



Número: **0063083-55.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 4ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **02/10/2020**

Valor da causa: **R\$ 9.450,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

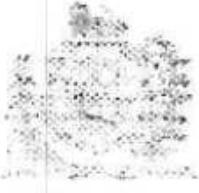
Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **NÃO**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
JAILSON LUIZ NEDINO (AUTOR)	ADMILSON ANDRÉ DE ANDRADE (ADVOGADO)
COMPANHIA EXCELSIOR DE SEGUROS (REU)	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)	
MARCELA MENDONCA SILVA (PERITO)	

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
70724 044	09/11/2020 14:49	<u>ANEXO 1</u>	Outros (Documento)



A rectangular stamp with a double-line border. Inside, the word "COMPREV" is written in a bold, sans-serif font, with "VIDA E PREVIDÊNCIA SIA" stacked below it. At the bottom left, the word "PROTOCOLO" is printed in large, bold, capital letters, with "AGÊNCIA RECIFE" in smaller letters underneath. The date "26 AGO 2019" is centered in the lower half of the stamp. The entire stamp is oriented diagonally.

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLICIA DA 023^ª CIRCONSCRICAO - CAVALEIRO -
PEZONHO D'AGUIAR

BOLETIM DE OCCORRÊNCIA N°: 49.006.443.000-3.728

Este ato foi registrado neste cartório policial no dia 19/06/2019 às
09:45h.

ESTRANHO ALGUMA NÁS TAL - Cidreiro (Conselheiro)

ANIVERSÁRIO DE SANTO DOMINGOS

1996-1997 学年第二学期期中考试卷

TÍTULO: (Resumo da geração de sementes), que estava em posse de(s) (não mencionar nome de cidadão)

(s) Appendix 13, section 1(a), of the Act, and the Act.

CEP 69000-000 - RUA DA GUARÁ, 122, GUARÁ IV - BARRA DA GUARÁ - BAIRRO: GUARÁ IV - ANDORRAS DO SUL

DECONEXÃO (não presente no plantão) - Desconexão é a ausência de sinalização para informar a permanência (manu).

Qualitative methods and conclusions

10. FORMAS DE DESCOMPTO - 10.1. DESCOMPTOS SIMPLES

www.astrophoto.it



Chap. 13 • The U.S. Constitution

Declaracão de uso do sistema de monitoramento e controle de veículos: AUTOMÓVEL/HONDA/HRV 08/08/2018 Objeto: sprandino. Número de identificação - Quantidade: 01 (UNIDADE NÃO INFORMADA)

Finalmente, o nome da pessoa que fez a denúncia não é informado.

Complementos / Observación

DECLARA A VITIMA JAILSON LUIZ NERINO,QUE ATRAVESSAVA A RODOVIA BR 405, NO BAIRRO DO CUNADO IV,QUANDO FOI ATROPELADO PELO VEICULO HONDA CIVIC DE COR BRANCA PLACA PCN-6684,PE, E QUE FOI SOCORRIDO PELOS BOMBEIROS MILITAR, CERTIDAO N° 2015-19-ABM-0000001 DIV.GP PARA O HOSPITAL DA MULHER, ATENDIMENTO 01670280, ONDE RECEBEU ATENDIMENTO MEDICO E FERIMENTO SEU INTERNAO, CONFORME O EXPOSTO PODE PROVINCIAIS.

Assinatura da(s) pessoa(s) presente(s) neste ato

JUL 15 1980 14512 90 BETHIMO
PENNSA

~~ANGEL DE LIMA~~



三

2013 RELEASE UNDER E.O. 14176





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:		
	351.335.114-34	JAISON LUIZ NEDINO		
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012				
Nome completo: JAISON LUIZ NEDINO		CPF: 351.335.114-34		
Profissão: GARI	Endereço: Rua QUATORZE CURADO IV	Cidade: JABOTICAU DOS GUARANHES	Estado: PC	Número: 132 Complemento: CASA
Barro:			CEP: 54240-110	DDD: 8134-239684
E-mail: Gueiros.comesa@hotmail.com				
Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).				

DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO 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 OPCIÃO DE CONTA

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
 Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: **6343** CONTA: **030-1103** Dígito: **8**
 (informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
 Nome do BANCO: _____
 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
 (informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider 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 os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que **(assinalar uma das opções):**

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

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

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo Data do 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: Vivos: _____ Falecidos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data: **RECIFG 14 Agosto 2019**
 Nome: **JAISON LUIZ NEDINO**
 CPF: **351.335.114-34**

(*) Assinatura de quem assina A ROGO
X Jaison Luiz Nedino
 Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS
 1º | Nome: **Genilda N. Ferreira**
 CPF: **892.222.964-00**
x Genilda N. Ferreira
 Assinatura

2º | Nome: **JAISON LUIZ NEDINO**
 CPF: **082-686-464-38**
x Jaison Luiz Nedino
 Assinatura

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, 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.

FPS.001 V001/2018





**SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DE PERNAMBUCO**

C E R T I D Ã O

Certidão nº 2019APH000591 Div. Op.

Com fulcro no art. 5º XXXIV, letra "b" da Constituição Federal Brasileira, venho por meio de solicitação feita pelo(a) Sr(ª). GENILDA NOGUEIRA TORRES , 44 anos, BRASILEIRO(a), CASADO(a), RG nº 5610071 SDS PE, inscrito(a) na Receita Federal sob o CPF nº 892.222.964-00, residente à RUA 14, nº 932, AP 308, CURADO IV, JABOATAO-PE, certificar que este Grupamento de Bombeiros de Atendimento Pré-Hospitalar atendeu a uma ocorrência no dia 24/04/2018, por volta das 14:28 hs, no endereço: RODOVIA BR 408, S/N, CURADO IV JABOATÃO DOS GUARARAPES-PÉ, referente a um(a) ATROPELAMENTO, envolvendo AUTOMÓVEL HONDA CIVIC BRANCA PCH8686-PE, no(a) qual fora vitimado(a) o(a) Sr(ª) JAILSON LUIZ NEDINO, inscrito sob o CPF nº 351.335.114-34 e Registro Geral nº 1932649, atendido(a) pela Unidade Tática de Resgate do Grupamento de Bombeiros de Atendimento Pré-Hospitalar, comandada pelo(a) SD 711370-6 LEANDRO. Foi transportado(a) para o HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO. Registrado(a) com o prontuário nº 1419541. Ficou aos cuidados do médico GREICI DE ABREU, registro 23447. Os registros desta Certidão foram extraídos dos arquivos da Divisão de Operações / GBAPH.



Posição em 20/05/2019

A autenticidade dessa certidão deve ser confirmada através do portal do Corpo de Bombeiros, no site
<http://www.cbm.pe.gov.br/>, consultar protocolo nº 2019APH000591

Av. João de Barros, 399 - Boa Vista - Recife/PE - CEP 50050-180
Fone: (81) 3182-9126 / CNPJ: 00.358.773/0001-44



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 09/11/2020 14:49:11
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20110914491124200000069343117>
Número do documento: 20110914491124200000069343117

Num. 70724044 - Pág. 4



Digitized by srujanika@gmail.com

51613449



72142017914501043601010309478

15

OT:REC/CE #.P.12
GENILDA NOGUEIRA TORRES
RUA QUATORZE, 32 - CJRES CURADO N° BL APTO 3003
54270-110 JABOTAC DOS GUARARAPES -PE

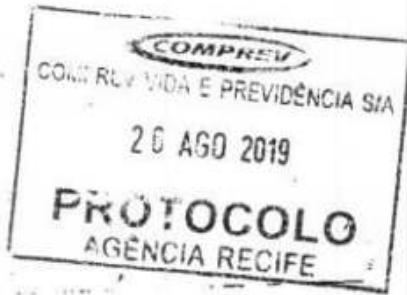
DIGITAL TIME

Já receberá sua fatura por
e-mailizada, a qualquer
- Meu TIM. Acesse o App ou
sua conta Fatura Digital.



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 09/11/2020 14:49:11
<https://pjje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2011091449112420000069343117>
Número do documento: 2011091449112420000069343117

Num. 70724044 - Pág. 5



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



FICHA DE ESCLARECIMENTO

Nº Atendimento: 1676269

Nome: Jackson Lurz Nedno

Foi atendido às _____ hs, do dia 07/06/19

Diagnóstico Próvel: -TCE lige
-TM cervical

Tratamento Realizado: Fisioterapia / Suporte Clínico

RNT com alterações de envoltório
somente estreitamento cervical.

Observação: Paciente assintomático. Sem sintomas
clínicos de mielopatia.

Cópia de: Acompanhamento Ambulatorial
AMB.DR DÉSILVIOES COM 2 MESES
Médico - CRM N° ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR

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



53

GOC 95579

Aviso de Ocorrência do CIODS

Número do Boletim Ocorrência

17E00940026

GOVERNO DE PERNAMBUCO
SECRETÁRIA DE DEFESA SOCIAL
BOLETIM DE IDENTIFICAÇÃO DE CADÁVER

Dados da Ocorrência	Natureza		Informações sobre a vítima:		Veículo onde estava a vítima:		Circunstância do acidente:		
	<input type="checkbox"/> Homicídio	<input type="checkbox"/> Lesão Corporal Seg. de Morte	<input type="checkbox"/> Pedestre	<input type="checkbox"/> Bicicleta	<input type="checkbox"/> Atropelamento				
	<input type="checkbox"/> Latrocínio	<input type="checkbox"/> Suicídio	<input type="checkbox"/> Condutor	<input type="checkbox"/> Motocicleta	<input type="checkbox"/> Capotamento				
	<input type="checkbox"/> A Esclarecer	<input checked="" type="checkbox"/> Acidente de Trânsito →	<input checked="" type="checkbox"/> Passageiro	<input type="checkbox"/> Ignorado	<input type="checkbox"/> Colisão				
		<input type="checkbox"/> Outros Acidentes	<input type="checkbox"/> Ignorado	<input type="checkbox"/> Automóvel	<input type="checkbox"/> Ignorado				
	<input checked="" type="checkbox"/> Culposo	<input type="checkbox"/> Não se aplica	Objeto Utilizado	<input type="checkbox"/> Arma de Fogo	Circunstância do Fato				
	<input type="checkbox"/> Doloso		<input checked="" type="checkbox"/> Outros	<input type="checkbox"/> Arma Branca	DEL. BOA VISTA				
	Data do Óbito	Hora (hhmm)	Data do Fato*	Hora (hhmm)	Local Principal da Ocorrência (via pública, bar, residência, clube, etc.)				
	10/09/17	18:20	10/09/17	17:00	VIA PÚBLICA				
	Endereço do Fato (Rua, avenida, rodovia, etc.)					Número	Complemento (Apt, Sala, Andar)		
	AV CRUZ CABUGÁ								
	Município	RECIFE	Bairro	SANTO AMARO	UF	Ponto de Referência			
Dados da Vítima	Nome					Apelido			
	NÃO IDENTIFICADO								
	Mae								
Dados Complementares (resumo do fato)	<p>INFORMAÇÕES PRESTADAS PELA EQUIPE DO SAMU DI CONTA QUE A VÍTIMA SOFREU UMA DERRA DE UM ÔNIBUS EM MOVIMENTO NAS PROXIMIDADES DA ARMÁTÉM CORAC</p>								

Responsável pelo Preenchimento	Delegado da Polícia (Nome)
<i>Calaca</i>	<i>Patr. José Berenguer de Barros</i>
Matrícula Nº <i>356 663-1</i>	Matrícula Nº
Orgão: <input type="checkbox"/> IC <input checked="" type="checkbox"/> POLICIA CIVIL	Assinatura
<input type="checkbox"/> OUTRO <input type="checkbox"/> POSTO PC HOSP.	Delegado de Polícia
Corpo Encaminhado:	
<input checked="" type="checkbox"/> IML (Recife - Caruaru - Petrolina) <input type="checkbox"/> Outro Local	<input type="checkbox"/> CVL/Seccional <input type="checkbox"/> Especializada <input type="checkbox"/> DP de Plantão
<input type="checkbox"/> Unidade de Saúde (<i> </i>)	<input type="checkbox"/> DHPP <input checked="" type="checkbox"/> Circunstância <input type="checkbox"/> Outras

ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOC



Nº: 081903
NÚMERO DE IDENTIFICAÇÃO DE CADÁVER

1ª Via: Branca - 2ª Via: Azul - 3ª Via: Amarela - 4ª Via: Verde





Secretaria
de Saúde



Nome:	JAILSON LUIZ NEDINO	Pedido:	548901
Idade:	61 anos, 4 meses e 25 dias	Sexo:	M
Médico:	MEDICO-PLANTÔNISTA - EMER HR	Data do Pedido:	08/05/2019 15:11
Procedência:	SUS - INTERNACAO	Data do Laudo:	29/05/2019 12:34
		Atendimento:	1419573

RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DA COLUNA CERVICAL

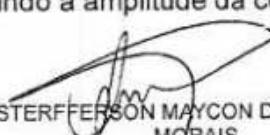
HISTÓRIA: Fratura cervical

COMPARAÇÃO: TC da coluna cervical do dia 29/04/2019

TÉCNICA: foram realizadas sequências multiplanares ponderadas em T1 e T2 bem como com supressão de gordura sem a administração do meio de contraste paramagnético.

ACHADOS:

- 1- Retificação do eixo cervical com mínima anterolistese de C7 em relação a D1.
- 2- Discreta redução da altura dos corpos vertebrais de C4 e C5, associado a leve edema da medular óssea.
- 3- Discopatia degenerativa dos discos de C4-C5 a C6-C7.
- 4- Abaulamentos discais difusos nos níveis C5-C6, C6-C7 e C7-D1, que ocasionam redução da amplitude do canal raquiano e impressionando o cordão medular, notadamente em C5-C6. Há, associadamente, hipertrofia dos ligamentos amarelos nestes níveis, determinado estenose do canal vertebral. Observa-se extensão latero-foraminal dos abaulamentos descritos acima, determinado redução da amplitude dos neuroforames bilateralmente em C5-C6 e C6-C7. Nota-se também hipersinal no complexo ligamentar posterior, sugestivo de estiramento.
- 5-No plano de C7, há mínima alteração de sinal no cordão posterior da medula cervical, sugestiva de mielopatia compressiva.
- 6- Há outra pequena protrusão discal entre D2-D3, reduzindo a amplitude da coluna


**STERFFERSON MAYCON DE OLIVEIRA
MORAES**
CRM: 25677





SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

FICHA DE ESCLARECIMENTO

ATENDIMENTO: 1419541/2019.

NOME: JAILSON LUIZ NEDINO.

Foi atendido às 15h34 do dia 28.04.2019.

Diagnóstico provável: Po litranio / TCE leve
Cervicalgria pós fratura
TRAY cervical
Fratura fechada de rádio distal (D)
(Atropelamento p/ carro)

Tratamento realizado: Clinico / conservador
RM de coluna cervical
Aval ferida, colar cervical
Manguinhos de redução de fract. de rádio distal
Tala axilo-palmar (D)
Exames complementares
Obs. Traf. de suporte clínico
Alta em 07.06.2019

As informações contidas neste documento foram transcritas, na íntegra, do Prontuário Médico, não do Médico Assistente e sim do serviço Arquivo Médico e Estatístico.

Cópia de Prontuário Médico em 03.07.2019

S2019
Eduardo
07/07/2019
69343117

Atenção: Este documento destina-se a comprovação de atendimento hospitalar ou ambulatorial para: INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DO TRATAMENTO AMBULATORIAL.
Av. Agamenon Magalhães, S/N – Derby – Recife – PE CEP 52.010-040
Fones: 31815451/31815572



3545-9

Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



FICHA DE ESCLARECIMENTO

Nº Atendimento :

Nome:

Foi atendido às

10 hs. do dia 28/05/19

Diagnóstico Próável :

NE

neurônito

Tratamento Realizado :

sem prazo de alta

Observação :

Cópia de :

Dr. Saul C. M. Quinino
Neurocirurgião Neurologista
CRM-PE 1508 CRM-PB 6737
RQE 1500

08.05.19

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



Traumatologista
Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



FICHA DE ESCLARECIMENTO

Nº Atendimento : 1676269

Nome : Jailson Luiz Nedino

Foi atendido às 15:34 hs. do dia 18 / 04 / 2019

Diagnóstico Próvel : Fratura de mão direita;

Tratamento Realizado : tratamento conservador com gesso axila-palmum + analgesia.

Observação : 1. Retornar com 03 semanas para consulta com Dr. Eduardo Tolosa (ortopedista)
e afastamento das atividades laborais por 3 meses. Ons alta hospitalar.

Cópia de : Dr. Antônio Alencar

Alta da trauma

18/05/2019

Médico -

Dr. Antônio Alencar
C.R. 10000
CRMPE 24.792

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



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 09/11/2020 14:49:11
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20110914491124200000069343117>
Número do documento: 20110914491124200000069343117

Num. 70724044 - Pág. 11



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

FICHA DE ESCLARECIMENTO

ATENDIMENTO: 1419541/2019.

NOME: JAILSON LUIZ NEDINO.

Foi atendido às 15h34 do dia 28.04.2019.

Diagnóstico provável: Politurânia / TCE leve
Cervicalgia pós traumática
TRAF cervical
Fratura fechada de rádio distal (D)
(Atropelamento p/ carro)

Tratamento realizado: Clínico / conservador
RM de coluna cervical
Avaliação, colar cervical
Mobilizações de redução de frat. de Rádio distal
Tala axilo-palmar (D)
exames complementares
Traf. de suporte clínico
Obs. Alta em 07.06.2019

As informações contidas neste documento foram transcritas, na íntegra, do Prontuário Médico, não do Médico Assistente e sim do serviço Arquivo Médico e Estatístico.

Cópia de Prontuário Médico em 03.07.2019

Fernando Gerra

SOC - H. da Restauração
Dr. Fernando Gerra
Médico da Saúde
Gestão

Atenção: Este documento destina-se a comprovação de atendimento hospitalar ou ambulatorial para: INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DO TRATAMENTO AMBULATORIAL.

Av. Agamenon Magalhães, S/N – Derby – Recife – PE CEP 52.010-040
Fones: 31815451/31815572





VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
DATA DE EMISSÃO	10/02/2017
NAME	JAILSON LUIZ NEDINO >>
PLACAS	<< FERNANDO LUIZ NEDINO >>
PLACAS	<< MARIA DO CARMO NEDINO >>
NASCIMENTO	JABOTABEATÓPOLIS - PE
DIA DE NASCIMENTO	13/12/1957
DATA DE EMISSÃO	LEIA 7, 10, 12, 201683
DATA DE EXPIRAÇÃO	10/02/2021
DATA DE EXPEDIÇÃO	417724192017020521



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 09/11/2020 14:49:11
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20110914491124200000069343117>
Número do documento: 20110914491124200000069343117

Num. 70724044 - Pág. 13

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0292467/19

Vítima: JAILSON LUIZ NEDINO

CPF: 351.335.114-34

CPF de: Próprio

Data do acidente: 24/04/2019

Titular do CPF: JAILSON LUIZ NEDINO

Seguradora: ITAÚ SEGUROS DE AUTO E RESIDÊNCIA S.A.

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

JAILSON LUIZ NEDINO : 351.335.114-34

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- 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.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 26/08/2019
Nome: JAILSON LUIZ NEDINO
CPF: 351.335.114-34

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 26/08/2019
Nome: JONATAN BARBOSA DE BARROS
CPF: 703.787.774-32

JAILSON LUIZ NEDINO

JONATAN BARBOSA DE BARROS



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 09/11/2020 14:49:11
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20110914491124200000069343117>
Número do documento: 20110914491124200000069343117

Num. 70724044 - Pág. 14



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, 29 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3190504454

Vítima: JAILSON LUIZ NEDINO

Data do Acidente: 24/04/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), JAILSON LUIZ NEDINO

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

Boletim de ocorrência	Apresentar o Registro de Ocorrência Policial, original ou cópia autenticada, pois o 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

Pag. 01655/01656 - carta_03 - INVALIDEZ



00010828

Carta nº 14748613



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 09/11/2020 14:49:11
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20110914491124200000069343117>
Número do documento: 20110914491124200000069343117

Num. 70724044 - Pág. 15



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, 29 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190504454 **Vítima: JAILSON LUIZ NEDINO**

Data do Acidente: 24/04/2018 **Cobertura:** INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JAILSON LUIZ NEDINO

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-DRVAT

Estamos aqui para Você

Carta n° 14931304



01701/01702 - Carta 01 - INVAI IDEZ



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 09/11/2020 14:49:11
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2011091449112420000069343117>
Número do documento: 2011091449112420000069343117

Núm. 70724044 - Pág. 16



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, 27 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190504454 Vítima: JAILSON LUIZ NEDINO

Data do Acidente: 24/04/2018 Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a) JAILSON LUIZ NERINO

Informamos que não recebemos a documentação complementar solicitada necessária à análise do pedido do Seguro DPVAT.

Como o prazo de 180 (cento e oitenta) dias concedido para a entrega dos documentos terminou, o seu pedido foi cancelado.

Para a reabertura do pedido do Seguro DPVAT, retorne ao ponto de atendimento onde o seu processo foi iniciado para apresentar os documentos já solicitados.

Atenciosamente



Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta n° 15553404



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 09/11/2020 14:49:11
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2011091449112420000069343117>
Número do documento: 2011091449112420000069343117

Num. 70724044 - Pág. 17



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:		
	351.335.114-34	JAISON LUIZ NEDINO		
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012				
Nome completo: JAISON LUIZ NEDINO		CPF: 351.335.114-34		
Profissão: GARI	Endereço: Rua QUATORZE CURADO IV	Cidade: JABOTICAU DOS GUARANHES	Estado: PC	Número: 132 Complemento: CASA
Barro:			CEP: 54240-110	DDD: 8134-239684
E-mail: Gueiros.comesa@hotmail.com				
Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).				

DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO MENSAL:

<input type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
<input checked="" type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00	<input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00

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

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

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

AGÊNCIA: **6343** CONTA: **030-1103** Dígito: **8**
 (informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
 (informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider 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 os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que **(assinalar uma das opções):**

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo Data do 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: Vivos: _____ Falecidos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data: **RECIFG 14 Agosto 2019**
 Nome: **JAISON LUIZ NEDINO**
 CPF: **351.335.114-34**

(*) Assinatura de quem assina A ROGO
X Jaison Luiz Nedino
 Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS
 1º | Nome: **Genilda N. Ferreira**
 CPF: **892.222.964-00**
x Genilda N. Ferreira.
 Assinatura

2º | Nome: **JAISON LUIZ NEDINO**
 CPF: **082-686-464-38**
x Jaison Luiz Nedino
 Assinatura

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, 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.

FPS.001 V001/2018