



Número: **0042255-38.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção A da 10ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **26/08/2020**

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

Assuntos: **Seguro, Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
SEVERINO LUIZ MOREIRA NETO (AUTOR)		ROMICEDES SILVESTRE TOME (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)			
PAULO FERNANDO BEZERRA DE MENEZES FILHO (PERITO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
69562125	15/10/2020 14:16	ANEXO 1	Outros (Documento)

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200100225 Cidade: Recife Natureza: Invalidez Permanente
Vítima: SEVERINO LUIZ MOREIRA NETO Data do acidente: 08/08/2019 Seguradora: PREVIJIL VIDA E PREVIDENCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 02/06/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA DE FACE,
TRAUMA COM TUSO DE JOELHO ESQUERDO - (CONFORME LAUDO DO IML)

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR. AITA.
P 2/3

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequelas

Documento/Motivo: Recusa - Sem Sequelas (Recuperação Completa)

Nome do documento
faltante:

Apontamento do Laudo
do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das
sequelas:

Documentos
complementares:

Observações: DE ACORDO COM LAUDO PERICIAL DO IML Nº: 3306/2020 / UF: PE.

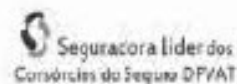
Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

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-0079819/20

Número do Sinistro: 3200100225

Vítima: SEVERINO LUIZ MOREIRA NETO

CPF: 146.972.704-37

Seguradora: PREVIMIL VIDA E PREVIDENCIA S/A

Data do acidente: 08/08/2013

Titular do CPF: SEVERINO LUIZ MOREIRA NETO

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

Documentos de identificação

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: 08/04/2020
Nome: SEVERINO LUIZ MOREIRA NETO
CPF: 146.972.704-87

SEVERINO LUIZ MOREIRA NETO

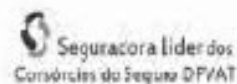
Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 08/04/2020
Nome: Erica Fernandes Tonelato
CPF: 068.829.827-32

Erica Fernandes Tonelato



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0079819/20
Vítima: SEVERINO LUIZ MOREIRA NETO
CPF: 146.972.704-87
Seguradora: PREVI/ML VIDA E PREVIDENCIA S/A

Data do acidente: 08/08/2019
CPF de: Próprio
Título de CPF: SEVERINO LUIZ MOREIRA NETO

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Laudo do IML - Lesões corporais
Outros

SEVERINO LUIZ MOREIRA NETO : 146.972.704-87

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: 4020-1506 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24h por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 04/03/2020
Nome: SEVERINO LUIZ MOREIRA NETO
CPF: 146.972.704-87

SEVERINO LUIZ MOREIRA NETO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 04/03/2020
Nome: ANTONIO GUSTAVO PEREIRA DA SILVA
CPF: 143.938.707-94

ANTONIO GUSTAVO PEREIRA DA SILVA





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradomalider.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 0600 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, 10 de Março de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200100225

Vítima: SEVERINO LUIZ MOREIRA NETO

Data do Acidente: 08/08/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), SEVERINO LUIZ MOREIRA NETO

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, contados 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 15596543





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradomlider.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 02212 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0600 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, 10 de Março de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200100225 Vítima: SEVERINO LUIZ MOREIRA NETO

Data do Acidente: 08/08/2019 Cobertura: INVALEDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), SEVERINO LUIZ MOREIRA NETO

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Documentação médico-hospitalar	Apresentar a cópia simples do Boletim de Primeiro Atendimento Médico, com a indicação dos procedimentos adotados, identificação da vítima e do médico responsável, com data, assinatura e CRM legíveis, pois o entregue não permite a leitura das informações.
Documentos de identificação	Apresentar a cópia simples da carteira de identidade (RG) da vítima ou, se não possuir, da certidão de nascimento, da certidão de casamento atualizada, da Carteira de Trabalho e Previdência Social - CTPS ou da Carteira Nacional de Habilitação - CNH, pois a entregue não permite a leitura das informações.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,
Seguradora Líder-DPVAT
Estamos aqui para Você

Fig. 010810-100 - carta_03 - INVALEDEZ

000-0000

Carta nº 1559816





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradomilider.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 02212 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato como SAC, 24 horas por dia, no telefone 0600 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, 08 de Abril de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200100225 Vítima: SEVERINO LUIZ MOREIRA NETO

Data do Acidente: 08/08/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), SEVERINO LUIZ MOREIRA NETO

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Documentos de identificação	Apresentar a cópia simples da carteira de identidade (RG) da vítima ou, se não possuir, da certidão de nascimento, da certidão de casamento atualizada, da Carteira de Trabalho e Previdência Social - CTPS ou da Carteira Nacional de Habilitação - CNH, pois a entregue não permite a leitura das informações.
------------------------------------	--

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Fig. 00517500718 - carta_03 - INVALIDEZ



Carta nº 15691231





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradomlider.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 02212 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0600 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, 03 de Junho de 2020

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3Z0010JZ25 Vítima: SEVERINO LUIZ MOREIRA NETO

Data do Acidente: 08/08/2019 Cobertura: INVAIUDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), SEVERINO LUIZ MOREIRA NETO

Após a análise dos documentos apresentados do pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Os documentos médicos apresentados não evidenciam a presença de sequelas permanentes, que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica, não sendo caracterizada invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT. A documentação médica anexada, datada de 22/01/2020, emitida pelo Dr. MARIANA CORTEZ FITTIPALDI, CRM nº 11095 - PE, da Instituição INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL A. PERSIVO CUNHA, evidencia recuperação completa após o dano pessoal sofrido no acidente de trânsito e não foi comprovada a existência de invalidez permanente.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pág. 003800440 - carta_31 - INVAIUDEZ



Carta nº 15831082





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Autorização de pagamento



Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAVS (DESPEJAS DE ASSISTENCIA MEDICA E SUPLEMENTARES) ☐ II

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

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

5 - Nome completo: SEVERINO LUIZ MOREIRA NETO 6 - CPF: 146972704-87
7 - Profissão: 8 - Endereço: RUA BETIM 9 - Número: 12 10 - Complemento: CASA
11 - Bairro: ATOGADOS 12 - Cidade: RECIFE 13 - Estado: PE 14 - CEP: 50820-640
15 - E-mail: ALF312016LINDA@GMAIL.COM 16 - Tel. (DDD): 81-33040409

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\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.500,00 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 POUQUANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

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

AGÊNCIA: CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: BRASIL

AGÊNCIA: 3242 5 CONTA: 88311452 6

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em submeter a 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 nº 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 discordo do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - 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 - Quantidade de filhos com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima tem filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: ☐ Falecidos: ☐ 30 - Vítima deixou nascituro(vol nascitor)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima tem 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 atestado

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 - 1º Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2º Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

RECIFE 27 de fevereiro de 2020
[Assinatura]

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (documentada)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



INSTRUÇÕES DE PREENCHIMENTO DO FORMULÁRIO PEDIDO DO SEGURO DPVAT

O formulário deverá ser preenchido (manuscrito ou eletronicamente) de forma completa e legível.

É importante o preenchimento de todos os campos específicos e cobertura obrigatória.

DADOS CADASTRAIS

11 a 16 | Registro de informações cadastrais | Preencher corretamente de acordo com a documentação.

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL

17	Nome completo do Representante Legal	Preencher com o nome completo do representante legal (pai, tutor ou curador) sem abreviatura ou erro de digitação.
18	CPF do Representante Legal	Preencher com o número de inscrição do representante legal no CPF.
19	Profissão do Representante Legal	Preencher com a profissão do representante legal. No caso de não possuir profissão, declarar: "não possui".

OBSERVAÇÃO IMPORTANTE SOBRE REPRESENTANTE LEGAL (PAI, TUTOR E CURADOR):

Deverão ser representados:

- Beneficiário/vítima com idade entre 0 e 15 anos pelos pais ou tutor, e o incapaz pelo curador. Nesse caso, o formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário/vítima e assinado somente pelo representante legal (no campo 42).
- Beneficiário/vítima com idade entre 16 e 17 anos pelos pais ou tutor. Neste caso, o formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário/vítima e assinado pelo beneficiário/vítima (no campo 41) e seu representante legal (no campo 42).

DADOS BANCÁRIOS

20	Renda Mensal do Titular da conta	Assinalar uma das opções relacionadas à renda mensal do titular da conta informada para crédito da indenização.
21	Dados bancários	Assinalar a opção indicando "quem" é o titular da conta, o banco, agência e número da conta para o crédito da indenização.

OBSERVAÇÃO IMPORTANTE PARA CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO:

- O crédito da indenização somente será realizado em conta de titularidade da própria vítima/beneficiário. Não serão aceitas contas de terceiros, exceto em caso de pagamento para menores de 16 anos ou de pessoa incapaz, em que é admitida indicação de conta de titularidade do representante legal (pai, tutor ou curador).
- Em caso de devolução de crédito em decorrência de fornecimento incorreto de dados bancários, indicação de conta com limite de movimentação bancária, conta fiscal e conta de benefício, será necessária a apresentação de novo formulário do Pedido do Seguro DPVAT, com indicação de novos dados bancários.

INVALIDEZ PERMANENTE

22	Declaração de Ausência de Laudo do IMI	Preencher somente para cobertura Invalidez Permanente.
----	--	--

MORTE

13 a 33 | Declaração de Únicos Beneficiários | A falta de preenchimento correto das informações invalidará o formulário.

NÃO ALFABETIZADO

34	Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado	Apor a impressão digital da vítima/beneficiário não alfabetizado.
35	Nome legível de quem assina o pedido (a rgo)	Preencher com o nome da pessoa indicada pelo não alfabetizado para assinar o pedido (a rgo).
36	CPF legível de quem assina o pedido (a rgo)	Preencher com o número do CPF da pessoa indicada para assinar o pedido (a rgo).
37	Assinatura de quem assina o pedido (a rgo)	Assinar o formulário conforme assinatura do documento de identidade.

OBSERVAÇÃO IMPORTANTE SOBRE BENEFICIÁRIO/VÍTIMA NÃO ALFABETIZADO:

- O não alfabetizado deverá escolher pessoa de sua confiança, alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o formulário, a seu pedido (a seu rgo), na presença de 02 (duas) testemunhas maiores e capazes. A pessoa escolhida se compromete a dar-lhe ciência do inteiro conteúdo do Pedido do Seguro DPVAT, antes do preenchimento e assinatura do mesmo.

TESTEMUNHAS

38	1ª testemunha	Preencher com o nome completo e número do CPF e assinatura da 1ª testemunha.
39	2ª testemunha	Preencher com o nome completo e número do CPF e assinatura da 2ª testemunha.

OBSERVAÇÃO IMPORTANTE PARA APRESENTAÇÃO DE TESTEMUNHAS:

- A apresentação de testemunha é imprescindível somente para beneficiários/vítimas não alfabetizados.

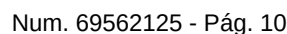
ASSINATURAS DO FORMULÁRIO

40	Local e Data	Preencher indicando o local e a data de preenchimento do formulário.
41	Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)	Assinatura da vítima/beneficiário da indenização conforme documento de identidade.
42	Assinatura do representante legal (se houver)	Assinatura do representante legal (pai, tutor, curador) conforme documento de identidade.
43	Assinatura do Procurador (se houver)	Assinatura do procurador devidamente nomeado.

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoradider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Serviço de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios): Capitais e regiões metropolitanas: 0800-022-1216 / Outras regiões: 0800-022-1216 / 0800-022-8189
SAC (para dúvidas e reclamações): todos os dias da semana, 24h: 0800-022-8189
SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800-022-1216
Ouvidoria: 0800-022-9135





EM BRANCO





Boletim de ocorrência



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
POSTO POLICIAL DO HOSPITAL DA RESTAURACAO - DP4°CIRC DIM/2°DESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E0334001083

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **09/08/2019** às **10:34**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Dóloso (Consumado) que aconteceu no dia **8/8/2019** no período da **Tarde**

Fato ocorrido no endereço: **POR TRÁS DA IMOBILIARIA PAULO MIRANDA - RECIFE/PERNAMBUCO /BRASIL** Próximo a: **BAIRRO DE BOA VIAGEM (BAIRRO), 315, RUA ANA CAMELO DA SILVA - Bairro: BOA VIAGEM - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR / AGENTE)
ALEXSANDRA MARIA MOREIRA (NOTICIANTE)
SEVERINO LUIZ MOREIRA NETO (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

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

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

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

ALEXSANDRA MARIA MOREIRA (presente ao plantão) - Sexo: Feminino Mãe: INACIA MARIA DA CONCEIÇÃO Data de Nascimento: **9/9/1985** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**
Residência: **RUA OLEGÁRIO MARIANO - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL** Próximo a: **BAIRRO DE AFOGADOS (BAIRRO), 75 - CEP: 55000-000 - Bairro: AFOGADOS - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**

SEVERINO LUIZ MOREIRA NETO (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: LAURA MOREIRA Data de Nascimento: **9/9/1985** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**
Residência: **SEGUNDA TRAVESSA DCTIM , PRÓXIMO POR TRÁS DO CAMPO SOCITE - RECIFE/PERNAMBUCO /BRASIL** Próximo a: **BAIRRO DE AFOGADOS (BAIRRO), 12 - CEP: 55000-000 - Bairro: AFOGADOS - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL, PRÓXIMO POR TRÁS DO CAMPO SOCITE**

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**

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

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

Complemento / Observação

ESTEVE NESTA UNIDADE HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO A FILHA DA VÍTIMA INFORMANDO UM ACIDENTE

14/10/2019 08:36



OCORRIDO EM 08/08/2019 NO BAIRRO BOA VIAGEM; QUE A VÍTIMA ESTAVA TRANSITANDO COM SUA BICICLETA PELA RUA ANA CAMELO, QUANDO UM DESCONHECIDO PILOTANDO UMA MOTO DE PLACA E MODELO DESCONHECIDO COLIDIU/ATROPELANDO ELE OCASIONANDO SUA QUEDA; O DESCONHECIDO EVADIU-SE DO LOCAL SEM SOCORRER A VÍTIMA; QUE FOI SOCORRIDO POR POPULARES COM TRAUMATISMO NA FACE, SANGRAMENTO NASAL E ORAL PARA HOSPITAL CEMUR E DE LÁ ENCAMINHADO PARA O HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO LOCALIZADO NO MUNICÍPIO DE RECIFE. NADA MAIS DECLARAR

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

ALEXSANDRA MARIA MOREIRA
(NOTICIANTE)

SEVERINO LUIZ MOREIRA NETO
(VITIMA)

B.O. registrado por: ANA KARLA DE MELO FARCELAR - Matrícula: 273869-4



CELPE
 Atendimento: 116 (ligação gratuita)
 Atendimento ao cliente: 0800 265 0-43
 Ouvidoria: 0800 382 5559
 Para informar falta de energia, envie SMS para 30543 ou e-mail: atendimento@celpe.com.br
 Agência de Regulação dos Serviços Públicos
 Companhia de Regulação dos Serviços Públicos
 Rua 13 de Maio, 111, São Paulo, SP - CEP 05010-000
 Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL
 Rua 13 de Maio, 111, São Paulo, SP - CEP 05010-000



CELPE
 Companhia Energética de Pernambuco
 Av. João de Barros, 111, São Paulo, SP - CEP 05010-000
 (11) 3054-3054 (0800 265 0-43) www.celpe.com.br

BADDE DO CLIENTE
 SEVERINO LUIZ MOREIRA NETO

ENDEREÇO DA INTAKE CONSUMIDORA
 R. 2 DE MARÇO, 111, JARDIM

Informações sobre duração e frequência das interrupções

Todo consumidor pode solicitar a suspensão das interrupções DFC, FIDMIC e DFCU a qualquer tempo (Resolução Aneel 078/2006)
 DFC - Número de horas sem energia
 FIC - Número de vezes sem energia
 DFCU - Duração máxima da interrupção em horas
 DFCU - Duração da interrupção em horas

Em caso de suspensão de atendimento, o consumidor tem o direito de cancelar o contrato sem custos adicionais, podendo também solicitar a suspensão do contrato de fornecimento de energia elétrica em caso de suspensão de atendimento.
 O cliente é responsável quando há violação na continuidade individual ou de rede elétrica da concessionária.
 Pagamento em 12 parcelas: R\$ 2,00 (dois reais), 11 parcelas: R\$ 0,00 (zero reais).
 O cliente é responsável quando há descumprimento do prazo de entrega das obras de atendimento comercial.

CPF: 142.972.704-07

CLASSIFICAÇÃO
 RI - RESIDENCIAL
 RESIDENCIAL

CONSUMIDOR
 08/12/2016 UNICA 15/09/2016

CONSUMIDOR
 15/10/2016 20/10/2016 20/10/2016

AFOGADO/PEC/PE
 REC # 1.95
 (2000) - 300

CONSUMIDOR
 2067430010 - 10/2019
 23/10/2019 16/11/2019
 123,16

CONSUMIDOR	QUANTIDADE	PREÇO UNIT	VALOR (R\$)
Consumo Afofado	117000000	0,000000	0,00
Consumo Afofado	117000000	0,000000	0,00
Consumo Afofado	117000000	0,000000	0,00
Consumo Afofado	117000000	0,000000	0,00
Consumo Afofado	117000000	0,000000	0,00
Consumo Afofado	117000000	0,000000	0,00
Consumo Afofado	117000000	0,000000	0,00
Consumo Afofado	117000000	0,000000	0,00
Consumo Afofado	117000000	0,000000	0,00
Consumo Afofado	117000000	0,000000	0,00

Comprovante de residência



Accomphe as nossas redes sociais
 celpe_oficial @officinalpe @celpe_oficial

FATURA POR E-MAIL

Uma praticidade da Celpe para sua vida ficar mais fácil.



- ☒ Sem custo algum
- ☒ Sem papel
- ☒ Onde e quando precisar

Utilize o QR Code de acesso
www.celpe.com.br
 Faça sua adesão e contribua com o meio ambiente.

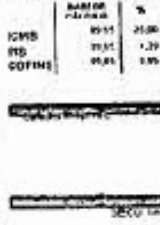
TOTAL DA F

CONSUMIDOR	QUANTIDADE	PREÇO UNIT	VALOR (R\$)
Consumo Afofado	117000000	0,000000	0,00
Consumo Afofado	117000000	0,000000	0,00
Consumo Afofado	117000000	0,000000	0,00
Consumo Afofado	117000000	0,000000	0,00
Consumo Afofado	117000000	0,000000	0,00
Consumo Afofado	117000000	0,000000	0,00
Consumo Afofado	117000000	0,000000	0,00
Consumo Afofado	117000000	0,000000	0,00
Consumo Afofado	117000000	0,000000	0,00
Consumo Afofado	117000000	0,000000	0,00

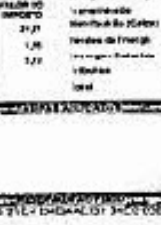
HISTÓRICO DE CONSUMO



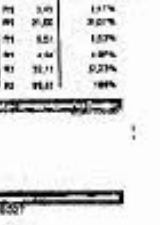
HISTÓRICO DE CONSUMO



HISTÓRICO DE CONSUMO



HISTÓRICO DE CONSUMO



A Celpe na palma da mão onde você estiver.



www.celpe.com.br
 Celpe na palma da mão onde você estiver.

OS ACIDENTES COM A REDE ELÉTRICA PODEREM SER EVITADOS



Atenção: Não toque em fios ou equipamentos elétricos.
 Não instale ou repare equipamentos elétricos sem a devida qualificação.
 Não instale ou repare equipamentos elétricos sem a devida qualificação.

CONSUMIDOR	QUANTIDADE	PREÇO UNIT	VALOR (R\$)
Consumo Afofado	117000000	0,000000	0,00
Consumo Afofado	117000000	0,000000	0,00
Consumo Afofado	117000000	0,000000	0,00
Consumo Afofado	117000000	0,000000	0,00
Consumo Afofado	117000000	0,000000	0,00
Consumo Afofado	117000000	0,000000	0,00
Consumo Afofado	117000000	0,000000	0,00
Consumo Afofado	117000000	0,000000	0,00
Consumo Afofado	117000000	0,000000	0,00
Consumo Afofado	117000000	0,000000	0,00

Consumo Afofado

Consumo Afofado

Consumo Afofado

Consumo Afofado

Consumo Afofado

Consumo Afofado

Consumo Afofado

Consumo Afofado



EM BRANCO





Sessão

15/10/2020
14:16:30

20101514163058300000068214423

Atividade

Atividade 15/10/2020

Examinar paciente de 45 anos
virgem de concepção, operadora
de parto, com história de hipertensão
controlada com medicação de uso contínuo.
Atualmente em uso de medicação para
controle da hipertensão. História de
diabetes mellitus tipo 2, em uso de insulina.
Atualmente em uso de medicação para
controle da hipertensão. História de
diabetes mellitus tipo 2, em uso de insulina.
Atualmente em uso de medicação para
controle da hipertensão. História de
diabetes mellitus tipo 2, em uso de insulina.



DA RESTAURACAO

Classificação de Risco - Protocolo

MANCHESTER V2

Data da senha: 08/08/2019 21:12

Nome Paciente: SEVERINO LUIZ MOREIRA NETO

Cód. Paciente:

Data de Nascimento: 12/11/1955

Sexo: Masculino

Idade: 63

Senha: 200008

Convênio:

Atendimento:

SAME:

08/08/2019 21:16 - 08/08/2019 21:17

GOMES DA SILVA COELHO - COREN: 111092 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - CLASSIFICAÇÃO

LARANJA - MUITO URGENTE

☐ LARANJA

PACIENTE VITIMA DE ATROPELAMENTO HA 3H NEGA ACOSTUMADA E FORTO APRESENTANDO HEMATOMA GALEAL EM REGAO OCCIPITAL - HEMATOMA PER ORBITAL DR - HEMATOMA EM HEMIFACE DR - HEMORRAGIA E CLOTTOS DOR TORACICA

SENHA 5744708

PACIENTE CARDIOPATA

TRAUMA MAIOR

- MECANISMO DE TRAUMAS GRAVES CAT 100

NEUROCIRURGIA ADULTO

ESCALA COMA DE GLASSON ADULTO 15
- REGUA DE DOR 5

Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



FICHA DE ESCLARECIMENTO

Nº Atendimento: 1465152

Nome: Juvêncio Luiz Moreira Neto

Foi atendido às 21:24 hrs. do dia 08/05/19.

Diagnóstico Provável: 1) Traumatismo de face superficial.

Tratamento Realizado: Quirúrgico e clínico-radiológico + tratamento conservador.

Observação: Paciente necessita de repouso domiciliar por 5 dias após a presente data.

Cópia de: Recife, 09 de agosto de 2019.

Medico - CRM Nº 2



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 N° 04/2002 do Ministério Público do Estado de Pernambuco.

Cód. 0157



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



FICHA DE ESCLARECIMENTO

Nº Atendimento: 1465152

Nome: Severino Luiz Moreira Neto

Foi atendido às 21:24 hs. de dia 08.08.19.

Diagnóstico Provável: 1) Traumatismo de face superficial.

Tratamento Realizado: 1) Avaliação e clínico-odontológico + tratamento conservador.

Observação: Paciente necessita de repouso domiciliar por 5 dias após a presente data.

Cópia de: Rec. 09 de agosto de 2019.

Dr. AURELIO CÂNDIDO
CRM = 10.639

Médico - CRM Nº

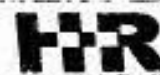
ATENÇÃO: Este documento destina-se a comprovação de atendimento hospitalar ou ambulatorial para INSS, Empresas, Escolas, Ministério do Trabalho, Continuidade do tratamento ambulatorial, segundo a recomendação Nº 04/2002 do Ministério Público do Estado de Pernambuco.

Cód. 0157





LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO (S) ESPECIAL (S)



Identificação do Estabelecimento de Saúde
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO
Hospital da Restauração

0000655

Identificação do Paciente

Nome do Paciente
Seynara Lary Mariana Neto

Nº do Prontuário

1688779

Cartão Nacional de Saúde (CNS)

Data de Nascimento

Nº da Malha Orçamentária

Nome Profissional

Endereço Profissional

Telefone Profissional

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO (S) ESPECIAL (S)

13 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

TC de Rômulo etc

14 - CÓD. PROCEDIMENTO QTC

15 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

TC Coluna Cervical / Torácica / Lombos

16 - CÓD. PROCEDIMENTO QTC

17 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

TC face 3D

18 - CÓD. PROCEDIMENTO QTC

19 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

20 - CÓD. PROCEDIMENTO QTC

21 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

22 - CÓD. PROCEDIMENTO QTC

JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

Data:

Médico:

Técnico:

23 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

PROFISSIONAL SOLICITANTE

24 - DATA DA SOLICITAÇÃO

28 / 08 / 19

25 - Nº DOCUMENTO (CNS / CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

26 - ASSINATURAS CARIMBO (Nº DO REGISTRO E CONFE)

Dr. R. S. Rosado
Médico, Neurocirurgião
CREMEPE 27872

27 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

AUTORIZAÇÃO

28 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

29 - Nº DOCUMENTO (CNS / CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

30 - ASSINATURAS CARIMBO (Nº DO REGISTRO E CONFE)



Numero 1465152

Estado de Alagoas

LAÇADO

AFIDELIDADE
AFIDELIDADE
DE REGISTRO

Informações do Serviço Social

Informações de nome

Informações de endereço

Informações de profissão

Informações de estado civil

Informações de data de nascimento

Informações de data de registro

Informações de data de validade

Informações de data de emissão

Informações de data de cancelamento

Informações de data de arquivamento

Informações de data de arquivamento

Informações de data de arquivamento

Informações de data de arquivamento

Informações de data de arquivamento

Informações de data de arquivamento

Informações de data de arquivamento

Informações de data de arquivamento

Informações de data de arquivamento

Informações de data de arquivamento

Informações de data de arquivamento

Informações de data de arquivamento

Informações de data de arquivamento

Informações de data de arquivamento

Informações de data de arquivamento

Informações de data de arquivamento

Informações de data de arquivamento

Informações de data de arquivamento

Informações de data de arquivamento

Informações de data de arquivamento

Informações de data de arquivamento

Informações de data de arquivamento

Perda de consciência

Acidente de trânsito

Amobilização de membros

Condições de saúde

Exame físico

A. Geral

Respiratório

PA

X

mm

Pulso

BT



1.319.997 26/02/2013

« SIVERINO LUIZ HOBREIRA NETO »

« LAISA HOBREIRA »

RECIFE - PE 12/11/1959

« CE. 2336 L.B. 46 R.V. CART. RONE »

DOS CARVALHOS, LUIZ DE 25/11/1959

146.972.704-07

CARTÓRIO DE APOGADOS - 1º DISTRITO JUDICIÁRIO DO RECIFE - PE
Regist. Civil das Pessoas Naturais Casamentos e Nasc. - Rua São Miguel, 116 - Fone: 3426-1327

AUTENTICAÇÃO

Autentico a presente cópia reprográfica extraída nesta serventia, que confere com o original. Dou fé.
Recife, 22 de outubro de 2019 09:03:01.
Em testemunho LA da verdade.
Sandra Maria Rocha de Oliveira (Esc. Aut.)

Selo: 0077503.JHU10201902.04392
Inclusão 23/10/2019 14:16:30

Comunique autenticidade em: www.jus.br/interrogator

CARTÓRIO DE APOGADOS - 1º DISTRITO JUDICIÁRIO DO RECIFE - PE
Regist. Civil das Pessoas Naturais Casamentos e Nasc. - Rua São Miguel, 116 - Fone: 3426-1327

AUTENTICAÇÃO

Autentico a presente cópia reprográfica extraída nesta serventia, que confere com o original. Dou fé.
Recife, 22 de outubro de 2019 09:03:01.
Em testemunho LA da verdade.
Sandra Maria Rocha de Oliveira (Esc. Aut.)

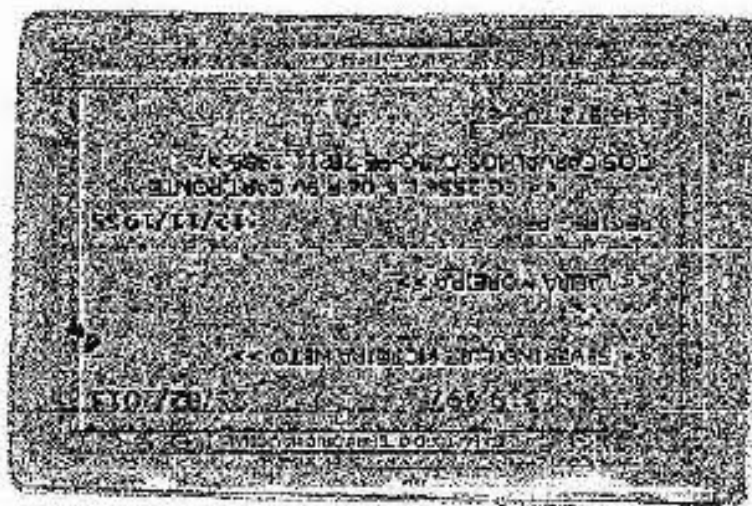
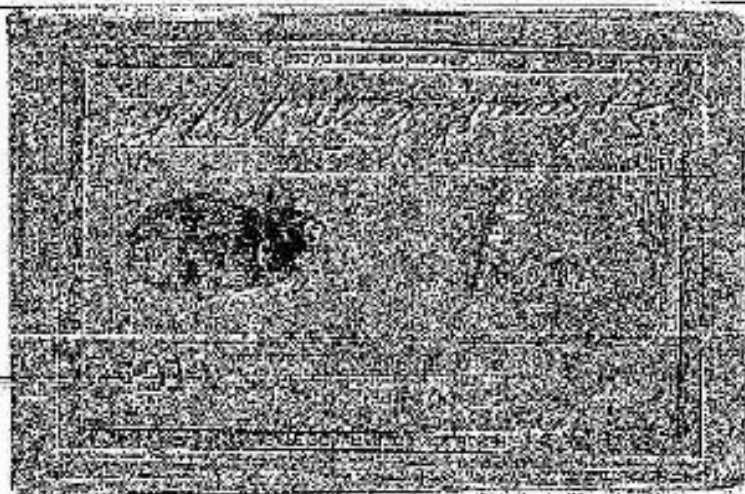
Selo: 0077503.JHU10201902.04393
Inclusão 23/10/2019 14:16:30

Comunique autenticidade em: www.jus.br/interrogator



EM BRANCO





QUALIFICAÇÃO CIVIL		ALTERAÇÕES DE IDENTIDADE (Com rubrica nome, est. civil e data civil)	
Nome	<i>Antonio Yves Cordeiro de Mello Junior</i>	Nome	
Sexo	<i>M</i>	Sexo	
Est. Civil	<i>Solteiro</i>	Est. Civil	
Profissão	<i>Engenheiro</i>	Profissão	
Idade	<i>37</i>	Idade	
Estado	<i>SP</i>	Estado	
Cidade	<i>SP</i>	Cidade	
País	<i>Brasil</i>	País	
Cartão	<i>100001</i>	Cartão	
Assinatura	<i>Antonio Yves Cordeiro de Mello Junior</i>	Assinatura	
Assinatura do Funcionário	<i>Antonio Yves Cordeiro de Mello Junior</i>	Assinatura do Funcionário	

MINISTÉRIO DO TRABALHO
SECRETARIA DE EMPREGO E SALÁRIO
CARTÃO DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

100001

25071

100001

25071





O Seguro do Acidente de Trânsito



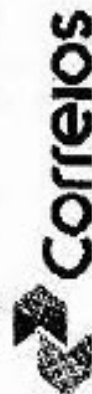
20/03/20



SERVIÇO GRATUITO AO BENEFICIÁRIO POSTAGEM CUSTEADA PELA SEGURADORA LÍDER - DPVAT

DESTINATÁRIO / Recipient	TELEFONE / Phone number
SEGURADORA LÍDER DO CONSÓRCIO DO SEGURO DPVAT S.A.	
RUA E.A. ASSEMBLÉIA, 100 - 7º ANDAR - CENTRO	
CEP: 20011-900	RIO DE JANEIRO/RJ
UF / State	PAÍS / Country

ATENDIMENTO





Num. 69562125 - Pág. 28



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 15/10/2020 14:16:30
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20101514163058300000068214423>
 Número do documento: 20101514163058300000068214423

Num. 69562125 - Pág. 29

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 15/10/2020 14:16:30
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20101514163058300000068214423>
 Número do documento: 20101514163058300000068214423

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE MORTE	
☐ Registro de Obitória Policial - original ou cópia autenticada: ☐ Sim ☐ Não	
☐ Certidão de óbito da vítima - cópia autenticada: ☐ Sim ☐ Não	
☐ Comprovante de não declaratório - quando necessário	
☐ Documento de identificação da vítima (cópia simples)	
☐ CMI da vítima (cópia simples)	
☐ Documento de identificação de todos os beneficiários (cópia simples)	
☐ CMI de todos os beneficiários (cópia simples)	
☐ Comprovante de residência dos beneficiários (cópia simples)	
☐ Formulário de Benefício do Seguro DPVAT - original	
☐ Laudo Cadavérico (LM) - somente quando solicitado - Cópia Autenticada: ☐ Sim ☐ Não	

DOCUMENTOS ESPECÍFICOS DOS BENEFICIÁRIOS - COBERTURA MORTE	
BENEFICIÁRIO CONJUGE (ESPOSO OU ESPOSA)	
☐ Certidão de Casamento com data atual (cópia simples)	
☐ Formulário do "Pedido do Seguro DPVAT" (original)	
DECLARAÇÃO DE CONJUGERIO	
☐ Prova de conjuguerio (juntos ao INSS, ou declaração de dependentes, junto à Receita Federal, ou prova de dependência o óbito de trabalho, ou Attestado Judicial reconhecendo a União Estável) (cópia simples)	
BENEFICIÁRIO CONVIVENTE (A) E CONVIVE - QUANDO AVÓS (as) SÃO BENEFICIÁRIOS (as)	
☐ Prova de convivência (juntos ao INSS, ou declaração de dependentes, junto à Receita Federal, ou Declaração Judicial, que declare a união estável) (cópia simples)	
☐ Certidão de Casamento com data atual (cópia simples)	
☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)	
☐ Termo de Complicação (original) - assinado pelo(a) companheiro(a), e cópia	
BENEFICIÁRIO DESCENDENTE (FILHOS) OU NETOS	
☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)	
BENEFICIÁRIO ASCENDENTE (PAI, MÃE OU AVÓS)	
☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)	
BENEFICIÁRIO COLATERAL (IRMÃO, IRMÃ, TIO(A) OU SOBRINHO(A))	
☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)	
☐ Certidão de Óbito dos pais da vítima (cópia simples)	
☐ Certidão de Óbito dos filhos da vítima - quando necessário - (cópia simples)	
☐ Outros documentos apresentados:	

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO	
Portador da documentação (Nome): <u>SEVERINO LUIZ ROQUEIRA NETO</u>	
Quem é portador? ☐ Vítima ☐ Beneficiário ☐ Representante legal	CPF de portador: <u>146.972.104-87</u>
C. nº: <u>1803/2000</u>	C. nº: <u>1803/2000-0408</u>
Data: <u>18/03/2000</u>	Assinatura: <u>Severino Luiz Roqueira Neto</u>
RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO	
Nome de Responsável (Nome do portador): <u>AC CENTRAL RECIFE</u>	
Assinatura: <u>Elizio Gomes de Melo</u>	Matrícula: <u>8.95.86.0</u>
Data: <u>18/03/2000</u>	Assinatura: <u>Elizio Gomes de Melo</u>





CÓPIA AUTÊNTICA



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
DIRETORIA DE POLÍCIA CIENTÍFICA
INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL ANTÔNIO PERSIVO CUNHA



EXAME COMPLEMENTAR Nº 3346 / 2020

REFERENTE AO LAUDO Nº 1 / 2020

REQUISITADO PCR: DELEGACIA DE POLICIA DA 007A. CIRCUNSCRICAO - BOA VIAGEM
Ofício nº. 1216 / 2020 Data 22 / 1 / 2020
ENCAMINHAR PARA: DELEGACIA DE POLICIA DA 007A. CIRCUNSCRICAO - BOA VIAGEM

O médico legista abaixo assinado, cumprindo determinação do Diretor do Instituto de Medicina Legal Antônio Persivo Cunha, de acordo com o disposto na legislação vigente, examinando às 13:30 do dia 22 de Janeiro de 2020, na seção de Clínica Médico-legal, procederam o exame de SEVERINO LUIZ MOREIRA NETO filho(s) de PAI NÃO DECLARADO de LAURA MOREIRA de cor NÃO INFORMADO, sexo Masculino, estado NÃO INFORMADO, estado civil NÃO INFORMADO, apresentando a idade de 64 Anos, peso NÃO INFORMADO, de estatura NÃO INFORMADO, natural de RECIFE - PE, nacionalidade BRASIL, documento apresentado RG: 1316687, profissão NÃO INFORMADO, vestes NÃO INFORMADO, sinais particulares NÃO INFORMADO, local de ocorrência NÃO INFORMADO, verificou o que, a seguir, descreve, pelo que responde a estes quesitos:

HISTÓRICO:

Examinado retorna ao Serviço para realização da Perícia Traumatológica Complementar, conforme solicitado em exame pericial realizado anteriormente no dia 20/08/2019 pelo médico legista Dr. Paulo Roberto Pinho Ferreira Filho, CRM-PE 15301, que informa: "...Periclando retorna para exame complementar... ocorrência de trânsito (bicicleta x motocicleta) em 08/08/2019 com atendimento médico no Hospital da Restauração... Queixa-se de dores em dorso e joelho esquerdo... Edema de joelho esquerdo... Retornar para exame complementar após noventa dias (para avaliar debilidade) de parte dos exames complementares...". (Vide Exame Complementar Nº 39822 / 2019 que segue em anexo). Ao presente exame, o periclando confirma que foi vítima de acidente de trânsito, informa que estava na bicicleta quando foi atingido por uma motocicleta, fato ocorrido no dia 08/08/2019, por volta das 16:30 horas. Relata atendimento médico-hospitalar na ocasião. Traz laudo médico, cópia segue em anexo, datado de 03/12/2019 e assinado pela Cr(ª) Ivarelde Maria Monteiro, CRM-PE 6590, que diz: "...Paciente Severino Luiz Moreira Neto não apresenta ao exame físico, nem nos exames complementares, lesões que se caracterizem como aquelas de traumatismos".

DESCRIÇÃO:

Exame Físico:

Ao exame físico atual. Examinado deambulando normalmente. Estado Geral Bom, consciente e orientado. Ausência de déficit motor, sensível ou limitações funcionais. Não encontrou ao presente exame evidências de lesões corporais de interesse médico-legal.

DISCUSSÃO / CONCLUSÃO:

Não há, no momento deste exame, lesões corporais de interesse médico legal.
Do ponto de vista Médico-legal, o examinado encontra-se razoavelmente.

QUESITOS:

1º) Da ofensa à integridade corporal ou à saúde do periclando resultou debilidade permanente de membro, sentido ou função; perigo de vida; incapacidade para as ocupações habituais por mais de 30 (trinta) dias; deterioração de parte? (especificar)

Sim. Incapacidade para as ocupações habituais por mais de 30 (trinta) dias.

Página 1 de 2

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR, Matrícula nº. 209.653-6, CPF: 000.340.234-00, em 22/01/2020 às 16:14:54, Página 1 de 2.





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
DIRETORIA DE POLÍCIA CIENTÍFICA

INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL ANTONIO PERSIVO CUNHA

2º) Da ofensa resultou deformidade permanente, perda ou inutilização de membro, sentido ou função, enfermidade incurável, incapacidade permanente para o trabalho, aborto? (especificar)

Não.

3º) Do ponto de vista Médico-legal, o periciando está restabelecido?

Sim

Lido e achado correto o(a) médico(a) legista que assina Cf(*). MARIANA CORTEZ FITTIPALDI - CRM 11095.



Assinado digitalmente por MARIANA CORTEZ
FITTIPALDI, Médico Legista, Matrícula nº 209.653-6,
CPF: xxx.340.234-xx, em 22/11/2020 18:04:54.

Polícia Científica
CAC PC

Autenticidade, integridade e intransferibilidade deste arquivo eletrônico
podem ser conferidas em: <http://web.trilha.peg.gov.br/>

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL ANTONIO PERSIVO CUNHA

De acordo com a legislação em vigor, autenticidade deste arquivo
podem ser conferidas em: <http://web.trilha.peg.gov.br/>

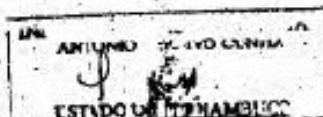
2020/11/20 18:04:54
Fólio 02 de 02
Assinado por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR

Função: Médico Legista

Fábio Farias Alvim

Assistente em Gestão Pública

Matrícula nº 263.378-7



Assinado digitalmente por MARIANA CORTEZ FITTIPALDI, Médico Legista, Matrícula nº 209.653-6, CPF: xxx.340.234-xx, em 22/11/2020 18:04:54. Página 2 de 2.



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

AS.-0079819/20

Vítima: SEVERINO LUIZ MOREIRA NETO

CPF: 146.972.704-87

Seguradora: PREVIMIL VIDA E PREVIDENCIA S/A

Data do acidente: 08/08/2019

Titular do CPF: SEVERINO LUIZ MOREIRA
NETO

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boleim de ocorrência
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Laudo do IML - Lesões corporais
Outros

SEVERINO LUIZ MOREIRA NETO : 146.972.704-87

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

Outros



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: 4020-1595 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do Interessado/vítima.

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 04/03/2020
Nome: SEVERINO LUIZ MOREIRA NETO
CPF: 146.972.704-87

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 04/03/2020
Nome: ANTONIO GUSTAVO PEREIRA DA SILVA
CPF: 143.938.707-64

SEVERINO LUIZ MOREIRA NETO

ANTONIO GUSTAVO PEREIRA DA SILVA





PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

COBERTURA SOLICITADA

☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ DAVS DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES ☐ MORTE

IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA

Vítima: SEVERINO LUIZ MOREIRA NETO
Data do Acidente: 09/08/2020 Possui CPF: ☒ Sim ☐ Não Nº CPF: 146 972 704 87

PARA VÍTIMAS OU BENEFICIÁRIOS COM IDADE DE 0 A 15 ANOS

- ☐ Documento de identificação do Representante Legal (cópia simples)
☐ CPF do Representante Legal (cópia simples)
☐ Comprovante de residência do Representante Legal (cópia simples), ou declaração de residência (original)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- Com base na legislação em vigor, poderão ser solicitados documentos complementares
- Todos os documentos devem estar legíveis
- Para acompanhar o pedido de indenização, acesse www.seguradoralider.com.br ou ligue grátis para Central de Atendimento: Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 11 04 / Das 8h às 20h

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

- ☒ Registro de Ocorrência Policial - ☐ Sim ☐ Não - original ou cópia autenticada
☒ Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
☐ Comprovante de Ato Declaratório - quando necessário
☐ Laudo de Invalidez do IML - ☐ Sim ☐ Não - original ou cópia autenticada
☐ Declaração do Proprietário do veículo - quando necessário
☒ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
☒ CPF da vítima (cópia simples)
☒ Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples)
☒ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE DAVS

- ☐ Registro de Ocorrência Policial - ☐ Sim ☐ Não - original ou cópia autenticada
☐ Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
☐ Comprovante de Ato Declaratório - quando necessário
☐ Comprovantes das despesas (recibos e notas fiscais), contendo a discriminação dos honorários médicos e despesas médicas (materiais e medicamentos), juntamente com os receituários médicos (originais)
☐ Declaração do Proprietário do veículo - quando necessário
☐ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
☐ CPF da vítima (cópia simples)
☐ Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples)
☐ Pedido do Seguro DPVAT (original)

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE MORTE

- ☐ Registro de Ocorrência Policial - original ou cópia autenticada: ☐ Sim ☐ Não
☐ Certidão de Óbito da vítima - cópia autenticada: ☐ Sim ☐ Não
☐ Comprovante de Ato Declaratório - quando necessário
☐ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
☐ CPF da vítima (cópia simples)
☐ Documento de identificação de todos os beneficiários (cópia simples)
☐ CPF de todos os beneficiários (cópia simples)
☐ Comprovante de residência dos beneficiários (cópia simples)
☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
☐ Laudo Cadavérico (IML) - somente quando solicitado - Cópia Autenticada: ☐ Sim ☐ Não

DOCUMENTOS ESPECÍFICOS DOS BENEFICIÁRIOS - COBERTURA MORTE

- BENEFICIÁRIO CÔNJUGE (ESPOSO OU ESPOSA)**
☐ Certidão de Casamento com data atual (cópia simples)
☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
- BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO(A)**
☐ Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal, ou prova de dependência através da carteira de trabalho, ou Alvará Judicial reconhecendo a União Estável (cópia simples)
- BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO (A) E CÔNJUGE - QUANDO AMBOS (AS) SÃO BENEFICIÁRIOS (AS)**
☐ Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal ou Decisão Judicial que reconheça a união estável (cópia simples)
☐ Certidão de Casamento, com data atual (cópia simples)
☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
☐ Termo de Conciliação (original), assinado pelo(a) companheiro(a), e o cônjuge
- BENEFICIÁRIO DESCENDENTE (FILHO(A) OU NETO(A))**
☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
- BENEFICIÁRIO ASCENDENTE (PAI, MÃE OU AVÓS)**
☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
- BENEFICIÁRIO COLATERAL (IRMÃO, IRMÃ, TIO (A) OU SOBRINHO(A))**
☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
☐ Certidão de Óbito dos pais da vítima (cópia simples)
☐ Certidão de Óbito dos filhos da vítima - quando necessário - (cópia simples)
☐ Outros Documentos apresentados:

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

Portador da documentação (Nome): SEVERINO LUIZ MOREIRA NETO
Quem é o portador? ☒ Vítima ☐ Beneficiário ☐ Representante Legal
CPF do portador: 146 972 704 87
E-mail: ALEX3120161@NDA@fmi.com.br Tel: (81) 3304-0409
Data: 27/02/2020 Assinatura: [Assinatura]

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO

Ponto de Atendimento (Nome do ponto): Direção Bernardo da Silva Filho
Atendente: Agente de Correios
Metrícula: 8.408.265-4
Data: 27/02/2020 Assinatura: [Assinatura]



A CARTEIRA PROFISSIONAL

Por menos que pareça e por mais trabalho que
de ao interessado, a carteira profissional é um do-
cumento indispensável à proteção do trabalhador.

Elemento de qualificação civil e de habilitação profissional, a carteira representa também título originário para a colocação, para a inscrição sindical e, ainda, um instrumento prático de contrato individual de trabalho.

A carteira, pelas lançamentos que recebe, configura a história de uma vida. Quem a examina logo verá se o portador é um temperamento aquilado ou versátil; se ama a profissão escolhida ou se não encontrou a própria vocação; se endossou a fábula da fábrica, como uma abelha, ou permaneceu no incomo estabelecimento, subindo a escala profissional. Pode ser um padrão de honra. Pode ser uma advertência.

(a) Alexandre Marcondes Filho



MINISTÉRIO DO TRABALHO
SECRETARIA DE EMPREGO E SALÁRIO

CARTERA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

72

Ser. 00001



5-3-73

25071

Nimmo



slim's clothing
D. R. T. O. H.
MS1071-1-60-001-001



QUALIFICAÇÃO CIVIL

Nome Leveny Luiz
Moreira Neto
 Loc. Nas Recife
 Est. PE Data 12.11.51
 Filiação Leocira Moreira

Est. Civil Solteiro Doc. N°
 Fls. 1 Lt. 1 Reg. Civil
 Outros doc.
 Serviço Militar: Doc. 527032
 Orgão 78 Ex.
 Naturalizado Des. N° Em

ESTRANGEIROS

Chegada ao Brasil em
 Doc. Ident. N° Itm. en
 Fatura
 Obs.

Data Emissão 22.03.79 DRT Pe
104.601.7 MAN
 Assinatura do Funcionário
1086-716

ALTERAÇÕES DE IDENTIDADE (Com relação nome, est. civil e data nasc.)

Nome
 Doc.
 Nome
 Doc.
 Nome
 Doc.
 Est. Civil
 Doc.
 Est. Civil
 Doc.
 Nascimento
 Doc.



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200100225 Cidade: Recife Natureza: Invalidez Permanente
 Vítima: SEVERINO LUIZ MOREIRA NETO Data do acidente: 08/08/2019 Seguradora: PREVIJIL VIDA E PREVIDENCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 02/06/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA DE FACE.
 TRAUMA COM TUSO DE JOELHO ESQUERDO - (CONFORME LAUDO DO IML)

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR. AITA.
 P 2/3

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequelas

Documento/Motivo: Recusa - Sem Sequelas (Recuperação Completa)

Nome do documento
 faltante:

Apontamento do Laudo
 do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das
 sequelas:

Documentos
 complementares:

Observações: DE ACORDO COM LAUDO PERICIAL DO IML Nº: 3306/2020 / UF: PE.

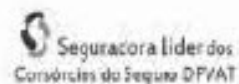
Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

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-0079819/20

Número do Sinistro: 3200100225

Vítima: SEVERINO LUIZ MOREIRA NETO

CPF: 146.972.704-37

Seguradora: PREVI/IML VIDA E PREVIDENCIA S/A

Data do acidente: 08/08/2019

Título de CPF: SEVERINO LUIZ MOREIRA NETO

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Documentos de identificação

Outros

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.

