

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200100225 **Cidade:** Recife **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** SEVERINO LUIZ MOREIRA NETO **Data do acidente:** 08/08/2019 **Seguradora:** PREVIMIL VIDA E PREVIDENCIA S/A

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

**Data da análise:** 02/06/2020

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** TRAUMA DE FACE.  
TRAUMA CONTUSO DE JOELHO ESQUERDO - (CONFORME LAUDO DO IML).

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CONSERVADOR. ALTA.  
P 2/3

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:** Sem sequela

**Documento/Motivo:** Recusa – Sem Sequelas (Recuperação Completa)

**Nome do documento  
faltante:**

**Apontamento do Laudo  
do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das  
sequelas:**

**Documentos  
complementares:**

**Observações:** DE ACORDO COM LAUDO PERICIAL DO IML Nº: 3306/2020 / UF: PE.

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

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0079819/20

**Número do Sinistro:** 3200100225

**Vítima:** SEVERINO LUIZ MOREIRA NETO

**CPF:** 146.972.704-87

**Seguradora:** PREVIMIL VIDA E PREVIDENCIA S/A

**Data do acidente:** 08/08/2019

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** SEVERINO LUIZ MOREIRA NETO

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

Documentação médico-hospitalar

Documentos de identificação

## ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 08/04/2020  
Nome: SEVERINO LUIZ MOREIRA NETO  
CPF: 146.972.704-87

SEVERINO LUIZ MOREIRA NETO

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 08/04/2020  
Nome: Erica Fernandes Toneloto  
CPF: 068.829.827-32

Erica Fernandes Toneloto

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0079819/20

**Vítima:** SEVERINO LUIZ MOREIRA NETO

**CPF:** 146.972.704-87

**Seguradora:** PREVIMIL VIDA E PREVIDENCIA S/A

**Data do acidente:** 08/08/2019

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** SEVERINO LUIZ MOREIRA NETO

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação  
Laudo do IML - Lesões corporais  
Outros

**SEVERINO LUIZ MOREIRA NETO : 146.972.704-87**

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

## ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 04/03/2020  
Nome: SEVERINO LUIZ MOREIRA NETO  
CPF: 146.972.704-87

SEVERINO LUIZ MOREIRA NETO

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 04/03/2020  
Nome: ANTONIO GUSTAVO PEREIRA DA SILVA  
CPF: 143.938.707-94

ANTONIO GUSTAVO PEREIRA DA SILVA

---

**Rio de Janeiro, 10 de Março de 2020**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200100225**

**Vítima: SEVERINO LUIZ MOREIRA NETO**

**Data do Acidente: 08/08/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

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

**Senhor(a), SEVERINO LUIZ MOREIRA NETO**

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, 10 de Março de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200100225                      Vítima: SEVERINO LUIZ MOREIRA NETO

Data do Acidente: 08/08/2019                      Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), SEVERINO LUIZ MOREIRA NETO

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

Documentação médico-hospitalar	Apresentar a cópia simples do Boletim de Primeiro Atendimento Médico, com a indicação dos procedimentos adotados, identificação da vítima e do médico responsável, com data, assinatura e CRM legíveis, pois o entregue não permite a leitura das informações.
Documentos de identificação	Apresentar a cópia simples da carteira de identidade (RG) da vítima ou, se não possuir, da certidão de nascimento, da certidão de casamento atualizada, da Carteira de Trabalho e Previdência Social - CTPS ou da Carteira Nacional de Habilitação - CNH, pois a entregue não permite a leitura das informações.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,  
**Seguradora Líder-DPVAT**  
Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 08 de Abril de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200100225                      Vítima: SEVERINO LUIZ MOREIRA NETO

Data do Acidente: 08/08/2019                      Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), SEVERINO LUIZ MOREIRA NETO

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

Documentos de identificação	Apresentar a cópia simples da carteira de identidade (RG) da vítima ou, se não possuir, da certidão de nascimento, da certidão de casamento atualizada, da Carteira de Trabalho e Previdência Social - CTPS ou da Carteira Nacional de Habilitação - CNH, pois a entregue não permite a leitura das informações.
-----------------------------	--

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,  
**Seguradora Líder-DPVAT**  
Estamos aqui para Você



---

**Rio de Janeiro, 03 de Junho de 2020**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200100225**

**Vítima: SEVERINO LUIZ MOREIRA NETO**

**Data do Acidente: 08/08/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO**

**Senhor(a), SEVERINO LUIZ MOREIRA NETO**

Após a análise dos documentos apresentados do pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Os documentos médicos apresentados não evidenciam a presença de sequelas permanentes, que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica, não sendo caracterizada invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

A documentação médica anexada, datada de 22/01/2020, emitida pelo Dr. MARIANA CORTEZ FITTIPALDI, CRM nº 11095 - PE, da Instituição INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL A. PERSIVO CUNHA, evidencia recuperação completa após o dano pessoal sofrido no acidente de trânsito e não foi comprovada a existência de invalidez permanente.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☐ II

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:

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

5 - Nome completo:

SEVERINO LUIZ MOREIRA NETO

6 - CPF:

146972704-87

7 - Profissão:

8 - Endereço:

RUA BETIM

9 - Número:

12

10 - Complemento:

CASA

11 - Bairro:

AFOGADOS

12 - Cidade:

RECIFE

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

50820-640

15 - E-mail:

ALEX312016LINDA@gmail.com

16 - Tel.(DDD):

81-33040409

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☐ RECUSO INFORMAR

☒ R\$1.00 A R\$1.000,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☐ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA:

(Informar o dígito se existir)

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: BRASIL

AGÊNCIA:

3242

5

CONTA:

88311452

6

(Informar o dígito se existir)

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

**22 - 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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

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

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (no Civil)

☐ Divorciado

☐ Separado Judicialmente

☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim

☐ Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos?

☐ Sim

☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos:

Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)?

☐ Sim

☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim

☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:

Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim

☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, RECIFE 27 FEVEREIRO 2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

DADOS CADASTRAIS

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

NÃO ALFABETIZADO

TESTEMUNHAS



**INSTRUÇÕES DE PREENCHIMENTO DO FORMULÁRIO PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

O formulário deverá ser preenchido (manuscrito ou eletronicamente) de forma completa e legível.

É importante o preenchimento de todos os campos específicos a cobertura pleiteada.

**DADOS CADASTRAIS**

01 a 16	Registro de informações cadastrais	Preencher corretamente de acordo com a documentação.
---------	------------------------------------	--

**DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL**

17	Nome completo do Representante Legal	Preencher com o nome completo do representante legal (pais, tutor ou curador) sem abreviatura ou erro de digitação.
18	CPF do Representante Legal	Preencher com o número de inscrição do representante legal no CPF.
19	Profissão do Representante Legal	Preencher com a profissão do representante legal. No caso de não possuir profissão, declarar: "não possui".

**OBSERVAÇÃO IMPORTANTE SOBRE REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR):**

Deverão ser representados:

- Beneficiário/vítima com idade entre 0 e 15 anos pelos pais ou tutor, e o incapaz pelo curador. Neste caso, o formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário/vítima e assinado somente pelo representante legal (no campo 42).
- Beneficiário/vítima com idade entre 16 e 17 anos pelos pais ou tutor. Neste caso, o formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário/vítima e assinado pelo beneficiário/vítima (no campo 41) e seu representante legal (no campo 42).

**DADOS BANCÁRIOS**

20	Renda Mensal do Titular da conta	Assinalar uma das opções relacionadas a renda mensal do titular da conta informada para crédito da indenização.
21	Dados bancários	Assinalar a opção indicando "quem" é o titular da conta, o banco, agência e número da conta para o crédito da indenização.

**OBSERVAÇÃO IMPORTANTE PARA CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO:**

- O crédito da indenização somente será realizado em conta de titularidade da própria vítima/beneficiário. Não serão aceitas contas de terceiros, exceto em caso de pagamento para menores de 16 anos ou de pessoa incapaz, em que é admitida indicação de conta de titularidade do representante legal (pais, tutor ou curador).
- Em caso de devolução de crédito em decorrência de fornecimento incorreto de dados bancários, indicação de conta com limite de movimentação bancária, conta fácil e conta de benefício, será necessária a apresentação de novo formulário do Pedido do Seguro DPVAT, com indicação de novos dados bancários.

**INVALIDEZ PERMANENTE**

22	Declaração de Ausência de Laudo do IML	Preencher somente para cobertura Invalidez Permanente.
----	--	--

**MORTE**

23 a 33	Declaração de Únicos Beneficiários	A falta de preenchimento correto das informações invalidará o formulário.
---------	------------------------------------	---

**NÃO ALFABETIZADO**

34	Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado	Apor a impressão digital da vítima/beneficiário não alfabetizado.
35	Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)	Preencher com o nome da pessoa indicada pelo não alfabetizado para assinar a pedido (a rogo).
36	CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)	Preencher com o número do CPF da pessoa indicada para assinar a pedido (a rogo).
37	Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)	Assinar o formulário conforme assinatura do documento de identidade.

**OBSERVAÇÃO IMPORTANTE SOBRE BENEFICIÁRIO/VÍTIMA NÃO ALFABETIZADO:**

- O não alfabetizado deverá escolher pessoa de sua confiança, alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o formulário, a seu pedido (a seu rogo), na presença de 02 (duas) testemunhas maiores e capazes. A pessoa escolhida se compromete a dar-lhe ciência do inteiro conteúdo do Pedido do Seguro DPVAT, antes do preenchimento e assinatura do mesmo.

**TESTEMUNHAS**

38	1ª testemunha	Preencher com o nome completo e número do CPF e assinatura da 1ª testemunha.
39	2ª testemunha	Preencher com o nome completo e número do CPF e assinatura da 2ª testemunha.

**OBSERVAÇÃO IMPORTANTE PARA APRESENTAÇÃO DE TESTEMUNHAS:**

- A apresentação de testemunha é imprescindível somente para beneficiários/vítimas não alfabetizados.

**ASSINATURAS DO FORMULÁRIO**

40	Local e Data	Preencher indicando o local e a data de preenchimento do formulário.
41	Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)	Assinatura da vítima/beneficiário da indenização conforme documento de identidade.
42	Assinatura do Representante Legal (se houver)	Assinatura do representante legal (pais, tutor, curador) conforme documento de identidade.
43	Assinatura do Procurador (se houver)	Assinatura do procurador devidamente nomeado.

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): Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h

SAC (para dúvidas e reclamações) todos os dias da semana, 24h: 0800 022 8189

SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06

Ouvidoria: 0800 021 91 35

033

CARTÓRIO DE AFOGADOS - 6º DISTRITO JUDICIÁRIO DO RECIFE - PE  
 Registro Civil dos Pessoas Naturais - Cartório do Recife - Rua São Miguel, 116 - Fone: 3420-1357

**AUTENTICAÇÃO**

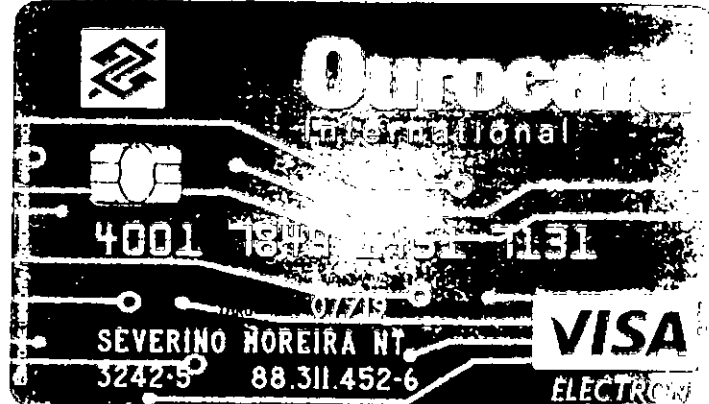
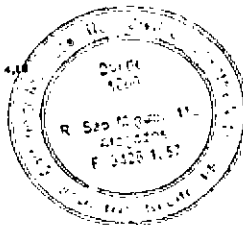
Autentico a presente cópia reprográfica extraída nesta  
 serventia, que confere com o original. Dou fé.  
 Recife, 22 de outubro de 2019 09:03:01.  
 Em testemunho */s/* da verdade.  
 Sandra Maria Rocha de Oliveira (Esc. Aut.)



Selo: 0077503.QCY10201902.04390

Em: R\$ 2,00 TQR R\$ 0,00 FIC R\$ 0,34 PER R\$ 0,03 FUNG R\$ 0,07 ISS R\$ 0,17 Total R\$ 4,14

Cópia autenticada em: [www.tpo.jus.br/autenticado](http://www.tpo.jus.br/autenticado)



CARTÓRIO DE AFOGADOS - 6º DISTRITO JUDICIÁRIO DO RECIFE - PE  
 Registro Civil dos Pessoas Naturais - Cartório do Recife - Rua São Miguel, 116 - Fone: 3420-1357

**AUTENTICAÇÃO**

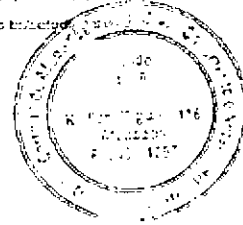
Autentico a presente cópia reprográfica extraída nesta  
 serventia, que confere com o original. Dou fé.  
 Recife, 22 de outubro de 2019 09:03:01.  
 Em testemunho */s/* da verdade.  
 Sandra Maria Rocha de Oliveira (Esc. Aut.)



Selo: 0077503.FTS10201902.04391

Em: R\$ 2,00 TQR R\$ 0,00 FIC R\$ 0,34 PER R\$ 0,03 FUNG R\$ 0,07 ISS R\$ 0,17 Total R\$ 4,14

Cópia autenticada em: [www.tpo.jus.br/autenticado](http://www.tpo.jus.br/autenticado)



EM BRANCO

Papel termossensível. Sua vida útil, de acordo com o fabricante, é de 7 anos. Evite seu contato com plásticos, solventes e produtos químicos. Não o exponha a luz, calor e umidade excessivos.

Fabricante do papel OJP  
Especificação do papel: 1  
Fornecedor: SULFER-CJ  
Contrato: 2016/7421922

Papel termossensível. Sua vida útil, de acordo com o fabricante, é de 7 anos. Evite seu contato com plásticos, solventes e produtos químicos. Não o exponha a luz, calor e umidade excessivos.

Fabricante do papel OJP  
Especificação do papel: 1  
Fornecedor: SULFER-CJ  
Contrato: 2016/7421922

Sua vida útil, de acordo com o fabricante, é de 7 anos. Evite seu contato com plásticos, solventes e produtos químicos. Não o exponha a luz, calor e umidade excessivos.

Fabricante do papel OJP  
Especificação do papel: 1  
Fornecedor: SULFER-CJ  
Contrato: 2016/7421922

Atendimentos não solucionados  
(mediante protocolo no SAC)  
0800 729 5678  
Deficientes Auditivos ou Fala  
0800 729 0088

**Central de Atendimento BB**  
Salvos, pagamentos, extratos,  
cartões, transferências, resgates  
e outras operações  
4004 0001 e 0800 729 0001

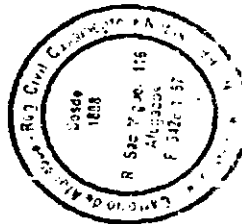
**Serviço de Atendimento ao Consumidor (SAC)**  
Informações, sugestões, elogios,  
reclamações, dúvidas, denúncias,  
suspensão ou cancelamento de  
contratos e serviços  
0800.729 0722

**Ouvidoria BB**  
Atendimentos não solucionados  
(mediante protocolo no SAC)  
0800 729 5678

**Deficientes Auditivos ou Fala**  
0800 729 0088

**Central de Atendimento BB**  
Salvos, pagamentos, extratos,  
cartões, transferências, resgates  
e outras operações  
4004 0001 e 0800 729 0001

**Serviço de Atendimento ao Consumidor (SAC)**  
Informações, sugestões, elogios,  
reclamações, dúvidas, denúncias,  
suspensão ou cancelamento de  
contratos e serviços  
0800 729 0722



CARTÓRIO DE AFOÇADOS - 1º Distrito Judiciário do Recife - PE  
Registração Civil das Pessoas Naturais - Rua São Miguel, 116 - Fone: 3428-1357  
**AUTENTICAÇÃO**  
Autentico a presente cópia reprográfica extraída nesta  
serventia, que confere com o original. Dou fé.  
Recife, 22 de outubro de 2019 09:03:02.  
Em testemunho 17  
Sandra Maria Rocha de Oliveira (Esc. Aut.)

Selo: 0077503.RGV-10201902.04394  
Em: 22/10/2019 09:03:02 RECIFE-PE

Consulte autenticidade em: [www.tjpe.jus.br/autenticidade](http://www.tjpe.jus.br/autenticidade)

21/10/2019 - BANCO DO BRASIL S.A.  
0484473349 - AUTO-ATENDIMENTO - 15.26.36

EXTRATO CONTA CORRENTE PARA SIMPLES CONFERENCIA

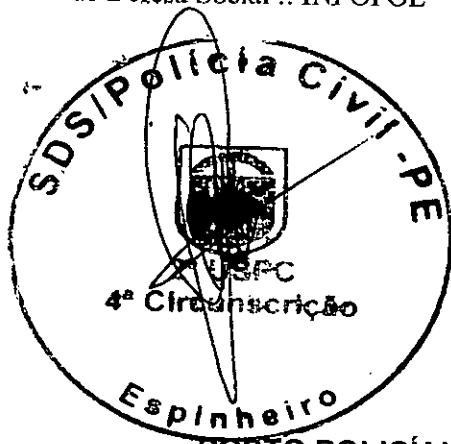
AGENCIA: 3242-5 CONTA: 88.311.452-6  
CLIENTE: SEVERINO L M NETO \*

ISTORICO	DOCUM.	VALOR
-----31/07/2019-----		
Saldo Anterior		0,00C
NAO HA LANCAMENTOS		
Saldo		0,00C
Juros *		0,00
Data de Debito de Juros	01/11/2019	
IOF *		0,00
Data de Debito de IOF	01/11/2019	
*) Apurados de acordo com o somatório dos saldos devedores diários no mes anterior ao debito.		
SALDO EM CONTA-SALARIO		8,56C

OBSERVAÇÕES:

Ha tarifas pendentes de cobrança. Total em  
21/10/2019 R\$ 34,05. Sujeito a cobrança  
quando ocorrer saldo positivo na conta corrente.  
Procure sua agência.

Leia no verso como conservar este documento,  
entre outras informações.



Boletim de ocorrência



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
POSTO POLICIAL DO HOSPITAL DA RESTAURACAO - DP4ªCIRC DIM/2ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E0334001083**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **09/08/2019** às **10:34**

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Doloso (Consumado)** que aconteceu no dia **8/8/2019** no período da **Tarde**

Fato ocorrido no endereço: **POR TRÁS DA IMOBILIARIA PAULO MIRANDA - RECIFE/PERNAMBUCO /BRASIL** Próximo a: **BAIRRO DE BOA VIAGEM (BAIRRO), 315, RUA ANA CAMELO DA SILVA - Bairro: BOA VIAGEM - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**  
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO ( AUTOR \ AGENTE )  
ALEXSANDRA MARIA MOREIRA ( NOTICIANTE )  
SEVERINO LUIZ MOREIRA NETO ( VITIMA )

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**

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

**DESCONHECIDO (não presente ao plantão) - Sexo: Desconhecido Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

**ALEXSANDRA MARIA MOREIRA (presente ao plantão) - Sexo: Feminino Mãe: INACIA MARIA DA CONCEIÇÃO Data de Nascimento: 9/9/1985 Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL Residencial: RUA OLEGÁRIO MARIANO - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL Próximo a: BAIRRO DE AFOGADOS (BAIRRO), 75 - CEP: 55000-000 - Bairro: AFOGADOS - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**

**SEVERINO LUIZ MOREIRA NETO (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: LAURA MOREIRA Data de Nascimento: 9/9/1985 Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL Residencial: SEGUNDA TRAVESSA BETIM , PRÓXIMO POR TRÁS DO CAMPO SOCITE - RECIFE/PERNAMBUCO /BRASIL Próximo a: BAIRRO DE AFOGADOS (BAIRRO), 12 - CEP: 55000-000 - Bairro: AFOGADOS - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL, PRÓXIMO POR TRÁS DO CAMPO SOCITE**

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

**MOTOCICLETA (VEICULO)** de propriedade do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**

Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**  
Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **NÃO (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)**

Complemento / Observação

**ESTEVE NESTA UNIDADE HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO A FILHA DA VÍTIMA INFORMANDO UM ACIDENTE**

OCORRIDO EM 08/08/2019 NO BAIRRO BOA VIAGEM; QUE A VÍTIMA ESTAVA TRANSITANDO COM SUA BICICLETA PELA RUA ANA CAMELO, QUANDO UM DESCONHECIDO PILOTANDO UMA MOTO DE PLACA E MODELO DESCONHECIDO COLIDIU/ATROPELANDO ELE OCASIONANDO SUA QUEDA; O DESCONHECIDO EVADIU-SE DO LOCAL SEM SOCORRER A VÍTIMA; QUE FOI SOCORRIDO POR POPULARES COM TRAUMATISMO NA FACE, SANGRAMENTO NASAL E ORAL PARA HOSPITAL CEMUB E DE LÁ ENCAMINHADO PARA O HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO LOCALIZADO NO MUNICÍPIO DE RECIFE. NADA MAIS DECLARAR

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

---

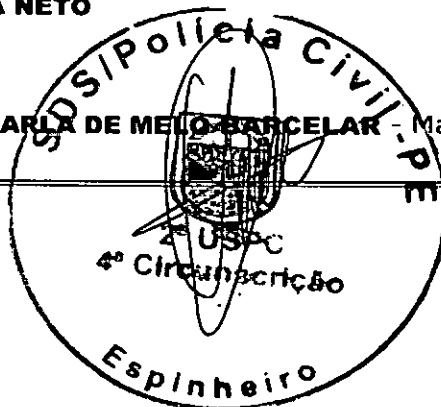
ALEXSANDRA MARIA MOREIRA  
(NOTICIANTE)

*Alexsandra maria moreira*

SEVERINO LUIZ MOREIRA NETO  
(VITIMA)

B.O. registrado por: ANA KARLA DE MELO BARCELAR - Matrícula: 273869-4

---



**CELPE**

Teleatendimento: 116 (Ligação gratuita)  
Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142  
Ouvidoria: 0800 282 5599  
Para informar falta de energia, envie SMS para 26560 com nº do contrato.

Agência de Regulação dos Serviços Públicos  
Delegacia do Estado de Pernambuco - ARPE  
0800 717 0167 (Ligação gratuita de telefones fixos)

Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL  
163 (Ligação gratuita de telefones fixos e móveis)

DADOS DO CLIENTE  
SEVERINO LUIZ MOREIRA NETO

**NOTA FISCAL - FATURA - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA**  
Companhia Energética de Pernambuco  
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife - PE, CEP 50050-802  
CNPJ 10.835.932/0001-08 | Ins. Est. 0005943-83 | www.celpe.com.br

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA  
TV 2 BETIM 12 QUADRA D

Todo consumidor pode solicitar a apuração dos indicadores DIC, FIC, DMIC e DICI a qualquer tempo (Resolução ANEEL 024/2000).

DIC - Número de horas sem Energia  
FIC - Número de vezes sem Energia  
DMIC - Duração máxima de interrupção contínua  
DICI - Duração de interrupção em dia crítico

Em caso de suspensão de fornecimento, o encerramento do contrato poderá ocorrer após 2 ciclos de faturamento, podendo também ser cobrado o custo de disponibilidade no ciclo em que ocorrer a suspensão.

O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento.  
Pagamento em atraso gera: Multa 2% (Res. 414/ANEEL-09/09/10) e Juros 1% a.m. (Lei 10.438-26/04/02), no próximo mês.  
O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial.

Informações sobre duração e frequência das interrupções

Informações sobre a nota fiscal

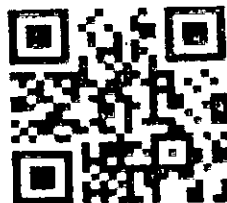
Condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL 414/2010), tarifas, produtos, serviços prestados e tributos se encontram à disposição para consulta em nossas unidades de atendimento e no site [www.celpe.com.br](http://www.celpe.com.br).

Acompanhe as nossas redes sociais

celpe\_oficial @oficialcelpe @celpe\_oficial

## FATURA POR E-MAIL

Uma praticidade da Celpe para sua vida ficar mais fácil.



- ☒ Rápido
- ☒ Sem custo algum
- ☒ Sem papel
- ☒ Onde e quando precisar

Utilize o QR Code ou acesse [www.celpe.com.br](http://www.celpe.com.br)  
Faça sua adesão e contribua com o meio ambiente.

TOTAL DA F

Nº DO MEDIDOR	TIP FUN
075352	

EM BRANCO





SINUS

11/11/78  
11/11/78  
11/11/78

DEAN 31  
registro

Exame físico - 11/11/78

Exame físico - 11/11/78  
Vital: 120/80 mmHg, 70 bpm, 20°C, 100% O<sub>2</sub>  
Inspeção: pele pálida, mucosas  
palidas, sem edema, sem HTD, sem  
sinais de congestão  
Ausculta: pulmões sem ruídos  
cardíacos sem murmúrios e sopros  
abdominal sem ruídos e sem  
signos de congestão  
Exame físico - 11/11/78  
Vital: 120/80 mmHg, 70 bpm, 20°C, 100% O<sub>2</sub>  
Inspeção: pele pálida, mucosas  
palidas, sem edema, sem HTD, sem  
sinais de congestão  
Ausculta: pulmões sem ruídos  
cardíacos sem murmúrios e sopros  
abdominal sem ruídos e sem  
signos de congestão

# DA RESTAURACAO

ificação de Risco - Protocolo

MANCHESTER V2

da da senha. 08/08/2019 21:12

Nome Paciente SE, ERNIO LUIZ MOREIRA NETO

Cód. Paciente:

Data de Nascimento: 12/11/1955

Sexo: Masculino

Idade: 63

Senha: PU0018

Convênio:

Atendimento:

SAME:

08/08/2019 21:16 - 08/08/2019 21:17

GOMES DA SILVA COELHO - COREN: 111092 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - CLASSIFICAÇÃO

**LARANJA - MUITO URGENTE**

**LARANJA**

PACIENTE VÍTIMA DE ATROPELAMENTO HA 3H, NEGA CONSCIENTE E JÓI TO  
APRESENTANDO HEMATOMA GALEAL EM REGIÃO OCCIPITAL + HEMATOMA  
PER ORBITAL D R + HEMATOMA EM HEMIFACE D R + RINORRAGIA E OLHO NO COM  
DOR TORÁCICA

SENHA 5744708

PACIENTE CARDIOPATA

TRAUMA MAIOR

- MECANISMO DE TRAUMA SIGNIFICATIVO?

NEUROCIRURGIA ADULTO

ESCALA COMA DE GLASSGOW ADULTO 15

- REGUA DE DOR 5

Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco  
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



FICHA DE ESCLARECIMENTO

Nº Atendimento: 1465152

Nome: Severino Luiz Moreira Neto

Foi atendido às 21:24 hs. do dia 08/08/19

Diagnóstico Provável: 1) Traumatismo de face superficial.

Tratamento Realizado: Avaliação e clínico-radiológica + tratamento conservador.

Observação: Paciente necessita de repouso domiciliar por 5 dias após a presente data.

Cópia de: Rece, 09 de agosto de 2019.

  
Médico - CRM Nº 23.10058

**ATENÇÃO:** Este documento destina-se a comprovação de atendimento hospitalar ou ambulatorial para INSS, Empresas, Escolas, Ministério do Trabalho, Continuidade do tratamento ambulatorial, segundo a recomendação Nº 04/2002 do Ministério Público do Estado de Pernambuco.

Cód. 0157

Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco  
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



**FICHA DE ESCLARECIMENTO**

Nº Atendimento: 1465152

Nome: Severino Luiz Moreira Neto

Foi atendido às 21:24 hs. do dia 08.08.19.

Diagnóstico Provável: 1) Traumatismo de face superficial.

Tratamento Realizado: Avaliação e clínico-radiológica + tratamento conservador.

Observação: Paciente necessita de repouso domiciliar por 5 dias após a presente data.

Reux, 09 de agosto de 2019.

Cópia de:

DR. AURELINO CÂNDIDO  
CRM = 10.639

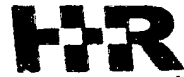
Medico - CRM Nº

**ATENÇÃO:** Este documento destina-se a comprovação de atendimento hospitalar ou ambulatorial para INSS, Empresas, Escolas, Ministério do Trabalho, Continuidade do tratamento ambulatorial, segundo a recomendação Nº 04/2002 do Ministério Público do Estado de Pernambuco.

Cód. 0157



# LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO (S) ESPECIAL (S)



Identificação do Estabelecimento de Saúde  
Hospital da Restauração

NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

0000655

## Identificação do Paciente

NOME DO PACIENTE

Servano Luiz Moreira Neto

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

ENDEREÇO DE RESIDÊNCIA

Nº DO PRONTUÁRIO

1688779

8 - DATA DE NASCIMENTO

10 - TELEFONE DE CONTATO

12 - TELEFONE DE CONTATO

## SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO (S) ESPECIAL (S)

13 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

TC deômio de

15 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

TC Coluna Cervical / Torácica / Lombas

17 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

TC face 3D

19 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

21 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

14 - COD. PROCEDIMENTO

QTDE

16 - COD. PROCEDIMENTO

QTDE

18 - COD. PROCEDIMENTO

QTDE

20 - COD. PROCEDIMENTO

QTDE

22 - COD. PROCEDIMENTO

QTDE

## JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

Data: 08/08/19

Médico: [Assinatura]

Técnico: [Assinatura]

23 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

## PROFISSIONAL SOLICITANTE

25 - Nº DOCUMENTO (CNS / CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

24 - DATA DA SOLICITAÇÃO

08 / 08 / 19

26 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO E CONSELHO)

Dr. R. S. Rosado  
Reg. Neurocirurgia  
CREMEPE 27872

## AUTORIZAÇÃO

27 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

28 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

29 - Nº DOCUMENTO (CNS / CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

30 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO E CONSELHO)

Numero de Atendimento: 1465152  
Ficha de Atendimento

Nome: LASADO  
Endereço: RUA BEIJA-FLOR, 123456789  
Cidade: RECIFE  
Estado: PE  
Data de Nascimento: 12/12/1980

Profissão: AFOGADOS  
Motivo da Consulta: OUTRO HOSPITAL

Informações do Serviço Social:  
Informação de contato:  
Informação de residência:  
Ocorrências:  
Exames laboratoriais:  
Exames de imagem:

Outros dados:

Exame Físico

Perda de consciência	
Ademite de Transição	
Imobilização Cervical	
Condições de mobilidade	

PA	X	mm	Pulso
Respiratório			

26/02/2013

« « LALBA MOREIRA » »

## NATURAL MADE

**DATA DE NASCIMENTO**

REC'D 2-16

12/11/1959

**ĐỌC CHỖ EM**

**DOC. GRDEM**

DOS CARVALHOS, D. 10. 11. 1986 - 2

146,972,704-87

**CARTÓRIO DE AFOGADOS - 8º DISTRITO JUDICIÁRIO DO RECIFE - PE**  
Registro Civil das Pessoas Naturais Casamentos e Notas - Rua São Miguel, 116 - Fone: 3428-1357

**AUTENTIC**

**Autentico a presente cópia reprográfica extraída nesta serventia, que confere com o original. Dou fé.**

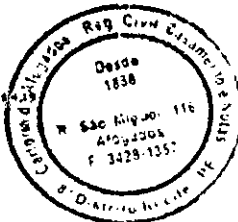
Recife, 22 de outubro de 2019 09:03:01.

Em testemunho 11/1/2019 da verdade.  
Sandra Maria Rocha de Oliveira (Esc. Aut.)

Sale: 0077503, THE 10201902.04392

(mail: R5 2,90 TMR R5 0,60 TFR R5 0,34 FR4 R5 0,03 TUM4 R5 0,87 ISS R5 0,17 Intell R5

Consulte autenticidade em: [www.ltpc.us.br/atodigital](http://www.ltpc.us.br/atodigital)



Documentos de identificacao



EC-6

**CARTÓRIO DE AFOGADOS - 8º DISTRITO JUDICIÁRIO DO RECIFE - PE**  
 Registro Civil das Pessoas Naturais Casamentos e Nôtas - Rua São Miguel, 116 - Fone: 3428-1357  
**AUTENTICADO**

**AUTENTICAR**

Autentico a presente cópia reprográfica extraída nesta serventia, que confere com o original. Dou fé.

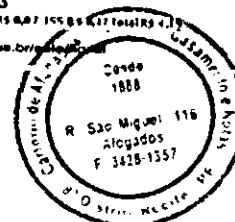
Recife, 22 de outubro de 2019 09:03:01.

Em testemunho 15 \* \* da verdade.  
Sandra Maria Rocha de Oliveira (Esc. Aut.)

Soln: 0077503.JHU:10201902.04393

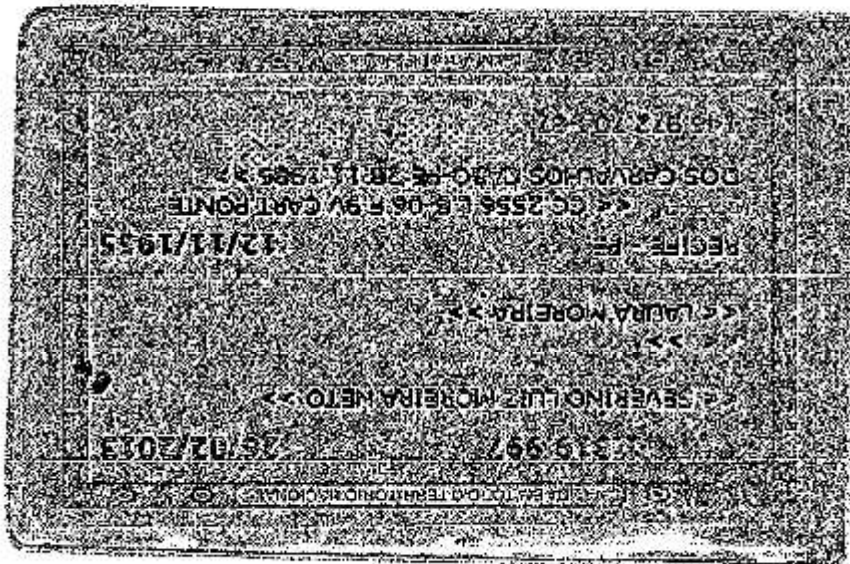
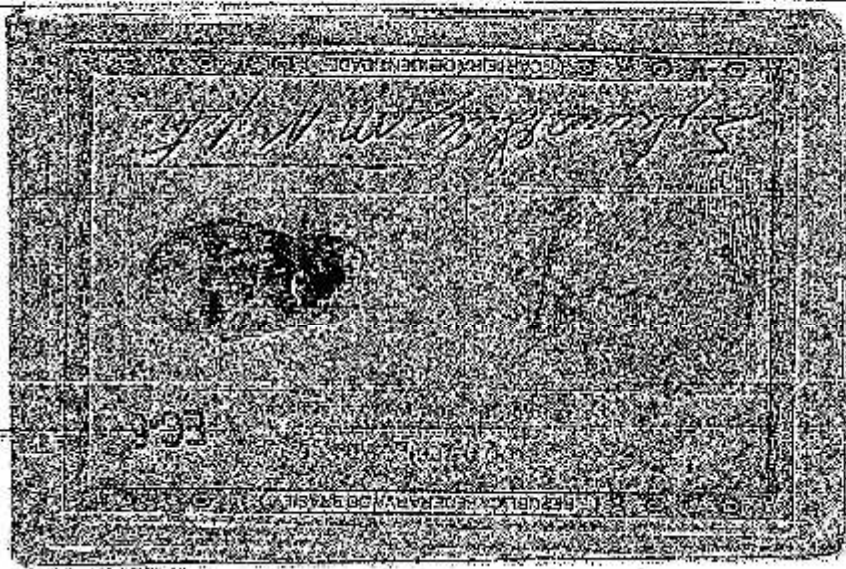
Fmdl. #9790 | 800-810-6127 | 212-261-7000

Consulte autenticidade em: [www.fine.com.br/finetec](http://www.fine.com.br/finetec)



EM BRANCO





QUALIFICAÇÃO CIVIL

Nome ROBERTO SILVA  
 Luc. Nat. BRASILEIRO  
 Est. BRASIL Data 19/03/73  
 Filiação ROBERTO SILVA

Est. Civil Solteiro Doc. N° 11086.770  
 Fis. 11086.770 Liv. 11086.770 Reg. Civil 11086.770  
 Outro doc. 11086.770  
 Situação Militar: Doc. 11086.770  
 Orgão 11086.770 Est. 11086.770  
 Naturalizado Doc. N° 11086.770 Em 11086.770

ESTRANGEIROS

Chegada ao Brasil em 11086.770  
 Doc. Migr. N° 11086.770 Exp. em 11086.770  
 Estado 11086.770  
 Obs. 11086.770

Data Emissão 11086.770 DRT 11086.770

Assinatura do Funcionário

ALTERAÇÕES DE IDENTIDADE  
 (Com relação nome, est. civil e data nasc.)

Nome ROBERTO SILVA  
 Doc. 11086.770  
 Nome ROBERTO SILVA  
 Doc. 11086.770  
 Nome ROBERTO SILVA  
 Doc. 11086.770  
 Est. Civil 11086.770  
 Doc. 11086.770  
 Est. Civil 11086.770  
 Doc. 11086.770  
 Nascimento 11086.770  
 Doc. 11086.770

MINISTÉRIO DO TRABALHO

SECRETARIA DE EMPREGO E SALÁRIO

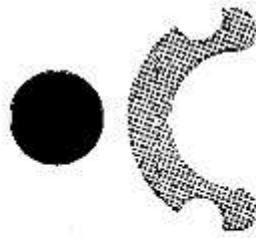
CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL



Série 00001

Número 25071





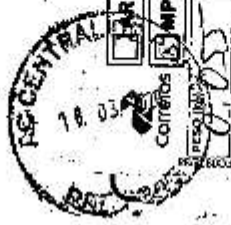
Seguro

# DPVAT

O Seguro do Acidente de Trânsito



20/03/20



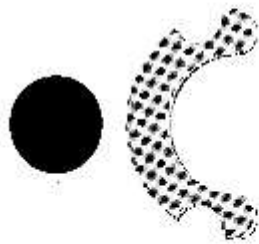
## SERVIÇO GRATUITO AO BENEFICIÁRIO POSTAGEM CUSTEADA PELA SEGURADORA LÍDER - DPVAT

ATENDIMENTO



# Correios

DESTINATÁRIO / Recipient	TELEFONE / Phone Number
SEGURADORA LÍDER DO CONSÓRCIO DO SEGURO DPVAT S.A.	
RUA DA ASSEMBLÉIA, 100 - 24º ANDAR - CENTRO	
CEP: 20011-904	RIO DE JANEIRO/RJ
UF / State	PAÍS / Country



Seguro

DPVAT

O Seguro do Acidente de Trânsito

**SERVIÇO GRATUITO  
AO BENEFICIÁRIO  
POSTAGEM CUSTEADA PELA  
SEGURADORA LÍDER - DPVAT**

## PEDIDO DE SEGURO DPVAT

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

Central de Atendimento:

4020-1596 (Regiões Metropolitanas) de segunda a sexta das 8h às 20h.

0800 022 12 04 (Outras Regiões) de segunda a sexta das 8h às 20h.

SAC: 0800 022 8189 24 horas por dia



dpvat\_oficial



DPVAToficial



DPVAToficial



seguradoralider-dpvat

BLOG: [www.viverseguronotransito.com.br](http://www.viverseguronotransito.com.br)

ATENDIMENTO



Correios

REMITENTE / Sender		TELEFONE / Phone Number	
Saverino Luiz Moreira Neto		81-9 8476-4324	
ENDEREÇO / Address		UF/State	PAIS / Country
Rua 2ª Traversa Betim Qd N° 12 Atogados		PE	Brazil
CEP / Zip	CIDADE / City		
50822-640	Recife		



PROBAG  
BRASIL  
154-00000000  
Tel: (02) 3344-5998



RECYCLAR MATERIAIS E PRESERVAR O MEIO AMBIENTE

DEVOLUÇÃO (Return)		(Cm15)	
<input type="checkbox"/> INDONTO-SE (Moved)	<input type="checkbox"/> FALCIDO (Lost)		
<input type="checkbox"/> RECLAMADO (Claimed)	<input type="checkbox"/> ENDEREÇO INSUFICIENTE (Insufficient Address)		
<input type="checkbox"/> DESCONHECIDO (Unknown)	<input type="checkbox"/> NÃO EXISTE O NÚMERO INDICADO (Non-existent Number)		
<input type="checkbox"/> NÃO PROCUJADO (Undelivered)	<input type="checkbox"/> OUTROS (Other)		
<input type="checkbox"/> ASSINTE (Absent)			
TENTATIVAS DE ENTREGA (Delivery Attempts)			
1ª	2ª	3ª	4ª
/	/	/	/
Informação prestada pelo porteiro ou síndico (Information provided for doorman or condo manager)			
<input type="checkbox"/> Reintegrado ao serviço postal em / /			
Retornado ao serviço post			
Data / / Responsável			



# PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

## COBERTURA SOLICITADA

☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ DAVS (DESpesas de ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☐ MORTE

### IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA

Vítima: SEVERINO LUIZ MOREIRA NETO  
Data do Acidente: 09/08/2020 Possui CPF: ☒ Sim ☐ Não Nº CPF: 146.972.404-87

### PARA VÍTIMAS OU BENEFICIÁRIOS COM IDADE DE 0 A 15 ANOS

- ☐ Documento de identificação do Representante Legal (cópia simples)
- ☐ CPF do Representante Legal (cópia simples)
- ☐ Comprovante de residência do Representante Legal (cópia simples), ou declaração de residência (original)

### INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- Com base na legislação em vigor, poderão ser solicitados documentos complementares
- Todos os documentos devem estar legíveis
- Para acompanhar o pedido de indenização, acesse [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou ligue grátis para Central de Atendimento: 4020-1596/ Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h

### DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

- ☐ Registro de Ocorrência Policial – ☐ Sim ☐ Não – original ou cópia autenticada
- ☒ Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
- ☐ Comprovante de Ato Declaratório – quando necessário
- ☐ Laudo de Invalidez do IML – ☐ Sim ☐ Não – original ou cópia autenticada
- ☐ Declaração do Proprietário do veículo – quando necessário
- ☒ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- ☐ CPF da vítima (cópia simples)
- ☐ Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples)
- ☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)

### DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE DAVS

- ☐ Registro de Ocorrência Policial – ☐ Sim ☐ Não – original ou cópia autenticada
- ☐ Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
- ☐ Comprovante de Ato Declaratório – quando necessário
- ☐ Comprovantes das despesas (recibos e notas fiscais), contendo a discriminação dos honorários médicos e despesas médicas (materiais e medicamentos), juntamente com os recetuais médicos (originais)
- ☐ Declaração do Proprietário do veículo – quando necessário
- ☐ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- ☐ CPF da vítima (cópia simples)
- ☐ Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples)
- ☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)

## DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE MORTE

- ☐ Registro de Ocorrência Policial – original ou cópia autenticada: ☐ Sim ☐ Não
- ☐ Certidão de óbito da vítima – cópia autenticada: ☐ Sim ☐ Não
- ☐ Comprovante de Ato Declaratório – quando necessário
- ☐ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- ☐ CPF da vítima (cópia simples)
- ☐ Documento de identificação de todos os beneficiários (cópia simples)
- ☐ CPF de todos os beneficiários (cópia simples)
- ☐ Comprovante de residência dos beneficiários (cópia simples)
- ☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
- ☐ Laudo Cadavérico (IML) – somente quando solicitado - Cópia Autenticada: ☐ Sim ☐ Não

## DOCUMENTOS ESPECÍFICOS DOS BENEFICIÁRIOS – COBERTURA MORTE

- BENEFICIÁRIO CÔNJUGE (ESPOSO OU ESPOSA):**
- ☐ Certidão de Casamento com data atual (cópia simples)
  - ☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
- BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO(A)**
- ☐ Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal, ou prova de dependência através da carteira de trabalho, ou Alvará Judicial reconhecendo a União Estável (cópia simples)
- BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO (A) E CÔNJUGE – QUANDO AMBOS (AS) SÃO BENEFICIÁRIOS (AS)**
- ☐ Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal ou Decisão Judicial que reconheça a união estável (cópia simples)
  - ☐ Certidão de Casamento, com data atual (cópia simples)
  - ☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
  - ☐ Termo de Conciliação (original), assinado pelo(a) companheiro(a), e o cônjuge
- BENEFICIÁRIO DESCENDENTE (FILHO(A) OU NETO(A))**
- ☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
- BENEFICIÁRIO ASCENDENTE (PAI, MÃE OU AVÓS)**
- ☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
- BENEFICIÁRIO COLATERAL (IRMÃO, IRMÃ, TIO (A) OU SOBRINHO(A))**
- ☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
  - ☐ Certidão de Óbito dos pais da vítima (cópia simples)
  - ☐ Certidão de Óbito dos filhos da vítima – quando necessário - (cópia simples)
  - ☐ Outros Documentos apresentados:

## PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

Portador da documentação (Nome): SEVERINO LUIZ MOREIRA NETO  
Quem é o portador? ☐ Vítima ☐ Representante Legal ☐ Beneficiário CPF do portador: 146.972.404-87  
E-mail: ALEX 31 2016 LINDA @ gmail.com Tel: 84 3304-0408  
Data: 18/03/2020 Assinatura: Severino Luiz Moreira Neto

## RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO

Ponto de Atendimento (Nome do ponto): AC CENTRAL RECIFE  
Atendente: Elizio Gomes DE MELO Matrícula: 8.505.806-0  
Data: 18/03/2020 Assinatura: Elizio Gomes de Melo

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO

SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE ASSISTENCIA TAVARES BERRI

9-23

CARTEIRA DE IDENTIDADE

SEVERINO LUIZ MOREIRA NETO

146.972.704-87

12/11/1955

146.972.704-87

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

RECIFE - PE

1.319.997

SEVERINO LUIZ MOREIRA NETO

LAURA MOREIRA

RECIFE - PE

CC.2556 L.B-06 F.9V CART.PONTE

DOS CARVALHOS, CABO-PE 28.11.1986

146.972.704-87

12/11/1955

26/02/2013

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83



CÓPIA AUTÊNTICA



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
DIRETORIA DE POLÍCIA CIENTÍFICA  
INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL ANTÔNIO PERSIVO CUNHA

EXAME COMPLEMENTAR Nº 3306 / 2020

REFERENTE AO LAUDO Nº 1 / 2020

REQUISITADO POR: DELEGACIA DE POLÍCIA DA 007A. CIRCUNSCRIÇÃO - BOA VIAGEM/  
Ofício nº. 1216 / 2020 Data 22 / 1 / 2020  
ENCAMINHAR PARA: DELEGACIA DE POLÍCIA DA 007A. CIRCUNSCRIÇÃO - BOA VIAGEM

O médico legista abaixo assinado, cumprindo determinação do Diretor do Instituto de Medicina Legal Antônio Persivo Cunha, de acordo com o disposto na legislação vigente, examinando às 13:30 do dia 22 de Janeiro de 2020, na seção de Clínica Médico-legal, procederam o exame de **SEVERINO LUIZ MOREIRA NETO** filho(a) de **PAI NÃO DECLARADO** e de **LAURA MOREIRA** de cor **NÃO INFORMADO**, sexo **Masculino**, cabelo **NÃO INFORMADO**, estado civil **NÃO INFORMADO**, aparentando a idade de **64 Anos**, peso **NÃO INFORMADO**, de estatura **NÃO INFORMADO**, natural de **RECIFE - PE**, nacionalidade **BRASIL**, documento apresentado **RG: 1319997**, profissão **NÃO INFORMADO**, vestes **NÃO INFORMADO**, sinais particulares **NÃO INFORMADO**, local de ocorrência **NÃO INFORMADO**, verificou o que, a seguir, descreve, pelo que responde a estes quesitos:

**HISTÓRICO:**

Examinado retorna ao Serviço para realização de Perícia Traumatológica Complementar, conforme solicitado em exame pericial realizado anteriormente no dia 20/09/2019 pelo médico legista Dr. Paulo Roberto Pinto Ferreira Filho, CRM-PE: 15301; que informa: "...Periciando retorna para exame complementar... ocorrência de trânsito (bicicleta x motocicleta) em 08/08/2019 com atendimento médico no Hospital da Restauração... Queixa-se de dores em dorso e joelho esquerdo... Edema de joelho esquerdo... Retornar para exame complementar após noventa dias (para avaliar debilidade) de parte dos exames complementares...". (Vide Exame Complementar Nº 39822 / 2019 que segue em anexo). Ao presente exame, o periciando confirma que foi vítima de acidente de trânsito, informa que estava na bicicleta quando foi atingido por uma motocicleta, fato ocorrido no dia 08/08/2019; por volta das 16:30 horas. Relata atendimento médico-hospitalar na ocasião. Traz laudo médico, cópia segue em anexo, datado de 03/12/2019 e assinado pela Dr(a): Ivaneide Maria Monteiro, CRM-PE: 6590; que diz: "...Paciente Severino Luiz Moreira Neto não apresenta ao exame físico, nem nos exames complementares, lesões que se caracterizem como sequelas de traumatismos...".

**DESCRIÇÃO:**

**Exame Físico:**

Ao exame físico atual: Examinado deambulando normalmente. Estado Geral Bom, consciente e orientado. Ausência de déficit motor, atrofia ou limitações funcionais. Não encontrei ao presente exame, evidências de lesões corporais de interesse médico-legal.

**DISCUSSÃO / CONCLUSÃO:**

Não há, no momento deste exame, lesões corporais de interesse médico legal.  
Do ponto de vista Médico-legal, o examinado encontra-se restabelecido.

**QUESITOS:**

1º) Da ofensa à integridade corporal ou à saúde do periciando resultou debilidade permanente de membro, sentido ou função; perigo de vida; incapacidade para as ocupações habituais por mais de 30 (trinta) dias; aceleração de parto? (especificar)

Sim, Incapacidade para as ocupações habituais por mais de 30 (trinta) dias.



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
DIRETORIA DE POLÍCIA CIENTÍFICA

INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL ANTÔNIO PERSIVO CUNHA

2º) Da ofensa resultou deformidade permanente, perda ou inutilização de membro, sentido ou função, enfermidade incurável, incapacidade permanente para o trabalho, aborto? (especificar)

Não.

3º) Do ponto de vista Médico-legal, o periciando está restabelecido?

Sim

Lido e achado correto o(a) médico(a) legista que assina Dr(ª). MARIANA CORTEZ FITTIPALDI - CRM 11095.



Assinado digitalmente por **MARIANA CORTEZ FITTIPALDI**, Médico Legista, Matrícula nº 209.653-6, CPF: xxx.340.234-xx, em 22/01/2020 16:04:54.

Polícia Científica  
SDS-PE

Autenticidade, integridade e irretratabilidade deste arquivo eletrônico podem ser conferidas em: <http://validador.sds.pe.gov.br/>

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
Instituto de Medicina Legal - Antônio Persivo Cunha  
Serviço de Protocolo

De acordo com a legislação em vigor, foi extraída esta cópia autenticada, com valor de original por solicitação de

SEVERINO LUIZ M.

NG/D Pelo Ofício Nº

18.1021-20 068 Delib. de

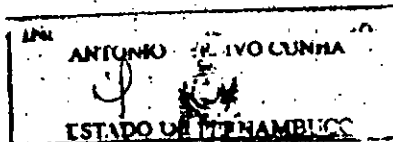
Atua. dou. nº 0 Assin.

Função - Matrícula

**Fábio Farias Alvim**


Assistente em Gestão Pública

Matrícula nº 263.378-7





# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos  
Consórcios do Seguro DPVAT

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0079819/20

Vítima: SEVERINO LUIZ MOREIRA NETO

CPF: 146.972.704-87

Seguradora: PREVIMIL VIDA E PREVIDENCIA S/A

Data do acidente: 08/08/2019

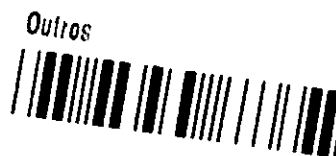
CPF de: Próprio

Titular do CPF: SEVERINO LUIZ MOREIRA NETO

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação  
Laudo do IML - Lesões corporais  
Outros



SEVERINO LUIZ MOREIRA NETO : 146.972.704-87

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

## ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 04/03/2020  
Nome: SEVERINO LUIZ MOREIRA NETO  
CPF: 146.972.704-87

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 04/03/2020  
Nome: ANTONIO GUSTAVO PEREIRA DA SILVA  
CPF: 143.938.707-94

SEVERINO LUIZ MOREIRA NETO

ANTONIO GUSTAVO PEREIRA DA SILVA

## PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

### COBERTURA SOLICITADA

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

### IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA

Vítima: SEVERINO LUIZ MOREIRA NETO  
Data do Acidente: 09/08/2019 Possui CPF: ☒ Sim ☐ Não Nº CPF: 146 972 704 87

### PARA VÍTIMAS OU BENEFICIÁRIOS COM IDADE DE 0 A 15 ANOS

- ☐ Documento de identificação do Representante Legal (cópia simples)
- ☐ CPF do Representante Legal (cópia simples)
- ☐ Comprovante de residência do Representante Legal (cópia simples), ou declaração de residência (original)

### INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- Com base na legislação em vigor, poderão ser solicitados documentos complementares
- Todos os documentos devem estar legíveis
- Para acompanhar o pedido de indenização, acesse [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou ligue grátis para Central de Atendimento: Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596/ Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h

### DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

- ☒ Registro de Ocorrência Policial – ☐ Sim ☐ Não – original ou cópia autenticada
- ☒ Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
- ☐ Comprovante de Ato Declaratório – quando necessário
- ☐ Laudo de Invalidez do IML – ☐ Sim ☐ Não – original ou cópia autenticada
- ☐ Declaração do Proprietário do veículo – quando necessário
- ☒ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- ☒ CPF da vítima (cópia simples)
- ☒ Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples)
- ☒ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)

### DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE DAMS

- ☐ Registro de Ocorrência Policial – ☐ Sim ☐ Não – original ou cópia autenticada
- ☐ Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
- ☐ Comprovante de Ato Declaratório – quando necessário
- ☐ Comprovações das despesas (recibos e notas fiscais), contendo a discriminação dos honorários médicos e despesas médicas (materiais e medicamentos), juntamente com os receituários médicos (originais)
- ☐ Declaração do Proprietário do veículo – quando necessário
- ☐ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- ☐ CPF da vítima (cópia simples)
- ☐ Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples)
- ☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)

### DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE MORTE

- ☐ Registro de Ocorrência Policial – original ou cópia autenticada: ☐ Sim ☐ Não
- ☐ Certidão de óbito da vítima – cópia autenticada: ☐ Sim ☐ Não
- ☐ Comprovante de Ato Declaratório – quando necessário
- ☐ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- ☐ CPF da vítima (cópia simples)
- ☐ Documento de identificação de todos os beneficiários (cópia simples)
- ☐ CPF de todos os beneficiários (cópia simples)
- ☐ Comprovante de residência dos beneficiários (cópia simples)
- ☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
- ☐ Laudo Cadavérico (IML) – somente quando solicitado - Cópia Autenticada: ☐ Sim ☐ Não

### DOCUMENTOS ESPECÍFICOS DOS BENEFICIÁRIOS – COBERTURA MORTE

#### BENEFICIÁRIO CÔNJUGE (ESPOSO OU ESPOSA)

- ☐ Certidão de Casamento com data atual (cópia simples)
- ☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)

#### BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO(A)

- ☐ Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal, ou prova de dependência através da carteira de trabalho, ou Alvará Judicial reconhecendo a União Estável (cópia simples)

#### BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO (A) E CÔNJUGE – QUANDO AMBOS (AS) SÃO BENEFICIÁRIOS (AS)

- ☐ Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal ou Decisão Judicial que reconheça a união estável (cópia simples)
- ☐ Certidão de Casamento, com data atual (cópia simples)
- ☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
- ☐ Termo de Conciliação (original), assinado pelo(a) companheiro(a), e o cônjuge

#### BENEFICIÁRIO DESCENDENTE (FILHO(A) OU NETO(A))

- ☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)

#### BENEFICIÁRIO ASCENDENTE (PAI, MÃE OU AVÓS)

- ☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)

#### BENEFICIÁRIO COLATERAL (IRMÃO, IRMÃ, TIO (A) OU SOBRINHO(A))

- ☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
- ☐ Certidão de Óbito dos pais da vítima (cópia simples)
- ☐ Certidão de Óbito dos filhos da vítima – quando necessário - (cópia simples)
- ☐ Outros Documentos apresentados:

### PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

Portador da documentação (Nome): SEVERINO LUIZ MOREIRA NETO  
Quem é o portador? ☒ Vítima ☐ Beneficiário ☐ Representante Legal CPF do portador: 146 972 704 87  
E-mail: ALEX312016@LINDA@gmail.com Tel.: (81) 3304-0409  
Data: 27/02/2020 Assinatura: [Assinatura]

### RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO

Ponto de Atendimento (Nome do ponto): Dioclécio Bernardo da Silva Filho  
Atendente: Agente de Correios Matrícula: 8.508.255-4  
Data: 27/02/2020 Assinatura: [Assinatura]

#### A CARTEIRA PROFISSIONAL

Por menos que pareça e por mais trabalho que dê ao interessado, a carteira profissional é um documento indispensável à proteção do trabalhador.

Elemento de qualificação civil e de habilitação profissional, a carteira representa também título originário para a colocação, para a inscrição sindical e, ainda, um instrumento prático do contrato Individual de trabalho.

A carteira, pelos lançamentos que recebe, configura a história de uma vida. Quem a examina, logo verá se o portador é um temperamento aquilado ou versátil; se ama a profissão escolhida ou se não encontrou a própria vocação; se andou de fábrica em fábrica, como uma abelha, ou permaneceu no mesmo estabelecimento, subindo a escala profissional. Pode ser um padrão de honra. Pode ser uma advertência.

(a) Alexandre Marcondes Filho



MINISTÉRIO DO TRABALHO  
SECRETARIA DE EMPREGO E SALÁRIO

CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

PE

Série 00001

Número

25071

Número



5-3-79

Legitimidade



Silvino Marcondes Filho



## QUALIFICAÇÃO CIVIL

Nome *Severino Luiz*  
*Moreira Neto*  
 Loc. Naso *Recife*  
 Est. *PE* Data *12/11/55*  
 Filiação *Luciana Moreira*

Est. Civil *Solteiro* Doc. N°  
 Fls. *25* Liv. Reg. Civil  
 Outro doc.  
 Situação Militar: Doc. *355 km 92*  
 N° *07103-2* Órgão *72 km* Est. *12*  
 Naturalizado Dec. N° Em

## ESTRANGEIROS

Chegada ao Brasil em  
 Doc. Ident. N° Exp. em  
 Estado  
 Obs.

Data Emissão *05.03.79* DRT *Pe*  
*164 pap 7*  
 Assinatura do Funcionário  
*1.086.786*

ALTERAÇÕES DE IDENTIDADE  
(Com relação nome, est. civil e data nasc.)

Nome .....

Doc. ....

Nome .....

Doc. ....

Nome .....

Doc. ....

Est. Civil .....

Doc. ....

Est. Civil .....

Doc. ....

Nascimento .....

Doc. ....

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200100225 **Cidade:** Recife **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** SEVERINO LUIZ MOREIRA NETO **Data do acidente:** 08/08/2019 **Seguradora:** PREVIMIL VIDA E PREVIDENCIA S/A

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

**Data da análise:** 02/06/2020

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** TRAUMA DE FACE.  
TRAUMA CONTUSO DE JOELHO ESQUERDO - (CONFORME LAUDO DO IML).

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CONSERVADOR. ALTA.  
P 2/3

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:** Sem sequela

**Documento/Motivo:** Recusa – Sem Sequelas (Recuperação Completa)

**Nome do documento faltante:**

**Apontamento do Laudo do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** DE ACORDO COM LAUDO PERICIAL DO IML Nº: 3306/2020 / UF: PE.

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

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0079819/20

**Número do Sinistro:** 3200100225

**Vítima:** SEVERINO LUIZ MOREIRA NETO

**CPF:** 146.972.704-87

**Seguradora:** PREVIMIL VIDA E PREVIDENCIA S/A

**Data do acidente:** 08/08/2019

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** SEVERINO LUIZ MOREIRA  
NETO

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

Documentos de identificação

Outros

## ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.