

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

Valorização 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 sequelas

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

CPF de: Próprio

Data do acidente: 08/08/2019

Titular do CPF: SEVERINO LUIZ MOREIRA NETO

Seguradora: PREVIMIL VIDA E PREVIDENCIA S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Documentação médica-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 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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 08/04/2020

Nome: Erica Fernandes Toneloto

CPF: 068.829.827-32

SEVERINO LUIZ MOREIRA NETO

Erica Fernandes Toneloto

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0079819/20

Vítima: SEVERINO LUIZ MOREIRA NETO

CPF: 146.972.704-87

CPF de: Próprio

Data do acidente: 08/08/2019

Titular do CPF: SEVERINO LUIZ MOREIRA NETO

Seguradora: PREVIMIL VIDA E PREVIDENCIA S/A

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 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

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 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



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 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 médica-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

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 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



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 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



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Autorização de pagamento



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

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:

146.972.704-87

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:

DADOS CADASTRAIS

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
 SEM RENDA

R\$1.00 A R\$1.000,00
 R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 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)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: **BRASIL**

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: **3242**

CONTA: **88311452**

(Informar o dígito se existir)

(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

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 Sim
teve filhos? 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/avôs 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.

NÃO ALFABETIZADO

34
Impressão
digital da
víma 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 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, **RECIFE 27 FEVEREIRO 2020**

Severino L. Moreira Neto

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

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**01a16 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 ou entre em contato através de um dos números abaixo:

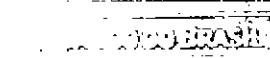
Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios): Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h

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 - 8º DISTRITO JUDICIÁRIO DO RECIFE - PE
Registro Civil da Pessoas Naturais - Comunidade e Natura - Rua São Miguel, 116 - Fone: 3420-1357

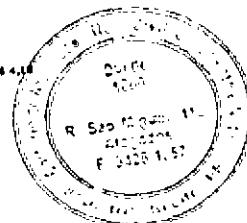
AUTENTIFICAÇÃO com tr

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

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

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

Selo: 0077503.QCY10201902.04390
Emd: R\$ 2,80 TMR R\$ 0,68 TPER R\$ 0,34 PRM R\$ 0,03 FUNGRS 0,07 ISS R\$ 0,17 Total R\$ 4,14
Clique aqui para validar em: www.tjpe.jud.br/validar



CARTÓRIO DE AFOGADOS - 8º DISTRITO JUDICIÁRIO DO RECIFE - PE
Registro Civil da Pessoas Naturais - Comunidade e Natura - Rua São Miguel, 116 - Fone: 3420-1357

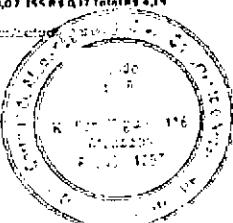
AUTENTIFICAÇÃO

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

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

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

Selo: 0077503.FTS10201902.04391
Emd: R\$ 2,80 TMR R\$ 0,68 TPER R\$ 0,34 PRM R\$ 0,03 FUNGRS 0,07 ISS R\$ 0,17 Total R\$ 4,14
Clique aqui para validar em: www.tjpe.jud.br/validar



EMBRANCO

Papel termossí
Fabricante, é de
solventes e pn
racion e umidadi

Fabricante do papel: OG P
Especialista do papel: 1
Fornecedor: SIFER CO
Contrato: 2016/4219221

Atendimentos para pessoas com deficiência auditiva ou fala
(mediante protocolo no SAC)

0800 729 5678

Deficientes Auditivos ou Fala

0800 729 0088

Fabricante do papel: QJ P
Especificação do papel: 1
Fornecedor: SUEFER - C
Contrato: 201674219221

Sua vida útil, de acordo com o fabricante, é de 1.000 horas. Evite seu contato com plásticos, químicos. Não o exponha à luz, siveis.

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

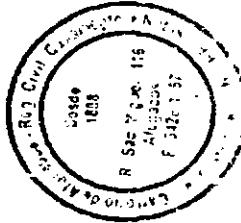
Serviço de Atendimento ao Consumidor (SAC).
Informações, sugestões, elogios,
reclamações, dúvidas, denúncias
suspenso ou cancelamento de
contratos e serviços
0800 729 0722

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

Déficientes Auditivos ou Fala
0800 729 0088

Central de Atendimento BB
Saldos, 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 AFOGADOS - 1º DISTRITO JUDICIÁRIO DO RECIFE - PE	
Registro Civil das Pessoas, Natura: Casamento e Nascimento - Rua São Miguel, 116 - Fone: 3428-1357	
A U T E N T I C O - C O M A N D A	
Autêntico a presente cópia reprogramada extraída neste	
serventia, que confere com o original. Dou fé.	
Recife, 22 de outubro de 2019 08:03:02.	
Em testemunho <u>Sandra Maria Rocha de Oliveira</u> (Esc. Aut.)	
Sandra Maria Rocha de Oliveira (Esc. Aut.)	
Selo: 0077503.RGV+0201802.04394	
Fechado em 29/10/2019 às 10:46:00 horas. Firma digitalizada.	

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 *

[STORICO] DOCUM. VALOR
-----31/07/2019-----
aldo 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 somatorio dos saidos devedores diarios no mes anterior ao debito.		
SALDO EM CONTA-SALARIO		8,56C

SISTEMAS DE SERVIÇOS

Há 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 PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

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

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 SÓCORRIDO 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)

SEVERINO LUIZ MOREIRA NETO

(VITIMA)

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



Atendimento: 116 (Ligação gratuita)
Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142
Ouvifone: 0800 282 5599
Para informar falta de energia, envie SMS para 26560 com nº do contrato.
Agência de Regulação dos Serviços Públicos
Despedida do Estado de Pernambuco - ARPE
0800 727 0167 (Ligação gratuita de telefones fixos)



NOTA FISCAL - FATURA E 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 | Insc. Est. 0005943-83 | www.celpe.com.br

CELPE

Informações sobre duração e frequência das interrupções

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

DIC - Número de horas sem Energia
FIC - Número de vezes sem Energia
DMIC - Duração máxima de Interrupção contínua
DICRU - Duração de Interrupção em dia útil

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: 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 pedidos de atendimento comercial.

Informações sobre a nota fiscal

As 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.

DADOS DO CLIENTE
SEVERINO LUIZ MOREIRA NETO

CPF: 146 972 704-87

CLASSIFICAÇÃO
BI RESIDENCIAL
RESIDENTIAL

DATA CONTRATO	MÉS/ANO	DATA DE VENCIMENTO
01067430010	10/2019	23/10/2019

DATA DE FATURAÇÃO	TOTAL A PAGAR (R\$)		
18/10/2019	16/11/2019	2639859	123,16
2639859	123,16		

AFOGADOS/RECIFE
RECIFE PE
50000-000

CONTAS CONTRATOS / MÊS / ANO		DATA DE VENCIMENTO	DATA PRAZO DE PAGAMENTO
12067430010	10/2019	23/10/2019	16/11/2019
			TOTAL A PAGAR (R\$)
			123,16

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)	117 000000	0,81069352	94,85
Acréscimo Bandeira ANARELA			1,25
Acréscimo Bandeira VERMEUHA			3,55
Contab. Hum. Pública Municipal			18,45
ICMS Subvenção-CDE NF 073462480-15/08/08			1,08
Multa por atraso-NF 073462480 - 15/08/19			2,40
Juros por atraso-NF 073462480 - 15/08/19			1,60

Comprovante de residência

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

A U T E N T I C A C O M P R O V A D O

Autentico a presente cópia reprodutiva extraída nesta serventia, que concorre com o original. Dou fé.

Recife, 22 de outubro de 2019 09:03:02.

Em testemunho, da verdade.

Sandra Maria Rocha de Oliveira (Esc. Aut.)



TOTAL DA F.

Nº DO MEDIDOR	TIP.	FUN.	CAT.	DATA	LEITURA	ULTIMA	ULTIMA	DIAS	VALOR
P75352				13-09-2019	44 439,00	44 555,00	32	1,00000	

Saldo: 0077503.YRX10201902.04395

Em: R\$ 2,00 IPI R\$ 0,00 ICMS R\$ 0,00 FRET R\$ 0,00 TERMO R\$ 0,02 CUSTO R\$ 0,07 ISS R\$ 0,00

Consulte autenticidade em: www.celpe.jus.br/seledoc

HISTÓRICO DE CONSUMO

MÊS/ANO	OUT/18	SET/18	AGO/18	SET/18	NOV/18	DEZ/18	JAN/19	FEV/19	MAR/19	ABR/19	MAY/19	JUN/19	JUL/19	AUG/19	SETE/19	OUT/19

INFORMAÇÃO DE TIRADOUROS FISCAIS

BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	Carregado de Energia	R\$
ICMS	99,65	25,00	24,91	31,53
PIS	2,65	1,25	1,25	3,47
COFINS	99,85	5,95	5,82	1,07

Transmissão R\$ 3,45

Distribuição (Celpe) R\$ 21,00

Perdas de Energia R\$ 5,81

Encargos Salariais R\$ 4,94

Tributos R\$ 32,11

Total R\$ 91,15

VALOR TOTAL DA F.

SECU 1 ADD 21C4 D4BA ALB1 04E9 8889 8327

DATA DE VENCIMENTO

INFORMAÇÃO SOBRE INFORMAÇÕES DE FONTE DE ENERGIA

LIGUE 1511 CASA, FAÇA SEUS PEDIDOS NA CELPE-PE

VARCU 70.0915, DATA 16/10/19, VALOR 116,28, VETRNU, ESTRENUO, VALOR

Este comunicante NÃO substitui árvore de distribuição e NÃO condena débito direto em sua conta de consumo. Caso o consumidor tenha alegado que não é beneficiário da tarifa de fornecimento, poderá recorrer ao Conselho Estadual 29.437/12. O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento. Pago em atraso: multa 2% (Res. 414/ANEEL), juros 1,0% (Res. 10.438/02) e atualização monetária no prazo. O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os pedidos de atendimento comercial. Em caso de suspensão de fornecimento, o encerramento do contrato poderá ocorrer 2 ciclos de faturamento, podendo também ser cobrado o custo de disponibilidade no ciclo em que ocorrer a suspensão.

Este documento é de uso exclusivo da CELPE-PE. Não pode ser reproduzido, divulgado ou alterado. Se o mesmo for divulgado ou alterado, perde a validade. O documento deve ser apresentado ao consumidor de forma integral e legível.

OS ACIDENTES COM A REDE ELÉTRICA PODEM SER EVITADOS

que tem de ser feita

2.500.000 acidentes

Fonte: Conselho Estadual de Defesa do Consumidor (Cedec)

DATA DE VENCIMENTO

CONTAS CONTRATOS / MÊS / ANO

MÉS/ANO

DATA DE VENCIMENTO

TOTAL A PAGAR (R\$)

23/10/2019

123,16

83850000001-6 23160011002-0 06743001010-0 18953778783-4

DATA DE VENCIMENTO

CONTAS CONTRATOS / MÊS / ANO

MÉS/ANO

DATA DE VENCIMENTO

TOTAL A PAGAR (R\$)

123,16

83850000001-6 23160011002-0 06743001010-0 18953778783-4

DATA DE VENCIMENTO

CONTAS CONTRATOS / MÊS / ANO

MÉS/ANO

DATA DE VENCIMENTO

TOTAL A PAGAR (R\$)

123,16

83850000001-6 23160011002-0 06743001010-0 18953778783-4

DATA DE VENCIMENTO

CONTAS CONTRATOS / MÊS / ANO

MÉS/ANO

DATA DE VENCIMENTO

TOTAL A PAGAR (R\$)

123,16

83850000001-6 23160011002-0 06743001010-0 18953778783-4

DATA DE VENCIMENTO

CONTAS CONTRATOS / MÊS / ANO

MÉS/ANO

DATA DE VENCIMENTO

TOTAL A PAGAR (R\$)

123,16

83850000001-6 23160011002-0 06743001010-0 18953778783-4

DATA DE VENCIMENTO

CONTAS CONTRATOS / MÊS / ANO

MÉS/ANO

DATA DE VENCIMENTO

TOTAL A PAGAR (R\$)

123,16

83850000001-6 23160011002-0 06743001010-0 18953778783-4

DATA DE VENCIMENTO

CONTAS CONTRATOS / MÊS / ANO

MÉS/ANO

DATA DE VENCIMENTO

TOTAL A PAGAR (R\$)

123,16

83850000001-6 23160011002-0 06743001010-0 18953778783-4

DATA DE VENCIMENTO

CONTAS CONTRATOS / MÊS / ANO

MÉS/ANO

DATA DE VENCIMENTO

TOTAL A PAGAR (R\$)

123,16

83850000001-6 23160011002-0 06743001010-0 18953778783-4

DATA DE VENCIMENTO

CONTAS CONTRATOS / MÊS / ANO

MÉS/ANO

DATA DE VENCIMENTO

TOTAL A PAGAR (R\$)

123,16

83850000001-6 23160011002-0 06743001010-0 18953778783-4

DATA DE VENCIMENTO

CONTAS CONTRATOS / MÊS / ANO

MÉS/ANO

DATA DE VENCIMENTO

TOTAL A PAGAR (R\$)

123,16

83850000001-6 23160011002-0 06743001010-0 18953778783-4

DATA DE VENCIMENTO

CONTAS CONTRATOS / MÊS / ANO

MÉS/ANO

DATA DE VENCIMENTO

TOTAL A PAGAR (R\$)

123,16

83850000001-6 23160011002-0 06743001010-0 18953778783-4

DATA DE VENCIMENTO

CONTAS CONTRATOS / MÊS / ANO

MÉS/ANO

DATA DE VENCIMENTO

TOTAL A PAGAR (R\$)

123,16

83850000001-6 23160011002-0 06743001010-0 18953778783-4

DATA DE VENCIMENTO

CONTAS CONTRATOS / MÊS / ANO

MÉS/ANO

DATA DE VENCIMENTO

TOTAL A PAGAR (R\$)

123,16

83850000001-6 23160011002-0 06743001010-0 18953778783-4

DATA DE VENCIMENTO

CONTAS CONTRATOS / MÊS / ANO

MÉS/ANO

DATA DE VENCIMENTO

TOTAL A PAGAR (R\$)

EMBRANCO

DA RESTAURACAO

Classificação de Risco - Protocolo

MANCHESTER V2

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

Nome Paciente: SEVERICO ZIMMERMANN

Cód. Paciente:

Data de Nascimento: 12/11/1955

Sexo: Masculino

Idade: 63

Senha: PUC018

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 VITIMA DE ATROPELAMENTO HA 3H. NEGA VISCERALGIA E SINTOMAS
APRESENTANDO HEMATOMA GALEAL E REGAO OCCIPITAL + HEMATOMA
PER CRIBITAL D.R + HEMATOMA EM FACE D.R + RORRAGA E. O. NO LOMBAR
DOR TORACICA

SENHA: 5744708

PACIENTE CARDIOPATA

TRAUMA MAIOR

- MECHANISMO DE TRAUMA SIGNIFICATIVO?

- NEURORRURGIA ADULTO

ESCALA CO'IA DE GLASGOW ADULTO 15

- REGUA DE COR: 5

Principais

Serviços

Sintomas e/ou sintomas

scritoradores:

especialidade

Sinais vitais /idos:

**Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO**



FICHA DE ESCLARECIMENTO

Nº Atendimento: 1465152

Nome: Severino Luiz Moreira Neto

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

Diagnóstico Próável: 1) Traumatismo de face superficial.

Tratamento Realizado: Qualificação clínico-radiológico
+ tratamento conservador.

Observação: Paciente necessita de internamento domiciliar por 5 dias após a mesma data.

Cópia de : Reúne, 09 de agosto de 2019.

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: Séverino Luiz Moreira Neto

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

Diagnóstico Próvel: 1) Traumatismo de face superficial.

Tratamento Realizado: 1) Avaliação 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 N°

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)**

H.R.

Identificação do Estabelecimento de Saúde
- CÓDIGO DO ESTABELECIMENTO: HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO
Hospital da Restauração

0000655

1 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

4 - CRES

Identificação do Paciente

2 - NOME DO PACIENTE

Bruno Luiz Moreira Neto

3 - CADASTRO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

5 - N° DO PROV. TURNO

1688778

4 - NOME DA MÃE OUTRO RESPONSÁVEL

6 - DATA DE NASCIMENTO

5 - ENDERECO DE RESIDÊNCIA

7 - FONE DE CONTATO

8 - FONE DE CONTATO

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO (S) ESPECIAL (S)

13 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

14 - COD. PROCEDIMENTO OTDE

TE de Blano SIC

15 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

16 - COD. PROCEDIMENTO OTDE

TO coluna cervical / Toracica / lombos

17 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

18 - COD. PROCEDIMENTO OTDE

TE face 3D

19 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

20 - COD. PROCEDIMENTO OTDE

21 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

22 - COD. PROCEDIMENTO OTDE

23 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

PROFISSIONAL SOLICITANTE

24 - DATA DA SOLICITAÇÃO

08 / 08 / 19

25 - N° DOCUMENTO (CNS / CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

26 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO E CONSELHO)

Bruno R. S. Rosado
Resid. Neurocirurgia
CREMEPE 27872

AUTORIZAÇÃO

27 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

28 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

29 - N° DOCUMENTO (CNS / CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

30 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO E CONSELHO)

Número de Atenção

Linha de Atendimento

1465152

Nome: M. S. G. M.
Sexo: F
Idade: 12 anos
Estado Civil: CASADO

Endereço: Rua Afogado
Número: 1234
Bairro: AFOGADO

Rua Afogado
AFOGADO
RECIFE
PE

Localização: Avenida Afogado

Destino: OUTRO HOSPITAL

Informações do Serviço Social:

Informações de contato:

Problemas: -

Medicamentos: -

Exames:

Serviços:

Identificação:

Perda de consciência

Acidente de Transito

Imobilização Cervical

Condições de vida: -

Exame Físico

A Geral

Respiratório

PA

X

mm

PUBO

EC-6

P. 1.318.997

DATA DE
EXARTE: 26/02/2013

<< SILVERUNO LUIZ MOREIRA NETO >>

<< ALICE MOREIRA >>

NATURALIZADO

RECIFE - PE

DOC. ORIGEM << C. E. S. S. R. L. D. S. P. DA CART. PONTO
DOS CARVALHOS, CARAPATE 26/11/1988 >>

146.97.2.704-87

CARTÓRIO DE AFOGADOS - 4º DISTRITO JUDICIÁRIO DO RECIFE - PE
Registro Civil das Pessoas Naturais Casamentos e Núcas - Rua São Miguel, 116 - Fone: 3428-1357

A U T E N T I C A Ç Ã O com.br

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

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

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

Sel: 0077503.THE10201902.04392

Fmd: R\$ 2,90 TIR: 0001 FMD: R\$ 0,34 FTR: 0,03 TIR: 0,03 FMD: R\$ 0,07 FTR: 0,02 TIR: 0,02

Consulte autenticidade em: www.tpe.jus.br/autenticacao

DATA DE NASCIMENTO

12/11/1988

CARTÓRIO DE AFOGADOS - 4º DISTRITO JUDICIÁRIO DO RECIFE - PE
Registro Civil das Pessoas Naturais Casamentos e Núcas - Rua São Miguel, 116 - Fone: 3428-1357

A U T E N T I C A Ç Ã O com.br

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

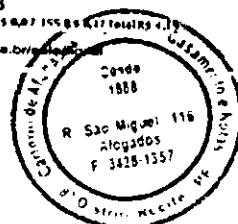
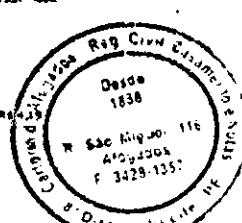
Recife, 22 de outubro de 2019 09:03:01.

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

Sel: 0077503.JHU10201902.04393

Fmd: R\$ 2,90 TIR: 0001 FMD: R\$ 0,34 FTR: 0,03 TIR: 0,03 FMD: R\$ 0,07 FTR: 0,02 TIR: 0,02

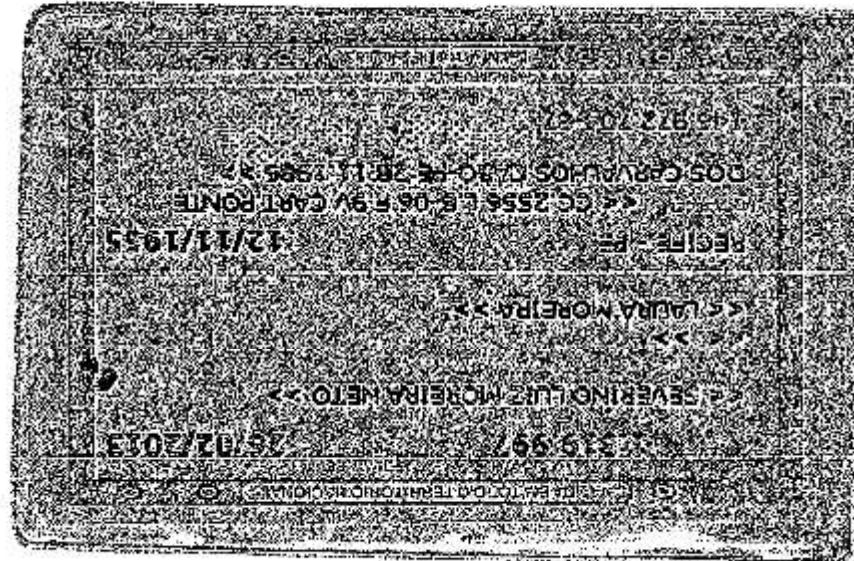
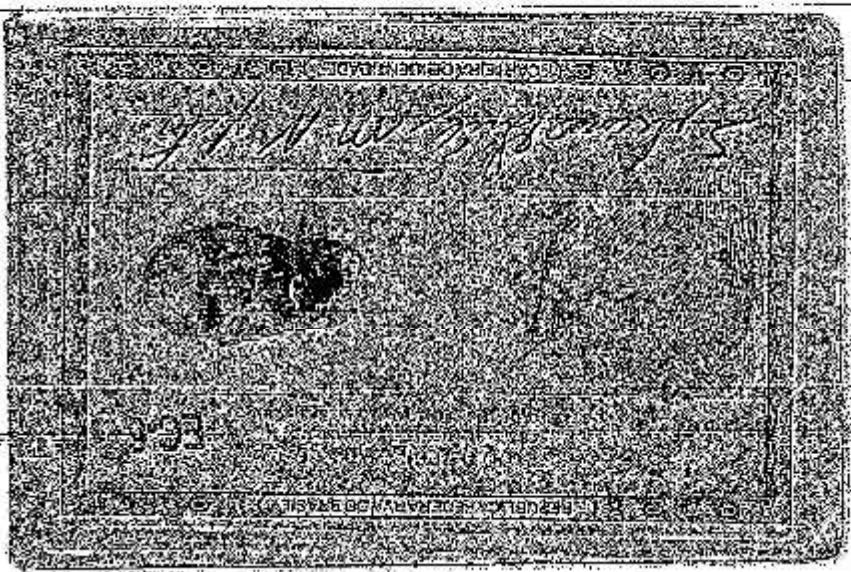
Consulte autenticidade em: www.tpe.jus.br/autenticacao



Documentos de identificação



EMBRACE



QUALIFICAÇÃO CIVIL

Name John C. Gandy
Loc. Name W. L. Gandy
Exch. 1711 Date 12-11-67
Habito 125 166 17

Estr. Civil Doc. N°
Pf. Liv. Reg. Civil
Outro doc.
Situacão Militar: Doc. N°
Naturalizado Doc. N° Em
Data

ESTRANHOS

Chegou ao Brasil em
Data Adm. v. Exp. em / / / /
Estado
Obs.

Data Entrada 12/12/72 DRT 7

Auxiliares do Funcionário

ALTERAÇÕES DA IDENTIDADE

ATENÇÃO! DADOS DE IDENTIDADE
(Com número nome, esp. civil e data nasc.)

Name	
Doc.	
Name	
Doc.	
Name	
Doc.	
Ex. Crv	
Doc.	
Ex. Crv	
Doc.	
Nascimento	
Doc.	



MINISTÉRIO DO TRABALHO
SECRETARIA DE EMPREGO E SALÁRIO



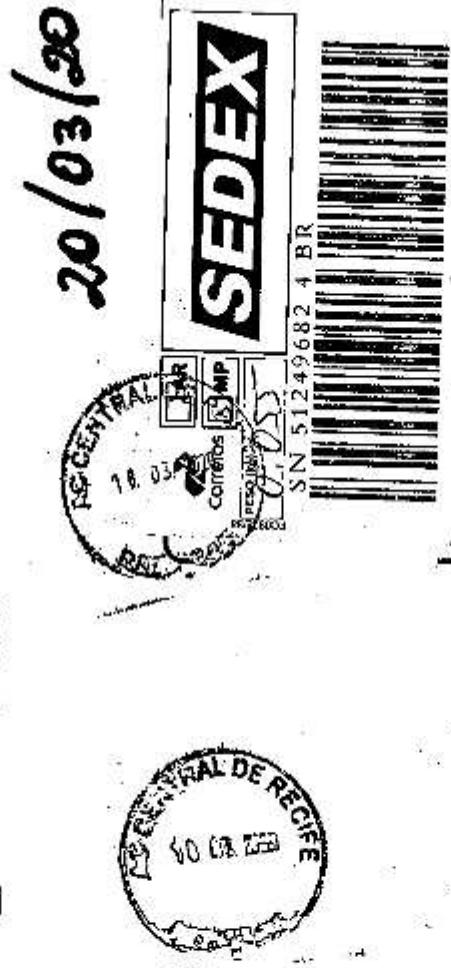
CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

10000

Numero 25071



O Seguro do Acidente de Trânsito



SERVIÇO GRATUITO AO BENEFICIÁRIO POSTAGEM CUSTEADA PELA SEGURADORA LÍDER - DPVAT

DESPACHANTE / Recipient _____

ATENDIMENTO

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



Seguro

DPVAT



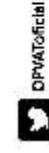
O Seguro do Acidente de Trânsito

PEDIDO DE SEGURO DPVAT

site: 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



BLOG: www.viverseguronotransito.com.br

REMITENTE / Sender	TELEFONE / Phone Number
Silvano Luiz Mariana Neto	81-9 8447-6432
ENDERECO / Address	
Praça 2º Transversa Betim Qa D N°12 Atogados	
CIDADE / City	UF/State PAÍS / Country
Recife	PE Brasil
CEP / Zip	
50820-640	



VEICULAR MATERIAIS É PRESERVAR O MEIO AMBIENTE



Bradesco
Seguros

National



Bandeirante

National

(Caixa)						
DEVOLUÇÃO / Return						
<input type="checkbox"/> MUDOU-SE (Mudou)	<input type="checkbox"/> FALCADO (Fracassou)					
<input type="checkbox"/> RECLAMOU (Proteção)	<input type="checkbox"/> ENDEREÇO INEXISTENTE (Endereço não existe)					
<input type="checkbox"/> DESCONHECIDO (Unknown)	<input type="checkbox"/> NÃO EXISTE O NÚMERO INDICADO (Número não existe)					
<input type="checkbox"/> NÃO PROCURARÃO (Procuraram)	<input type="checkbox"/> QUERENDO MUITO (Querido muito)					
<input type="checkbox"/> ABSENTES (Absent)	<input type="checkbox"/> OUTROS (outros)					
TENTATIVAS DE ENTREGA / Delivery Attempts						
1º	/	2º	/	3º	/	4º
<input type="checkbox"/> Informação prestada pelo parceiro ou similiário.						
<input type="checkbox"/> Reinegrado ao serviço postal em _____						
<input type="checkbox"/> Reenviado ao serviço para _____						
Data <u>1/1/13</u> Responsável _____						

Seguradora Líder - DPVAT

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

ATENDIMENTO



PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

COBERTURA SOLICITADA

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

IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA

Vítima: **SÉVERINO LUIZ FERIA NETO**

Data do Acidente: **09/08/2019** 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 a comprovar o pedido de indenização, acesse 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 Invalidade 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
- Comprovantes das despesas (recibos e notas fiscais), contendo a discriminação dos honorários médicos e despesas médicas (materiais e medicamentos), juntamente com os recetários médicos (originals)
- 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

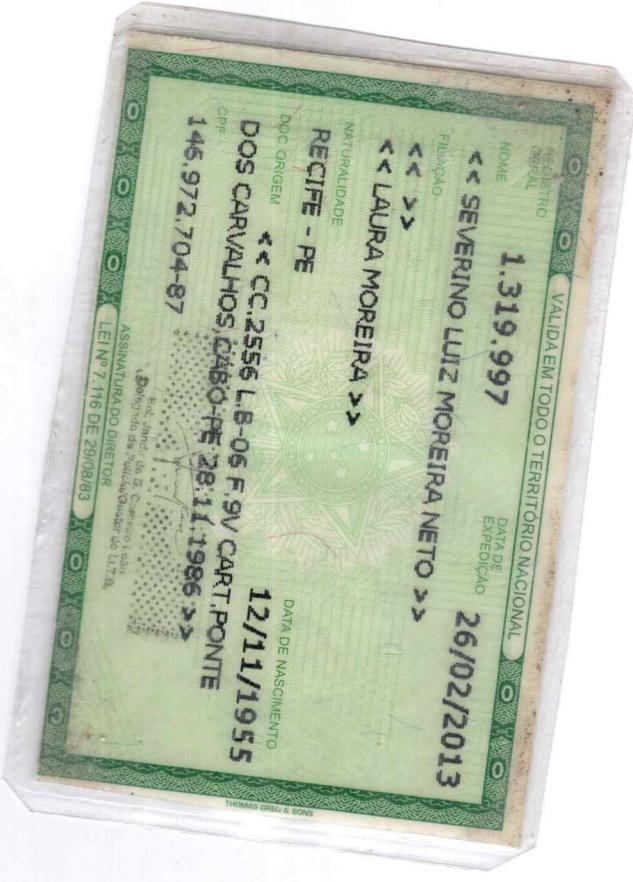
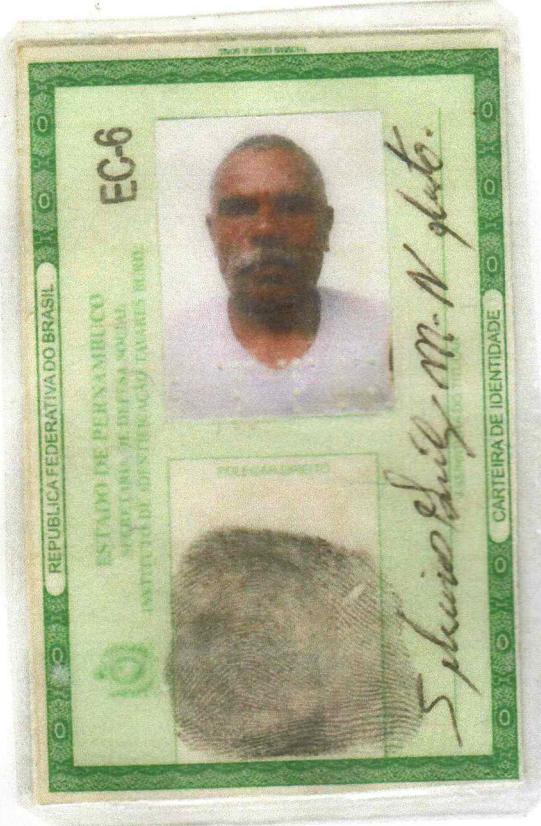
- BENEFICIÁRIO CONJUGE [ESPOSO OU ESPOSA]**
 - Certidão de Casamento com data atual (cópia simples)
 - Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
- BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO(A)**
 - Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal, ou prova de dependência através da carteira de trabalho, ou Alvará Judicial, reconhecendo a União Estável (cópia simples)
- BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO (A) E CONJUGE – 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 MOLÉ PIA NETO**
 Quem é o portador? Vítima Beneficiário Representante Legal
 CPF do portador: **446 972 404 87**
 E-mail: **ALEX 31 2016 LINDA@GMAIL.COM**
 Data: **18/03/2020** Assinatura: **Elcio Gomes de Melo**

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO

Ponto de Acondilhamento (Nome do ponto): **AC CENTRAL RECIFE**
 Atendente: **Elcio Gomes de Melo**
 Data: **18/03/2020** Assinatura: **Elcio Gomes de Melo**
 Matrícula: **8.305.806-0**





CÓPIA AUTÉNTICA



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

INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL ANTÔNIO PERSIVO CUNHA

EXAME COMPLEMENTAR N° 3306 / 2020

REFERENTE AO LAUDO N° 1 / 2020

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

Ó 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** filh(o) 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: "...Periclando 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... Retomar para exame complementar após noventa dias (para avaliar debilidade) de porão dos exames complementares...". (Vide Exame Complementar N° 39822 / 2019 que segue em anexo). Ao presente exame, o periclando 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 periclando 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(*). MARIANA CORTEZ FITTIPALDI - CRM 11095.

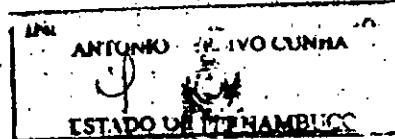
Assinado digitalmente por **MARIANA CORTEZ FITTIPALDI**, Médico Legista, Matrícula nº 209.653-6, CPF: xxx.340.234-xx, em 22/01/2020 16:04:54.

Policia Científica
SOS-PE

Autoridade, Integridade e Inetragatilidade deste arquivo eletrônico
podem ser conferidas em: <http://validador.sos.pe.gov.br/>

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
Instituto de Medicina Legal - Antônio Persivo Cunha
Sistema de Protótipo
De acordo com o disposto em vigor, foi extraída essa cópia
autenticada com valor de original por assinatura
SEVERINO LUIZ M.

NE10
Pelo Ofício N°
068
Data de
18/02/20
Assinado em 18/02/2020



Funcionário - 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

CPF de: Próprio

Data do acidente: 08/08/2019

Titular do CPF: SEVERINO LUIZ MOREIRA
NETO

Seguradora: PREVIMIL VIDA E PREVIDENCIA S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

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 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 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
 Comprovantes 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:

PORRADOR 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: **ALEX3120161INDA@gmail.com**

Tel.: (81) 3304-0409

Data: **27/02/2020**

Assinatura

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO

Ponto de Atendimento (Nome do ponto): **Dioclécio Bernardo da Silva Filho**
 Agente de Correios

Atendente: **Atendente Commercial**
 Matrícula: 8.508.265-4

Data: **27/02/2020**

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 aquilato ou versátil; se ama a profissão escolhida ou 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



5-3-79
Clegu - Direito



ASSINATURA DO PORTADOR

S. Marcondes Filho

QUALIFICAÇÃO CIVIL

Nome *Leverim Leiz
morenos neto.*
Loc. Nasç. *Recife*
Est. *PE* Data *12/11/19*
Filiação *Lecaria morenos*

Est. Civil *Soldado* Doc. N°
Fls. Liv. Reg. Civil
Outro doc.
Situação Militar: Doc. *077039* Orgão *7º Reg* Est. *R2*
Naturalizado Dec. N° Em / /

ESTRANGEIROS

Chegada ao Brasil em
Doc. Ident. N° Exp. em / /

Estado
Obs.

Data Emissão *05/03/79* DRT *Re*
100 fol F 1000
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.
.....
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

Valorização 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 sequelas

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

CPF de: Próprio

Data do acidente: 08/08/2019

Titular do CPF: SEVERINO LUIZ MOREIRA NETO

Seguradora: PREVIMIL VIDA E PREVIDENCIA S/A

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 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.