



Número: **0021233-21.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 9ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **03/05/2020**

Valor da causa: **R\$ 13.500,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito, Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
PAULO HENRIQUE PEREIRA (AUTOR)		RENATO CESAR MALHEIROS CAVALCANTI (ADVOGADO)	
TOKIO MARINE BRASIL SEGURADORA S.A (REU)			
SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S/A (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
64847847	17/07/2020 14:11	ANEXO 1	Outros (Documento)

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.susep.gov.br/bibliotecaweb/docoriginal.aspx?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF²**.

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Renato César M. Cavalcanti inscrito (a) no CPF 039.232.004 / 55 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Paulo Henrique Pereira inscrito (a) no CPF sob o Nº 077.772.754 / 45, do sinistro de DPVAT cobertura invalidadez da Vítima Paulo Henrique Pereira, inscrito (a) no CPF sob o Nº 077.772.754 / 45, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço <u>Av. Bernardo Vieira de Melo</u>		Número <u>1551</u>	Complemento <u>Ala 01 - Térreo</u>
Bairro <u>Piedade</u>	Cidade <u>Jaraguá dos Guararapes</u>	Estado <u>PE</u>	CEP <u>54410-010</u>
Email <u>renatomalheiros@outlook.com</u>		Telefone comercial(DDD) <u>-</u>	Telefone celular (DDD) <u>(81) 99543-4554</u>


Recife, 03 de março de 2020
Local e Data

Renato César M. Cavalcanti
Assinatura do Declarante

DLR01.001 V001/2017



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



CELPE

NOTA FISCAL - FATURA - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife - PE, CEP 50050-902
CNPJ 10.835.939/0001-06 | Insc. Est. 0005943-82 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE

PATRICIA MARIA PEREIRA DA SILVA

CPF: 063.253.404-50

CLASSIFICAÇÃO
B1 - RESIDENCIAL
RESIDENCIAL
Monofase

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA STA MARIA GORETE 451 F15P 02
GORETE
STA GORETE/BARREIROS
BARREIROS PE
55560-000

Nº DA NOTA FISCAL	SERIE	EMISSÃO
081218990	UNICA	06/01/2020

APPROXIMAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA INSTALAÇÃO
13/01/2020	2001811898	271782

CONTA CONTRATO	PERÍODO
7010787771	01/2020

DATA DE VENCIMENTO	DATA PRECATORIO PROPOSTA LITIGADA
20/01/2020	03/02/2020

TOTAL A PAGAR (R\$) **21,68**

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Residencial T100	30.0000000	0.31424880	9.42
Consumo Residencial T2	30.0000000	0.25429899	7.50
Acrescimo Bandeira AMARELA			0.42
ICMS Substituição-CEB/NF 376589102-04/10/19			0.22
Multa por atraso NF 087284348 - 08/13/19			0.94
Juros por atraso NF 087284348 - 08/13/19			0.11
Atualização CPN/NF 087284348 - 08/13/19			0.03
PRO-CRANÇ.A (0813412-8980 0803-031 8980)			3.00

TOTAL DA FATURA **21,68**

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	UNID.	USOS	LEITURA	P. 1ª	P. 2ª	Nº DE CONTANTE	AUGMENTO	VALOR
081218990	CT	100	100	0.0000	1000000	0.0000	1	0.0000	0.00

PERÍODO DE CONTROLE	INFORMAÇÕES DE CONTROLE
JAN-20 30	
FEV-20 30	
MAR-20 30	
ABR-20 30	
MAY-20 30	
JUN-20 30	
JUL-20 30	
AUG-20 30	
SET-20 30	
OCT-20 30	
NOV-20 30	
DEZ-20 30	

TAXAS APLICÁVEIS
ICMS
IPIS
COFINS

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Regulamento de Tarifas e de Contas de Energia Elétrica - Resolução ANEEL nº 1000/2016, de 12 de maio de 2016, e suas alterações posteriores. O consumidor pode consultar o regulamento de tarifas e de contas de energia elétrica no site da ANEEL (www.aneel.gov.br) ou no site da CELPE (www.celpe.com.br).

VARIAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS MEDIÇÕES	TIPO DE TENSÃO
VALOR NOMINAL (V)	220V
LIMITE ANUAL	10%





Tarifa Social de Energia Elétrica Criada pela Lei 10.438, de 24/04/02
NOTA FISCAL FATURA - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA
Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111 - Boa Vista, Recife - PE - CEP 50050-400
CNPJ 10.830.830/0001-08 (Insc. Est. 07.0463.01) www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE

RENATO CÉSAR MALHEIROS CAVALCANTI

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORAAV. BERNARDO VIEIRA DE MELO 1551
AP-01

CPF: 039.232.004-55

FIDELIDADE/PAZES
URBATO DOS GUARARAPES PE
54410-010**CLASSIFICAÇÃO**B3 COMERCIAL
OUTROS SERVIÇOS E OUTRAS ATIVIDADES

CONTINUTOS FISCAL	DATA	EMISSÃO
070001347	09/09/2019	23/09/2019
REPRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA FATURA
23/09/2019	201508220	1947019

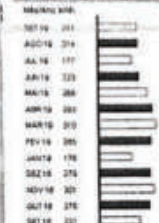
CONTA CONTRATO	MÊS/ANO
7025325626	09/2019
DATA DE EMISSÃO	DATA DE VENCIMENTO
30/09/2019	24/10/2019
TOTAL A PAGAR (R\$)	215,30

DEFINIÇÃO DA NOTA FISCAL

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo (kWh)	213,000000	0,77952220	164,47
Acrescimo Bandeira VERMELHA			11,87
Contrib. Sum. Publica Municipal			37,81
ICMS Subvenção COE-Nº 070002026-04/07/19			1,25
TOTAL DA FATURA			215,30

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR DATA	LEITURA	POSTERIOR DATA	LEITURA	Nº DE CONSUMO	CONSUMO (kWh)
30181019	CAI	25-08-2019	9.26120	23-09-2019	9.17420	30	211,20

CONSUMO DE CONSUMIDOR**INFORMAÇÕES DE TRIBUTAÇÃO**

ICMS	PIS	COFINS
170,44	170,44	170,44

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

Descrição	Valor (R\$)	Porcentagem
Geração de Energia	80,87	37,54%
Transmissão	2,11	1,01%
Distribuição (Cabo)	27,72	12,88%
Perdas de Energia	11,96	5,56%
Energia de Reserva	6,89	3,20%
Outros	12,09	5,62%
Total	170,44	100%

VALOR A PAGAR (R\$) 215,30

RESERVAÇÃO DE FISCOS

30P/B 9459 4840 ECCD A2-D 3180 55ED FF33

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Para a correta leitura desta fatura, o consumidor deve verificar se o medidor está corretamente instalado e se a leitura foi realizada corretamente. O consumidor deve verificar se a leitura foi realizada corretamente e se a leitura foi realizada corretamente. O consumidor deve verificar se a leitura foi realizada corretamente e se a leitura foi realizada corretamente.

Descrição	Valor (R\$)	Porcentagem
Geração de Energia	80,87	37,54%
Transmissão	2,11	1,01%
Distribuição (Cabo)	27,72	12,88%
Perdas de Energia	11,96	5,56%
Energia de Reserva	6,89	3,20%
Outros	12,09	5,62%
Total	170,44	100%

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS LEITURAS

Descrição	Valor (R\$)	Porcentagem
Geração de Energia	80,87	37,54%
Transmissão	2,11	1,01%
Distribuição (Cabo)	27,72	12,88%
Perdas de Energia	11,96	5,56%
Energia de Reserva	6,89	3,20%
Outros	12,09	5,62%
Total	170,44	100%

UNIDADE DE MEDIDA

Descrição	Valor (R\$)	Porcentagem
Geração de Energia	80,87	37,54%
Transmissão	2,11	1,01%
Distribuição (Cabo)	27,72	12,88%
Perdas de Energia	11,96	5,56%
Energia de Reserva	6,89	3,20%
Outros	12,09	5,62%
Total	170,44	100%

CONTA CONTRATO 7025325626 MÊS/ANO 09/2019 DATA DE VENCIMENTO 24/10/2019 TOTAL A PAGAR (R\$) 215,30

83820000002-9 15300011007-5 02532562610-9 14270268423-8





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 073ª CIRCUNSCRIÇÃO - SIRINHAÉM - DP73ªCIRC
DINTER1/13ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **20E0163000129**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **11/03/2020** às **15:13**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **1/2/2020** às **03:40**

Natureza Jurídica: **ACIDENTE MOTOCICLETA**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE SIRINHAEM, 01, ENGENHO PALMA - NESTE MUNICIPIO**

- Bairro: **CENTRO - NÃO INFORMADO/PERNAMBUCO/BRASIL**

Local do Fato: **RODOVIA ESTADUAL**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

GUSTAVO HENRIQUE RODRIGUES ALVES (AUTOR \ AGENTE)

PATRICIA MARIA PEREIRA DA SILVA (NOTICIANTE)

PAULO HENRIQUE PEREIRA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): GUSTAVO HENRIQUE RODRIGUES ALVES

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

PAULO HENRIQUE PEREIRA (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: PATRICIA MARIA PEREIRA DA SILVA Pai: PAULO JOSE ALMEIDA FILHO Data de Nascimento: 24/3/1997 Naturalidade: BARREIROS / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 9970435/SDS/PE (RG). 07777275445 (CPF) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 1º. GRAU INCOMPLETO Profissão: VENDEDOR(A) Telefones Celulares: - 987766376

Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE BARREIROS, 01, RUA MARIA GORETE Nº 451 - GRANJA SANTA GORETE - BARREIROS -PE - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - NÃO INFORMADO/PERNAMBUCO/BRASIL**

GUSTAVO HENRIQUE RODRIGUES ALVES (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: MARIA ISABEL RODRIGUES ALVES Pai: JOSE ALVES DA SILVA Data de Nascimento: 26/8/1996 Naturalidade: BARREIROS / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 10128946/SDS/PE (RG). 13007306418 (CPF) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 1º. GRAU INCOMPLETO Profissão: MOTOBOY Telefones Celulares: - 987766376

Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE BARREIROS, 01, ENGENHO ILHETRINHA - ZONA RURAL DE BARREIROS -PE - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - NÃO INFORMADO/PERNAMBUCO/BRASIL**

PATRICIA MARIA PEREIRA DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Feminino Mãe: IRACEMA ROQUE PEREIRA DA SILVA Pai: JOSE GERALDO PEREIRA Data de Nascimento: 15/11/1980 Naturalidade: BARREIROS /

11/03/2020 15:15



PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: **6833944/SDS/PE (RG)**, **06325540450 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)**
 Escolaridade: **1º. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **DO LAR** Telefones Celulares:
- 987766376

Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE BARREIROS, 01, RUA SANTA GORETE - Nº 451 - GRANJA SANTA GORETE - BARREIROS -PE - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - NÃO INFORMADO/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **GUSTAVO HENRIQUE RODRIGUES ALVES**, que estava em posse do(a) Sr(a): **GUSTAVO HENRIQUE RODRIGUES ALVES**
 Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
 Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PEU9007 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)** Renavam: **461469030** Chassi: **9C2KC1650CR537860**
 Ano Fabricação/Modelo: **2012/2012** Combustível: **ALCO/GASOL**

Complemento / Observação

INFORMA A SRA, PATRICIA MARIA PEREIRA DA SILVA, QUE SEU FILHO PAULO HENRIQUE PEREIRA, QUANDO ESTAVA DE CARONA NA MOTO DE PLACA PEU- 9007, DE PROPRIEDADE E CONDUZIDA POR GUSTAVO HENRIQUE RODRIGUES ALVES, NA PE-60, EM TERRAS DO ENGENHO PALMA, NESTE MUNICIPIO, PERDEU O CONTROLE DA MOTO CAINDO CAUSANDO LESOES NA CABEÇA, DO SR PAULO HENRIQUE PEREIRA, SENDO SOCORRIDO PARA O HOSPITAL OLIMPIO MACHADO, ONDE RECEBEU O PRIMEIRO SOCORRO NESTE MUNICIPIO, SENDO TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO EM RECIFE, FICANDO INTERNADO PARA TRATAMENTO MEDICO.

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

Patricia Maria Pereira da Silva
PATRICIA MARIA PEREIRA DA SILVA
(NOTICIANTE)

B.O. registrado por: **MARIO JULIO DO REGO FILHO** - Matrícula: **1345758**

11/03/2020 15:15





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ OMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

Nº do seguro ou ASL: _____ CPF da vítima: 077.772.754-45 Nome completo da vítima: Paulo Henrique Pereira
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012
Nome completo: Paulo Henrique Pereira CPF: 077.772.754-45
Profissão: Desempregado Endereço: Rua São Maria Góte Número: 451 Complemento: _____
Bairro: PS de Góte Cidade: Barreiros Estado: PE CEP: 55600-000
E-mail: rinatomalheiro@outlook.com Telefone: (81) 99543-4554

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

RENDA MENSAL:
☒ RECLUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itau (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 2124 CONTA: 61227

(informar o dígito se existir)

(informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____

(informar o dígito se existir)

CONTA: _____

(informar o dígito se existir)

Autorizo a seguradora LIDER a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/prestação do Seguro DPVAT, a que eu tiver direito, reconhecendo e dando desde já e irrevogável a efetuação da crédito, quitando total do valor recebido.

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 atenda a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
☐ O IML que atenda 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 não submeter a avaliação médica às salas da Seguradora LIDER para verificação da existência e quantificação das lesões provocadas pelos fatos de acidente de trânsito, conforme Lei 1.294/74, art. 1º, § 1º, declarando que esta autorização não significa prava concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a, caso discordar do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estrada civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data da óbito da vítima: _____

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não
Vivos: _____ Falecidos: _____

Estou ciente de que a Seguradora LIDER pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte aqueles 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.

Local e Data: Recife, 03/03/2020

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGQ

Paulo Henrique Pereira

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROSTO, na presença de 2 (duas) testemunhas (maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura).
NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

EPS 001 V001/2018





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DIAM (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

Nº do sinistro ou AG: _____ CPF da vítima: 077.772.754-45 Nome completo da vítima: Paulo Henrique Pereira
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012
Nome completo: Paulo Henrique Pereira CPF: 077.772.754-45
Profissão: Desempregado Endereço: Rua São Maria Góte Número: 451 Complemento: -
Bairro: PS de Góte Cidade: Barreiros Estado: PE CEP: 55560-000
E-mail: rinatomaalheiro@outlook.com Tel (DDD): (81) 99543-4554

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

RECEITA MENSAL:
☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

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

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 2124

(informar o dígito se existir)

CONTA: 61227

(informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____

(informar o dígito se existir)

CONTA: _____

(informar o dígito se existir)

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

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 o fim de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- ☒ Não há IML que atenda à região do acidente ou da minha residência, ou
☐ O IML que atenda à região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT, ou
☐ O IML que atenda à 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 nº 294/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestação, caso discordar do seu resultado.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____

Grão de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte aqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando morto, 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.

Local e Data: Recife, 03/03/2020

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROSTO

Paulo Henrique Pereira
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROSTO, na presença de 2 (duas) testemunhas (maiores e capazes), comprometendo-se a dar fé ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

TPS 001 V001/2018





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

Rio de Janeiro, 30 de Abril de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200144861

Vítima: PAULO HENRIQUE PEREIRA

Data do Acidente: 01/02/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: RENATO CESAR MALHEIROS CAVALCANTI

Assunto: VÍTIMA EM TRATAMENTO

Senhor(a), PAULO HENRIQUE PEREIRA

Devido a lesão não estar consolidada, não é possível, no momento, caracterizar a invalidez permanente pleiteada.

Assim, após finalizado o tratamento médico/hospitalar e se verificada a existência de invalidez permanente, a vítima deverá apresentar os respectivos documentos médicos, tais como os listados a seguir:

- Boletim médico/hospitalar, com a ficha da evolução médica e a alta médica hospitalar;
- Relatório do tratamento médico realizado na internação e/ou no atendimento ambulatorial;
- Laudos de exames, caso realizados no tratamento, tais como: Raio X, tomografia, ressonância magnética e de controle pós procedimento cirúrgico ou tratamento conservador ambulatorial, com a identificação do paciente e data de realização.

Em caso de cirurgia anexar: os relatórios médicos hospitalares com os procedimentos adotados e materiais usados, folha de anestesia, folhas de evolução médica e sumário de alta.

Informamos que é direito do paciente solicitar e receber, sem custos, os documentos do tratamento médico realizado nos hospitais públicos ou particulares, em internação ou tratamento ambulatorial.

Esclarecemos, por fim, que os documentos emitidos por enfermagem ou outros profissionais da área de saúde devem estar, necessariamente, acompanhados pela respectiva evolução/solicitação médica.

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.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01483/01484 - carta_07 - INVALIDEZ

00040742



Carta nº 15738388





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, 15 de Abril de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200144861

Vítima: PAULO HENRIQUE PEREIRA

Data do Acidente: 01/02/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: RENATO CESAR MALHEIROS CAVALCANTI

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), PAULO HENRIQUE PEREIRA

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,

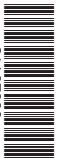
Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 15705379

Pag. 00235/00236 - carta_01 - INVALIDEZ

00020118



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0112864/20

Número do Sinistro: 3200144861

Vítima: PAULO HENRIQUE PEREIRA

CPF: 077.772.754-45

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

Data do acidente: 01/02/2020

CPF de: Próprio

Titular do CPF: PAULO HENRIQUE PEREIRA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

RENATO CESAR MALHEIROS CAVALCANTI : 039.232.004-55

Procuração

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: 23/04/2020
Nome: RENATO CESAR MALHEIROS CAVALCANTI
CPF: 039.232.004-55

RENATO CESAR MALHEIROS CAVALCANTI

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 23/04/2020
Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA
CPF: 114.202.964-69

JULIANA BEZERRA DE LUNA



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0112864/20

Vítima: PAULO HENRIQUE PEREIRA

CPF: 077.772.754-45

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

CPF de: Próprio

Data do acidente: 01/02/2020

Titular do CPF: PAULO HENRIQUE PEREIRA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

RENATO CESAR MALHEIROS CAVALCANTI : 039.232.004-55

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

PAULO HENRIQUE PEREIRA : 077.772.754-45

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: 13/04/2020
Nome: RENATO CESAR MALHEIROS CAVALCANTI
CPF: 039.232.004-55

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 13/04/2020
Nome: Marta Marinho dos Santos
CPF: 492.294.514-87

RENATO CESAR MALHEIROS CAVALCANTI

Marta Marinho dos Santos



Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT S.A
Tel 21 3861-4600 www.seguradoralider.com.br
Rua da Assembleia, 100 – 26º andar – Edifício City Tower – Centro
20011-904 – Rio de Janeiro – RJ



Circular DOPTI 002/2020.
Rio de Janeiro, 13 de abril de 2020

Às
Seguradoras Consorciadas

Assunto: Projeto Movimentação Remota – Identificação de Sinistros pendenciados com possibilidade de prosseguimento por meio de ações que independem de contato presencial

Prezados Senhores,

1. Como é de conhecimento de todos, em 7/2/2020, foi publicada a Lei 13.979, de 2020, que dispõe sobre as medidas para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus responsável pelo surto de 2019 e indica as condições para aplicação de isolamento e quarentena, conforme o caso.
2. Em 20/3/2020, foi publicada a Medida Provisória nº 926, de 2020, que alterou a referida lei para, dentre outros temas, permitir às autoridades, no âmbito de suas competências, a adotar medidas de restrições à circulação de pessoas, resguardando o exercício e funcionamento de serviços públicos e atividades essenciais. Ainda nessa data, o Decreto Legislativo nº 6, de 2020, estabeleceu estado de calamidade pública em razão da emergência de saúde pública de importância internacional relacionada ao coronavírus (Covid-19).
3. Diante desse cenário de restrição à circulação de pessoas e de concentração de esforços para o atendimento às pessoas com suspeita ou comprovada contaminação pelo Covid-19, entendemos que os beneficiários do Seguro DPVAT poderiam ter nos recursos providos por esse seguro um apoio nesse momento de grande dificuldade para toda a sociedade. Por outro lado, poderiam esses mesmos beneficiários encontrar dificuldades na obtenção de documentos que foram objeto de pendenciamento em sinistros já avisados e cujos prazos estavam interrompidos.
4. Da análise das bases de dados e documentos relativos à regulação de sinistros, identificou-se que alguns documentos, ou informações pendentes, poderiam ser fornecidas pelos interessados sem a necessidade de deslocamento a quaisquer órgãos, ou obtidas pela Seguradora Líder com o uso de tecnologia.
5. Nesse contexto e visando dar prosseguimento a regulação desses sinistros, a Seguradora Líder desenvolveu o Projeto Movimentação Remota ("Projeto") que é composto por uma série de análises e ações diferenciadas em relação àquelas atualmente adotadas na operação do Seguro DPVAT, e que serão utilizadas somente enquanto perdurar o cenário de quarentena e a limitação de circulação de pessoas em razão da pandemia da COVID-19.
6. Cabe destacar que, como as ações da seguradora não devem estimular o deslocamento e o contato presencial de pessoas, foram selecionados apenas sinistros que possam ser movimentados por meio de ações remotas.
7. Sendo assim, serve o presente Comunicado para convidá-los a participar desse Projeto pioneiro e desafiador que dependerá de um esforço conjunto e da parceria entre a Seguradora Líder e



Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT S.A
Tel 21 3861-4600 www.seguradoralider.com.br
Rua da Assembleia, 100 – 26º andar – Edifício City Tower – Centro
20011-904 – Rio de Janeiro – RJ



Circular DOPTI 002/2020.
Rio de Janeiro, 13 de abril de 2020

Seguradoras Consorciadas para atuação nos sinistros administrativos pendenciados na etapa de regulação, com a finalidade de se buscar a finalização dos processos e, quando pertinente, o pagamento das respectivas indenizações, mediante o exame do conjunto probatório de todo o processo de sinistro e a verificação do direito do Beneficiário.

8. A participação no Projeto é simples e inicia-se com o envio à Consorciada de grupos de sinistros que serão organizados com base no tipo de documento que será tratado pela Seguradora Líder. Em seguida, caberá à Consorciada realizar a movimentação do processo para “Concluir Regulação”. Caso, eventualmente haja alguma outra providência operacional a ser tomada no SISDPVAT, será enviado e-mail com os sinistros e os respectivos esclarecimentos acerca das medidas necessárias para movimentação.
9. Esclarecemos, por fim, que a seleção dos processos de regulação inseridos no Projeto, considerando as premissas expostas, já foi realizada pela Seguradora Líder. Logo, não será permitida a indicação de outros casos pelas Consorciadas, como também não será permitida a aplicação das premissas e procedimentos que compõem o Projeto em relação aos sinistros:
 - (i) já avisados e pendenciados, mas não selecionados;
 - (ii) que venham ser avisados posteriormente ao término do Projeto.
10. Nesse mesmo sentido, aproveitamos para ratificar que seguem inalterados os procedimentos de regulação dos sinistros avisados durante o período determinado deste projeto.
11. Em breve, iniciaremos o envio dos grupos de sinistros a cada Consorciada com instruções complementares.
12. Contamos com o empenho e agilidade das equipes envolvidas no tratamento dos casos e resposta às equipes Líder.
13. As dúvidas deverão ser enviadas para o e-mail consultas.dpvat@seguradoralider.com.br e no assunto, deve constar: **Projeto Movimentação Remota**.

À disposição para outros esclarecimentos que se façam necessários, contamos com a colaboração de todos.

Atenciosamente,

Diretoria de Operações e Tecnologia da Informação - DOPTI
Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT S.A.



PROCURAÇÃO PARTICULAR

(Preencher com letras de forma legível e sem rasuras)

OUTORGANTE:

Nome: PAULO HENRIQUE PEREIRA
Nacionalidade: BRASILEIRO
Estado Civil: SOLTEIRO
Identidade: 9.970.435 SSP/PE
CPF: 077.772.754-45
Profissão: DESEMPREGADO
Endereço: RUA STA MARIA FLORETE Nº 451 PSF DE LORETE, BARREIROS-PE
CEP: 55560-000
Telefone: (81) 99543-4554

OUTORGADO:

Nome: RENATO CESAR MACHIEIROS CAVALCANTE
Nacionalidade: BRASILEIRO
Estado Civil: SOLTEIRO
Identidade: 6162609 SSP/PE
CPF: 039.232.004-55
Profissão: ADVOGADO
Endereço: AV. BERNARDO VIEIRA DE MELO Nº 51, S/Nº, LERREO, PIEDADE-PE
CEP: 55170-010
Telefone: (81) 99523-4554

Pelo presente instrumento particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar o pedido de indenização referente ao seguro obrigatório DPVAT, concedendo ao outorgado poderes para assinar, enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto as seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre pericia médica e solicitar reagendamento, podendo substabelecer e praticar enfim, todos os atos de direito permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato a fim de requerer a indenização do SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT para a vítima: PAULO HENRIQUE PEREIRA

BARREIROS-PE

2020

Local e data

Paulo Henrique Pereira

Assinatura do OUTORGANTE

(Reconhecer firma por autenticidade/verdadeiro)



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200144861 **Cidade:** Sirinhaém **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: PAULO HENRIQUE PEREIRA **Data do acidente:** 01/02/2020 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 29/04/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO GRAVE GLASGOW 10 P1

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Em tratamento

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: @3 4 5 6 9

DEVIDO AO CURTO ESPAÇO DE TEMPO DECORRIDO DO ACIDENTE RECLAMADO E A LESÃO AINDA ESTAR EM PROCESSO DE CONSOLIDAÇÃO, NÃO É POSSÍVEL NO MOMENTO, EVIDENCIAR A INVALIDEZ PERMANENTE. FAZ-SE NECESSÁRIO APRESENTAR, TÃO LOGO O TRATAMENTO HOSPITALAR E AMBULATORIAL SEJA FINALIZADO, AS SEGUINTE ALTERNATIVAS DE DOCUMENTAÇÃO MÉDICA:

- RELATÓRIO DO TRATAMENTO REALIZADO A NÍVEL AMBULATORIAL;

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
		Total	0 %	R\$ 0,00



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0112864/20
Vítima: PAULO HENRIQUE PEREIRA
CPF: 077.772.754-45
CPF de: Próprio
Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A
Data do acidente: 01/02/2020
Titular do CPF: PAULO HENRIQUE PEREIRA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

RENATO CESAR MALHEIROS CAVALCANTI : 039.232.004-55

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

PAULO HENRIQUE PEREIRA : 077.772.754-45

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: 13/04/2020
Nome: RENATO CESAR MALHEIROS CAVALCANTI
CPF: 039.232.004-55

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 13/04/2020
Nome: Marta Marinho dos Santos
CPF: 492.294.514-87

RENATO CESAR MALHEIROS CAVALCANTI

Marta Marinho dos Santos



FICHA DE PRONTO ATENDIMENTO EMERGENCIA

DATA: 01/02/2020 CARTÃO SUS: _____
HORA DE ENTRADA: 04:19 HORA DE SAÍDA: _____ REGISTRO: 442794

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME: Paulo Henrique Pereira
ENDEREÇO: Rua da Góndola
DATA DE NASCIMENTO: 24/03/1997 CIDADE: Bananeiras U.F.: PE
FILIAÇÃO: _____ IDADE: 22 anos SEXO: ☒ M ☐ F
PAI: _____ MÃE: Patrícia Maria Pereira de Sá
RESPONSÁVEL: _____

TRIAGEM / QUEIXA PRINCIPAL

to HR (NER) Sinais:
PA: 100x60 PESO: _____ FC: 58/32/60
T: _____ HGT: _____ FR: _____

HISTÓRIA CLÍNICA

Queda de motocicleta com
otomotores (5), ECG 10, Sinais 99/12
ECG (empireiro), Sinais 100/12
EXAMES SOLICITADOS: Sinais clínicos de trauma
H.D.: TCE grave

CONSULTA / PRESCRIÇÃO MÉDICA

Manitol 200ml (5)
SRL 1000 (5)
MÉDICO(A): _____

Cristopher Cavalcanti
Coordenador Médico
Hospital Sirinhaém
Mat. 260087 CRM-PE 19678

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM:

EVOLUÇÃO / OBSERVAÇÃO

MEDICAMENTOS E MATERIAIS UTILIZADOS

DESTINO DO PACIENTE: INTERNADO () ÓBITO () ALTA () HORARIO: _____
TRANSFERIDO PARA: _____

ASS. MÉDICO(A)

ASS. ENFERMEIRO (A)

ASS. TEC. DE ENFERMAGEM

TERMO DE RESPONSABILIDADE DE ALTA A PEDIDO

DATA: ____/____/____ PARENTESCO: _____ Nº DE IDENTIDADE/CPF: _____

NOME COMPLETO: _____

Scanned with CamScanner



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



FICHA DE ESCLARECIMENTO

Nº Atendimento: 1544171

Nome: Paulo Henrique Pereira

Foi atendido às 6:35 hs. do dia 01, 02, 2020

Diagnóstico Provável: Lesão axonal difusa,
TCE.

Paciente não apresenta lesões
neurocirúrgicas

Evoluiu sem intercorrências
durante o internamento hospi-
talar.

Tratamento Realizado: Suporte Clínico

Paciente com seqüela de lesão
axonal difusa, com tempo de
recuperação indeterminado (pode
chegar a 6 meses). Sem indí-

Observação: casos de tratamento específicos,
deverá ter processo de recupera-
ção em domicílio com supor-

Cópia de: te clínico do PSF e/ou
Unidade Mista da cidade de
Origem. 06/02/2020

Médico - CRM Nº

Adilson Borges Jr.
Neurocirurgião
CRM 12537

ATENÇÃO: Este documento destina-se a comprovação de atendimento hospitalar ou ambulatorial para INSS, Empresas, Escolas, Ministério do Trabalho, Continuidade do tratamento ambulatorial, segundo a recomendação Nº 04/2002 do Ministério Público do Estado de Pernambuco.

Cód. 0157

Scanned with CamScanner





Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



RECEITUÁRIO MÉDICO **PERNAMBUCO**
GOVERNO DO ESTADO

Paciente:

Registro:

Clinica:

Box/Leito/Enfermaria:

U4U PD

Paulo Henrique Pereira

CID: 506.9
506.2

Tomografia de
Crânio = lesão axonal
difusa

Consequencia: paciente
apresenta letargia
com retardo psico-
motor. Prazo de recupe-
r

Data: ___/___/___

Ass. Carimbo/Médico/CREMEPE

COD. 0340



raças e indetermina-
do. Não há trata-
mento específicos.

06/02/2020

Adilson Sousa Jr.
Neurocirurgião
CRM 16637





PREFEITURA MUNICIPAL DOS BARREIROS

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

RECEITUÁRIO

Unidade de Saúde: USF STA GORETE
Nome do Paciente: PAULO AGNIRIO PEREIRA Idade:

LAUDO MEDICO

Atesto para devidos fins que
O PACIENTE SUPRACITADO É
ACOMPANHADO PELA USF, APÓS
TRAUMATISMO CRANEO ENCEFALICO
GRAVE, TENDO SEQUELAS
COMO AMNÉSIA (CID R41),
ASSIMETRIA CRANIANA (Q.67.0),
TONTURA PERSISTENTE (R42),
DISFUNÇÃO PALPEBRAL (H02) e
OUTRAS SEQUELAS (T90).

04/03/2020

DATA

Dr. Jurandir Teles M. Junior
Médico - Mais Médicos
RMS 2601058/PE

CRM/CRO/COREN

Scanned with CamScanner



FICHA DE ESCLARECIMENTO

Nº Atendimento : 1544171

Nome : Paulo Henrique Pereira

Foi atendido às 6:35 hs. do dia 01, 02, 2020

Diagnóstico Provável : Lesão axonal difusa,
TCE.

Paciente não apresenta lesão
neurocirúrgica

Evoluiu sem intercorrências
durante o internamento hospi-
talar.

Tratamento Realizado : Suporte Clínico.

Paciente com seqüela de lesão
axonal difusa, com tempo de
recuperação indefinido (podem
chegar a 6 meses). Sem indi-

Observação : cação de tratamentos específicos,
deverá ser processo de recupera-
ção em domicílio com supor-

Cópia de : te clínico do PSF e/ou
Unidade Mista da cidade de

Origem. 06/02/2020

Médico - CRM Nº

Adilson Sousa Jr.
Neurologia
CRM 18837

ATENÇÃO : Este documento destina-se a comprovação de atendimento hospitalar ou ambulatorial para INSS, Empresas, Escolas, Ministério do Trabalho, Continuidade do tratamento ambulatorial, segundo a recomendação Nº 04/2002 do Ministério Público do Estado de Pernambuco.

Cód. 0157



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco

HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



RECEITUÁRIO MÉDICO

PERNAMBUCO

GOVERNO DO ESTADO

Paciente:

Paulo Henrique

Registro:

Clinica:

Pereira

Box/Leito/Enfermaria:

Vítima de
acidente motoris-
tico.

Está internado
no HR do dia

01/02/20 a 06/02/20

HD: Lesão axonal
difusa

Isabella Lira
CRM 102.148
01/02/2014

Data

06/2/20

Ass. Carimbo/Médico/CREMEPE

COD. 0340





Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



RECEITUÁRIO MÉDICO

PERNAMBUCO
GOVERNO DO ESTADO

Paciente:

Paulo Henrique

Registro:

Clínica:

Pereira

Box/Leito/Enfermaria:

Vítima de
acidente motorista
do.

Estar internado
no HR do dia

01/02/20 a 06/02/20

AD: Lesão aórtica
difusa

Isabella Lira
Neurocirurgia
08/02/20148

Data 06/2/20

Ass. Carimbo/Médico/CREMEPE

COD. 0340





Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



RECEITUÁRIO MÉDICO **PERNAMBUCO**
GOVERNO DO ESTADO

Paciente:

Registro:

Clinica:

Box/Leito/Enfermaria:

LAUDO

Paulo Henrique Pereira

CID: 506.9
506.2

Tomografia de
Crânio = lesão axonal
difusa

Consequência: paciente
apresenta letargia
com retardo psico-
motor. Prazo de recupe-
r

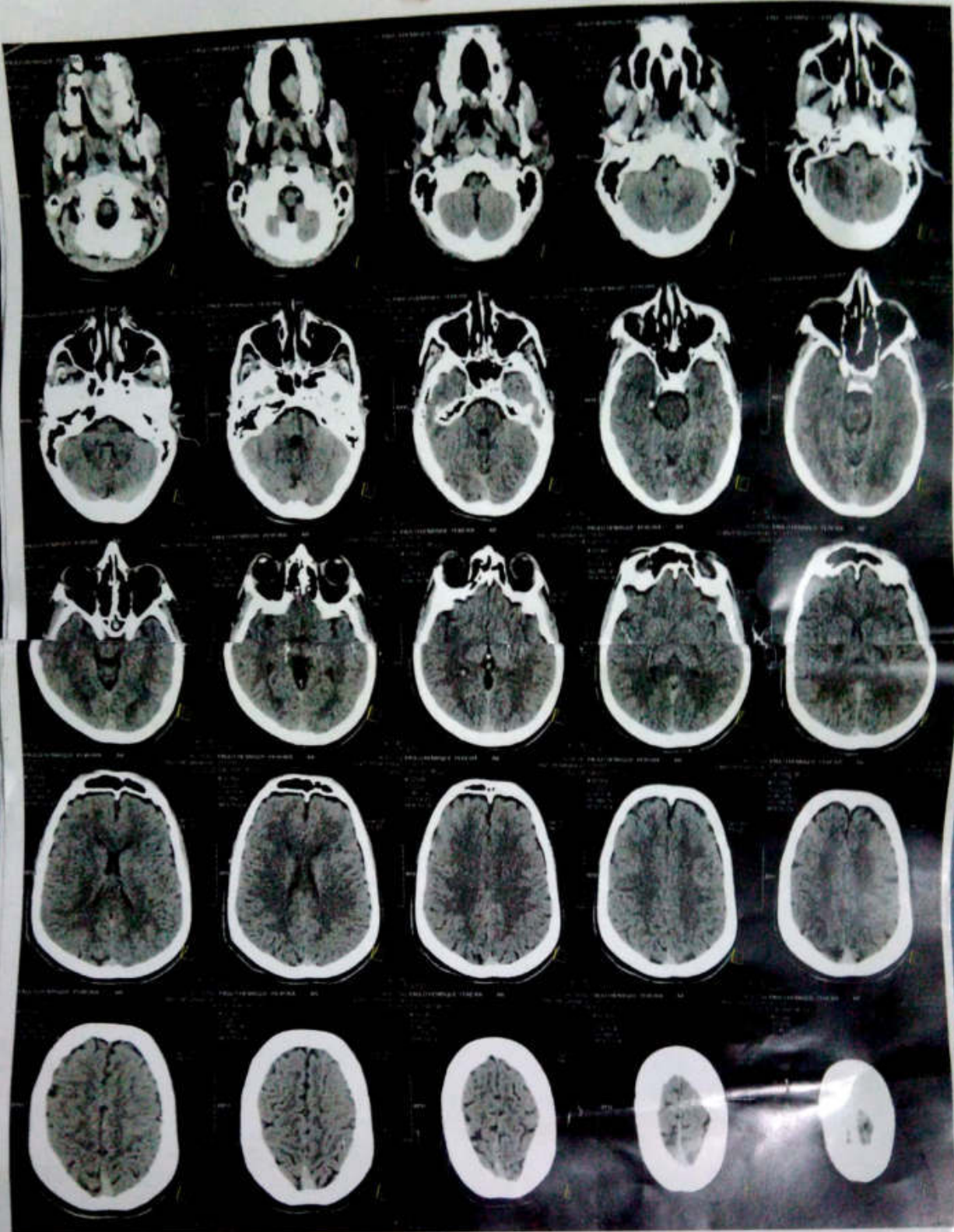
Data: ____/____/____

Ass. Carimbo/Médico/CREMEPE

COD. 0340



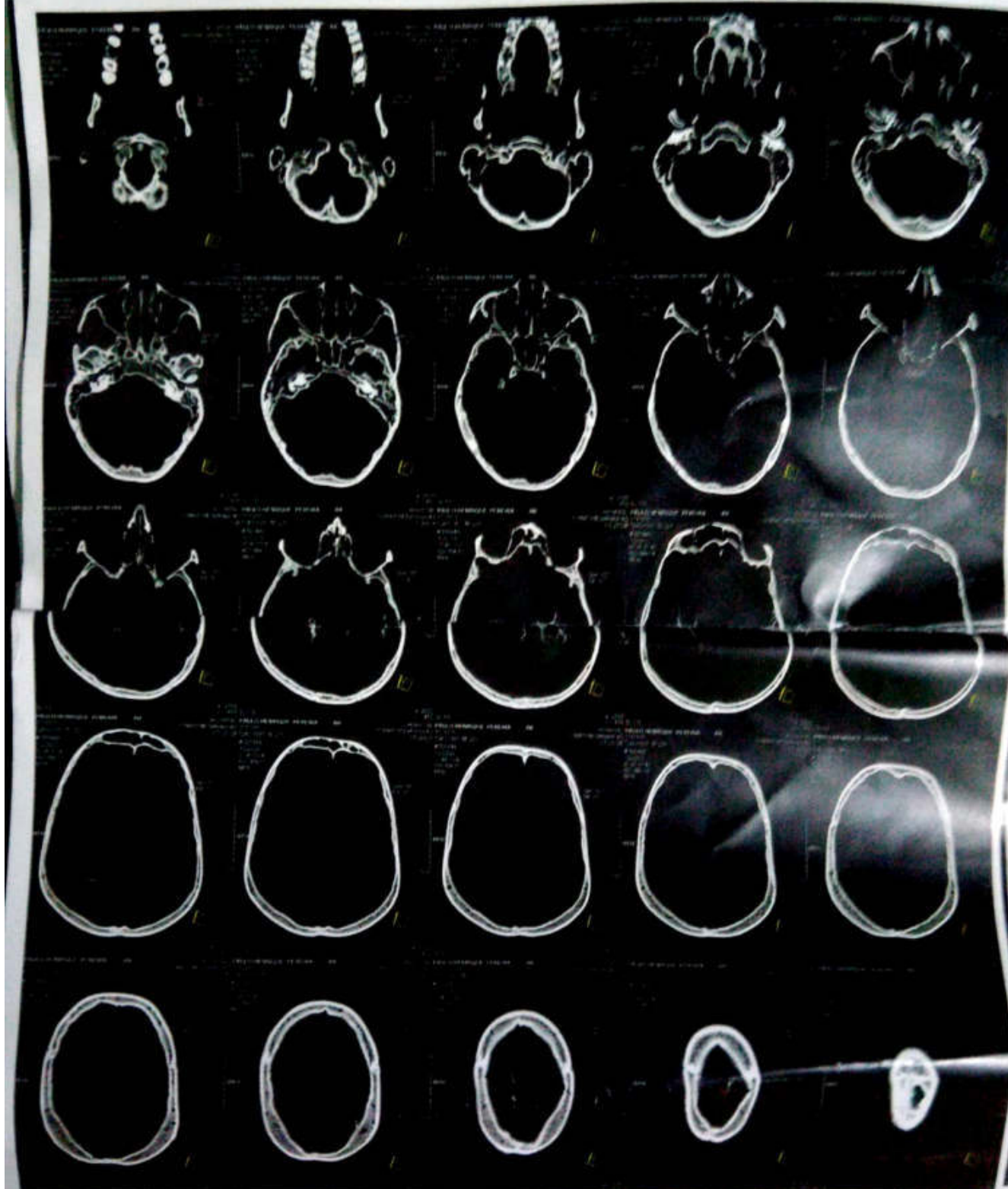
1/2 hora



Av. Agamenon Magalhães, S/N - Derby - Recife - PE, CEP: 52010-040, Fone: (081) 3181-5400

Scanned with CamScanner

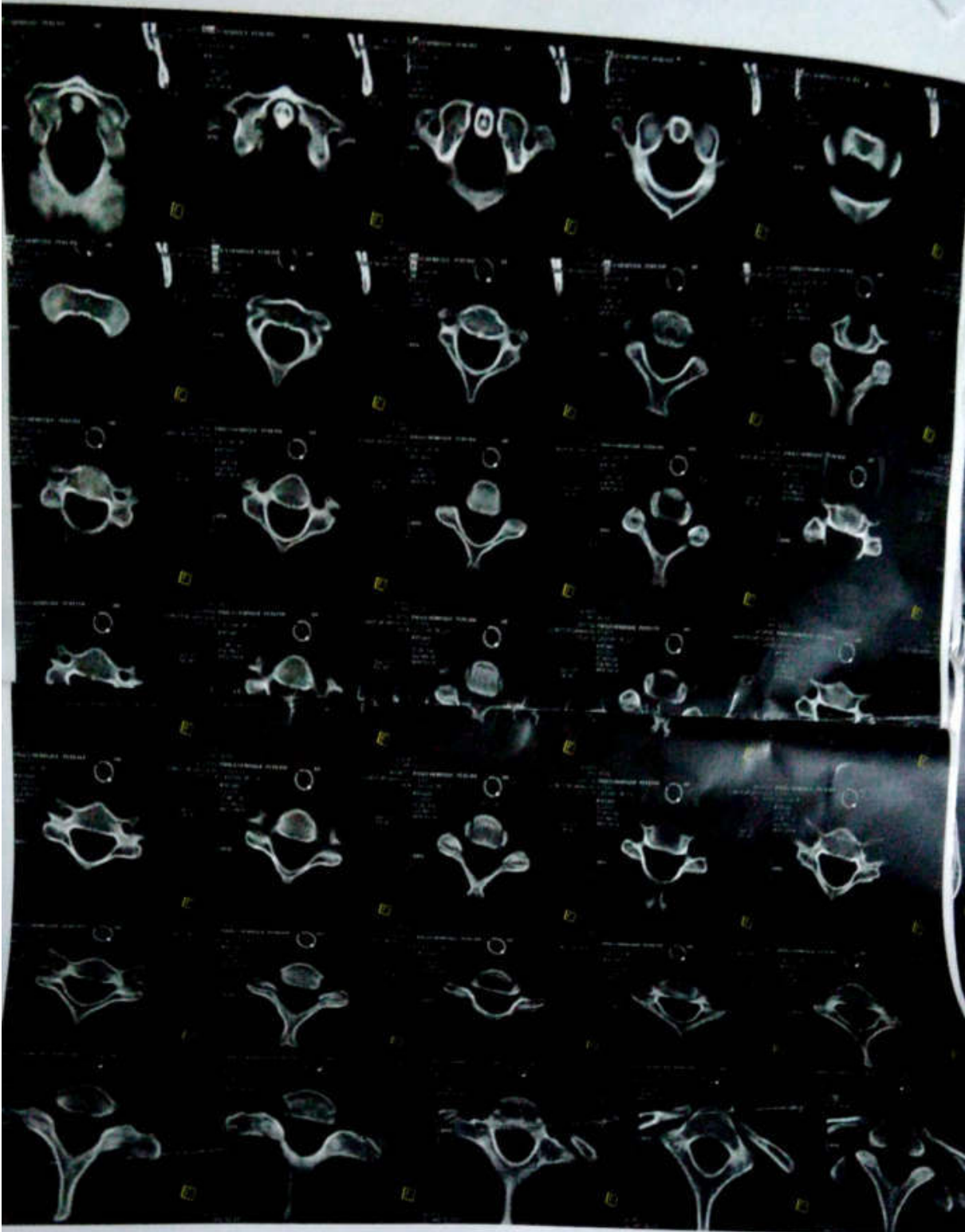




Assessoria Magalhães, S/N - Derby - Recife - PE, CEP: 52010-040, Fone: (081) 3181-5400

Scanned with CamScanner





Av. Agamenon Magalhães, S/N - Derby - Recife - PE, CEP: 52010-040, Fone: (081) 3181-5400

Scanned with CamScanner

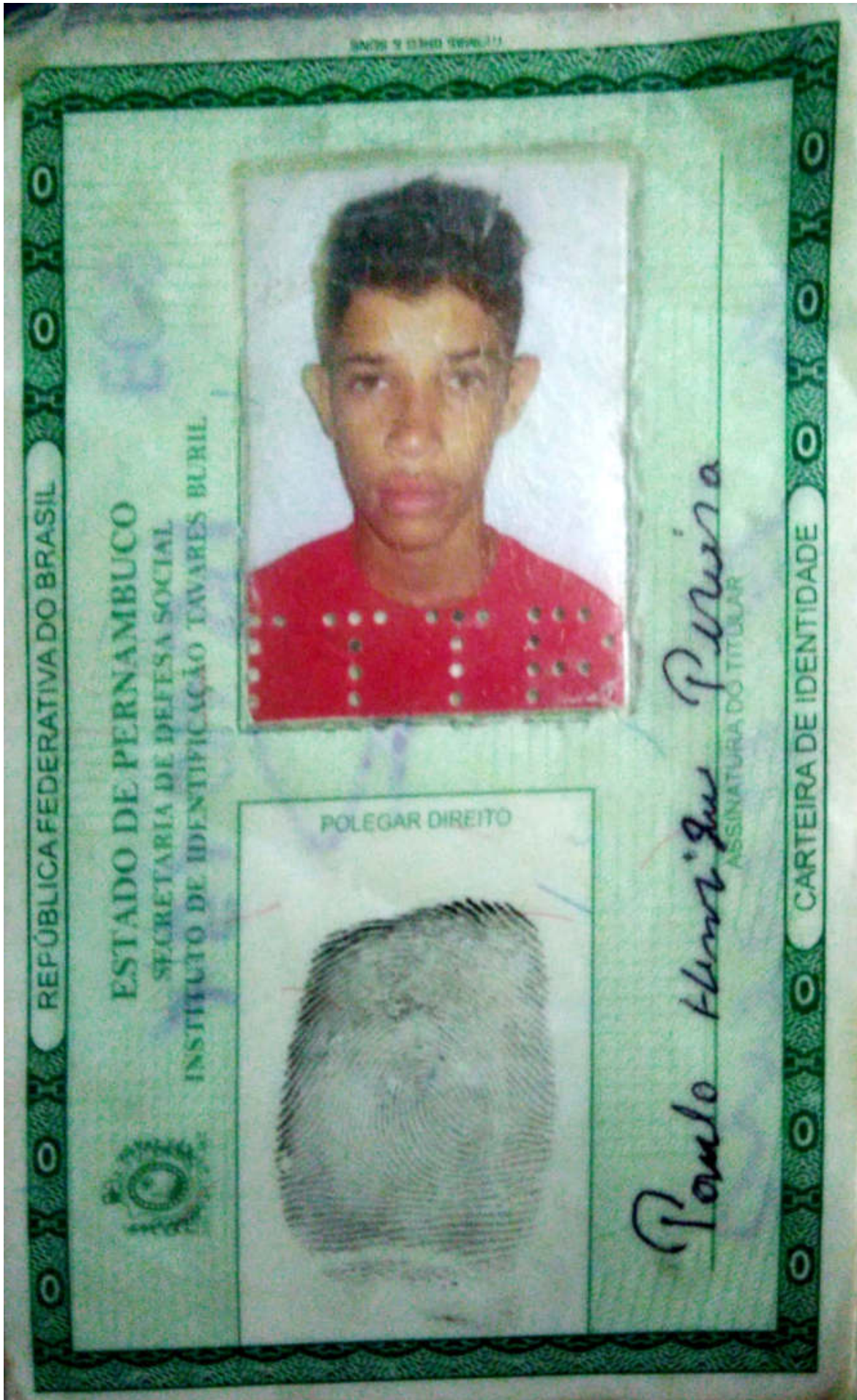




Av. Agamenon Magalhães, S/N - Derby - Recife - PE, CEP: 52010-040, Fone: (081) 3181-5400

Scanned with CamScanner





Scanned with CamScanner



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO
GERAL

9.970.435

DATA DE
EXPEDIÇÃO

18/06/2014

NOME

<< PAULO HENRIQUE PEREIRA >>

FILIAÇÃO

<< PAULO JOSÉ ALMEIDA FILHO >>

<< PATRICIA MARIA PEREIRA DA SILVA >>

NATURALIDADE

BARREIROS - PE

DATA DE NASCIMENTO

24/03/1997

DCC ORIGEM

<< 075150 02 55 1998 1 00026 186

0029483 21 BARREIROS-PE >>

CDE

077.772.754-45

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.446 DE 29/08/83

Emprego de Policial

P-60 84.047 - 3022





MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal

CPF

Cadastro de Pessoas Físicas

Número de Inscrição

077.772.754-45

Nome

PAULO HENRIQUE PEREIRA

Nascimento

24/03/1997



