

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

☒ DADS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

Nome completo da vítima:

446.390.834-87 Severino Pereira de Meira

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

Nome completo:

Severino Pereira de Meira

CPF:

446.390.834-87

Profissão:

Moto-taxi

Endereço:

R. Mor. Miguel Srios

Número:

101

Complemento:

Bairro:

Santa Rosa

Cidade:

Comoru

Estado:

PE

CEP:

55.028-070

E-mail:

Tel.(DDD):

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

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR

☐ ATÉ R\$1.000,00

☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

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

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

0051

CONTA:

00090874

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora 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, 51º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora 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.

TESTEMUNHAS

1ª | Nome:

CPF:

Assinatura

2ª | Nome:

CPF:

23.882.245/0001-95

Luis Felipe

Corretagem de Seguros-ME

R. João Curiano 872

Comp. Sala Diamantino

Maunio de Nassau 659 55.012-190

Comoru PE

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data:

Nome:

CPF:

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

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, a seu lado, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



NOTA FISCAL • FATURA • CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife - PE, CEP 50050-902
CNPJ 10.835.932/0001-08 | Tel: Est. 0005943-80 | www.cespe.com.br

DADOS DO CLIENTE
JOSEFA JULIA DA SILVA

DADOS DO CLIENTE
JOSEFA JULIA DA SILVA

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA MA. J. MIGUEL FRAS 20

FLA MÃI MUEL FRAS 20

CPF: 506 072 274-00 NIS: 16073588632

STA ROSA CARLIARU
CARLIARU PE
66026-070.

CLASSIFICAÇÃO
BT RESIDENCIAL
BAIXA RENDA ASSIST SOCIAL CONTINUA

RP DA NOTA FISCAL	SERIE	EMISSION
072278219	UNICA	06/08/2019

APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA INSTALAÇÃO
06/08/2019	2000067589	898851

CONTRATO Nº	0157793020	MES/AÑO	08/2019
FECHA DE VENCIMIENTO	13/08/2019	FECHA PRECATORIO PAGARÉ LEJANO	05/09/2019
TOTAL A PAGAR (R\$)	10.47		

DESCRICAO DA NOTA FISCAL

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo até 30 kWh	30,0000000	0,16124008	5,73
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	10,0000000	0,32794015	3,27
Acréscimo Bandeira AMARELA			0,19
Acréscimo Bandeira VERMELHA			0,11
Multa por atraso-NF 088458781 - 05/07/19			0,19
Juros por atraso-NF 088458781 - 05/07/19			0,01
PRÓ-CRIANÇA (081)3412-8880 0800 031 8889			0,90

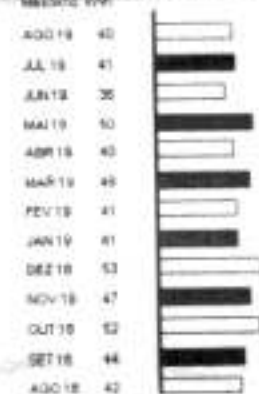
TOTAL DIA FÁTLGA

91947

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (KWH)
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
207370	CAT	20-07-2019	9.509,00	06-08-2019	9.509,00	17	1,00000		40,00

HISTÓRICO DE CONSUMO



INFORMAÇÕES DE TROFOTON

	BASE DE CALCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
ICMS			
PIIS	9,30	0,74	0,06
CONFINS	9,30	3,42	0,31

COMPOSIÇÃO DO COMUM

Geração de Energia	PJ	4,54	43,82%
Transmissão	PJ	0,40	3,90%
Distribuição (Cargas)	PJ	2,70	26,24%
Perdas de Energia	PJ	0,00	0,00%
Energia Setorial	PJ	0,27	2,60%
Totais	PJ	0,29	2,80%
Total	kWh	10,20	100%

才疏學淺，難免有誤，敬請讀者諒察。

Catalogue des livres de la bibliothèque Catalogue des livres de la bibliothèque	VERITAS APPLICATION	0 18326420 0 31420300
--	---------------------	--------------------------

RECEIVED AG 7 1962

PKC- δ ADP-GLYCEROL COC978HJ DUB1-486

INFORMACIÓN IMPORTANTE

[illegible]

ATENDIMENTO: RUA FR CANECA - NUM. - 00152 - MAURICIO DE NASS
 AV. 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. AUTOMÁTICO: 006465773			
SITUAÇÃO ÁGUA LIGADO	SITUAÇÃO ESGOTO FACTIVEL	RESIDENCIAL 1	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) MÉDIA HD

ÁGUA:
 LEIT ANT: 069 CONSUMO: 3
 LEIT ATU: TAXA MINIMA
 LEIT FAT: 079

HISTÓRICO DE CONSUMO

REFERÊNCIA CONSUMO:

08/2019 03
 07/2019 03
 06/2019 03
 05/2019 03
 04/2019 03
 03/2019 04
 MÉDIA: 03

PARAMETROS	NÚMERO DE AMOSTRAS		
	EXIG. PORT. MS 2.914/11	ANÁLISES REALIZ.	ATENDEN A LEGIS
TURBIDEZ	169	169	117
COR APARENTE	169	169	81
CLORO RESIDUAL	169	169	169
COLIF. TOTAIS	169	169	0
E. COLI	169	169	8

MÉDIA: 03 Qualidade de Água: www.compesa.com.br

OBS.: (1) COLIFORMES TOTAIS AUSÊNCIA 95% DAS AMOSTRAS EXAMINADAS
 (2) OS PARÂMETROS COLIFORMES TOTAIS, ESCHERICHIA COLI E CLORO
 RESIDUAL SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES SANITÁRIAS DA ÁGUA
 (3) OS PARÂMETROS COR E TURBIDEZ SÃO 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
ISS	44,08	1,65	0,73
COTAX	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 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 Almeida,

RG nº 36 10732, data de expedição 04 02 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 Pinho</u>
Número	<u>201</u>
Apto/Complemento	
Bairro	<u>Santa Rosa</u>
Cidade	<u>Ipilore</u>
Estado	<u>PE</u>
CEP	<u>55 028 090</u>
Tel. de contato	<u>81.99153 8465 - 99205 8640</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me

Local e Data: Ipilore 31.10.2019.

Severino Pereira de Almeida
Assinatura do Declarante

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE EMERGÊNCIA



IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Atendimento: 482855 Prontuário: 333377

Nome: SEVERINO PEREIRA DE MEIRA
Data Nasc.: 01/01/1967 Idade: 52 Sexo: MASCULINO Cor: PARDA Religião:
CPF: RG: CNS: 70580940195937 Nº: 0
Endereço: INGNORADO
Bairro: INGNORADO Cidade: CARUARU Estado: PE
CEP: 55019217 Fone: 37199400 Profissão: *Epidemiologia*
Nome da Mãe: INGNORADO *Cinto*
Acompanhante: *Notificado*
Motivo do Atendimento: ATT COM MOTOCICLETA
Clínica: CIRURGIA GERAL

Atendimento Data: 07/02/2019 11:51 Médico: MEDICO PLANTONISTA

Queixa Principal / HDA:

*Ter um trauma a esquerda no
mto. com um osso quebrado.
Abaixo da punha, clodan*

Exame Físico:

*B: m v d u articular
c/ um sangramento mto.
DICC: 15*

PA: FC: FR:

Diag. Provisório:

*E: fratura de fêmur, fratura de
mão*

*fractura de fêmur, fratura de mão
② Fratura de B.M.F. R. a. wates*

Prescrição:

Data

07/02/19	Atendimento
13:50h	Atendimento
3882 245/0001-951	Atendimento
Correlagem de Segurança	Atendimento
R. João Curiano 872	Atendimento
Camp. São Domingos	Atendimento
CEP 55012-990	Atendimento
1 de	Atendimento

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE
RAIO - X

DATA 07/02/19

Dr. Edmário Gomes
Cirurgião Traumatologista
Burocracia - Facial
Ortopedia dos Maxilares
4491

RAIO - X OMBRO ② APV

Dr. Freddy Duarte
Ortopedia - Traumatologia
CRM - 16117



HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE
EMERGÊNCIA



3. Avaliação / Exames

Buco-maxilo-facial

Paciente vítima de acidente a
partir de altura 15, ferimento aberto
na região de ligamento coróide lateral

Pr. MORANDI

HD: transtorno de ansiedade
Cirurgia: Inferior + com L.V. +
PROF. Luiz Henrique (Post. 02)
LAVAR

Alto B.M.F.

Termo de Responsabilidade de Alta a Pedido

Dr. Edmário Gomes () Paciente () Familiar
Cirurgia e Traumatologia
Bucal-Maxilo-Facial

Responsabilizo-me pela imediata retirada do paciente deste nosocomio, bem como tenho absoluto conhecimento sobre todas as consequencias que esse ato possa acarretar.

Nome: HO: Rômulo da Silva RG: _____
Endereço: CO: TMOBILIZADO TIPO 8 Tel.: _____
Data: 07/02/2019

Assinatura

Autorização de Procedimento

() Paciente () Familiar

Nome: _____ RG: _____
Endereço: _____ Tel.: _____
Procedimento: _____

Assinatura

Diagnóstico Definitivo:

Fratura Anterior

Destino do Paciente

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

Condição de Alta

() Curado () Melhorado () Inalterado () Óbito

Data: 07/02/2019 Hora: 11:52:14 Médico: _____ CRM: _____

07/02/2019 11:52:14
2 de 2

23 882 245/0001-951
Luis Filipe
Corretagem de Seguros-ME
R. João Cursino 872
Comp. Sala Diamantino
Maunio de Nassau CEP: 55.012-190
Caruaru PE

Dr. Vadey Duarte
Ortopedia - Traumatologia
CRM - 16117

Usuario do Atendimento
ROBERTAKBS

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

09.794.975/0269-27
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 Paravertebrais cervicais, Serrátil anterior, Infraespinhal, Deltóide, Bíceps, 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 interosseo dorsal da mão. Observamos poucas fibrilações e ondas agudas positivas e um padrão de recrutamento acentuadamente reduzido nos músculos pertencentes aos miótomos C5 e C6 (exceto os Paravertebrais 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 (neuropraxia?).

Sugerimos a realização de uma nova ENMG após 4 meses.



Dr. Pedro Revorêdo
CRM/PE: 18383

Membro titular da Sociedade Brasileira
de Neurofisiologia Clínica

23 882 246.0001-95
Luis Filipe - Ilcanti
Corretagem de Seguros-lyE
R. João Cursino 872
Comp. Sala Diamantino
Mauricio de Nassau CEP 55 012-190
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

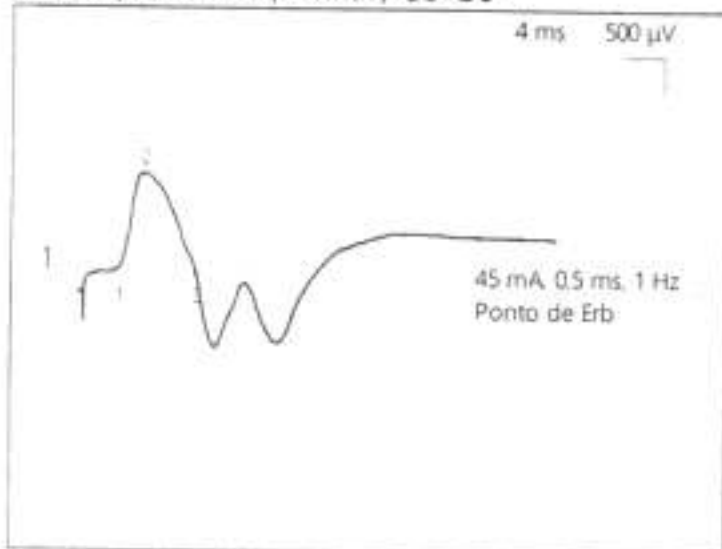
Teste	Pto. estim	Lat., ms	Ampl., mV	Dur., ms	Área, mV×ms	Estim., mA	Dist., mm	Vel., m/s
direita, Deltóide, Axilar, C5 C6								
7	Ponto de Erb	4,2	1,2	8,2	5,4	45	170	
esquerda, Deltóide, Axilar, C5 C6								
8	Ponto de Erb	3,9	4,9	11,3	41,1	60	170	
direita, Ulnar ADM								
2	punho	2,0	8,8	5,4	24,2	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
esquerda, Ulnar ADM								
5	punho	2,4	6,1	5,76	20,1	21	80	

ESTUDO DE CONDUÇÃO SENSITIVA

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

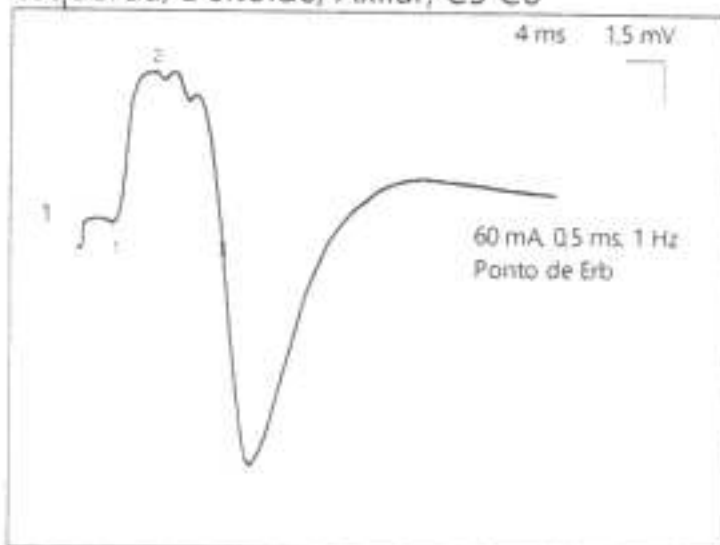
VC motora

direita, Deltóide, Axilar, C5 C6



VC motora

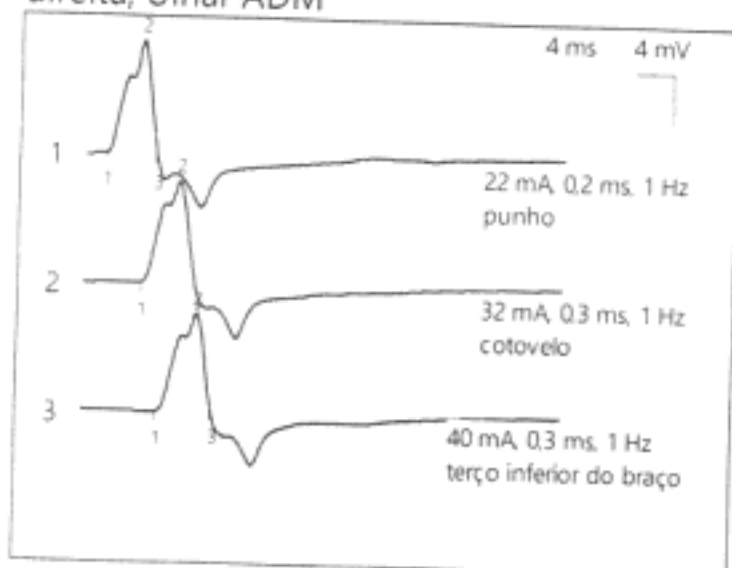
esquerda, Deltóide, Axilar, C5 C6



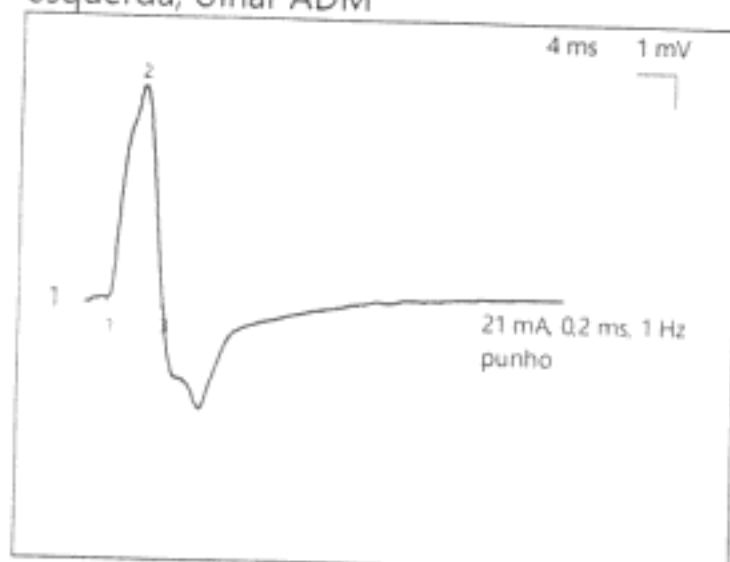
123 882 245/0001-951
 Luis Felipe P. Cavalcanti
 Corretagem de Seguros-ME
 R. João Cursino, 872
 Comp. Sala Diamantino
 Maunio de Nassau CEP 55.012-190
 Caruaru PE

VC motora

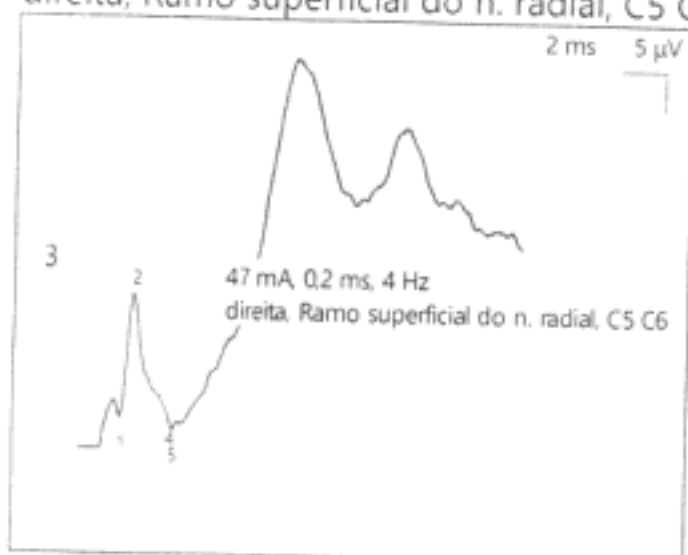
direita, Ulnar ADM

**VC motora**

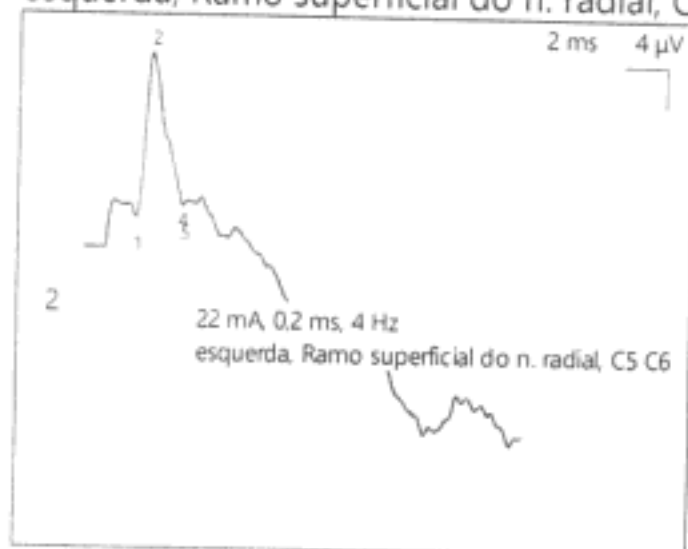
esquerda, Ulnar ADM

**VC sensitiva**

direita, Ramo superficial do n. radial, C5 C6

**VC sensitiva**

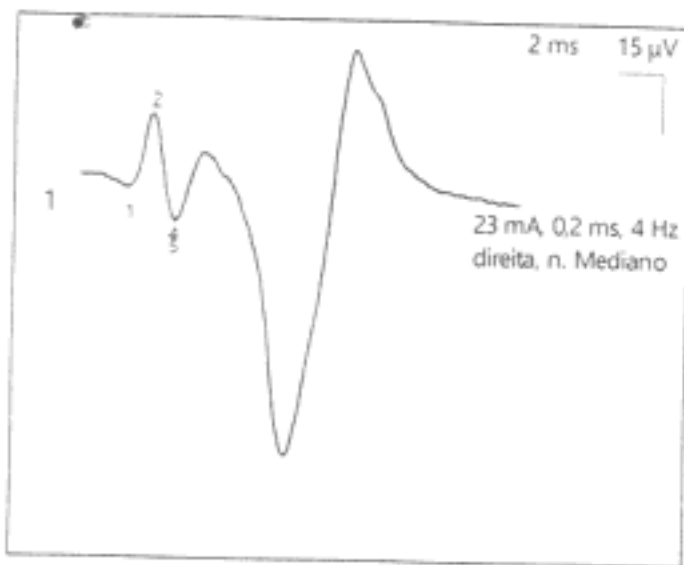
esquerda, Ramo superficial do n. radial, C5 C6

**VC sensitiva**

Antodrômico

direita, n. Mediano

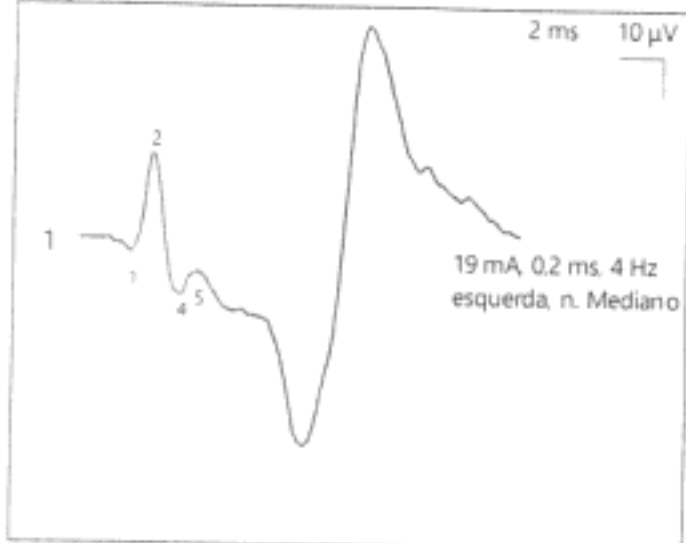
72.852.245/0001-85
 Luis Filipe de Almeida
 Prefeitura de Seguros-VIE
 R. José Durval, 875
 Lado Sul, Centro
 CEP 55.012-190
 Fone: (51) 3091-1111
 E-mail: luis@seguros-vie.com.br



VC sensitiva

Antodrômico

esquerda, n. Mediano



Electromyography

Interferência

1: EMG com agulha

Interferência

1: EMG com agulha

23 882 2400001-951
Luis Filipe ...
Corretagem de Seguros-ME
R. José Cursino 872
Comp. São Diamantino
Atouco de Nassau 012-190
Curitiba, PR

Caruaru, 19 de fevereiro de 2019

DECLARAÇÃO

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

Cláudia Lopes

Cláudia Lopes
Fisioterapeuta
CREFITO 158516-7

Fisioterapeuta

123 882 211-951
Luis Filho
Corretagem de Caruaru-PE
R. João Gurgel, 872
Comp. São Domingos
Município de Nassau - CEP 55012-190
Caruaru - PE



Dr. Valth Guimarães

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA / MEDICINA ESPORTIVA / CIRURGIA DO JOELHO

Atestado Médico

ATESTO para os devidos fins o Sr.(a) SEVERINO PEREIRA DE
MEIRA necessita de
180 (cento e oitenta) dias de licença, por motivo de doença a partir
de _____
CID S14.3

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

27 de 02 de 19

23 832 245 0001-951
Luis Felipe - Icaro
Corretagem de Seguros - Icaro
R. João Gurgino, 872
Camp. São Domingos
Maurício de Nassau - CEP: 55.012-150
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 -
MAURICIO DE NASSAU, CARUARU - PE
(81) 3041-8304

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACAO

VÁLIDA EM TODOS
O TERRITÓRIO NACIONAL
1224252572

SEVERINO PEREIRA DE MEIRA

DOC. IDENTIDADE / RG / EMISSOR / UF
3410732 SSP PE

CPF
446.390.824-87

DATA NASCIMENTO
10/07/1966

FEIÇÃO
JOAO ALEXANDRE DE
MEIRA
MARIA PEREIRA DE
VASCONCELOS

PERMISSÃO
[]

ACC
[]

CAT. HAB.
AB

Nº REGISTRO
02371856336

VALIDADE
10/05/2021

VALIDACAO
06/02/1997

OBSERVAÇÕES
A
Exerce Ativ Remunerada
MOTOTAXISTA

Severino Pereira de Meira
ASSINATURA DO TITULAR

LOCAL
CARUARU - PE

DATA EMISSÃO
11/05/2016

[Assinatura]
ASSINATURA DO EMISSOR

31811806025
78072693797

DETRAN - PE (PERNAMBUCO)

PROIBIDO PLASTIFICAR
1224252572

123 882 245/0001-951
Luis Felipe L. TIGANO
Homologação de Engenheiros-AE
R. João Gurgel, 872
Cidade São Sebastião
Município de Nazaré CEP 55.012-190
Caruaru PE

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DENATRAN

DETRAN - PE
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
3MTX-TP N 000 1200A
1 478958552 R.A.T.R.C. EXERCÍCIO
***** 2019

SEVERINO PEREIRA DE MEIRA

CARUARU-PE

CPF / CNPJ 446.390.824-87

PLACA PGE3719

PLACA ANT / UF ***** / PE

CHASSI 9C2KC1650CR305151

PA3 /MOTOCICLETA/MOTO-TAX

COMBUSTÍVEL ALCO/GASOL

HONDA/CG 150 TITAN ESD

ANO FAB 2012 ANO MOD 2012

2P/149CL

CATEGORIA ALUGUEL

COD PREDOMINANTE VERMELHA

1 COTA ÚNICA

VENC. COTA ÚNICA

1*****

V FAIXA LPVA

PARCELAMENTO / COTAS

2*****

80.11

PREMIO TARIFÁRIO (R\$)

0.32

SEM RESERVA

OBSERVAÇÕES

CARUARU-PE

DATA 04/02/19

Roberto Carlos Moreira Fontelles
Diretor Presidente DETRAN/PE

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO 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

CARUARU-PE

VIA 446.390.824-87

PLACA PGE3719

RENAVAM 478958552

HONDA/CG 150 TITAN ESD

ANO FAB 2012

CHASSI 9C2KC1650CR305151

PRÊMIO TARIFÁRIO

FMS (R\$)

4.01

CUSTO DO SEGURO (R\$)

40.06

CUSTO DO BILHETE (R\$)

0.32

TOTAL A PAGAR (R\$)

84.58

PAGAMENTO

PARCELADO

DATA DE QUITAÇÃO

14/01/19

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.808/0001-04

DESTAQUE E GUARDE O BILHETE DPVAT
ELE NÃO É DE PORTO OBRIGATORIO.

23 882 001-95
Luis Filipe Icanti
Corretagem de Seguros-ME
R. João Curbino 872
Comp. Sala Diamantino
Maurício de Nasseau CEP: 55.012-190
Caruaru PE

05 SET 2019



Dr. Valth Guimarães

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA / MEDICINA ORTÓDICA / CIRURGIA DO JOELHO

SEUENINO PENEIRA DE MEIA

Nx

laudo médico

Prezente vítima de acidente de moto no
dia 07.02.19, evoluiu com paralisia difusa
MSD, força diminuída globalmente (grau III)
e ADM cotovelo, e força apêndices mto.

ENMG Evidencia plexopatia braquial acom-
tando tronco superior à D (AXOMIOTOMIESE).

DOENÇA incapacitante, e irreversível,
incapacidade permanente e total.

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

Cirurgia do Joelho

CID: S14.3

02/09/19

IP - INSTITUTO PERNAMBUCO

Av. Agamenon Megalhães, 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
Barro Novo
(81) 3731-3405

HOSPITAL

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



Dr. Valth Guimarães

ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA / MEDICINA ESPORTIVA / CIRURGIA DO JOELHO

Levinho Pereira de Paula

12

Laudo Médico

paciente c/ lesão de plexo

braquial ① com 7 meses de
evolução, sequela definitiva,
alta ortopédica.

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

© CRITÉRIO

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

© SANTA CRUZ DA CAPIBARINA

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

© HOSPITAL

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

04/09/19



Dr. Valth Guimarães

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA / MEDICINA ESPORTES / CIRURGIA DO JOELHO

SEGUINHO PENEIRA DE MEIA

Myx

laudo médico

Presente vítima de acidente de trânsito no
dia 07.02.19, evoluiu com paralisia difusa
MSD, força diminuída globalmente (grau III)
+ ADM cotovelo, + força aprehensão punho.

ENMG Evidencia plexopatia braquial (acom-
panhado franco superior à D) (AXOMIOTOMESE)

DOENÇA incapacitante e irreversível,
incapacidade permanente e total.

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

CID: S14.3

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

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

02/09/19

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 SATISFATORIA, 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

Valoração 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

Valoração 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 SATISFATORIA, 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

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: INTERRUÇÃO 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

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

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:

Comprovante de residência	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



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:

☒ DADS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

Nome completo da vítima:

446.390.834-87 Severino Pereira de Meira

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

Nome completo:

Severino Pereira de Meira

CPF:

446.390.834-87

Profissão:

Moto-taxi

Endereço:

R. Moq. Miguel Srios

Número:

101

Complemento:

Bairro:

Santa Rosa

Cidade:

Comoru

Estado:

PE

CEP:

55.028-070

E-mail:

Tel.(DDD):

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

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR

☐ ATÉ R\$1.000,00

☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

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

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

0051

CONTA:

00090874

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora 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, 51º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora 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.

TESTEMUNHAS

1ª | Nome:

CPF:

Assinatura

2ª | Nome:

CPF:

23.882.245/0001-95

Luis Felipe

Corretagem de Seguros-ME

R. João Curiano 872

Comp. Sala Diamantino

Maunio de Nassau 659 55.012-190

Comoru PE

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data:

Nome:

CPF:

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

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, assinando, no preâmbulo, 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 Vitimas 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 casualidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

☒ (X) Sim ☐ () Não

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

☐ () Sim ☒ (X) 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

☒ (X) "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):

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

% 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 Junior
Especialista em Traumatologia
CRM - PE 18.573
TEOT 13921



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 090ª CIRCUNSCRIÇÃO - CARUARU - DP90ªCIRC DINTER1/14ªDESEC
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 - Culposos (Consumado), que aconteceu no dia **7/2/2019** às **11:00**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE CARUARU, 01, AVENIDA AGAMENOM MAGALHÃES - PX AO LAÇABURQUER** - Bairro: **MAURÍCIO DE NASSAU - CARUARU/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

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

23 882 241 01-95
Luis Felipe
Corretagem de Seguros-ME
R. João Cursino 372
Comp. Sala Diamantino
Maurício 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: **RIITA RAIMUNDA DE LIMA** Pai: **JAIME FERNANDES DE LIMA** Data de Nascimento: **8/1/1979** Nacionalidade: **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 CONSTANTINO DA SILVA** Data de Nascimento: **23/7/1978** Nacionalidade: **NÃO INFORMADO / SAO 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 VASCONCELOS** Pai: **JOÃO ALEXANDRE DE MEIRA** Data de Nascimento: **10/7/1966** Nacionalidade: **CARUARU / PERNAMBUCO / BRASIL**
Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE CARUARU, 700, INOCOOP - RUA ABADIAS BATISTA DA SILVA - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - CARUARU/PERNAMBUCO/BRASIL**

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



CARRO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **JOSÉ FERNANDES DE LIMA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **JOSE FERNANDES DE LIMA**
 Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMOVEI/GM/CORSA** Objeto apreendido: **Não**
 Cor: **PRATA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **ME19396** (PERNAMBUCO/RIACHO DAS ALMAS) Chassi: **9BGSA19908B149217**
 Ano Fabricação/Modelo: **2007/2008** Combustível: **ALCO/GASOL**
 Descrição: **CORSA CLASSIC**



MOTO (VEICULO) 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: **9C2KG1650CR305151**
 Ano Fabricação/Modelo: **2012/2012** Combustível: **ALCO/GASOL**

Complemento / Observação

CIENTIFICADO DAS PENAS PREVISTAS NOS ARTIGOS 299 (FALSIDADE IDEOLÓGICA), 339 (DENUNCIACÃO CALUNIOSA) E 340 (COMUNICAÇÃO FALSA DE CRIME OU DE CONTRAÇÃO 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 SOFREU 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 VEM A ESTA DELEGACIA REGISTRAR O FATO, VALE SALIENTAR QUE O AUTOR É PRIMARIO E DE BONE ANTECEDENTES, E QUE SE COMPROMETEU A SE RESPONSABILIZAR PELAS DESPESAS QUE A VITIMA VENHA A TER EM DECORRÊNCIA DAS LESÕES SOFRIDAS, ASSIM COMO POSSÍVEIS 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

Jose Fernandes de Lima

JOSÉ FERNANDES DE LIMA
 (AUTOR / AGENTE)

Rene Constantino da Silva
RENE CONSTANTINO DA SILVA
 (TESTEMUNHA)

Filipe Nobre

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

123 882 245/0001-951
 Luis Filipe - Corretagem de Seguros-ME
 R. João Gursino 872
 Comp. Sala Diamantina
 Av. de Nazaré - CEP 55.012-190
 Caruaru - PE

