



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
70724044	09/11/2020 14:49	ANEXO 1	Outros (Documento)



BOLETIM DE OCORRÊNCIAS N.º 1955-11300-1728

Atividade registrada nesta unidade policial no dia 19/06/2019 às
no:48

Quantidade de Estágio em Horas Totais - Consumido

SAIRRO DO CUNADO IV (SAIRRO), 61,
RUA DOIA DE JESUS - SAIRRO IV - JACATAS DO
SAIRRO DO CUNADO IV (SAIRRO), 61,
RUA DOIA DE JESUS - SAIRRO IV - JACATAS DO

* - * - *

IN SOM LITZ MEDIMO (VITIMA):

Objeto: avaliação de economia.

FIGURA 10 - Usado na geração de indivíduos, que estava em posse do(a) PAI desconhecido

Qualif. ação da(s) pessoa(s) envolvida(s)

[illegible]

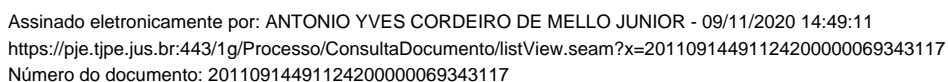
CLINHO DE GURAO IV (MARIO), 121, RUA 14, BLOCO 131, APT,
R. 14, BLOCO 131, APT. 131 - Sakra, GURAO IV - JACOTAO DOS
GUARAPASS, PERNAMBUCO, BRASIL

DESCRIÇÃO (da presente ocorrência) - *Peromyscus maniculatus* Neotoma M&S
INFORMAÇÃO - PEROMYSCUS (BRASIL)

Quantidade de(s) photo(s) envolvido(s)

VEICULO (VEICULO) e o nome do SR(S) DESCONHECIDO, que estava em posse

1996/01/01 00



Ar(á) e(é): DESCONHECIDO

Categoria/Marca/Mostrar: AUTOMÓVEL/HONDA/CIVIL Objeto apreendido: Não
 Cor: BRANCA - Quantidade: 01 (UNIDADE NÃO INFORMADA)

Local: PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO

Complemento / Observação

DECLARA A VÍTIMA JAILSON LUIZ NEDINO, QUE ATRAVESSAVA A RODOVIA BR 408, NO BAIRRO DO CURADO IV. QUANDO FOI ATROPELADO PELO VEÍCULO HONDA CIVIL DE COR BRANCA PLACA PCH-6666, PE, E QUE FOI SOCORRIDO PELOS BOMBEIROS MILITARES, CERTIDÃO Nº 2019APM20001 DIV. OP. PARA O HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO ATENDIMENTO: 1070290. ONDE RECEBEU ATENDIMENTO MÉDICO E PERMANECERU INTERMADO, CONFORME O EXPOSTO PEDE PROVIDÊNCIAS.

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

JAILSON LUIZ NEDINO
 (VÍTIMA)

Jailson Luiz Nedino

S.O. registrada por: ROSELY MANGEL DE LIMA - Matrícula: 200000-5

Rosely Mangel de Lima



19/08/2019 09:4



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: **351.335.114-34** Nome completo da vítima: **JAILSON LUIZ NEDINO**

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

Nome completo: **JAILSON LUIZ NEDINO** CPF: **351.335.114-34**
Profissão: **GAU** Endereço: **RUA QUATORZE** Número: **132** Complemento: **CASA**
Bairro: **CURADO IV** Cidade: **JABOATÃO DOS GUARARAPES** Estado: **PE** CEP: **54240-110**
E-mail: **GUEIROSCGOMES@HOTMAIL.COM** Tel.(DDD): **81339-239684**

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

RENDA 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: **6343** **6** CONTA: **0301103** **8**
(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.

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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: _____ 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 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.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado
Local e Data: **RECIFE 14 agosto 2019**
Nome: **JAILSON LUIZ NEDINO**
CPF: **351.335.114-34**

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

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS
1ª Nome: **Genilda N. N. N.**
CPF: **892.221.964-00**
x Genilda N. N. N.
Assinatura
2ª Nome: **JAILSON LUIZ NEDINO**
CPF: **082-686-464-38**
x Jailson 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.

FP5.001 V001/2018



SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DE PERNAMBUCO

CERTIDÃO

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-PE, referente a um(a) ATROPELAMENTO, envolvendo AUTOMOVEI 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 GRÉICI DE ABREU, registro 23447. Os registros desta Certidão foram extraídos dos arquivos da Divisão de Operações / GBAPH.



Posição em 20/05/2019

A autenticidade desta 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





02 401990-7401 03443 026287 189 547826269889 5402113-004 *000000*



**==
TIM**



OTC RECIFE PE PLS
GENILDA NOGUEIRA TORRES
RUA QUATORZE - 32 - C/RES CURADO IV BL APTO 308
CURADO
51270-110 JABOATÃO DOS GUARARAPES - PE



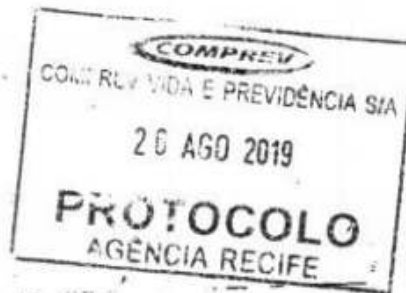
41.000
42.000
43.000
44.000

DIGITAL TIM

Você receberá sua fatura por
assinado-ia, a qualquer
- Meu TIM, Acesse o App ou
visite nova Central Digital

17/10





Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



FICHA DE ESCLARECIMENTO

Nº Atendimento: 1676269
Nome: Jailson Luiz Medeiros
Foi atendido às _____ hs, do dia 07.06.19
Diagnóstico Provável: TCE leve
- TRM cervical

Tratamento Realizado: Fisioterapia / Suporte Clínico

Rx com alterações de sinal e
semelhante a fratura cervical.

Observação: Paciente Assintomático. Sem sinais
clínicos de mielopatia.

Cópia de Acompanhamento Ambulatorial
Amb. De Devides com 2 meses
Médico - CRM Nº 50

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



530

606 95579



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

Aviso de Ocorrência do CIODS

Número do Boletim Ocorrência

17E00940026

Dados da Ocorrência	Natureza <input type="checkbox"/> Homicídio <input type="checkbox"/> Latrocínio <input type="checkbox"/> A Esclarecer <input type="checkbox"/> Lesão Corporal Seg. de Morte <input type="checkbox"/> Suicídio <input checked="" type="checkbox"/> Acidente de Trânsito <input type="checkbox"/> Outros Acidentes		Informações sobre a vítima: <input type="checkbox"/> Pedestre <input type="checkbox"/> Condutor <input checked="" type="checkbox"/> Passageiro <input type="checkbox"/> Ignorado		Veículo onde estava a vítima: <input type="checkbox"/> Bicicleta <input checked="" type="checkbox"/> Ônibus <input type="checkbox"/> Automóvel <input type="checkbox"/> Motocicleta <input type="checkbox"/> Ignorado		Circunstância do acidente: <input type="checkbox"/> Atropelamento <input type="checkbox"/> Capotamento <input type="checkbox"/> Colisão <input type="checkbox"/> Ignorado	
	<input checked="" type="checkbox"/> Cuijoso <input type="checkbox"/> Doloso <input type="checkbox"/> Não se aplica		Objeto Utilizado <input checked="" type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/> Arma de Fogo <input type="checkbox"/> Arma Branca		Circunscrição do Fato DEL. BOA VISTA			
	Data do Óbito 10/09/17		Hora (hh:mm) 18:20		Data do Fato 10/09/17		Hora (hh:mm) 17:00	
	Local Principal da Ocorrência (via pública, bar, residência, clube, etc.) VIA PÚBLICA							
Dados da Vítima	Logradouro do Fato (Rua, avenida, rodovia, etc.) AV CRUZ CABUGA						Número Complemento (Apt, Sala, Andar)	
	Município RECIFE		Bairro SANTO AMARO		UF		Ponto de Referência	
	Nome NÃO IDENTIFICADO						Apêlido	
Dados Complementares (resumo do fato)	Sexo <input checked="" type="checkbox"/> Masc. <input type="checkbox"/> Feminino		Data de Nascimento / /		Idade aparente		Cor da Pele/Etnia <input type="checkbox"/> Negra <input checked="" type="checkbox"/> Parda <input type="checkbox"/> Branca <input type="checkbox"/> Amarela <input type="checkbox"/> Indígena	
	INFORMAÇÕES PRESTADAS PELA EQUIPE DO SAMU DA CONTA QUE A VÍTIMA SOFREU UMA QUEDA DE UM ÔNIBUS EM MOVIMENTO NAS PROXIMIDADES DO ARMAZÉM LORAL							
	/							
	/							
Responsável pelo Preenchimento Calais Matrícula Nº 350663-1 Orgão: <input type="checkbox"/> IC <input checked="" type="checkbox"/> POLÍCIA CIVIL <input type="checkbox"/> OUTRO <input type="checkbox"/> POSTO PC HOSP.				Delegado de Polícia (Nome) Paulo José Perenguez de Barros Matrícula Nº 596962-1 Assinatura: <i>[Assinatura]</i> <input type="checkbox"/> CVL/Seccional (M) Especializada <input type="checkbox"/> DP de Plantão <input type="checkbox"/> DHPP <input checked="" type="checkbox"/> Circunscrição <input type="checkbox"/> Outras				
Corpo Encaminhado: <input checked="" type="checkbox"/> ML (Recife - Caruaru - Petrolina) <input type="checkbox"/> Outro Local <input type="checkbox"/> Unidade de Saúde				Nº: 081903 NÚMERO DE IDENTIFICAÇÃO DE CADÁVER				

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



A-5



Secretaria
de Saúde



Nome:	JAILSON LUIZ NEDINO	Pedido:	548901
Idade:	61 anos, 4 meses e 25 dias	Sexo:	M
Médico:	MEDICO-PLANTONISTA - 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 medula 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
MORAIS
CRM: 25877





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: Politrauma / TCE leve
Cervicalgia por trauma
TRM cervical
Fratura fechada de rádio distal (D)
(Atropelamento p/ carro)

Tratamento realizado: Clínico / conservador
RM de coluna cervical
Analgesia, Colar cervical
Manobras de redução de fr. de rádio distal
talas axilo-palmar (D)
exams 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

[Assinatura]

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 Provável:

MI
infarto

Tratamento Realizado:

sem pres de ad

Observação:

Cópia de:

Dr. Saul C. M. Quinino
Neurocirurgião / Neurologista
CRM-PE 15608 / CRM-PB 8737
RQE 1505

Dr. D. L. L. L.

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



Traumatologia
Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



FICHA DE ESCLARECIMENTO

Nº Atendimento : 1676269

Nome : Jailson Luiz Nédino

Foi atendido às 15:34 hs. do dia 28 / 04 / 2019

Diagnóstico Provável : Fratura de rádio distal;

Tratamento Realizado : tratamento conservador
com gesso arco-palmar + analgesia.

Observação : 1. Retornar com 03 semanas pós-
alta com Dr. Eduardo Tolosa (Ortopedista)
2. Afastamento das atividades laborais
por 3 semanas, pós alta hospitalar.

Cópia de :

Alta de trauma
28/05/2019

Médico -

Dr. Ayner Alencar
Médico
CRM 24.742

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

FICHA DE ESCLARECIMENTO

ATENDIMENTO: 1419541/2019.

NOME: JAILSON LUIZ NEDINO.

Foi atendido às 15h34 do dia 28.04.2019.

Diagnóstico provável: Politrauma / TCE leve
Cervicalgia pós trauma
TRM cervical
Fratura fechada de rádio distal (D)
(Atropelamento p/ carro)

Tratamento realizado: Clínico / conservador
RM de coluna cervical
Analgesia, colar cervical
Manobras de redução de frnt. de rádio distal
Tala axilo-palmar (D)
Exames complementares
Obs. Trat. 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

SDC - Hospital da Restauração
Dr. Francisco Sierra
Médico do SDC
CRM 17074

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





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





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





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, 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,

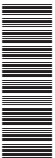
Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 14931304

Pag. 01701/01702 - carta_01 - INVALIDEZ

00300851





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 NEDINO

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

Como o prazo de 180 (cento de 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.

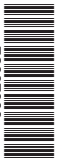
Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00163/00164 - carta_16 - INVALIDEZ

00020082



Carta nº 15553404



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: **351.335.114-34** Nome completo da vítima: **JAILSON LUIZ NEDINO**

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

Nome completo: **JAILSON LUIZ NEDINO** CPF: **351.335.114-34**
Profissão: **GAU** Endereço: **RUA QUATORZE** Número: **132** Complemento: **CASA**
Bairro: **CURNO IV** Cidade: **JABOATÃO DOS GUARARAPES** Estado: **PE** CEP: **54240-110**
E-mail: **GUEIROSCGOMES@HOTMAIL.COM** Tel.(DDD): **81** **334-23 9684**

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

RENDA 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: **6343** **6** CONTA: **0301103** **8** AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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: _____ 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 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.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado: _____ Local e Data: **RECIFE 14 agosto 2019**
Nome: **JAILSON LUIZ NEDINO**
CPF: **351.335.114-34**

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

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS
1ª Nome: **Genilda N. N. N.**
CPF: **892.222.964-00**
x Genilda N. N. N.
Assinatura
2ª Nome: **JAILSON LUIZ NEDINO**
CPF: **082-686-464-38**
x Jailson 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.

FP5.001 V001/2018