

Rio de Janeiro, 08 de Junho de 2017

Carta nº: 11116002

A/C: SEVERINO GOMES MONTEIRO FILHO

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170308270 ASL-0216247/17
Vitima: SEVERINO GOMES MONTEIRO FILHO
Data Acidente: 20/07/2014
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **05/06/2017** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **20/07/2014**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Autorização de pagamento faltando página
- Comprovação de ato declaratório faltando página

Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na **MBM SEGURADORA S/A** onde o aviso de sinistro foi registrado.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental.

NÃO PERCA TEMPO!

PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;

Em caso de dúvida, entre em contato conosco pelo SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 08 de Junho de 2017

Carta nº: 11116543

A/C: SEVERINO GOMES MONTEIRO FILHO

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170308270 ASL-0216247/17
Vitima: SEVERINO GOMES MONTEIRO FILHO
Data Acidente: 20/07/2014
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site www.seguradoralider.com.br, ou ligue para a SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site www.seguradoralider.com.br, não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez, é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à MBM SEGURADORA S/A onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 18 de Julho de 2017

Carta nº: 11325731

A/C: SEVERINO GOMES MONTEIRO FILHO

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170308270 ASL-0216247/17
Vitima: SEVERINO GOMES MONTEIRO FILHO
Data Acidente: 20/07/2014
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **11/07/2017** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **20/07/2014**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Comprovação de ato declaratório faltando página

Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na **MBM SEGURADORA S/A** onde o aviso de sinistro foi registrado.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental.

NÃO PERCA TEMPO!

PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;

Em caso de dúvida, entre em contato conosco pelo SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 07 de Novembro de 2017

Carta nº: 11921541

A/C: SEVERINO GOMES MONTEIRO FILHO

Sinistro: 3170308270 ASL-0216247/17
Vítima: SEVERINO GOMES MONTEIRO FILHO
Data Acidente: 20/07/2014
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

Em relação sinistro acima referenciado, comunicamos que após análise da documentação apresentada, foi detectada a necessidade de informações complementares, razão pela qual está sendo interrompido o prazo regulamentar para o pagamento da indenização.

Pedimos aguardar novo pronunciamento o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as averiguações cabíveis.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 04 de Dezembro de 2017

Aos Cuidados de: SEVERINO GOMES MONTEIRO FILHO

Nº Sinistro: 3170308270

Vítima: SEVERINO GOMES MONTEIRO FILHO

Data do Acidente: 20/07/2014

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NEGATIVA TÉCNICA - SEM SEQUELAS

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no seu pedido de indenização (sinistro número **3170308270**), esclarecemos que não foram identificadas sequelas permanentes em razão do acidente ocorrido em **20/07/2014**. Por esse motivo, o seu pedido de indenização foi **negado**.

Qualquer dúvida, é só ir até o nosso site **www.seguradoralider.com.br**, ou ligue através do telefone **0800 022 12 04** (ligação gratuita) ou **0800 022 12 06** que atende apenas aos deficientes auditivos e de fala. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 07 de Outubro de 2014

Carta nº: 5343116

A/C: SEVERINO GOMES MONTEIRO FILHO

Sinistro: 2014857198
Vitima: SEVERINO GOMES MONTEIRO FILHO
Data Acidente: 20/07/2014
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **07/10/2014** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **20/07/2014**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Autorização de pagamento não conclusivo
- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na MBM SEGURADORA S/A de origem onde foi realizada sua reclamação de sinistro.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental.

NÃO PERCA TEMPO!

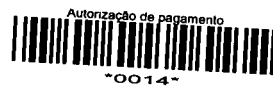
PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;

Em caso de dúvida, entre em contato conosco pelo SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.dpvatsegurodotransito.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO/CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DE SINISTRO

- SEGURO DPVAT -

Nº DO SINISTRO: _____ **CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA**

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do beneficiário da indenização do Seguro Dpvat, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, Severino Gomes Monteiro Filho

PORTADOR / A DO RG Nº 1594608 EXPEDIDO POR SSP-PBEM 11/10/1990 E

CPF 85480835491, ROFISSÃO Recusou

E RENDA MENSAL DE R\$ Recusou NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO / A DO VALOR REFERENTE À

INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT Severino Gomes Monteiro Filho

AUTORIZO A SEGURADORA **MBM** DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM A FORMA ABAIXO INDICADA:

Dados bancários incompletos ou incorretos impedem os bancos de liberarem o pagamento. Verifique cuidadosamente seus dados antes de preencher os campos e evite rasuras.

☐ **CRÉDITO EM CONTA-CORRENTE (ACEITAS CONTAS DE TODOS OS BANCOS)**
Nº BANCO _____ Nº AGÊNCIA _____ Nº CORRENTE _____

☐ **CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO BRADESCO**
Nº BANCO 237 Nº AGÊNCIA _____ Nº CONTA-POUPANÇA _____

☐ **CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO DO BRASIL**
Nº BANCO 001 Nº AGÊNCIA _____ Nº CONTA-POUPANÇA _____

☐ **CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO ITAÚ**
Nº BANCO 341 Nº AGÊNCIA _____ Nº CONTA-POUPANÇA _____

☒ **CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DA CAIXA ECONÔMICA FEDERAL**
Nº BANCO 104 Nº AGÊNCIA 0044 Nº CONTA-POUPANÇA 56179-9

07 OUT. 2014

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE.
UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO DO SINISTRO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ACIMA DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

LOCAL Mamanguape - PB. DATA 19/09/2014

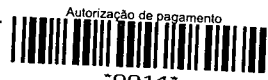
ASSINATURA DO / A BENEFICIÁRIO / A Severino Gomes Monteiro Filho

ATENÇÃO
- O Seguro DPVAT garante: indenização de **R\$13.500,00** em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até **R\$13.500,00** em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das seqüelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74) e reembolso de até **R\$ 2.700,00** em caso de despesas médico-hospitalares (valor varia conforme o total de despesas comprovadas, tomando por base os limites definidos pelas tabelas autorizadas pela Superintendência de Seguros Privados – Susep).
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.
- A Circular Susep nº 380/08, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO

CAMPO PREENCHIDO PELA



Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do beneficiário da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, Severino Gomes Monteiro Filho
 PORTADOR(A) DO RG Nº 1.594.608 EXPEDIDO POR SSP/PB EM 11/10/1990
 CPF 85480835491 / CNPJ 000000000000000000 PROFISSÃO Agricultor
 E RENDA MENSAL DE R\$ - () NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO
 SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Severino G. M. Filho, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO
 DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados **não devem**, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional.
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA.
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

IMPORTANTE: Também **não devem** ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____

Nº da CONTA (com dígito, se existir) 11 JUL 2017

MBM SEGURADORA

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO 001 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0944-X

Nº da CONTA (com dígito, se existir) 9.968-6

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

Rio Tinto 28 de junho de 2017

LOCAL E DATA

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na Lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0271204.

05/06/2017 - BANCO DO BRASIL - 10:36:02
094413458 0073
COMPROVANTE DE DEPOSITO EM POUPANCA
EM DINHEIRO

CLIENTE: SEVERINO G MONTEIRO FH
AGENCIA: 0944-X CONTA: 9.306 0 VAR:01
=====

DATA	05/06/2017
NR. DOCUMENTO	9.441.345.800.073
VALOR DINHEIRO	0,25
VALOR TOTAL	0,25

=====

NR.AUTENTICACAO 2.BB5.DF6.9C5.DCE.FDD

Creditos a partir de 04 05 2012 estao
disciplinados pela lei 12.703,

LEIA NO VERSO COMO CONSERVAR ESTE DOCUMENTO,
ENTRE OUTRAS INFORMACOES.

MBM SEGURADORA
11 JUL 2017



Natureza: acidente de trânsito Em: Rio Tinto-PB

Certidão nº 2.113/2014

CERTIFICO, em razão do meu Ofício e a Requerimento Verbal de pessoa interessada que, revendo neste Cartório Policial o livro de Registro de Ocorrência nº **05/2014**, Ocorrência Policial **2.113/2014**, cujo teor passo a transcrever na íntegra: Aos dezenove (19) dias do mês de **setembro (09)** do ano de **dois mil e quatorze (2014)**, nesta cidade de Mamanguape e na Delegacia de Polícia Civil, onde presente se encontrava a Autoridade Policial, Del. Pol. MARCOS PAULO SALES DE CASTRO, comigo, Escrivão, no final declarado e assinado, às **09:20 h**, compareceu: **SEVERINO GOMES MONTEIRO FILHO**, brasileiro, solteiro, 42 anos de idade, nascido(a) em: 24/07/1972, natural de Mamanguape-PB, filho(a) de Severino Gomes Monteiro e de Maria de Lourdes Francisca da Conceição, Ensino Fundamental Incompleto, agricultor, RG.: 1.594.608 SSP/PB, CPF.: Residência no(a): Sítio Maracujá, s/nº, Zona Rural, Rio Tinto/PB. telefone: (83). O(a) qual fez o seguinte registro: QUE no dia 20 de julho de 2014, por volta das 19:30h quando estava na PB na saída do município de Rio Tinto em direção a Mamanguape/PB, sofreu acidente de trânsito quando estava em sua bicicleta e um mototaxista colidiu com este próximo a loja de ZITO automóveis, QUE o piloto da moto não socorreu o noticiante e evadiu-se do local, portanto não sabe informar nada a respeito do piloto da moto e da respectiva motocicleta, QUE o noticiante foi socorrido pelo SAMU e levado ao Hospital de Emergência e Trauma em João Pessoa-PB, QUE o noticiante sofreu atropelamento dando entrada no Hospital queixando-se de dores na região frontal, recebendo alta hospitalar no dia seguinte ao acidente. Era o que havia para certificar. Ciente das implicações legais contidas no artigo 299 (falsidade ideológica) do Código Penal, depois de lido e achado conforme, expeço a presente certidão. Eu, Escrivão de Polícia Civil, lavrei a presente e digitei. O referido é verdade de dou fé.

Mamanguape, 19 de setembro de 2014.

Frederico Figueiredo Brito da Silva
APC
Mat.: 156.567-2

1.º OFÍCIO
CARTÓRIO SILVA RAMOS
AUTENTICAÇÃO

Autentico a presente reprodução do original que
me foi exibido. Dou fé.

Mamanguape(PB) 19 de 09 de 2014

Andréa Beatriz Ramos Illes - Tabelião e Oficial do Registro
Selo Digital AAH52114-0N81-C-10246

07 OUT. 2014

Notificante: Severino Gomes Monteiro Filho

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, Severino Gomes Monteiro Filho,

portador da carteira de identidade nº 1594608 e inscrito no CPF/MF sob o

nº 854808354-91, residente e domiciliado na Sit. Solemeia

S/N

, Cidade Rio Tinto, Estado Paraíba, 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:

☒ (X) Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou

☐ () O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

☐ () O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

07 OUT. 2014

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

Severino Gomes Monteiro Filho
Assinatura do declarante

conforme documento de identificação

Mamanguape - PB. 19/09/2014
Local e data



GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA
DIREÇÃO TÉCNICA



LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE Severino Gomes Monteiro Filho
DATA DE NASCIMENTO 24/07/72
NOME DA MÃE Maria de Lourdes Francisca da Conceição

DADOS EXTRAÍDOS

BOLETIM DE ENTRADA N.º 770521
DATA DO ATENDIMENTO 20/07/14
HORA DO ATENDIMENTO 20:59
MOTIVO DO ATENDIMENTO Acidente de bicicleta (moto x bicicleta)
DIAGNÓSTICO (S) ferimento em região frontal
CID 10 S01.8

AVALIAÇÃO INICIAL:

Paciente deu entrada neste Serviço, Trazido pelo SAMU, vítima de atropelamento, hálito etílico, queixa de dor em região frontal, apresenta ferimento cortico-contuso em região frontal, glasgow 15. Avaliado pela Cirurgia Geral, Neurocirurgia.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

TC de crânio. RX coluna cervical, tórax, bacia.

RESULTADOS DOS EXAMES:

TC: normal. RX: normal

TRATAMENTO:

1º atendimento + sutura

ALTA HOSPITALAR: 21/07/14
DATA DA EMISSÃO: 13/09/14


Dr. Juan Jaime Alcoba Arce
CRM: 3323/PB

ATENÇÃO: Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para: DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO e CONTINUIDADE DE TRATAMENTO

MBM SEGURADORA

25 OUT 2017



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Severino Gomes Monteiro Filho

portador(a) do RG nº 1594608 e CPF nº 854808354-91
SSP-PB em 111011990

Declaro que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Sit. Salema</u>
Número	<u>51N</u>
Aptº / Complemento	<u>CASA</u>
Bairro	<u>— Área Rural</u>
Cidade	<u>Rio Tinto</u>
Estado	<u>Paraíba</u>
CEP	<u>58294-000</u>
Telefone de contato	
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

07 OUT. 2011

Local e Data: Mamanguape / PB, 19/09/2011.

Declaro que as informações acima descritas são verdadeiras, na forma do Art.1º da Lei 7.115, de 29 de agosto de 1983, Art.3º do mesmo diploma; estou ciente da responsabilidade da presente declaração, inclusive das sanções do Art. 299 do Código Penal Brasileiro.

*Severino Gomes Monteiro Filho

Assinatura do Declarante

SEVERINO GOMES MONTEIRO
SIT SALEMA S/N
RIO TINTO / PB (AG: 14)

Cltuse: RESIDENCIAL Monofásica
Roteiro: 13-256-814-1120
Nº do Medidor: 00008094048

0
Referência: OUT/2011
Emissão: 25/10/2011

ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-6
CNPJ 09.095.183 / 0001-40 Insc.Est. 16.015.822

Nota Fiscal/Conta de Energia Elétrica
Nº 811047

1406

0800 083 0196

Identificador para Débito Automático:00004216099

CDC - CODIGO DO CONSUMIDOR

5/421609-9

PRIMEIRO CENTRO RIO TINTO PD
V0.41 01/11/2011 15:26
TERM 000689 AGENTE 700251 AUTE 85120

Energisa Paraíba
VALOR R\$ 11.82

83660000000-1 11820054000-3
04216092011-4 10302560019-0

AUTENTICACAO

SEVERINO 0123099135780287358901234579813

SIT SALEMA S/N COMO RECIBO DE PAGAMENTO

RIO TINTO
CNPJ/CPF 64683842491

23/11/2011

SET/2011 17
AGO/2011 22
JUL/2011 31
JUN/2011 40
MAI/2011 62
ABR/2011 53
MAR/2011 58
FEV/2011 53
JAN/2011 55
DEZ/2010 59
NOV/2010 53
OUT/2010 47

FATURAS
VENCIDAS ATÉ DIA
20/10/2011 PAGAS.
OBRIGADO!

MÉDIA DOS ÚLTIMOS MESES: 46 KWh

Composição do valor total da sua conta

DISCRIMINAÇÃO	VALOR (R\$)	%
SERVIÇO DE DISTRIBUIÇÃO DA ENERGISA/PB	5,27	44,58
COMPRA DE ENERGIA	4,28	36,21
SERVIÇO DE TRANSMISSÃO	0,59	4,99
ENCARGOS SETORIAIS	1,12	9,48
IMPOSTOS DIRETOS E ENCARGOS	0,56	4,74
OUTROS SERVIÇOS	0,00	0,00
TOTAL	11,82	100,00

- Valor do Encargo de Uso do Sistema de Distribuição (Ref 08/2011): R\$ 2,29

ATENÇÃO

Reaj. Tarifa Vig.28/08/11-Res.ANEEL 1.191 - Rej. Médio: Grupo B=7,59% | Grupo A=6,43%
- LEITURA CONFIRMADA

AVISO IMPORTANTE

A Lei 12.212/2010 alterou os critérios de classificação e de concessão do benefício da Tarifa Social de Energia Elétrica (Baixa Renda). Se algum integrante da sua residência for cadastrado em qualquer programa social do Governo Federal, entre em contato com a Energisa através do telefone 0800 083 0196 para saber como se cadastrar. Você poderá usufruir de um desconto de até 65% na sua fatura.

22/09/11 845 24/10/11 868 1 23 32

Valor (R\$)

FORNECIMENTO DE ENERGIA

CUSTO DE DISPONIBILIDADE

11,26

IMPOSTOS / ENCARGOS

PIS:

0,10

COFINS:

0,46

ICMS (ISENTO)

07 OUT. 2011

VENCIMENTO

07/11/2011

TOTAL A PAGAR

R\$ 11,82



GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA
DIREÇÃO TÉCNICA



LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE Severino Gomes Monteiro Filho
DATA DE NASCIMENTO 24/07/72
NOME DA MÃE Maria de Lourdes Francisca da Conceição

DADOS EXTRAÍDOS

BOLETIM DE ENTRADA N.º 770521
DATA DO ATENDIMENTO 20/07/14
HORA DO ATENDIMENTO 20:59
MOTIVO DO ATENDIMENTO Acidente de bicicleta (moto x bicicleta)
DIAGNÓSTICO (S) ferimento em região frontal
CID 10 S01.8

AVALIAÇÃO INICIAL:

Paciente deu entrada neste Serviço, Trazido pelo SAMU, vítima de atropelamento, hálito etílico, queixa de dor em região frontal, apresenta ferimento cortor-contuso em região frontal, glasgow 15. Avaliado pela Cirurgia Geral, Neurocirurgia.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

TC de crânio. RX coluna cervical, tórax, bacia.

RESULTADOS DOS EXAMES:

TC: normal. RX: normal

07 OUT. 2014

TRATAMENTO:

1º atendimento + sutura

ALTA HOSPITALAR: 21/07/14
DATA DA EMISSÃO: 13/09/14

Dr. Juan Jaime Alcoba Arce
CRM: 3323/PB

ATENÇÃO: Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para: DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO e CONTINUIDADE DE TRATAMENTO

Programas

ROBERTO PEREIRA [ADMINISTRATIVA]



PESQUISAR PACIENTE

Pesquisar

- Histórico de atendimentos
- DADOS DO PACIENTE
- Dados de Residência
- Prontuários Anteriores

Data Entrada:
20/07/2014 20:58:14
Número de Pulseira:
2607306
Lente:

Data Hora:
21/07/2014 11:47:52
Classificação de risco:
SEVERE

Reimprimir Boletim de Emergência
Total de registros: 7

Data e Hora Prevista	Descrição	Evento	Usuário	Ação
20/07/2014 21:02:06	PULSEIRA NUMERO 2607306 ASSOCIADA AO PACIENTE.	ASSOCIACAO DE PULSEIRA	JOSE MARCIO BATISTA DA SILVA	-
20/07/2014 21:02:06	NOVO BOLETIM DE EMERGENCIA. NUMERO: 770521 <i>BE</i>	NOVO BOLETIM DE EMERGENCIA	JOSE MARCIO BATISTA DA SILVA	-
21/07/2014 11:44:32	BOLETIM DE EMERGENCIA ATUALIZADO.	ATUALIZAR BOLETIM EMERGENCIA		-
21/07/2014 11:44:32	EVENO NUMERO: 280189, MOTIVO ALTA HOSPITALAR	BAIXAR BOLETIM EMERGENCIA	BRUNO MARCIO VIANA DA SILVA	-
21/07/2014 12:13:34	BOLETIM DE EMERGENCIA ATUALIZADO	ATUALIZAR BOLETIM EMERGENCIA		-
21/07/2014 12:13:34	EVENO NUMERO: 280220 MOTIVO ALTA MEDICA	BAIXAR BOLETIM EMERGENCIA	IZABEL AMELIA BARBALHO PORPINO RAMALHO	-
21/07/2014 12:15:29	RECEPCÃO PRINCIPAL ENVIA BE PARA CDI	RECEPCÃO PRINCIPAL ENVIA BE PARA CDI	IZABEL AMELIA BARBALHO PORPINO RAMALHO	-

Último Prontuário: 82467

Nome: SEVERINO GOMES MONTEIRO FILHO

Sexo: Masculino

Data de nascimento: 24/07/1972

Idade: 42 ANOS

Número Prontuário: 0

Raça / Cor: PARDA

Etnia indígena: SELECIONE

Religião: NAO INFORMADA

Escolaridade: ANALFABETO

Estado civil: SOLTEIRO(A)

Conjuge:

Tipo documento: NAO INFORMADO

Número documento:

CNS: 898004182313404

Registro:

País de origem: BRASIL

Naturalidade: MAMANGUAPE

Situação empregaticia: SELECIONE

CSOR:

Mãe: MARIA DE LOURDES DA CONCEICAO

Pai: SEVERINO GOMES MONTEIRO FILHO

Email:

CEP: 58297000

Município de residência: RIO TINTO

Tipo logradouro: SITIO

Logradouro: SITIO MARACUJA

Número: SN

Complemento:

Bairro: ZONA RURAL

Unidade mais próxima:

DDD Móvel:

Fone Móvel: 32922256

DDD Fixo:

Fone Fixo:

Sistema: SELECIONE

Limpar dados da residência

Prontuário:

Data:

Salvar:

Total de registros: 0

Data Sistema Prontuário



07 OUT. 2014



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAÍBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE POLÍCIA PENITENCIÁRIA

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

Severino Gomes Monteiro Filho

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 1 5 9 4 6 0 8

DATA DE EXPEDIÇÃO 11 OUT 1990

NOME SEVERINO GOMES MONTEIRO FILHO

FILIAÇÃO Maria de Lourdes Francisca da Conceição

NATURALIDADE Mamanguape - PB

DATA DE NASCIMENTO 24/07/1972

Cert. Nasc. nº 7209, pag 121. liv nº -

A-10. Cart. Itapororoca - PB

CPE

Jobo Passou - PB

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

ESTE CARTÃO É O DOCUMENTO COMPROVATÓRIO DE INSCRIÇÃO NO CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS - CPF

É OBRIGATORIO NOS CASOS LEGALMENTE DETERMINADOS

EM QUALQUER ORIENTAÇÃO DE NATUREZA TRIBUTÁRIA, PROCURE A UNIDADE LOCAL DA SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL

CARIMBO DO AGENTE EMISSOR

001/2579-7

28 AGO 1990

BANCO DO BRASIL

RIO TINTO - PB

42.002/8180

José Carmo Sobrinho

Mel. 3.411.560 X

NOME, MATRÍCULA E ASSINATURA DO FUNCIONÁRIO RESPONSÁVEL PELA EMISSÃO

PROVADO POR INSTRUÇÃO NORMATIVA DO SRF

MINISTÉRIO DA FAZENDA

SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL

INSCRIÇÕES

DOCUMENTOS DE IDENTIFICAÇÃO

0012

NÚMERO DE INSCRIÇÃO NO CPF

854808354 91

NOME COMPLETO

SEVERINO GOMES MONTEIRO FILHO

NASCIMENTO

24.07.72

ASSINATURA

TERÁ VALIDADE SOMENTE COM A APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTO DE IDENTIDADE

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

POLEGAR DIREITO

Severino Gomes Monteiro Filho

ASSINATURA OU IMPRESSÃO DIGITAL DO ELEITOR

VALIDO SOMENTE COM MARCA D'ÁGUA - JUSTIÇA ELEITORAL

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

TÍTULO ELEITORAL

NOME DO ELEITOR

SEVERINO GOMES MONTEIRO FILHO

DATA DE NASCIMENTO 24/07/1972

Nº INSCRIÇÃO 1189550212795

ZONA 055

SEÇÃO 0038

MUNICÍPIO / UF

RIO TINTO

DATA DE EMISSÃO 10/12/93

JUIZ ELEITORAL

Eduardo José de Carvalho Soares

VALIDO SOMENTE COM MARCA D'ÁGUA - JUSTIÇA ELEITORAL

VIT
9/0

07 OUT. 2011

Nº do Sinistro

Nº do Protocolo

- relatório de lesões
- declaração de lesão + declaração de invalidez
Seguro Obrigatório Dpvt - Protocolo de Recepção de Documentos

15/55724

INVALIDEZ PERMANENTE

QUALIFICAÇÃO DO EVENTO

Data do Acidente 20.06.2014 Vítima Severino Gomes Monteiro Filho

CPF 854808354-91

Seguradora

QUALIFICAÇÃO DO REQUERENTE

Nome Severino Gomes Monteiro Filho

☒ Vítima ☐ Representante Legal

Endereço para Correspondência Sítio Sakma

nº 51N Complemento CASA Bairro Área Rural

Cidade Rio Tinto UF PB CEP 58297-000

Telefone para contato



Preencha com ☒ para documentação entregue

Preencha com ☐ para documentação faltante

TIPO DE DOCUMENTO

DOCUMENTOS BÁSICOS

- ☒ Registro da Ocorrência, expedido pela autoridade policial
- ☒ Identidade / RG ou Certidão de Nascimento ou Certidão de Casamento ou CTPS ou Carteira Nacional de Habilitação da vítima
- ☒ CPF da vítima
- ☒ Comprovante de residência da vítima
- ☐ Autorização de Pagamento / Crédito de Indenização (preencher modelo anexo)

Em caso de vítima com até 16 anos, também deverão ser apresentados os documentos pessoais do responsável legal.

DOCUMENTOS DA VÍTIMA

- BAM

- ☒ Laudo do Instituto Médico Legal - IML, qualificando a extensão das lesões físicas ou psíquicas da vítima
- ☒ Na falta do laudo do IML, documento da Secretaria de Segurança Pública, informando a inexistência do IML na localidade do evento
- ☐ Termo de Curatela, no caso de alienação mental
- ☐ Alvará Judicial (se for o caso)

07 OUT. 2014

REPRESENTANTE LEGAL - se houver

- ☐ Procuração
- ☐ Identidade / RG ou Certidão de Nascimento ou Certidão de Casamento ou CTPS ou Carteira Nacional de Habilitação do procurador
- ☐ CPF
- ☐ Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O processo de avaliação sobre o pagamento da indenização ou reembolso ocorrerá somente após a apresentação de todos os documentos e desde que eles estejam em conformidade com a legislação vigente, quando iniciará o prazo para pagamento da indenização, que é de até 30 dias.
- Se outros documentos forem solicitados, o prazo de 30 dias - previsto para pagamento - será interrompido.

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

Data 19/09/2014

Nome Severino Gomes Monteiro Filho

Identidade 1.594.608

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA


Documentação recebida sem conferência

Data

Nome

Identidade

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS


 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

SINISTRO

Número do Sinistro: 2014857198

QUALIFICAÇÃO DO EVENTO

Vítima: SEVERINO GOMES MONTEIRO FILHO

Data do
Acidente: 20/07/2014CPF: 854.808.354-91
Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

CPF de: Próprio

Titular do CPF: SEVERINO GOMES MONTEIRO FILHO

ff2
656090
07/10/14

DOCUMENTOS DO SINISTRO

Documento	Status	Motivo	Comentário
Boletim de ocorrência	Entregue		
Certidão de casamento	Dispensado		
Certidão de inexistência de IML	Entregue		
Certidão de nascimento	Dispensado		
Comprovação de ato declaratório	Dispensado		
Documentação médico-hospitalar	Não Conforme	Não conclusivo	Original ou Cópia de qualquer documento médico (assinado e carimbado), informando a debilidade permanente adquirida pela vítima em decorrência do acidente
Documentos de identificação	Entregue		
DUT	Dispensado		
Laudo do IML - Lesões corporais	Dispensado		
Outros	Entregue		

DOCUMENTOS DAS PESSOAS

Documento	Status	Motivo	Comentário
BENEFICIÁRIO - SEVERINO GOMES MONTEIRO FILHO			
Alvará judicial	Dispensado		
Autorização de pagamento	Não Conforme	Não conclusivo	Comprovante bancário
Comprovante de residência	Entregue		

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.

Portador da documentação entregue

 Data: 07/10/2014
 Nome: correios
 CPF:

Responsável pelo recebimento na seguradora

 Data: 07/10/2014 10:20
 Nome: Andrea Aparecida Starick Marques
 CPF: 020.885.287-50

correios

Andrea Aparecida Starick Marques

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170308270 **Cidade:** Mamanguape **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: SEVERINO GOMES MONTEIRO FILHO **Data do acidente:** 20/07/2014 **Seguradora:** COMPREV VIDA E PREVIDENCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 04/12/2017

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: Ferimento corto contuso em região frontal

Resultados terapêuticos: Resolução completa, sem evidência de limitação insusceptível a terapêutica ou mecanismo de trauma que acarrete prejuízo funcional parcial/total a vítima.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: Segundo a documentação médica disponível não há lesões e/ou sequelas indenizáveis nos moldes previstos pela legislação vigente.

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

PRESTADOR

IBMES INST.BRAS DE MEDICINA ESPEC.EM SEGUROS LTDA

Nome do médico: CARLOS MIRANDA CHAGAS

CRM do médico: 52.34765-8

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3170308270 **Cidade:** Mamanguape **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: SEVERINO GOMES MONTEIRO FILHO **Data do acidente:** 20/07/2014 **Seguradora:** COMPREV VIDA E PREVIDENCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 04/12/2017

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: Ferimento corto contuso em região frontal

Resultados terapêuticos: Resolução completa, sem evidência de limitação insusceptível a terapêutica ou mecanismo de trauma que acarrete prejuízo funcional parcial/total a vítima.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: Segundo a documentação médica disponível não há lesões e/ou sequelas indenizáveis nos moldes previstos pela legislação vigente.

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

PRESTADOR

IBMES INST.BRAS DE MEDICINA ESPEC.EM SEGUROS LTDA

Nome do médico: CARLOS MIRANDA CHAGAS

CRM do médico: 52.34765-8

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

