

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

Nome completo da vítima:

446.390.894-87 Severino Sereira de Melo

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

Nome completo:

Severino Sereira de Melo

CPF: 446.390.894-87

Profissão:

Motorista

Endereço:

R. Nof. Miguel Síos

Número:

601

Complemento:

Bairro:

Santos

Cidade:

Conceição

Estado:

SC

E-mail:

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

RENDIMENTO MENSAL:

RECUZO 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)

AGÊNCIA: 0051

CONTA: 000008740

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos):

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_

CONTA: \_\_\_\_\_

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima:  Solteiro  Casado (no Civil)  Divorciado  Separado Judicialmente  Viúvo Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a):  Sim  Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos?  Sim  Não Se tinha filhos, informar quantos:  
Vivos: \_\_\_\_\_ Falecidos: \_\_\_\_\_

Vítima deixou nascituro (vai nascer)?  Sim  Não Vítima deixou pais/avós vivos?  Sim  Não

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

Nome:

CPF:

(\*) Assinatura de quem assina A ROGO

### TESTEMUNHAS

1º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura

2º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura

Luis Filipe Ricanti

Corretagem de Seguros-ME

R. João Cursino 872

Comp. Sala Diamantino

Mauro da Nóbrega ROD. BR 101 KM 812-190

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

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



Tarifa Social de Energia Elétrica: Criada pela Lei 10.418, de 26/04/02

NOTA FISCAL • FATURA • CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

Companhia Energética de Pernambuco  
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife - PE. CEP 50050-803  
CNPJ 10.805.932/0001-08 | INE: Esc 0005943-80 | www.cepe.com.br

DADOS DO CLIENTE  
JOSEFA JULIA DA SILVA

**ENDERECO DA UNIDADE CONSUMIDORA:  
RUA MÁRIAMAGEL FRAZ 20**

CPF: 506 072 274-00 NIS: 16073588632

ST. ROSA/CARLIARU  
CARLIARU PE  
6600-070

**CLASSIFICAÇÃO**  
B1 RESIDENCIAL  
BAIXA RENDA ASSIST SOCIAL CONTINUA

ST. ROSA/CARLIARU  
CARLIARU PE  
65038-070

NP.DA INSCA FISCAL	SENHA	ENTRADA
072278219	UNICA	06/08/2019
APRESENTAÇÃO:	NP.DA CLIENTE	NP.DA INSTALAÇÃO
SEU DADOS:	20000067589	R000051

CONTA-CONTÁRIO	MES/ANO
0157793020	06/2019
DATA DE VENCIMENTO	DATA PAGAMENTO/PRAZO DE LISTA
13/08/2019	05/09/2019
TOTAL A PAGAR (R\$)	10,47

**DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL**

Consumo Ativo ate 30 kWh	30.000000	0.16724008	5.72
Consumo Ativo superior a 30 ate 100 kWh	10.000000	0.32794015	3.21
Acréscimo Bandeira AMARELA			0.16
Acréscimo Bandeira VERMELHA			0.11
Multa por atraso-NF 088458781 - 05/07/19			0.16
Juros por atraso-NF 088458781 - 05/07/19			0.0
PRÓ-CRIANÇA (081)3412-8888 0800 031 8888			0.9

TOTAL DA FATURA

1047

**Demonstrativo de consumo desta nota fiscal**

Nº DO MEGIDOR 201700	TIPO DA FUNÇÃO CAT	ANTERIOR		ATUAL		Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (W/H)
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
		25-07-2018	4.500,00	06-08-2018	9.500,00	11	1,00000		-40,00

卷之三

MES/ANO	VALOR DO IMPÔSTO	
AUG 19	R\$ 40	R\$ 0,40
JUL 19	R\$ 41	R\$ 0,41
JUN 19	R\$ 36	R\$ 0,36
MAR 19	R\$ 50	R\$ 0,50
ABR 19	R\$ 45	R\$ 0,45
MAR 19	R\$ 48	R\$ 0,48
FEV 19	R\$ 41	R\$ 0,41
JAN 19	R\$ 41	R\$ 0,41
DEZ 18	R\$ 53	R\$ 0,53
NOV 18	R\$ 47	R\$ 0,47
OUT 18	R\$ 52	R\$ 0,52
SET 18	R\$ 44	R\$ 0,44
AGO 18	R\$ 42	R\$ 0,42

Paguei por parte minha parte de VOCÊ!! E o cliente é o representante. E quem tem que pagar é o cliente. Mas não é magistral assim? Porque é o cliente que paga quando ele viola ou não contribui para o crescimento do seu número de vendas de novos clientes. Paguei o meu imposto gerado.

2º Bloco (R\$454,40) R\$454,40 / 100 = R\$ 4,540,00 (em abatimento monetário não é só salário, mas sim o imposto gerado) conforme art. 5º, §, V, a, 2, 2, do PACTE-PE. Desconto pelo qualificação da Série Socio de Energia Eletrônica calculado pelo art. 5º, §, V, a, 2, 2, do PACTE-PE. O cliente é o comprador que compra descontos para pagar os serviços de abastecimento contábeis. O comprador pode cancelar e cancelar os serviços se desejar. Fazendo o seu cancelamento. Até R\$ 454,40.

ATENDIMENTO: RUA FR. CANECA - NUM. - 00152 - MAURICIO DE NASS  
AJU CARUARU PE 55012-330

DADOS DO CLIENTE		MATRÍCULA	6465773	Set/2019
JOSEFA JULIA DA SILVA				
R. MAJ MIGUEL FRIAS, N. 00201 - SANTA ROSA CARUARU PE 55028-070				
INSCRIÇÃO:	041.561.795.0014.000	GRUPO:	16 DEB. AUTOMATICO:	006465773
SITUAÇÃO ÁGUA LT GADO	SITUAÇÃO ESGOTO FACTIVEL	RESIDENCIAL	QUANTIDADE DE ECONOMIAS COMERCIAL INDUSTRIAL	PÚBLICA
HIDRÔMETRO Y08B969586	DATA LEIT. ANTERIOR 12/09/2019	DATA LEIT. ATUAL 10/10/2019	TIPO DE CONSUMO (A/E) MEDIA HD	

## ÁGUA:

LEIT. ANT: 669 CONSUMO:3  
LEIT. ATU: TAXA MINIMA  
LEIT. FAT: 679HISTÓRICO DE CONSUMO  
REFERÊNCIA CONSUMO:

08/2019	03	PARAMETROS	NÚMERO DE AMOSTRAS		
			EXIG. PORT. MS 2.914/11	ANALISES REALIZ.	ATENDEM A LEGISL.
07/2019	03	TURBIDEZ	169	169	117
06/2019	03	COR APARENTE	169	169	81
05/2019	03	CLORO RESIDUAL	169	169	169
04/2019	03	COLIF. TOTAIS	169	169	0
03/2019	04	E. COLI	169	169	8

MÉDIA: 03

Qualidade de Água: www.compresa.com.br

OB.: (1) COLIFORMES TOTAIS AUSENCIA 95% DAS AMOSTRAS EXAMINADAS  
 (2) OS PARAMETROS COFIFORMES TOTAIS, ESCHERICHIA COLI E CLORO  
 RESIDUAL SAO INDICADORES DAS CONDIÇÕES SANITARIAS DA ÁGUA  
 (3) OS PARAMETROS COR E TURBIDEZ SAO INDICADORES DAS CONDIÇÕES  
 ASSOCIADAS AO ASPECTO VISUAL DA ÁGUA

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS	CONSUMO	TOTAL(R\$)
ÁGUA RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)		
CONSUMO DE ÁGUA	3 M3	44,08

TRIBUTOS:	BASE DE CÁLCULO	PERCENTUAL (%)	VALOR DO IMPOSTO
PIS	44,08	1,65	0,73
COFINS	44,08	7,60	3,35

VENCIMENTO: 25/10/2019 TOTAL A PAGAR: 44,08

MENSAGEM:

## DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

Eu, Severino Pereira de Melo,

RG nº 3610732, data de expedição 04/07/97,

Órgão SSP-PE, CPF nº 446.390.824-87.

venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Rua Major Miguel Góis</u>
Número	<u>201</u>
Apto/Complemento	
Bairro	<u>Zona Rosa</u>
Cidade	<u>João Pessoa</u>
Estado	<u>PE</u>
CEP	<u>55028 090</u>
Tel. de contato	<u>81 99153 8465 - 99205 8640</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me

Local e Data:

João Pessoa 31/10/2019.

Severino Pereira de Melo  
Assinatura do Declarante

# HOSPITAL REGIONAL DO AGreste EMERGÊNCIA

**HRA**  
HOSPITAL REGIONAL DO AGreste

## IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: SEVERINO PEREIRA DE MEIRA

Atendimento: 482855

Prontuário: 333377

Data Nasc.: 01/01/1967

Idade: 52

Sexo: MASCULINO

Cor: PARDAS

Religião:

CPF:

RG:

CNS: 70580940195937

Nº: 0

Endereço: INGNORADO

Cidade: CARUARU

Estado: PE

Bairro: INGNORADO

CEP: 55019217 Fone: 37199400

Profissão:

Nome da Mãe: INGNORADO

Epidemiologia

Acompanhante:

conta  
Hab. pot. h2odo

Motivo do Atendimento: ATT COM MOTOCICLETA

Clinica: CIRURGIA GERAL

VIGILÂNCIA  
DE  
DOENÇAS  
TURA

## ATENDIMENTO

Data: 07/02/2019 11:51

Médico: MEDICO PLANTONISTA

Queixa Principal / HDA:

Pela ultima hora a paciente ac  
moto, caiu com o moto.

Saiu com ferida, c/colar

Sime Físico:

PA: \_\_\_\_\_ FC: \_\_\_\_\_ FR: \_\_\_\_\_

b: w v+ u sintus

c: s/m sangramento g/las.

Dl ecg: 15

Diag. Provisório:

c: escoriação na face, bausar da  
máscara (E)

Face (1) lesão da fricção da face e laringe/  
(2) Pausa da BME Rx de rales

Prescrição:

HOSPITAL REGIONAL DO AGreste

RADIO - X :

ATA 07/02/19

Dr. Edmálio Gomes  
Traumatologista  
Cirurgião-Facial  
Buro de Ortopedia dos Mares  
Ortopedia das Mares  
2401

Data

07/02/19 11:51:00

ef: Cimpa fino (E)  
+ ka da fricção, bausa e amassado  
na máscara

(1) Dl da face  
(2) Pausa da BME  
(3) Pausa da oxigenação  
(dor na BME bausa)

1 de 2

RADIO - X OMES (2) apr

Dr. Edmálio Gomes  
Traumatologista  
Cirurgião-Facial  
Buro de Ortopedia dos Mares  
Ortopedia das Mares  
2401

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE  
EMERGÊNCIA



3. Evolução / Exames

Buco-máculo-facial

Painel de vitória de arame e ferro, fôlegos 15, ferido lacrimal e fratura de ligamento contínuo da tarsa

At. cirúrgico

HO: Toranomaxilo facial

Conduto: Sutura + Cintil 2/0 + PROF. anti-linfático (PROF 2000 mg)

Lavo.

Ata B.M.F.

Termo de Responsabilidade de Alta a Pedido

Dr. Edmário Gomes ( ) Paciente ( ) Familiar

Cirurgião e Traumatologista

Bucal-Maxilo-Facial

Responsabilizo-me pela imediata retirada do paciente desse ~~necocômio~~, ~~bem~~ como tenho absoluto conhecimento sobre todas as consequências que esse ato possa acarretar.

Nome: HO: Ruyton da Cunha RG: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ HO: 10/02/2019 TIP: 8 Tel.: \_\_\_\_\_

Assinatura

Autorização de Procedimento

( ) Paciente ( ) Familiar

Nome: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_

Procedimento: \_\_\_\_\_

Assinatura

Diag. Definitivo: Fratura Cervical

Destino do Paciente

Alta ( ) Cirurgia ( ) Óbito ( ) Evadiu-se ( ) Termo de Alta a Pedido  
 Transferência: \_\_\_\_\_ ( ) Internamento \_\_\_\_\_

Condicão de Alta

Curado ( ) Melhorado ( ) Inalterado ( ) Óbito

Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_ Médico: \_\_\_\_\_ CRM: \_\_\_\_\_

07/02/2019 11:52:14  
2 de 2 123 882 245/0001-95

Luis Filipe Alcântara  
Corretagem de Seguros-ME  
R. João Cunino, 872  
Comp. Sala Diamantino  
Mauá de Nassau CEP 55.012-190  
Caruaru PE

Dr. Edmário Gomes  
Cirurgião e Traumatologista  
Bucal-Maxilo-Facial  
CRM - 16117

Usuario do Atendimento  
ROBERTAKBS



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE DR. WALDEIRO FERREIRA

HRA

SERVIÇO DE ARQUIVO MÉDICO E ESTATÍSTICA – SAME

**DECLARAÇÃO**

Declaro para os devidos fins que o paciente , **Severino Pereira de Meira** , com **Registro Hospitalar:333377**, esteve interno nesta Unidade de saúde no dia , **07/02/2019 a 07/02/2019**

**OBS:** vitima de Acidente de Trânsito.

Caruaru,13 de março 2019

109.794.975/0269-27  
FUSAM - Hospital Regional do Agreste  
BR 232, Km 130  
Indianópolis - CEP 55000-000  
Caruaru - PE

Nome do paciente: Severino Pereira de Meira  
Médico solicitante: Dr. Valth Guimarães  
Motivo do exame: Lesão do plexo braquial  
Data: 25/02/19

### Comentários e conclusão:

ENMG dos membros superiores:

1. Os potenciais de nervo sensitivo dos Radiais superficiais e Medianos têm amplitudes e velocidades de condução normais.
2. Os potenciais de ação muscular dos nervos Ulnares e Axilares têm amplitudes, latências motoras distais e velocidades de condução normais, exceto o Axilar direito que tem amplitude reduzida.
3. A EMG com agulha foi realizada nos músculos Paraverterais cervicais, Serrátil anterior, Infraespinhal, Deltóide, Biceps, Tríceps, Pronador redondo, Extensor comum dos dedos, Extensor próprio do indicador, Flexor longo do polegar, Oponente do polegar, Flexor profundo para o 4º e 5º dedos e 1º interósseo dorsal da mão. Observamos poucas fibrilações e ondas agudas positivas e um padrão de recrutamento acentuadamente reduzido nos músculos pertencentes aos miotomos C5 e C6 (exceto os Paraverterais cervicais e o Serrátil anterior) à direita.

**Esta ENMG é consistente com uma plexopatia braquial acometendo o tronco superior à direita, de provável etiologia desmielinizante (neuropatia?).**

Sugerimos a realização de uma nova ENMG após 4 meses.

Dr. Pedro Revorêdo  
CRM/PE: 18383

Membro titular da Sociedade Brasileira  
de Neurofisiologia Clínica

123 882 246-001-951  
Luis Filipe - Icanti  
Corretagem de Seguros-ME  
R. João Cursino 872  
Comp. Sala Diamantino  
Mauro de Nassau CEP 55012-190  
Caruaru PE

**NEUROFISIOLOGIA CLINICA**  
**ELETRONEUROMIOGRAFIA E POTENCIAIS EVOCADOS**

Paciente: Severino Pereira de Meira, -

Exam date: segunda-feira, 18 de fevereiro de 2019

**ESTUDO DE CONDUÇÃO MOTORA**

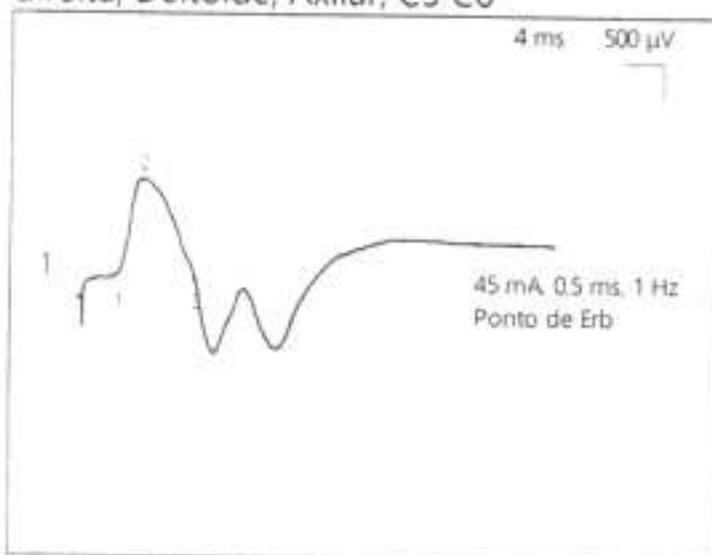
Teste	Pto. estim.	Lat., ms	Ampl., mV	Dur., ms	Área, mV×ms	Estim., mA	Dist., mm	Vel., m/s
<b>direita, Deltóide, Axilar, C5 C6</b>								
7	Ponto de Erb	4,2	1,2	8,2	5,4	45	170	
<b>esquerda, Deltóide, Axilar, C5 C6</b>								
8	Ponto de Erb	3,9	4,9	11,3	41,1	60	170	
<b>direita, Ulnar ADM</b>								
2	punho	2,0	8,8	5,4	24,2	22	80	
	cotovelo	5,9	7,7	5,76	23,9	32	210	54,1
	terço inferior do braço	7,8	7,6	5,88	23,8	40	130	70,7
<b>esquerda, Ulnar ADM</b>								
5	punho	2,4	6,1	5,76	20,1	21	80	

**ESTUDO DE CONDUÇÃO SENSITIVA**

Teste	Ptos. de estim. (captação)	Lat., ms	Ampl., µV	Dur., ms	Área, nV×s	Estim., mA	Dist., mm	Vel., m/s
<b>direita, Ramo superficial do n. radial, C5 C6</b>								
3	1	1,8	15,5	2,4	13,1	47	130	70,7
<b>esquerda, Ramo superficial do n. radial, C5 C6</b>								
6	1	2,4	15,7	2,1	16,1	22	150	63,6
<b>direita, n. Mediano</b>								
1	punho	2,2	18,2	2,1	14,5	23	140	64,5
<b>esquerda, n. Mediano</b>								
4	punho	2,3	25,5	3,1	19,4	19	150	64,7

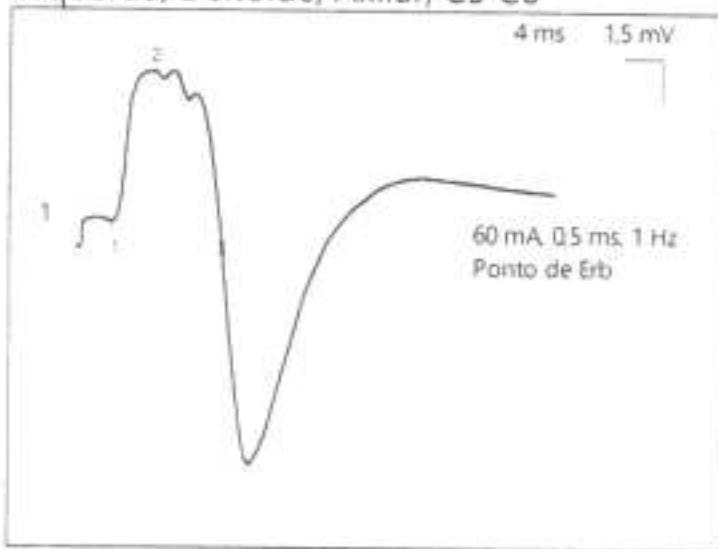
**VC motora**

direita, Deltóide, Axilar, C5 C6



**VC motora**

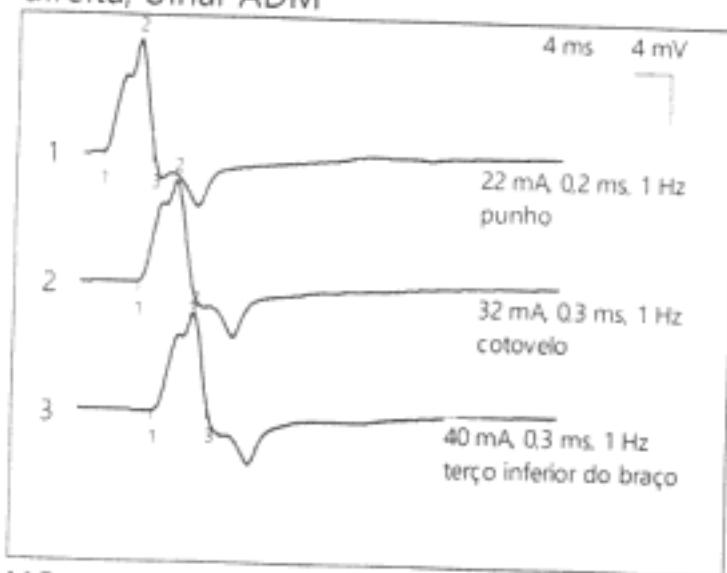
esquerda, Deltóide, Axilar, C5 C6



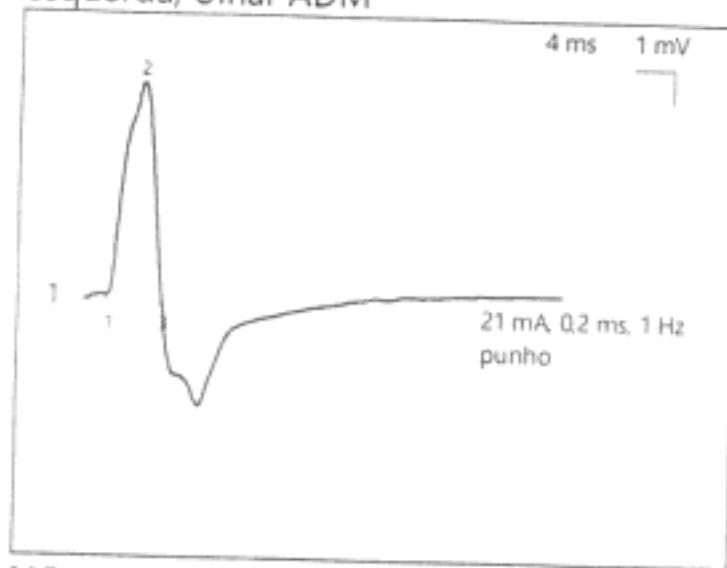
123 882 545/0001-95  
Luis Filipe G. Cavalcanti  
Corretagem de Seguros-ME  
R. João Cursino 872  
Comp. Sala Diamantino  
Maurício de Nassau CEP 55.012-190  
Caruaru PE

**VC motora**

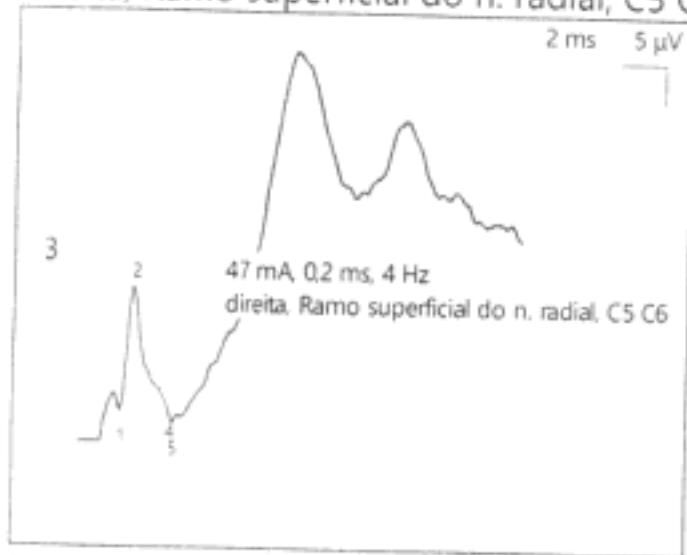
direita, Ulnar ADM

**VC motora**

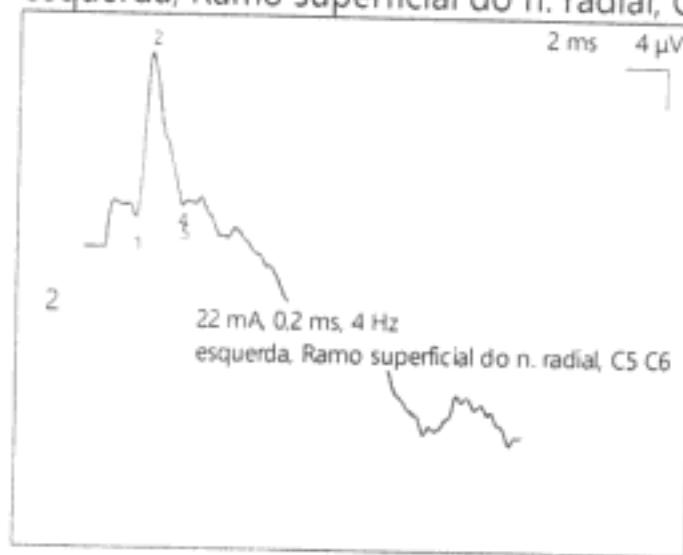
esquerda, Ulnar ADM

**VC sensitiva**

direita, Ramo superficial do n. radial, C5 C6

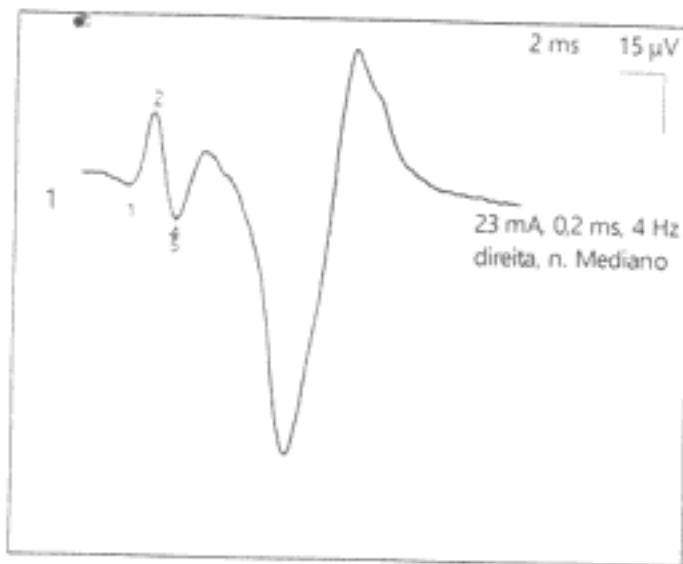
**VC sensitiva**

esquerda, Ramo superficial do n. radial, C5 C6

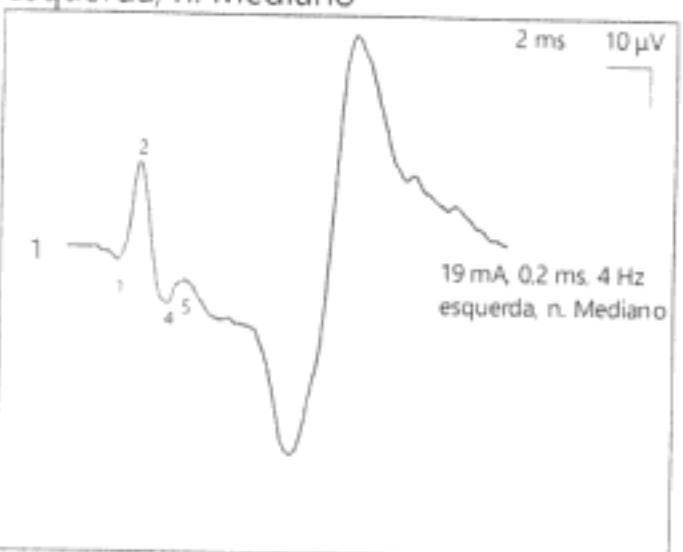
**VC sensitiva**

Antodrônico

direita, n. Mediano

**VC sensitiva***Antodrômico*

esquerda, n. Mediano

**Electromyography****Interferência**

1: EMG com agulha

**Interferência**

1: EMG com agulha

123 832 24001901-95  
 Luis Filipe - Dr. Cicarelli  
 Corretagem de Seguros AME  
 R. José Cursino 872  
 Comp. Santa Izabelino  
 Município de Nossa Senhora do Rosário - RJ - 2612-190  
 CEP: 26120-000

Caruaru, 39 de junho de 2019

## **DECLARAÇÃO**

Declaramos para os devidos fins, que o(a) paciente Susanna Paiva da Motta, esteve em tratamento fisioterapêutico, neste dia 19/02/19 das 14h às 16h, na Clínica Escola de Fisioterapia desta Instituição.

Clássica Lopes  
Fisioterapeuta  
CRF-ES 158516

Fisioterapeuta

123 882 33 Luis Filho 151-95  
Collagen 391  
R. João Gurgel 822  
Comp. São Francisco  
Manoel de Nassau CEP 50.012-190  
Curitiba PR



# Dr. Valth Guimarães

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA / MEDICINA ESPORTIVA / CIRURGIA DO JOELHO

## Atestado Médico

ATESTO para os devidos fins o Sr.(a) Séverina Pimenta de  
MEINA necessita de  
180 (cento e oitenta) — dias de licença, por motivo de doença a partir  
de \_\_\_\_\_

CID 514.3

Dr. Valth Menezes Guimarães  
Ortopedia / Traumatologia  
CREMEPE 16.551 / TEOT 15.090

27 de 02 de 19

23 362 245 001-858  
Luis Filipe Icanti  
Corretagem de Seguros - RE  
R. João Gurgel, 872  
Comp. São Domingos  
Maurício de Nassau - CEP: 56.612-150  
Caruaru - PE

UNIMAGEM CARUARU  
AVENIDA RODRIGUES DE ABREU, 511 -  
MAURÍCIO DE NASSAU, CARUARU - PE  
(81) 3041-8304

CLÍNICA DE TRAUMA DE ORTOPEDIA - CTO  
RUA DR. CHATEAUBRIAND, 206 - SÃO JOSÉ,  
CAMPINA GRANDE - PB  
(83) 3341-2566

IP - INSTITUTO PERNAMBUCO  
AV. AGAMENON MAGALHÃES, 961 -  
MAURÍCIO DE NASSAU, CARUARU - PE  
(81) 3041-8304



13 000 249/0001-05  
Luis FILIPE L. TICANTY  
Av. Joaquim da Fonseca, 201  
Caxias do Sul (RS)  
Mauricio Alves GOMES  
Centro PE  
CEP 95.012-000

**REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL**

**MINISTÉRIO DAS CIDADES**

**DETRAN-PE**

**CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO**

**SMTX-TP** N<sup>o</sup> 12.084  
1 470958552

**\* \* \* \* \***

**EXERCÍCIO  
2019**

**SEVERINO PEREIRA DE MEIRA**

**NOME**

**0**

**CARUARU-PE**

**0**

**446 - 390 - 824 - 87**

**PLACA  
PGE3719**

**PLACA ANTES / DE  
\* \* \* \* \* / PE**

**9C2RC1650CR305151**

**ESPECIE TIPO**

**COMBUSTIVEL**

**MARCA / MODELO**

**ALCO / GÁSOL**

**HONDA / CG 150 TITAN ESD**

**ANO FAB. / ANO MOD.**

**CATEGORIA**

**COR PREDOMINANTE**

**2 P / 149 CL**

**ALUGUEL**

**VERMELHA**

**CARUARU-PE**

**0**

**446 - 390 - 824 - 87**

**PLACA  
PGE3719**

**2019**

**EXERCÍCIO**

**RENAVAM**

**04/02/19**

**470958552**

**MARCA / MODELO**

**HONDA / CG 150 TITAN ESD**

**ANO FAB. / ANO MOD.**

**2012**

**DATA LAUG.  
2012**

**9C2RC1650CR305151**

**1º VEN. / COVAS**

**1º \* \* \* \* \***

**2º \* \* \* \* \***

**2º \* \* \* \* \***

**3º \* \* \* \* \***

**3º \* \* \* \* \***

**FAIXA IPVA**

**PARCELAMENTO / COTAS**

**IPVA 2019 QUITADO**

**PRÉMIO TARIFÁRIO**

**PREMIO TARIIFARIO (R\$)**

**PRÉMIO TOTAL (R\$)**

**60.11**

**0.32**

**14/01/19**

**SEM RESERVA**

**OBSEVACOES**

**SEGUROADORA LIDER - DPVAT**

**CNPJ 08.248.408.0001-04**

**04/02/19**

**Roberto Carlos Moreira Fontelles**

**diretor presidente DETRAN/PE**

**destaque e guarda o bilhete DPVAT**

**ELE NAO DEVE PORTAR OBRIGATORIO.**

**SEGURADO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURADO DPVAT**

**PE Nº 014485607018 BILHETE DE SEGURO DPVAT**

**SEVERINO PEREIRA DE MEIRA**

**ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT  
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO  
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA**

**WWW.seguradoralider.com.br  
SAC DPVAT 0800 022 1204**

**SET 2019**

**23 882 21-951  
Luis Filipe  
Corretagem de Seguros-ME  
R. João Curitiba 872  
Comp. Sala Diamantino  
Mauro de Nassau CEP 55012-190  
Caruaru PE**



Dr. Valth Guimarães

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA / MEDICINA DE PARTO / CIRURGIA DE JOELHO

SEUÉMIO PENEIRA DE MEDEIROS

Mx

lugar MÉDICO

Paciente vítima de acidente de moto no dia 07.02.19, evoluindo com paralisia difusa MSD, força diminuída globalmente (grau III) e não rotulada, + força apreensão muscular.

ENUG - Evidencia plexopatia braquial acometendo tronco superior à (AXONOTMSE).  
DOENÇA incapacitante, e invasiva,  
IMUNIZJ permanente e total.

Dr. Valth Menezes Guimarães CIB: S14.3  
Ortopedia / Traumatologia  
CREMEPE: 16.551 / TEOT 15.090

Cirurgia do Joelho

IP - INSTITUTO PERNAMBUCO  
Av. Agamenon Magalhães, 961  
Mauricio de Nassau  
(81) 3041-8304 ☎ 9.9884-3136

UNIMAGEM  
Av. Rodrigues de Abreu, 511  
Mauricio de Nassau  
(81) 3041-8304 / 3722-8850  
(81) 9.9884-3136 ☎

CINN  
R. Ananias Carlos da Rocha, 31  
Bairro Novo  
(81) 3731-3405

Hospital Santa Rosa  
R. José Américo Miranda, s/n  
Santa Rosa  
(81) 3662-2861

02/09/19



Dr. Valth Guimarães

TORACO - TRAUMATOLOGIA / MEDICINA ESTÉTICA / CIRURGIA DE JOELHO

JUVINHO NEVES 60 kg/m²

W

| Mudo |

Paciente c/ lesão de plexo

Brachial D com 7 meses de  
evolução, sequela definitiva,  
alta ortopédica.

Dr. Valth Menezes Guimarães  
Ortopedia / Traumatologia  
CREMEPE: 16.551 / TEOT 15.090  
Cirurgia do Joelho

IP - INSTITUTO PERNAMBUCO  
Av. Agamenon Magalhães, 961  
Maurício de Nassau  
(81) 3041-8304 • 9.9884-3136

UNIMAGEM

Av. Rodrigues de Abreu, 511  
Maurício de Nassau  
(81) 3041-8304 / 3722-8850  
(81) 9.9884-3136

CLINN  
R. Ananias Carlos da Rocha, 31  
Bairro Novo  
(81) 3731-3405

04/09/19

Hospital Santa Rosa  
R. José Américo Miranda, s/n  
Santa Rosa  
(81) 3662-2861



Dr. Valth Guimarães

TORACO E TRAUMATOLOGIA / MEDICINA ESPECIALIZADA / CIRURGIA DO JOELHO

SCENARIO PNEUMICO DE MEIA NOITE

Mx

Relato Médico

Paciente vítima de acidente de moto no dia 07.02.19, evoluindo com paralisia difusa MSD, força diminuída globalmente (grau III) + AAM doloroso, + força apreensão muscular.

ENUG: Foi de cerca plexopatia braquial com fecho fraco superior à D (AXONOTMSE)

DORUGA TUMORALANTE, e INVERSIVEL,  
IMUNIDADES permanente e fetal.

Dr. Valth Menezes Guimarães  
Ortopedia / Traumatologia  
CREMEPE: 16.551 / TEOT 15.090

CID: S14.3

02/09/19

IP - INSTITUTO PERNAMBUCO  
Av. Agamenon Magalhães, 961  
Maurício de Nassau  
(81) 3041-8304 ☎ 9.9884-3136

Cirurgia do Joelho

UNIMAGEM  
Av. Rodolfo de Abreu, 511  
Maurício de Nassau  
(81) 3041-8304 / 3722-8850  
(81) 9.9884-3136 ☎

CJNN  
R. Ananias Carlos da Rocha, 31  
Bairro Novo  
(81) 3731-3405

Hospital Santa Rosa  
R. José Américo Miranda, s/n  
Santa Rosa  
(81) 3662-2861

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190517004      **Cidade:** Caruaru      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** SEVERINO PEREIRA DE MEIRA      **Data do acidente:** 07/02/2019      **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** LESÃO DE PLEXO BRAQUIAL A DIREITA

**Descrição do exame físico:** APRESENTA TROFISMO MUSCULAR NORMAL EM MEMBRO SUPERIOR DIREITO COM MOBILIDADE PRESERVADA

**Resultados terapêuticos:** REABILITAÇÃO FUNCIONAL SATISFACTORIA, COM MIOTOMOS PRESERVADOS

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:** Sem sequela

**Data do exame físico:** 11/11/2019

**Conduta mantida:**

**Observações:** OBS: O LAUDO MÉDICO INFORMA A AXONOTMESE E O LAUDO DO EXAME ELETRONEUROMIOGRÁFICO INFORMA PLEXOPATIA DESMIELINIZANTE POR NEUROPRAXIA.  
SEM SEQUELAS ANATOMICAS OU FUNCIONAIS

**Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.**

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

Número: 3190517004 Cidade: Caruaru Natureza: Invalidez Permanente  
Vítima: SEVERINO PEREIRA DE MEIRA Data do acidente: 07/02/2019 Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 13/09/2019

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMA CONTUSO NO OMBRO DIREITO COM LESÃO DO PLEXO BRAQUIAL (PAG.01.02.04)

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR.( PAG.04)

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: PAG.04

SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNOSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VIGÊNCIA DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E/OU ANATÔMICAS E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
		Total	18,75 %	R\$ 2.531,25

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

Número: 3190517004 Cidade: Caruaru Natureza: Invalidez Permanente  
Vítima: SEVERINO PEREIRA DE MEIRA Data do acidente: 07/02/2019 Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 13/09/2019

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMA CONTUSO NO OMBRO DIREITO COM LESÃO DO PLEXO BRAQUIAL (PAG.01.02.04)

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR.( PAG.04)

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: PAG.04

SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNOSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VIGÊNCIA DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E/OU ANATÔMICAS E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
		Total	18,75 %	R\$ 2.531,25

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190517004      **Cidade:** Caruaru      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** SEVERINO PEREIRA DE MEIRA      **Data do acidente:** 07/02/2019      **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** LESÃO DE PLEXO BRAQUIAL A DIREITA

**Descrição do exame físico:** APRESENTA TROFISMO MUSCULAR NORMAL EM MEMBRO SUPERIOR DIREITO COM MOBILIDADE PRESERVADA

**Resultados terapêuticos:** REABILITAÇÃO FUNCIONAL SATISFACTORIA, COM MIOTOMOS PRESERVADOS

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:** Sem sequela

**Data do exame físico:** 11/11/2019

**Conduta mantida:**

**Observações:** OBS: O LAUDO MÉDICO INFORMA A AXONOTMESE E O LAUDO DO EXAME ELETRONEUROMIOGRÁFICO INFORMA PLEXOPATIA DESMIELINIZANTE POR NEUROPRAXIA.  
SEM SEQUELAS ANATOMICAS OU FUNCIONAIS

## 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

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 13 de Setembro de 2019

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190517004**

**Vítima: SEVERINO PEREIRA DE MEIRA**

**Data do Acidente: 07/02/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE**

**Senhor(a), SEVERINO PEREIRA DE MEIRA**

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

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



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 05 de Setembro de 2019

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190517004**

**Vítima: SEVERINO PEREIRA DE MEIRA**

**Data do Acidente: 07/02/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), SEVERINO PEREIRA DE MEIRA**

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



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 30 de Outubro de 2019

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190517004**

**Vítima: SEVERINO PEREIRA DE MEIRA**

**Data do Acidente: 07/02/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS**

**Senhor(a), SEVERINO PEREIRA DE MEIRA**

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

<b>Comprovante de residência</b>	Apresentar a cópia simples do comprovante de residência emitido nos últimos 180 dias, pois o entregue está desatualizado.
----------------------------------	---

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



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 14 de Novembro de 2019

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190517004**

**Vítima: SEVERINO PEREIRA DE MEIRA**

**Data do Acidente: 07/02/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO**

**Senhor(a), SEVERINO PEREIRA DE MEIRA**

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Foi verificado que o dano pessoal evoluiu sem sequela definitiva, razão pela qual não foi caracterizada a invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

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 orientações.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)  INVALIDEZ PERMANENTE  MORTE

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

Nome completo da vítima:

446.390.894-87 Severino Sereira de Melo

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

Nome completo:

Severino Sereira de Melo

CPF: 446.390.894-87

Profissão:

Motorista

Endereço:

R. Nof. Miguel Síos

Número:

601

Complemento:

Bairro:

Santos

Cidade:

Conceição

Estado:

SC

CEP:

55028-000

E-mail:

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

DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO MENSAL:

RECUZO 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: 0051

CONTA: 000008740

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_

CONTA: \_\_\_\_\_

(Informar o dígito se existir)

CONTA: \_\_\_\_\_

(Informar o dígito se existir)

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

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

INVALIDEZ PERMANENTE

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

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

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

MORTE

## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima:  Solteiro  Casado (no Civil)  Divorciado  Separado Judicialmente  Viúvo Data do óbito da vítima: \_\_\_\_\_

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a):  Sim  Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: \_\_\_\_\_

Vítima teve filhos?  Sim  Não Se tinha filhos, informar quantos: \_\_\_\_\_  
Vivos: \_\_\_\_\_ Falecidos: \_\_\_\_\_

Vítima deixou nascituro (vai nascer)?  Sim  Não Vítima deixou pais/avós vivos?  Sim  Não

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

Nome:

CPF:

(\*) Assinatura de quem assina A ROGO

### TESTEMUNHAS

1º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura

2º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

123 882 245/0001-95

Luis Filipe Ricanti

Assinatura Corretagem de Seguros-ME

R. João Cursino 872

Comp. Sala Diamantino

Mauricio da Nóbrega Ribeiro PE

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

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

**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e  
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

**Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo**

Número do Sinistro: 3190517004  
Nome do(a) Examinado(a): Severino Pereira de Meira  
Endereço do(a) Examinado(a): Rua Major Miguel de Frias, S/N  
Centro Caruaru PE CEP: 55028-070  
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [ SSP / PE ] 3610732  
Data local do acidente: [ 07/02/2019 ]  
Data local do exame: [ 11/11/2019 ] Caruaru [ PE ]

**Resultado da Avaliação Médica**

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:

**LESÃO DE PLEXO BRAQUIAL A DIREITA**

- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

**Tratamento: TRATAMENTO CONSERVADOR DE LESÃO DE PLEXO BRAQUIAL COM IMOBILIZAÇÃO E SUPORTE CLÍNICO**  
**Complicações: SEM COMPLICAÇÕES DO REFERIDO ACIDENTE**

**Data da Alta: 02/09/2019**

- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:

**APRESENTA TROFISMO MUSCULAR NORMAL EM MEMBRO SUPERIOR DIREITO COM MOBILIDADE PRESERVADA**

- IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

Sim       Não

- V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)

Sim       Não

- VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

Caso a resposta do item V seja ""Não"", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b"

- VII. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

- a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (\*).

"Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em      dias

"Sem sequela permanente"

(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

Região Corporal (Sequela):

% do dano:  10% residual  25% leve  
 50% médio  75% intensa  100% completo

% do dano:  10% residual  25% leve  
 50% médio  75% intensa  100% completo

Região Corporal (Sequela):

Região Corporal (Sequela):

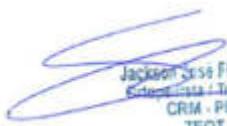
% do dano:  10% residual  25% leve  
 50% médio  75% intensa  100% completo

% do dano:  10% residual  25% leve  
 50% médio  75% intensa  100% completo

- VIII. (\*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

**OBS: o laudo médico informa a axonotmese e o laudo do exame eletroneuromiográfico informa plexopatia desmielinizante por neuropraxia.  
Sem sequelas anatomicas ou funcionais**

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)  
Carimbo com Nome e CRM

  
Jackson José Florêncio Júnior  
Cirurgião-Dentista / Traumatologista  
CRM - PE 18.573  
TEOT 13921



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
 SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
 POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
 DELEGACIA DE POLÍCIA DA 090<sup>a</sup> CIRCUNSCRIÇÃO - CARUARU - DP90<sup>a</sup>CIRC DINTER1/14<sup>a</sup>DESEC  
**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E0180000273**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **07/02/2019** às **13:57**

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado)**, que aconteceu no dia **7/2/2019** às **11:00**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE CARUARU, 01, AVENIDA AGAMENON MAGALHÃES - P/ X AO LAÇABURQUER - Bairro: MAURÍCIO DE NASSAU - CARUARU/PERNAMBUCO/BRASIL**  
 Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

**JOSE FERNANDES DE LIMA ( AUTOR ) AGENTE  
 RENE CONSTANTINO DA SILVA ( TESTEMUNHA )  
 SEVERINO PEREIRA DE MEIRA ( VITIMA )**

23 882 211-001-95  
 Luis Filipe  
 Corretagem de Seguros-ME  
 R. João Cursino, 372  
 Comp. Sala Diamantino  
 Mauricio de Nassau - CEP: 55.012-190  
 Caruaru - PE

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

**VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): JOSE FERNANDES DE LIMA  
 VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): SEVERINO PEREIRA DE MEIRA**

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

**JOSE FERNANDES DE LIMA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: RITA RAIMUNDA DE LIMA Pai: JAIME FERNANDES DE LIMA Data de Nascimento: 01/1979 Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL Endereço Residencial: MUNICÍPIO DE RIACHO DAS ALMAS, 05, RUA FERNANDES JUSTO DA MOTA - CEP: 0 - Bairro: CENTRO - RIACHO DAS ALMAS/PERNAMBUCO/BRASIL**

**RENE CONSTANTINO DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: HELENA MARIA DA SILVA Pai: CICERO GONSTANTINO DA SILVA Data de Nascimento: 23/7/1978 Naturalidade: NÃO INFORMADO / SÃO PAULO / BRASIL Endereço Residencial: MUNICÍPIO DE CARUARU, 177, TRAVESSA DAS FLORES - CEP: 0 - Bairro: SALGADO - CARUARU/PERNAMBUCO/BRASIL**

**SEVERINO PEREIRA DE MEIRA (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: MARIA PEREIRA DE BRASIL VASCONCELOS Pai: JOÃO ALEXANDRE DE MEIRA Data de Nascimento: 10/7/1966 Naturalidade: CARUARU / PERNAMBUCO / Endereço Residencial: MUNICÍPIO DE CARUARU, 700, INOCOOF - RUA ABADIAS BATISTA DA SILVA - CEP: 55600-000 - Bairro: CENTRO - CARUARU/PERNAMBUCO/BRASIL**

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



**CARRO (VEÍCULO)** de propriedade do(a) Sr(a): **JOSE FERNANDES DE LIMA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **JOSE FERNANDES DE LIMA**

Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMÓVEL/GM/CORSA** Objeto apreendido: **Não**  
Cor: **PRATA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **MEI9396** (PERNAMBUCO/RIACHO DAS ALMAS) Chassi: **9BGSA19908B149217**  
Ano Fabricação/Modelo: **2007/2008** Combustível: **ALCO/GASOL**  
Descrição: **CORSA CLASSIC**

**MOTO (VEÍCULO)** de propriedade do(a) Sr(a): **SEVERINO PEREIRA DE MEIRA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **SEVERINO PEREIRA DE MEIRA**  
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 150 TITAN ESD** Objeto apreendido: **Não**  
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PGE3719** (PERNAMBUCO/CARUARU) Chassi: **9G2KG1850CR305151**  
Ano Fabricação/Modelo: **2012/2012** Combustível: **ALCO/GASOL**



## Complemento / Observação

cientificado das penas previstas nos artigos 299 (FALSIDADE IDEOLÓGICA), 339 (DENUNCIAÇÃO CALUNIOSA) e 340 (COMUNICAÇÃO Falsa DE CRIME OU DE CONTRAVENÇÃO PENAL), TODOS DO CÓDIGO PENAL, O AUTOR DECLARA QUE NA DATA CITADA SE ENVOLVEU EM UM ACIDENTE DE TRÂNSITO NO LOCAL CITADO, QUANDO EM DECORRÊNCIA DE UMA FALTA DE ATENÇÃO AVANÇOU O SINAL VERMELHO COMENDO COM A MOTO DA VITIMA, VITIMANDO O SENHOR SEVERINO PEREIRA DE MEIRA (QUE SOFRERU CORTES NA CABEÇA E FOI SOCORRIDO PELO SAMU AO HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE), NO MOMENTO DO ATO DE ACORDO COM A TESTEMUNHA APESAR DO AUTOR TER SE DISTANCIADO UM POUCO DO LOCAL, POREM RETORNOU PRA PRESTAR ASSISTÊNCIA; ASSIM COMO ANTECEDENTES, E QUE SE COMPROMETEU A SE RESPONSABILIZAR PELAS DESPESAS QUE A VITIMA VENHA A TER EM DECORRÊNCIA DAS LESÕES SOFRIDAS, ASSIM COMO POSSIVEIS REPAROS NA MOTO DA VITIMA, . VALE SALIENTAR QUE A VITIMA TRABALHAVA COMO MOTOTAXI, . SEM NADA MAIS A DECLARAR E SE RESPONSABILIZANDO POR TODAS AS INFORMAÇÕES AQUI PRESTADAS, PEDE PROVIDÊNCIAS.

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

*José Fernandes de Lima*

**JOSÉ FERNANDES DE LIMA**

(AUTOR / AGENTE)

*Rene Constantino da Silva*

**RENE CONSTANTINO DA SILVA**

(TESTEMUNHA)

123 882 246/0001-951  
Filipe Nobre de Vasconcelos  
Corretagem de Seguros ME  
R. João Gurgel 872  
Cidade das Flores CEP: 56.012-190  
Caruaru PE

*Filipe Nobre de Vasconcelos*

B.O. registrado por: **PELPE BORGES NOBRE DE VASCONCELOS** - Matrícula: **3880192**

