERENCIA GUARDE EM LOCAL SEGURO		
LOCAL	DATA	
TRACUNHAEM-PE	08/03/12	
Márcia de Fátima Bezerra R. Costa Diretora Presidente DETRAN/PE		



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200244511 **Cidade:** Carpina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MANOEL BRAZILINO DA SILVA **Data do acidente:** 17/03/2020 **Seguradora:** MG SEGUROS, VIDA E PREVIDENCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 13/07/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA-LUXAÇÃO DE PUNHO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (REDUÇÃO INCRUENTA). ALTA MÉDICA. PÁG 2

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE PUNHO 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 DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DE PUNHO 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 dos punhos	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0191365/20

Vítima: MANOEL BRAZILINO DA SILVA

CPF: 715.124.704-49

Seguradora: MG SEGUROS, VIDA E PREVIDENCIA S.A.

CPF de: Próprio

Data do acidente: 17/03/2020

Titular do CPF: MANOEL BRAZILINO DA SILVA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

MANOEL BRAZILINO DA SILVA : 715.124.704-49

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: 09/07/2020
Nome: MANOEL BRAZILINO DA SILVA
CPF: 715.124.704-49

MANOEL BRAZILINO DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 09/07/2020
Nome: MARIA ERICA ARAUJO COELHO
CPF: 010.626.514-80

MARIA ERICA ARAUJO COELHO

