

Rio de Janeiro, 30 de Dezembro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200454838

Vítima: EDSON CAITANO FRANCISCO

Data do Acidente: 12/09/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), EDSON CAITANO FRANCISCO

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos punhos

25%

Graduação: Em grau médio 50%

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

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

Recebedor: EDSON CAITANO FRANCISCO

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000004739

Conta: 000005558-2

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 078.200.574-83 4 - Nome completo da vítima: EDSON CAITANO FRANCISCO

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

5 - Nome completo: EDSON CAITANO FRANCISCO 6 - CPF: 078.200.574-83
7 - Profissão: 8 - Endereço: RUA MANOEL BORGIA 9 - Número: 34 10 - Complemento: CASA
11 - Bairro: CRUZEIRO 12 - Cidade: PAUDALHO 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55825.000
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): (81) 9.8861.7599

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: 4739 CONTA: 00025558 2
☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: 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 (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) ☐ Divorçado ☐ 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 (vivo/nascido)? ☐ 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 - Impresão 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, PAUDALHO, 14-12-2020

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 047ª CIRCUNSCRIÇÃO - PAUDALHO - DP47ªCIRC
DINTER1/11ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 20E0137001869

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **05/11/2020** às **17:25**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA FATAL - Culposos (Consumado), que aconteceu no dia **12/9/2020** às **19:17**

Fato ocorrido no endereço: **BR-408, 1 - Bairro: - PAUDALHO/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA / BR 408**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

ADRIANO DA CRUZ SILVA (AUTOR \ AGENTE)
VENILSON SANTANA DA SILVA (OUTRO)
EDSON CAITANO FRANCISCO (OUTRO)
JORGE MARCELO MARTINS (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

CARROCA: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): ADRIANO DA CRUZ SILVA
VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): JORGE MARCELO MARTINS

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

EDSON CAITANO FRANCISCO (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: ELISABETE LOURENCO DA SILVA CAITANO Pai: EDIMILSON CAITANO FRANCISCO Data de Nascimento: 21/2/1989 Naturalidade: PAUDALHO / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 388194698/SDS/PE (RG) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 2º. GRAU COMPLETO Profissão: AUTONOMO(A) Telefones Celulares: - 973267636

Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE PAUDALHO, 34, ALTO DO CRUZEIRO RESIDENTE NA RUA MANUEL BARBOSA . - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - PAUDALHO/PERNAMBUCO/BRASIL**

ADRIANO DA CRUZ SILVA (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL Estado Civil: DESCONHECIDO

JORGE MARCELO MARTINS (não presente ao plantão) - NIC: 112238 Sexo: Masculino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL Estado Civil: DESCONHECIDO Escolaridade: DESCONHECIDO

VENILSON SANTANA DA SILVA (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL Estado Civil: DESCONHECIDO

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **VENILSON SANTANA DA SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **JORGE MARCELO MARTINS**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 125 FAN ES** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRETA** - Quantidade: **1,000 (UNIDADE)** Unitário: **(REAL)**

Placa: **EQP2402 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)** Chassi: **9C2JC30707R113697**
Combustível: **GASOLINA**

CHARRETE (CARROCA) de propriedade do(a) Sr(a): **ADRIANO DA CRUZ SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **ADRIANO DA CRUZ SILVA**

Categoria/Marca/Modelo: **NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Quantidade: **1,000 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Complemento / Observação

COMPARECEU A ESTA DP O SENHOR EDSON CAITANO AFIRMANDO QUE SOFREU UM ACIDENTE EM QUE ESTAVA NA CARONA DA MOTOCICLETA, O ACIDENTE ACONTECEU NA BR 408, A VÍTIMA AFIRMA QUE A MOTOCICLETA EM QUE ELE ESTAVA COLIDIU COM UMA CHARRETE NA CONTRAMÃO E QUE QUEM ESTAVA PILOTANDO A MOTOCICLETA O SENHOR JORGE VEIO A ÓBITO. O SENHOR EDSON CAITANO AFIRMA TER FRATURADO O BRAÇO, E FRATURADO A COSTELA. NADA HAVENDO A ACRESCENTAR ENCERRO ESTE PRESENTE BOE.

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

Edson Caitano Francisco

B.O. registrado por: **JOSÉ DE ANCHIETA ALVES DE MELO JÚNIOR** - Matrícula: **3997901**

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: 078.200.574-83 4 - Nome completo da vítima: EDSON CAITANO FRANCISCO

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

5 - Nome completo: EDSON CAITANO FRANCISCO 6 - CPF: 078.200.574-83
7 - Profissão: 8 - Endereço: RUA MANOEL BORGIA 9 - Número: 34 10 - Complemento: CASA
11 - Bairro: CRUZEIRO 12 - Cidade: PAUDALHO 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55825.000
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): (81) 9.8861.7599

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: 4739 CONTA: 00025558 2
☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: _____
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 (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) ☐ Divorçado ☐ 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 (vivo/nascido)? ☐ 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, PAUDALHO, 14-12-2020

Edson Caitano Francisco

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



Estado de Pernambuco
Secretaria de Defesa Social
Corpo de Bombeiros Militar de Pernambuco
CBMPE - 7º GRUPAMENTO DE BOMBEIROS
Av. Conselheiro João Alfredo, nº 391, - Bairro Santa Cruz, Carpina/PE



CARPINA-PE, 23 de outubro de 2020

CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA nº 27 / 2020 Div. Op. - CBMPE - 7ºGB

O MAJ QOC/BM Ariano Mendonça Luna, respondendo pelo Comando do 7º Grupamento de Bombeiros Militar do Estado de Pernambuco, no uso das suas atribuições e por solicitação do Sr. Edson Caitano Francisco, RG. nº 38.819.469-8 SSP/SP, residente na Rua Manuel Barbosa, nº 34, Bairro Alto do Cruzeiro, Paudalho-PE, delegou à Divisão de Operações que procedesse o levantamento nos autos e emitisse a seguinte certidão, onde consta que: no dia 12 de setembro de 2020, às 19h17min, o 7º Grupamento de Bombeiros foi acionado para atender a Sr. Edson Caitano Francisco, RG. nº 38.819.469-8 SSP/SP, residente na Rua Manuel Barbosa, nº 34, Bairro Alto do Cruzeiro, Paudalho-PE, vítima de uma colisão envolvendo uma moto, modelo Honda Fan na Cor Preto, placa EQP-2402-PE com um condutor não identificado, e uma charrete tendo como condutor o Sr. Edson Caitano Francisco, RG. nº 38.819.469-8 SSP/SP. No local do acidente, sito a BR-408, Paudalho, próximo ao restaurante panela cheia, os Bombeiros Militares prestaram assistência pré-hospitalar à vítima que encontrava-se com uma fratura no membro superior direito. Após a avaliação primária, avaliação secundária e estabilização da vítima, a mesma foi conduzida à Unidade Mista Assis Chateaubriand, Carpina- PE, onde ficou sob os cuidados do Dr. Guilherme Guedes CRM/PE: 2386, dando entrada com Prontuário de nº 60238-8. Nada mais havendo a certificar do que consta nos registros e relatórios da ocorrência, arquivados na 1ª SB do 7º Grupamento de Bombeiros, segue assinado por mim, 2º TEN QOA/BM 704042-3 ANTÔNIO GONÇALVES DE LIMA NETO.

Certidão emitida através do Processo SEI nº 3900000048.000068/2020-94



Documento assinado eletronicamente por **Antonio Goncalves de Lima Neto**, em 26/10/2020, às 12:40, conforme horário oficial de Recife, com fundamento no art. 10º, do Decreto nº 45.157, de 23 de outubro de 2017.



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site http://sei.pe.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **9445096** e o código CRC **E82C18A3**.

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: 23/12/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: EDSON CAITANO FRANCISCO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 04739

CONTA: 000000005558-2

Nr. da Autenticação 7520AAE4ED1E1B48

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

COMPANHIA ENERGÉTICA
DE PERNAMBUCO
AV. JOÃO DE BARROS, 111, BOA VISTA,
RECIFE, PERNAMBUCO
CEP 50050-902
CNPJ 10.835.932/0001-08
INSCRIÇÃO ESTADUAL 0005943-93



Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02
COMERCIAL 116 | PRONTIDÃO 116
Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142
Ouvidoria 0800 282 5599
Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados do Estado
de Pernambuco-ARPE: 0800-727-0167-Ligação Gratuita de Telefones Fixos
Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL
167-Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis

DADOS DO CLIENTE

ELISABETE LOURENCO DA SILVA
CPF: 508.319.334-53 NIS: 21254209451

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA MANOEL BORBA 34
CRUZEIRO/PAUDALHO
55825-000 PAUDALHO PE

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

DATA DE VENCIMENTO

26/11/2020

TOTAL A PAGAR (R\$)

0,00

DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL

17/11/2020

DATA DA APRESENTAÇÃO
17/11/2020NÚMERO DA NOTA FISCAL
132436552

CONTA CONTRATO

007028969257

Nº DO CLIENTE
2002364030Nº DA INSTALAÇÃO
0002269117

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL - BAIXA RENDA COM NIS
Monofásico

RESERVADO AO FISCO

6336.EE9C.AFED.CF84.4536.6A38.6FD3.1BA9

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo-TUSD até 30 kWh	30,00	0,10866201	3,25
Consumo-TUSD superior a 30 até 100 kWh	40,00	0,18627774	7,45
Consumo-TE até 30 kWh	30,00	0,09291164	2,78
Consumo-TE superior a 30 até 100 kWh	40,00	0,15927710	6,37
Contrib. Ilum. Pública Municipal			6,58
TOTAL DA FATURA			26,43

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

ICMS		PIS		COFINS	
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
0,00		0,00	19,85	0,98	0,19
			19,85	4,40	0,87

Tarifas Aplicadas

Consumo-TUSD até 30 kWh	0,10866201
Consumo-TUSD superior a 30 até 100 kWh	0,18627774
Consumo-TE até 30 kWh	0,09291164
Consumo-TE superior a 30 até 100 kWh	0,15927710

HISTÓRICO DO CONSUMO

			kWh
NOV 20			70
OUT 20			69
BET 20			51
AGO 20			51
JUL 20			51
JUN 20			51
MAI 20			65
ABR 20			83
MAR 20			83
FEV 20			73
JAN 20			66
DEZ 19			67
NOV 19			74

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

	R\$	%
Geração de Energia	8,88	43,73
Transmissão	1,23	6,28
Distribuição (Culpe)	6,46	32,34
Encargos Setoriais	0,35	1,76
Tributos	1,06	5,34
Perdas de Energia	2,07	10,43
TOTAL	19,85	100

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR	ATUAL	Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh
000000003152378830	CAT	19/10/2020 3.232,00	17/11/2020 3.302,00	29	1,00000	0,00	70,00

DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 17/12/2020

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	META MENSAL	META TRIM.	META ANUAL
set/2020					
DIC-No.de horas sem Energia	PAUDALHO	2,23	5,43	10,86	21,73
FIC-No.de vezes sem Energia		1,00	3,38	6,80	13,20
DMIC-Duração máxima de interrupção contínua		2,23	3,11	9,00	0,00
DICRI-Duração de interrupção em dia crítico					Limite DICRI: 12,22
EUSD-Valor do Encargo de Uso					R\$ 10,13

Todo Consumidor pode solicitar a apuração dos indicadores DIC, FIC, DMIC e DICRI a qualquer tempo.

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pague no ponto mais perto de você pagando das variedades n ara di rua senador pinheiro ramus 304 centro / polimark comunicação assessor: r genuino silva 46 centro lista completa em www.celpe.com.br.
Na data da leitura a bandeira em vigor é a Verde. Mais informações em www.aneel.gov.br.
O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento.
Pagto. em atraso gera multa 2%(Res414/ANEEL), Juros 1%a.m(Lei 10.438/02) e atualização monetária no próx. mês
Isenção do ICMS conforme art. 9, XLVIII, a, 2.2.2, do RICMS-PE.
Desconto pela aplicação da Tarifa Social de Energia Elétrica criada pela Lei Nº 10.438 de 26/04/02 - R\$ 22,63.
O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial.
Acesse www.celpe.com.br e confira nosso Aviso de Privacidade.

NÍVEIS DE TENSÃO

TENSÃO NOMINAL(V)	LIMITE DE VARIAÇÃO(V)	
	MÍNIMO	MÁXIMO
220	202	231

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

DESTAQUE AQUI

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR(R\$)	VENCIMENTO	TALÃO DE PAGAMENTO
007028969257	11/2020	0,00	26/11/2020	Evite dobrar, perfurar ou rasurar. Este canhoto será usado em leitora ótica.
FATURA PAGA	AUTENTICAÇÃO MECÂNICA			

BOLETIM DE EMERGÊNCIA

No. Ocorrência: 0123027

Prontuário: 00060238-8

Idade: 31 ANOS, 6 MESES E 22 DIAS

Nome: EDSON CAITANO FRANCISCO

Dt. Nasc.: 21/02/1989 Sexo: M Est. Civil: SOLTEIRO

Endereço: RUA MANOEL BARBOSA, Nº 34

CEP:

Cidade: PAUDALHO/PE

Bairro: ALTO DO CRUZEIRO

Nac:

Documento:

CNS:

Sisprenatal:

Tel.: (81) 7326-7636

Mãe: ELISABETE LOURENÇO DA SILVA CAITANO

Pai:

Profissão:

Responsável:

Últimas Ocorrências

Data	Nº Ocorrência	Motivo do atendimento
12/09/2020 20:02	0123027	ACIDENTE DE MOTO

PRE-CONSULTA

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

Horário	P.A.		Pulso	Peso	Assinatura

Queixas / Diagnóstico

Acidente de Moto
 EF: Gloriana 15
 Amarela
 - Rodas
 - Alas

Tratamento

- Medicação / Soro FA Gloriana
 - Voltar a andar na FA Gloriana
 20:30
 - TRASH / Soro
 21:30
 Jacqueline Guerra
 Enfermeira
 COREN 386.420

Exames complementares

POV 6019910

Impressão diagnóstica

CID

Motivo da saída:

Residência ☐ Internado ☐

Justificativa:

Encaminhado:

Removido:

Óbito:

às ____ h ____ m do dia ____

Data saída:

Hora saída:

☐ CURATIVO

ADM MEDICAMENTO:

☐ BÁSICO ☐ ESP☐ NEBULIZAÇÃO☐ RETIRADA DE PONTO

TÉCNICO / COREN

Consultas / Atendimento Médico:

☐ urgência básica☐ urgência especializada☐ observação básica☐ observação especializada

MÉDICO / CRM

HORÁRIO:

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

TÉCNICO / CONSELHO

HORÁRIO



SES

HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS

End. Rua Aprigio Guimarães S/N Tijipió – Recife – PE PABX 31828500

RESUMO DE ALTA/TRANSFERENCIA

Nome: EDSON CAITANO FRANCISCO

Reg: 1200258

Enf:

Leito:

DATA DE ENTRADA: 12/09/2020

DATA DE SAÍDA: 15/09/2020

DIAGNÓSTICO DE ENTRADA:

FRATURA DE OSSOS DO ANTEBRAÇO DIREITO

DIAGNÓSTICO FINAL:

O MESMO

EVOLUÇÃO/EXAMES (EM ENFERMARIA)

PACIENTE ENCAMINHADO PARA O HOSPITAL ARMINDO MOURA, PARA TRATAMENTO CIRURGICO

TRANSFERENCIA – SENHA 6023334

Marcos Henriques
Ortopedia e Traumatologia
MÉDICO RESPONSÁVEL

Atendimento: 349267 Entrada: 15/09/2020 Hora: 16:43
Acomodação: LEITO 02
Plano: SUS - ELETIVAS
Responsável:
Médico Resp: RENATO BELLO COSTA

Enfermaria: ENFERMARIA 14
Permanência: 11 Dia(s), 01 horas
Matrícula:
Identidade:
C.N.S.: 704801089874340

Paciente: 1630965 EDSON CAITANO FRANCISCO
Nascimento: 21/02/1989 (31 Anos e 7 Meses)
Endereço: RUA MANOEL BARBOSA
Bairro: ALTO DO CRUZEIRO C.E.P.: 55825-000
Cidade: 2610608 PAUDALHO
Pai: NAO DECLARADO
Mãe: ELISABETE LOURENCO DA SILVA CAITANO
Nacionalidade: BRASIL

Sexo: MASCULINO Cor: PARDA
Estado Civil: SOLTEIRO
C.P.F.: 07820057483
Identidade: - -
Telefone: / 973267636
G.Instrução:
Ocupação: ASG
Naturalidade: PAUDALHO

ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA

Presc Em: 17/09/2020 - 10:57

EVOLUÇÃO (Dr. TARCISIO LYRA DE BRITO CRM 10591)

DESCRIÇÃO CIRURGICA

Equipe:

Cirurgião: TARCISIO LYRA DE BRITO - CRM : 10591

Aux 1: silvio johnson

Anestesista: ADRIANA SIMOES

Instrumentador: aldair

1º tempo cirurgico

Diagnóstico Pré-Operatório

FRATURA COMINUTIVA ARTICULAR DO TERÇO DISTAL DO RÁDIO DIR(FRATURA DOS OSSOS DO ANTEBRAÇO)

Cirurgia Realizada

1. OSTEOSINTESE DE FRATURA DE RÁDIO DISTAL

2. RECONSTRUÇÃO LIGMENTAR DO PUNHO

CIR MULTIPLA

Diagnóstico Pós-Operatório

O mesmo

Acidentes

Não houve

Descrição

PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL SOB BLOQUEIO DE PLEXO BRAQUIAL

ESVAZIAMENTO E GARROTEAMENTO DE MEMBRO SUPERIOR

ASSEPSIA E ANTI-SEPSIA CRITERIOSA MSD

APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS MSD

ARTROTOMIA DO PUNHO MEDIANTE INCISÃO POR VIA DE HENRY COM ABERTURA POR PLANOS E HEMOSTASIA

NEUROLISE DO NERVO MEDIANO QUE APRESENTAVA-SE EM SOFRIMENTO EM FOCO DE FRATURA

REDUÇÃO DE FRATURA COMINUTIVA ARTICULAR RADIO, O MAIS ANATÔMICO POSSÍVEL, FIXAÇÃO COM

UMA PLACA EM T BLOQUEADA PARA RÁDIO DISTAL 7X6 E _02_ PARAFUSOS CORTICAIS+ 07
PARAFUSOS BLOQUEADOS+01 FIO DE KIRSCHNER COMO SINTESE PERDIDA
OBSERVADA INSTABILIDADE PUNHO POR LESÃO CAPSULOLIGAMENTAR VOLAR E REALIZADA
RECONSTRUÇÃO CAPSULOLIGAMENTAR+LAVAGEM COM SF 0,9%
SÍNTESE POR PLANOS
CURATIVO OCLUSIVO
RETIRADA DE GARROTE, SENDO OBSERVADA BOA PERFUSÃO DISTAL DO MEMBRO
USADA FLUOROSCOPIA
TALA AXIOPALMAR
NÃO FOI POSSIVEL REALIZAR A FIXAÇÃO DA ULNA DEVIDO AO PROLONGAMENTO DA CIRURGIA DO RADIO
,DEVIDO A SUA ALTA COMPLEXIDADE. OPTAMOS POR REALIZAR A FIXAÇÃO DA FRATURA COMINUTIVA
SEGMENTAR DE ULNA NO 2º TEMPO CIRURGICO

Materiais Prosmed

PLACA EM "T" BLOQUEADA 7X6 - 01 UNIDADE
PARAFUSOS CORTICAIS - 02 UNIDADE
PARAFUSOS BLOQUEADOS - 07 UNIDADES

Hospital Memorial Arnelino A. Silva
SAM E
Serviço de Arquivo Médico e Estatística
Fone: (81) 3535-2013
Av. Cleto Campelo, S/N- Moreno-PE



Nome: **EDSON CAITANO FRANCISCO** (1630965)
Data Nascimento: 21/02/1989 31 ANOS E 7 MESES

SEXO: M

Nº de Admissão: 351787

PAINEL:

Unidade de Atendimento: 013 - Ortopedia/Traumatologia

Data da Admissão: 20/10/2020

Serviço: 000 - Pronto Atendimento

Hora da Admissão:

Queixa do paciente:

PACIENTE TRAZIDO DO HOF COM FRATURA DE ANTEBRAÇO DIREITO APOS ACIDENTE DE MOTO HÁ 3 DIAS
ALERGIA -; HAS -; DM -

Exame físico:

DOR + INCAPACIDADE FUNCIONAL EM ANTEBRAÇO DIREITO

Hipótese diagnóstica:

FRATURA DE OSSOS DO ANTEBRAÇO DIREITO

Prescrição/Conduta: INTERNAMENTO

	Horario/Checagem
01 -	
02 -	
03 -	
04 -	

Reavaliação:

Materiais Utilizados: (Enfermagem/Imobilização) COMANDA:

DATA: 15/09/2020

Relatório Emitido Eletronicamente

Data: 20/10/2020 as 15:23

Dr. (a) RENATO BELLO COSTA
CRM:

Renato Bello Costa
Ortopedista
CRM-PE 17755

Hospital Memorial Armindo Moura
Hospital Geral
Fone: (81) 3535-2013
Av. Cleto Campelo, S/N - Moreno - PE



Nome: EDSON CAITANO FRANCISCO (1630965)

Admissão: 349267

Procedência: ENFERMARIA (PACIENTE INTERNO)

Enfermaria:

Leito: LEITO 02

Unidade de Internação: 013 - Ortopedia/Traumatologia

Data: / /

RESUMO DE ALTA HOSPITALAR / LAUDO MÉDICO

HD:

CM: <<S524>> FRATURA COMINUTIVA ARTICULAR DE RADIO E ULNA DIR(ARTICULAR EM RADIO DISTAL E SEGMENTAR EM ULNA)

CIRURGIA REALIZADA:

Admitido no dia 15/09/2020, sendo submetido a tratamento ortopédico em 23/09/2020.

TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DE RADIO/ULNA DIR+FASCIOTOMIA

MÉDICO CIRURGIÃO:

Dr. TARCISIO LYRA DE BRITO

ORIENTAÇÕES:

- 1- CEFALEXINA 500MG - TOMAR 01 COMPRIMIDO POR VIA ORAL DE 6 EM 6 HORAS POR 7 DIAS;
- 2 - DAPIRONA 500MG - TOMAR 02 COMPRIMIDO POR VIA ORAL DE 6H EM 6H POR 5 (CINCO) DIAS - SE DOR;
- 3 - REALIZAR CURATIVOS DIÁRIOS; RETIRAR PONTOS COM 15 (QUINZE) DIAS;
- 4 - RETORNAR DIA 21/10/20 AS 10 HORAS PARA CONSULTA COM SEU CIRURGIÃO;
- 5 - NECESSITA AFASTAR-SE DO TRABALHO POR 90 (NOVENTA) DIAS.

ATENÇÃO: QUALQUER ANORMALIDADE RETORNAR NOSSA EMERGÊNCIA PARA AVALIAÇÃO MÉDICA.

Relatório Emitido Eletronicamente

Data: 23/09/2020 as 13:02

Dr. Tarcisio Lyra
Ortopedia-Traumatologia

Dr. (a) TARCISIO LYRA DE BRITO

CRM:



Nome: **EDSON CAITANO FRANCISCO** (1630965)

Admissão: 349267

Procedência: **ENFERMARIA (PACIENTE INTERNO)**

Enfermaria:

Leito: **LEITO 02**

Unidade de Internação: **013 - Ortopedia/Traumatologia**

Data: / /

ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins que **EDSON CAITANO FRANCISCO** compareceu a esta Unidade de Internação/Emergência:

CID 10: S524

- () Em consulta médica no dia de hoje de hora(s) às hora(s).
- (X) Necessitando de (15) dia(s) de afastamento do seu trabalho ou escola.
- () Como acompanhante.
- () Outros.

Eu autorizo a colocação do CID-10: _____

NOTA: Este Atestado é válido para finalidade prevista no art. 27 da CLPS, provada pelo Decreto n. 89.312 de 23/01/84, resolução CFM 1190/84 e Medida Provisória 644/2014 e será expedido para justificativa de 1 a 15 dias de afastamento do trabalho.

Relatório Emitido Eletronicamente

Data: 23/09/2020 as 12:59

Dr. Tarcísio Lyra
Ortopedia/Traumatologia
CRM/PE 10.591

Dr. (a) TARCÍSIO LYRA DE BRITO

CRM:



Nome: EDSON CAITANO FRANCISCO (1630965)

Admissão: 349267

Procedência: ENFERMARIA (PACIENTE INTERNO)

Enfermaria:

Leito: LEITO 01

Unidade de Internação: 013 - Ortopedia/Traumatologia

Data: / /

RESUMO DE ALTA HOSPITALAR / LAUDO MÉDICO

HD:

CID: <<S525>> FRATURA COMINUTIVA ARTICULAR DE RADIO DISTAL DIR E COMINUTIVA FRAGMENTAR DE ULNA DIR

CIRURGIA REALIZADA:

Admitido no dia 15/09/2020, sendo submetido a tratamento ortopédico em 17/09/2020.

TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA RADIO COM PLACA BLOQUEADA(1º TEMPO CIRURGICO)
AGUARDA REALIZAR FIXAÇÃO DA ULNA(2º TEMPO CIRURGICO)

MÉDICO CIRURGIÃO:

Dr. TARCISIO LYRA DE BRITO

ORIENTAÇÕES:

ATENÇÃO: QUALQUER ANORMALIDADE RETORNAR NOSSA EMERGÊNCIA PARA AVALIAÇÃO MÉDICA.

Relatório Emitido Eletronicamente

Data: 17/09/2020 as 11:10

Dr. Tarcísio Lyra
Ortopedia e Traumatologia
CRM: 10.591

Dr. (a) TARCISIO LYRA DE BRITO

CRM:



Nome: EDSON CAITANO FRANCISCO (1630965)

Admissão: 349267

Procedência: ENFERMARIA (PACIENTE INTERNO)

Enfermaria:

Leito: LEITO 01

Unidade de Internação: 013 - Ortopedia/Traumatologia

Data: / /

RESUMO DE ALTA HOSPITALAR / LAUDO MÉDICO

HD:

CID: <<S525>> FRATURA COMINUTIVA ARTICULAR DE RADIO DISTAL DIR E COMINUTIVA
FRAGMENTAR DE ULNA DIR

CIRURGIA REALIZADA:

Admitido no dia 15/09/2020, sendo submetido a tratamento ortopédico em 17/09/2020.

TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA RADIO COM PLACA BLOQUEADA(1º TEMPO
CIRURGICO)
AGUARDA REALIZAR FIXAÇÃO DA ULNA(2º TEMPO CIRURGICO)

MÉDICO CIRURGIÃO:

Dr. TARCISIO LYRA DE BRITO

ORIENTAÇÕES:

ATENÇÃO: QUALQUER ANORMALIDADE RETORNAR NOSSA EMERGÊNCIA PARA AVALIAÇÃO MÉDICA.

Relatório Emitido Eletronicamente

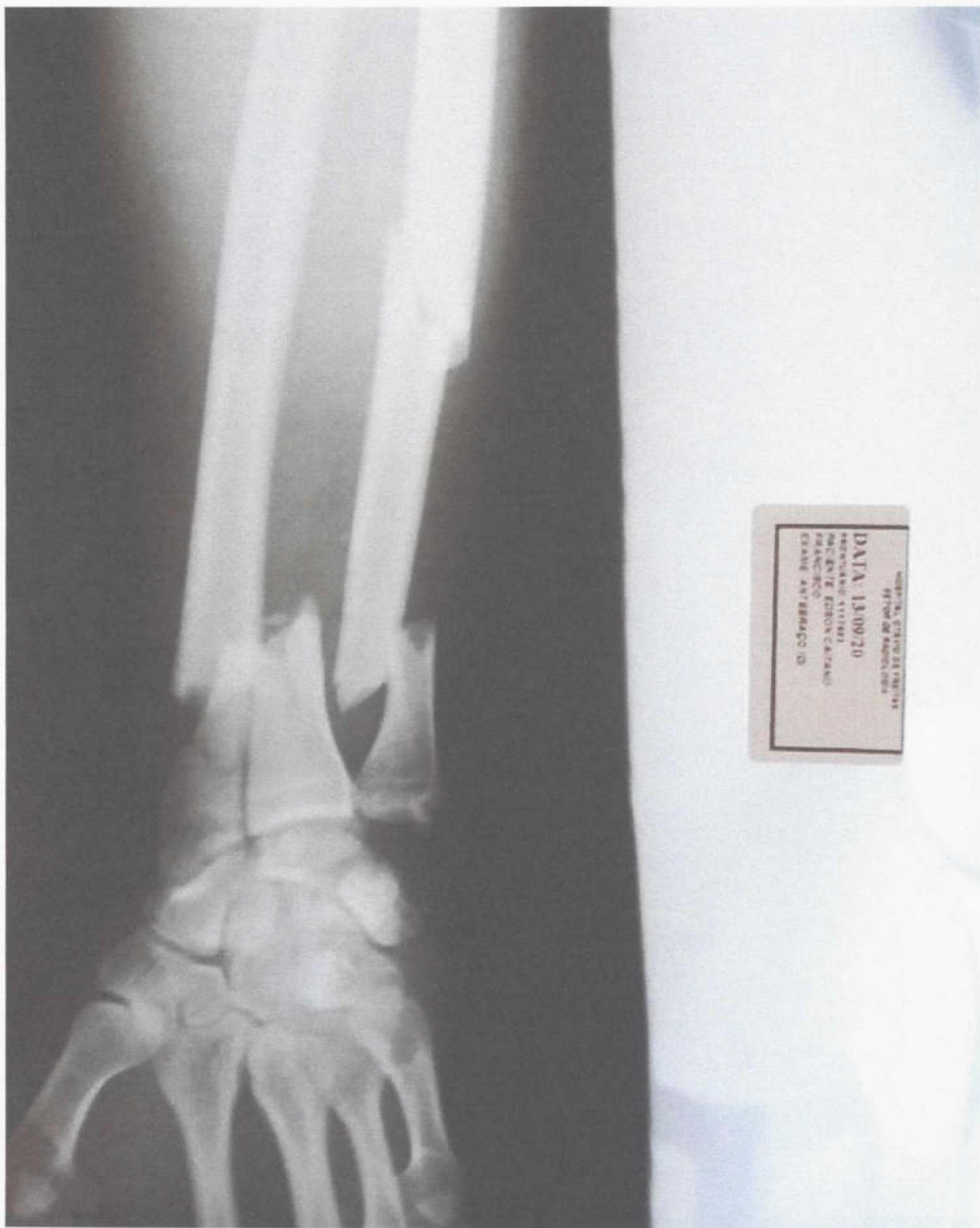
Data: 17/09/2020 as 11:10

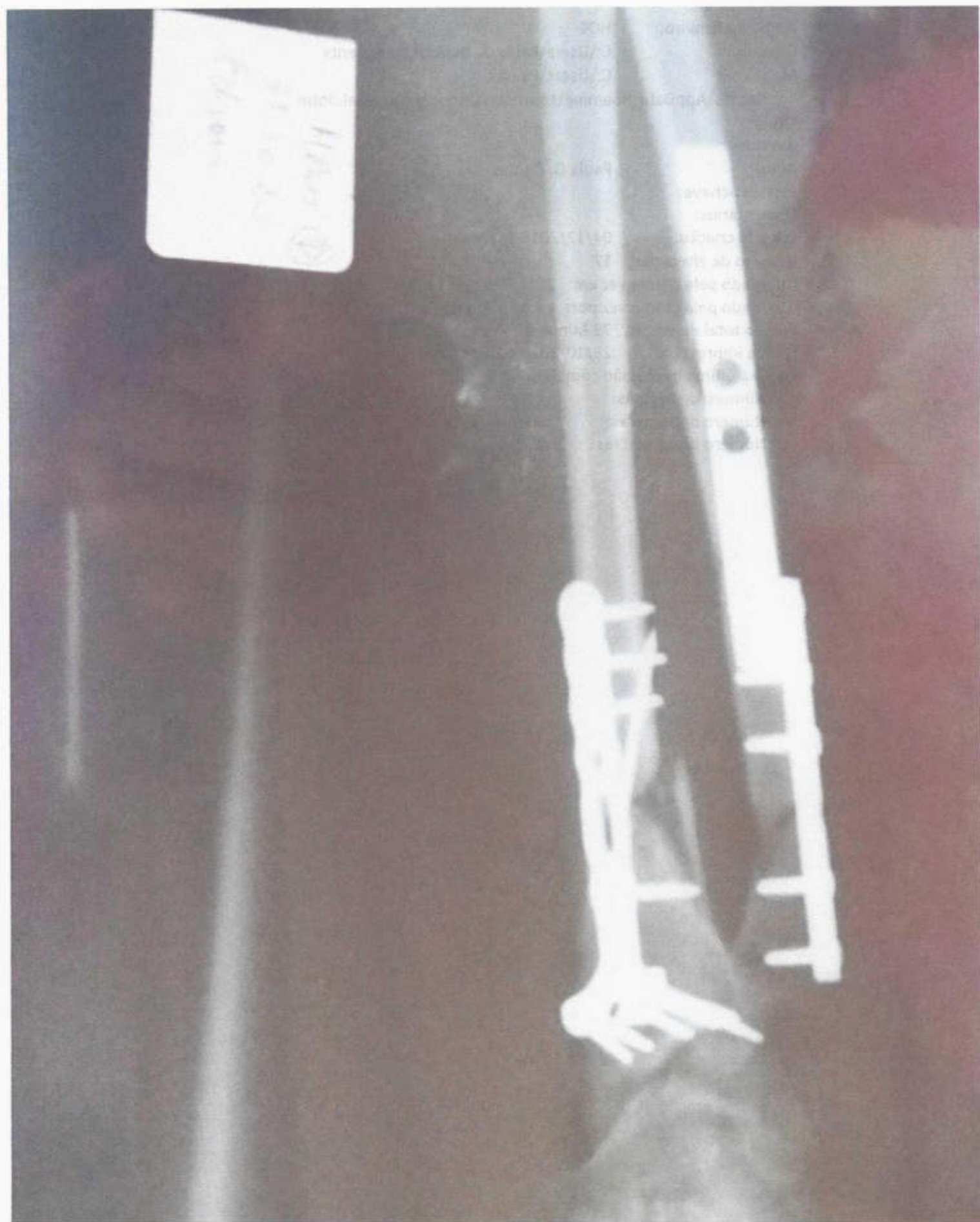
Dr. Tarcísio Lyra
Unidade de Ortopedia e Traumatologia
CRM: 10.591

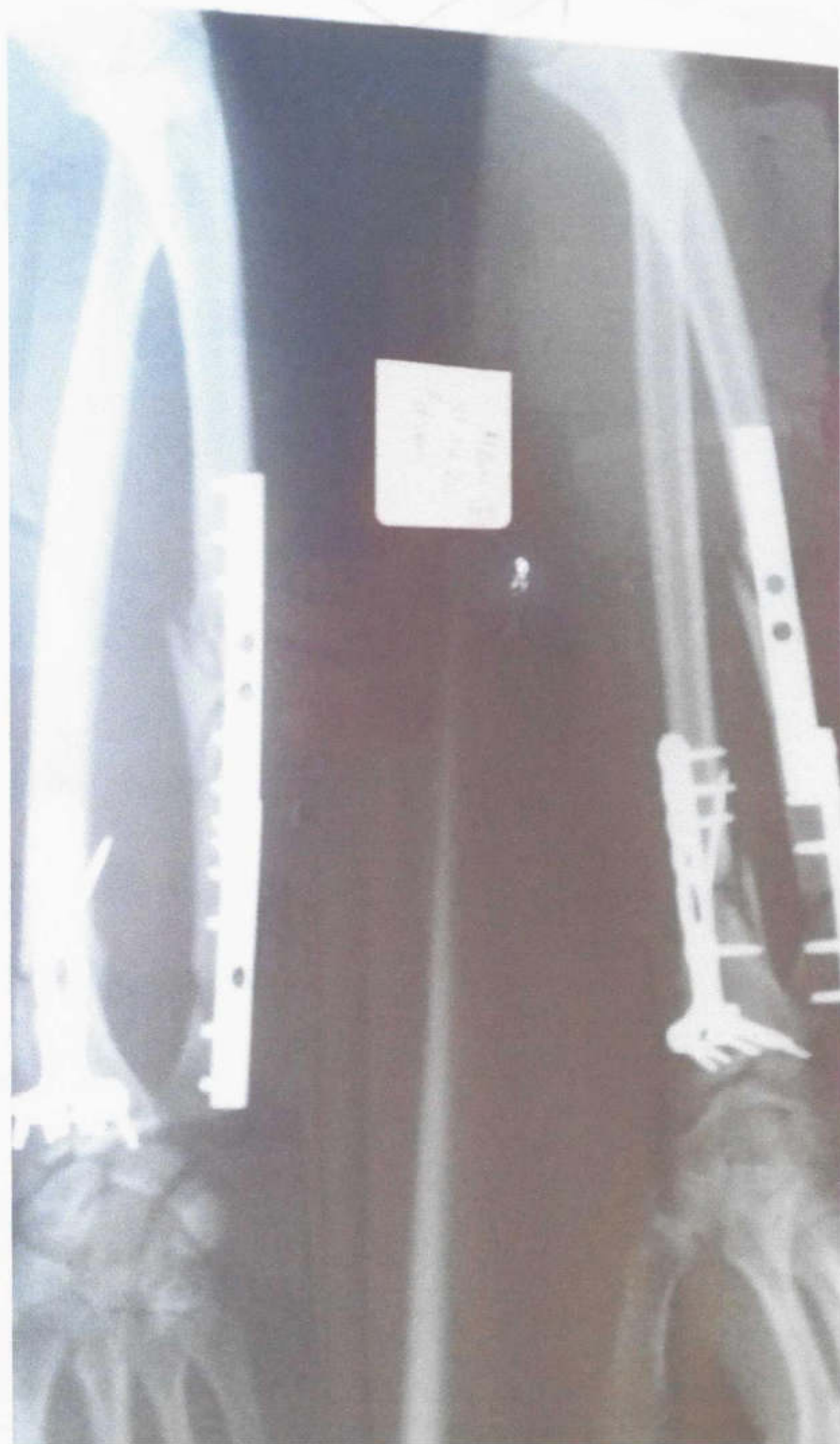
Dr. (a) TARCISIO LYRA DE BRITO

CRM:

MOPTA, 07/09 DE 1981/85
FOTOGRAFIA
DATA 13/09/20
MUSEU NACIONAL
MACENIZADO EMBALAGEM
FRANCO
CRASH ANTIBRANCO 10







VÁLIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL
1422158091

NOME
EDSON CAITANO FRANCISCO



DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF
388194698 SSP SP

CPF
078.200.574-83

DATA NASCIMENTO
21/02/1989

FILIAÇÃO
**EDIMILSON CAITANO FRAN
CISCO
ELISABETE LOURENCO DA
SILVA CAITANO**

PERMISSÃO
ACC

CAT. NAB.
A3

Nº REGISTRO
05567214126

VALIDADE
09/06/2023

1ª HABILITAÇÃO
15/08/2012

OBSERVAÇÕES

Edson Caitano Francisco

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
CARPINA - PE

DATA EMISSÃO
02/05/2017

Charles Andrews Sousa Ribeiro
Charles Andrews Sousa Ribeiro
Diretor Presidente

ASSINATURA DO EMISSOR

60308616099
PE078807697

PROIBIDO PLASTIFICAR
1422158091

PERNAMBUCO

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200454838 **Cidade:** Paudalho **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: EDSON CAITANO FRANCISCO **Data do acidente:** 12/09/2020 **Seguradora:** INVESTPREV SEGUROS E PREVIDENCIA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 18/12/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA COMINUTIVA ARTICULAR DISTAL DE RÁDIO DIREITO + SEGMENTAR DE ULNA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - FASCIOTOMIA (PLACA E PARAFUSOS). ALTA MÉDICA.

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 MODERADO DE PUNHO DIREITO.

**Documentos
complementares:**

Observações: PÁG. 3/4/6/9 _CIRURGIA
PÁG. 10/11/12 _EXAME IMAGEM

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 médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200454838 **Cidade:** Paudalho **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: EDSON CAITANO FRANCISCO **Data do acidente:** 12/09/2020 **Seguradora:** INVESTPREV SEGUROS E PREVIDENCIA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 18/12/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA COMINUTIVA ARTICULAR DISTAL DE RÁDIO DIREITO + SEGMENTAR DE ULNA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - FASCIOTOMIA (PLACA E PARAFUSOS). ALTA MÉDICA.

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 MODERADO DE PUNHO DIREITO.

**Documentos
complementares:**

Observações: PÁG. 3/4/6/9 _CIRURGIA
PÁG. 10/11/12 _EXAME IMAGEM

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 médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0363335/20

Vítima: EDSON CAITANO FRANCISCO

CPF: 078.200.574-83

Seguradora: INVESTPREV SEGUROS E PREVIDENCIA

Data do acidente: 12/09/2020

CPF de: Próprio

Titular do CPF: EDSON CAITANO FRANCISCO

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

EDSON CAITANO FRANCISCO : 078.200.574-83

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: 15/12/2020
Nome: EDSON CAITANO FRANCISCO
CPF: 078.200.574-83

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 15/12/2020
Nome: RAIANNE SILVA BARBOSA
CPF: 102.869.074-61

EDSON CAITANO FRANCISCO

RAIANNE SILVA BARBOSA