

Rio de Janeiro, 08 de Junho de 2017

Carta n°: 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](http://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](http://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](http://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 inicio 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,



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](http://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](http://www.seguradoralider.com.br).

**ATENÇÃO:**

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do inicio 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

**Vitima:** 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](http://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, RENDA MENSAL DE R\$ 1.000,00 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 \_\_\_\_\_

07 OUT. 2014

CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DA CAIXA ECONÔMICA FEDERAL

Nº BANCO 104 Nº AGÊNCIA 0044 Nº CONTA-POUPANÇA 56179-9

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](http://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

Autorização de pagamento

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 N° **1.594.608**, CPF **854.808.354-91** /CNPJ **0000000000000000**, 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 Lotéticas 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 invalido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL [www.receita.fazenda.gov.br](http://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)

MBM SEGURADORA

Nº da CONTA (com dígito, se existir)

11 JUL 2017

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

Nº do BANCO

Nº da AGÊNCIA (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 DESCRIAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

Rio Tinto 28 de Junho de 2017 - **Severino Gomes Monteiro**  
 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.dpvtsegurodotransito.com.br](http://www.dpvtsegurodotransito.com.br) ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.

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

CLIENTE: SEVERINO G MONTEIRO FIL  
AGENCIA: 0944-X CONTA: 9.906 0 VAR:51  
DATA 05/06/2017  
NR. DOCUMENTO 9.441.345.000.073  
VALOR DINHEIRO 0,25  
VALOR TOTAL 0,25  
NR.AUTENTICACAO 2.BB5.DF6.9C5.DCE.FD0

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 transito Em: Rio Tinto-PB

## Certidão nº 2.113/2014

CERTIFICO, em razão do meu Oficio 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.: , Residente 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 Policia 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

07 OUT. 2014

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

Teresa Ramos Lins - Testemunha e Oficial do Registro  
Selo Digital AAH5214-0N81-C-10246

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. Saderne  
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. 2011

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 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 22/10/1990

Declaro que não posso comprovar endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Sit. Sakema</u>
Número	<u>S/N</u>
Aptº / Complemento	<u>CASA</u>
Bairro	<u>— Área Rural</u>
Cidade	<u>Rio Tinto</u>
Estado	<u>Paraíba</u>
CEP	<u>58297-000</u>
Telefone de contato	
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

07 OUT. 2015

Local e Data: Mamanguape / PB, 19/09/2014.

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)

Classe: RESIDENCIAL Monofásica  
Roleiro: 13-256-814-1120  
Nº do Medidor: 00008094048

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

ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA  
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-6  
CNPJ 09.095.183 / 0001-40 Insc. Est. 16.015.82

Nota Fiscal/Conta de Energia Elétrica  
Nº 811047

1406

Identificador para Débito Automático: 00004216099

5/421609-9

DATA DE LEITURA: 01/11/2011  
TERM 000689 AGENTE 700251 AUTE 85120

220

201

231

Energisa Paraíba  
VALOR R\$ 11.82

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

gia, DMIC: obrigaçõe,  
racima das padroniza-  
es, a qualquer tempo,

AUTENTICACAO  
SEVERINO 0123099135780287358901234579813

3/10/2011

SIT SALEMA S/N

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!

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)

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 - Reaj. Médio: Grupo B=7,59% | Grupo A=6,43%  
- LEITURA CONFIRMADA

07 OUT. 2011

VENCIMENTO

07/11/2011

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, hábito etílico, queixa de dor em região frontal, apresenta ferimento 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. 2011

### 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 da Residência
- Prontuários Anteriores

Data Entrada:  
20/07/2014 20:59:14  
Número de pulsação:  
2607306  
Lote:

Data Pulseira:  
21/07/2014 11:47:55  
Classificação de risco:  
SEGURO

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.	ASSOCIAÇÃO DE PULSEIRA	JOSE MARCIO BATISTA DA SILVA	
20/07/2014 21:02:06	NOVO BOLETIM DE EMERGÊNCIA. NÚMERO: 770521	NOVO BOLETIM DE EMERGÊNCIA	JOSE MARCIO BATISTA DA SILVA	
21/07/2014 11:44:32	BOLETIM DE EMERGÊNCIA ATUALIZADO.	ATUALIZAR BOLETIM EMERGÊNCIA		
21/07/2014 11:44:32	EVENTO NÚMERO: 280189, MOTIVO ALTA HOSPITALAR	BAIXAR BOLETIM EMERGÊNCIA	BRUNO MARCIO VIANA DA SILVA	
21/07/2014 12:13:34	BOLETIM DE EMERGÊNCIA ATUALIZADO	ATUALIZAR BOLETIM EMERGÊNCIA		
21/07/2014 12:13:34	EVENTO NÚMERO: 280220 MOTIVO ALTA MEDICA	BAIXAR BOLETIM EMERGÊNCIA	IZABEL AMELIA BARBALHO PORPINO RAMALHO	
21/07/2014 12:18:29	RECEPÇÃO PRINCIPAL ENVIA BE PARA CDI	RECEPÇÃO 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 empregatícia: SELECIONE

CSO/R:

Mãe: MARIA DE LOURDES DA CONCEICAO

Pai: SEVERINO GOMES MONTEIRO FILHO

07 OUT. 2014

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: 32922266

DDD Fixo:

Fone Fixo:

Limpar dados da residência

Sistema: SELECIONE

Prontuário:

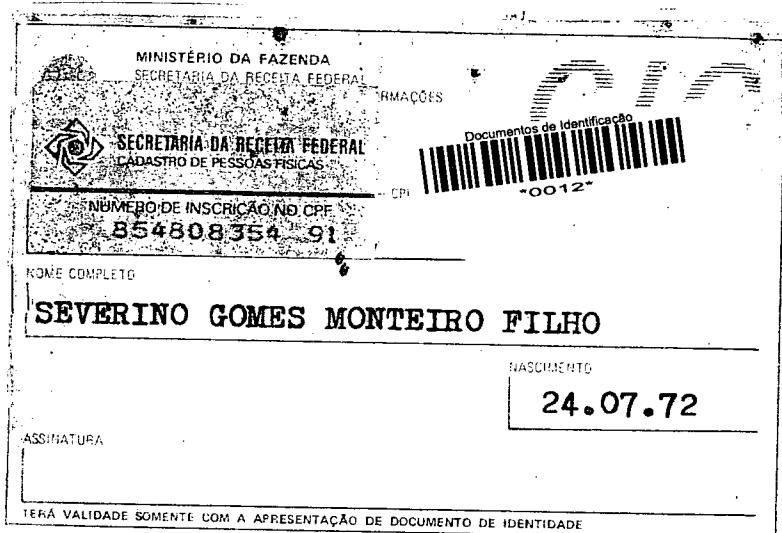
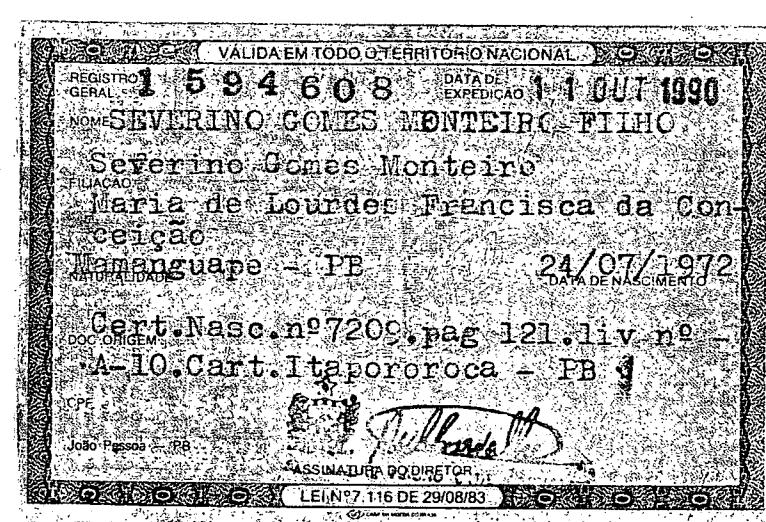
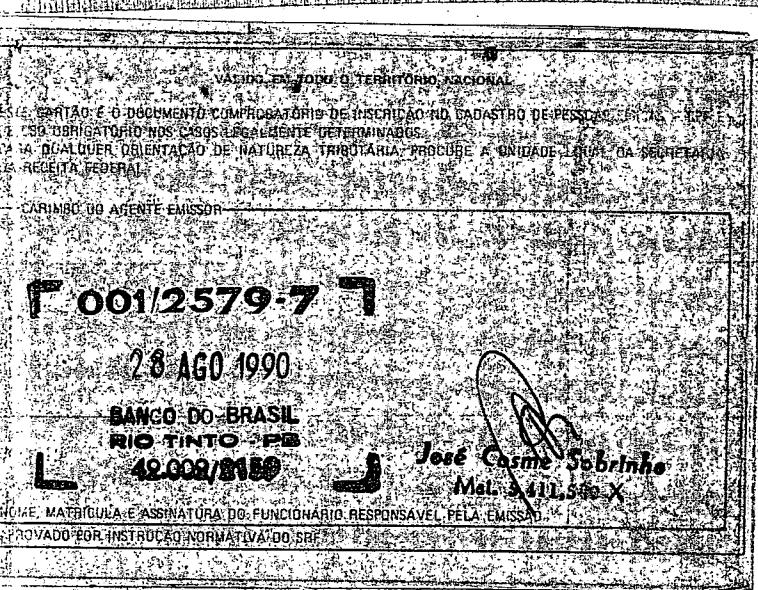
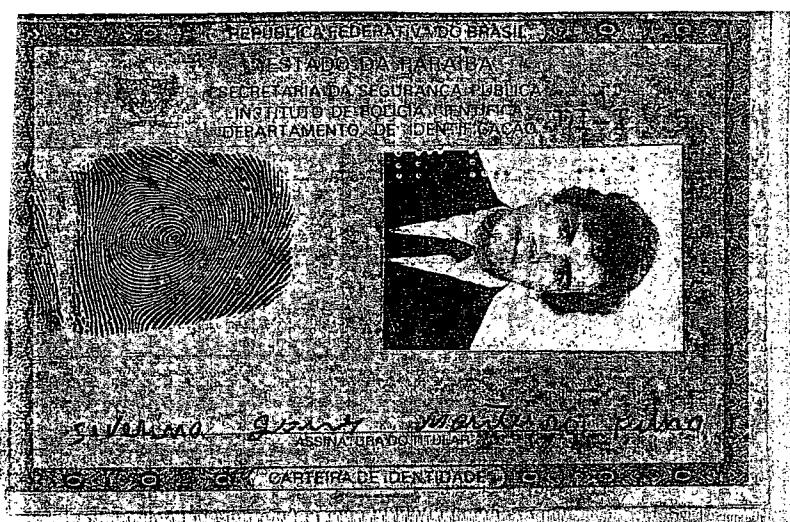
Data:

Salvar

Total de registros: 0

Data Sistema Prontuário





Vit  
g  
o

07.07.2024



## SINISTRO

Número do Sinistro: 2014857198

## QUALIFICAÇÃO DO EVENTO

Vítima: SEVERINO GOMES MONTEIRO FILHO  
Data do  
Acidente: 20/07/2014  
CPF: 854.808.354-91 CPF de: Próprio  
Titular do CPF: SEVERINO GOMES MONTEIRO FILHO  
Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

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 médica-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
<b>BENEFICIÁRIO - SEVERINO GOMES MONTEIRO FILHO</b>			
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](http://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:

correios

### Responsável pelo recebimento na seguradora

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

Andrea Aparecida Starick Marques

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

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

## 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      **Data do acidente:** 20/07/2014      **Seguradora:** COMPREV VIDA E PREVIDENCIA S.A.  
FILHO

## 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:**

