



Número: **0069541-88.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 15ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **27/10/2020**

Valor da causa: **R\$ 8.606,25**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

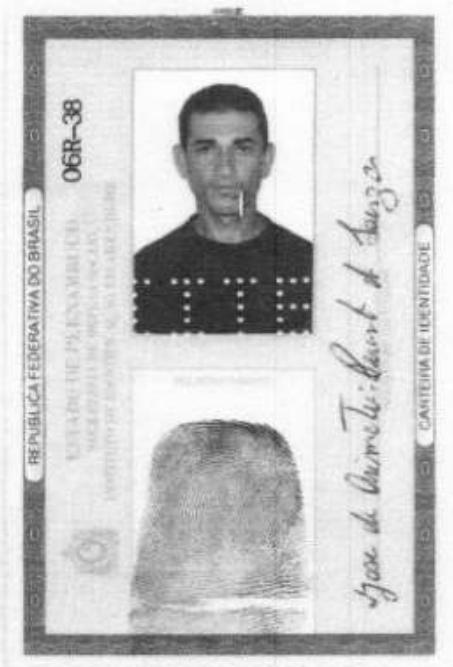
Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
SEVERINO MATIAS DE SOUZA (AUTOR)	ANA CRISTINA ALEIXO PEREIRA SANTOS (ADVOGADO) CARLA ROCHA LEMOS (ADVOGADO)
TOKIO MARINE SEGURADORA S.A. (REU)	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)	
ROMERO BEZERRA CAVALCANTI MENDES (PERITO)	

Documentos

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
76069 617	01/03/2021 14:48	<u>2785038_CONTESTACAO_Anexo_02</u>	Outros (Documento)



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190559967 Cidade: Timbaúba Natureza: Invalidez Permanente
Vítima: SEVERINO MATIAS DE SOUZA Data do acidente: 01/05/2019 Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 10/10/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE CLAVÍCULA DIREITA, COM DESVIO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA. (P3)

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO OMBRO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO OMBRO DIREITO.

Documentos complementares:

Observações: VÍTIMA IDOSA (66 ANOS)

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
		Total	6,25 %	R\$ 843,75



PROCURAÇÃO

Outorgante: Sereno Matias de Souza, brasileiro(a), estado Civil casado, profissão Mecânico, residente e domiciliado à Rua Var. Henrique Lacerda, nº 282, bairro Jacelin Gracemy, Município de Timbaúba, Estado PE, Cep.: 55.870.000, Rg nº 46.210.52, órgão emissor S.S.P./PE e CPF nº 290.692.004-06

Outorgado(a): Yves de Carvalho Souza de Souza, inscrito(a) no CPF sob o nº 037.807.304-48, Carteira de Identidade nº 5344982, órgão emissor S.S.P./PE, estado civil sócio, profissão autônomo, com endereço Setor nova Guanabara, Guanabara, (Rua Peregrino), 192, Timbaúba - PE

Por este instrumento particular de procuração, o(a) outorgante nomeia e constitui o(a) Outorgado(a) seu bastante procurador(a), para o fim especial de requerer junto à qualquer

Seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou em acidente de trânsito o(a) Sr.(a) Sereno Matias de Souza, ocorrido em 01/05/2019, conforme registrado pelo B.O anexo ao processo.

Podendo o(a) dito(a) procurador(a), representar o(a) outorgante como se o(a) próprio(a) fosse, podendo requerer, assinar recibos, assinar Declarações de endereço, assinar Autorização de Pagamento/Crédito de Indenização de Sinistro DPVAT, para o pagamento de quitação da Indenização de Sinistro DPVAT, enfim requerer e assinar todos os papéis e documentos que forem precisos e praticar todos os demais atos necessários para o mais amplo e fiel cumprimento do presente mandato.

Timbaúba, 10, de Junho de 2019.

Outorgante

Autenticidade ou verdadeira



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0338750/19

Número do Sinistro: 3190559967

Vítima: SEVERINO MATIAS DE SOUZA

CPF: 890.692.004-06

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

Data do acidente: 01/05/2019

Titular do CPF: SEVERINO MATIAS DE SOUZA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

SEVERINO MATIAS DE SOUZA : 890.692.004-06

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: 09/10/2019
Nome: JOSE DE ARIMATEIA DUARTE DE SOUZA
CPF: 037.807.304-48

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 09/10/2019
Nome: JONATAN BARBOSA DE BARROS
CPF: 703.787.774-32

JOSE DE ARIMATEIA DUARTE DE SOUZA

JONATAN BARBOSA DE BARROS





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, 04 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190559967 **Vítima: SEVERINO MATIAS DE SOUZA**

Data do Acidente: 01/05/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), SEVERINO MATIAS DE SOUZA

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, contados 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

Carta nº 14842063



Pag 01211/01212 - Carta 01 - INVA IDEZ



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 01/03/2021 14:48:13
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2103011448133180000074544504>
Número do documento: 2103011448133180000074544504

Núm. 76069617 - Pág. 5



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, 04 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3190559967 Vítima: SEVERINO MATIAS DE SOUZA

Data do Acidente: 01/05/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), SEVERINO MATIAS DE SOUZA

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

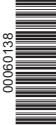
Autorização de pagamento	Apresentar o formulário Pedido do Seguro DPVAT, disponível em nosso site, com preenchimento completo/correto de todos os campos dos Dados Cadastrais, sem abreviações e/ou rasuras, confirmando as informações bancárias de titularidade da própria vítima/beneficiário, pois o banco recusou a realização do depósito da indenização/reembolso na conta bancária inicialmente informada.
Comprovante de residência	Apresentar a cópia simples do comprovante de residência da vítima, pois o 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

Pag. 00275/00276 - carta_03 - INVALIDEZ



00060138

Carta nº 148433893



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 01/03/2021 14:48:13
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21030114481331800000074544504>
Número do documento: 21030114481331800000074544504

Num. 76069617 - Pág. 6



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, 23 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3190559967 Vítima: SEVERINO MATIAS DE SOUZA

Data do Acidente: 01/05/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a). SEVERINO MATIAS DE SOUZA

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa: R\$ 0,00
Juros: R\$ 0,00
Total creditado: R\$ 843,75

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros

25%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Per

Valor a indenizar: 6,25% x 13.500,00 =

Recebedor: **SEVERINO MATIAS DE SOUZA**

Valor: R\$ 843,75

Banco: 104

Agência: 000000877

Conta: 0000068451-2

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

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, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: DAMIS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:	
	890.692.004-06	Severino Matias de Souza	
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012			
Nome completo:	Severino Matias de Souza		
Profissão:	Rodoviário	Endereço:	CPF: 890.692.004-06
Bairro:	Jardim Guarany	Cidade:	Número: 282 Complemento:
E-mail:	CEP: 55870-000		
	Tel.(DDD): (61) 9958-3087		

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

RENDIMENTO MENSAL:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00	<input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00

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

<input type="checkbox"/> CONTA POLUPLANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)	<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
<input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341)	Nome do BANCO: _____
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
AGÊNCIA: _____ CONTA: _____	(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)
AGÊNCIA: _____ CONTA: _____	
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)	

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou Falecidos: Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

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

Local e Data: Timbaúba 20/08/19
Nome: _____
CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS
1º | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura: 01/09/2019
2º | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura: 01/09/2019

PROTOCOLO

Assinatura do Representante Legal (se houver) Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.
NECESSÁRIO ANEXAR CóPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

FPS.001 V001/2018



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: **890.692.004-06** 3 - CPF da vítima: **890.692.004-06** 4 - Nome completo da vítima: **Severino Matias de Souza**

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 Matias de Souza	6 - CPF:	890.692.004-06
7 - Profissão:	8 - Endereço:	9 - Número:	10 - Complemento:
Recepcionista	Rua Ver Luiz Louana	282	
11 - Bairro:	12 - Cidade:	13 - Estado:	14 - CEP:
Jardim Guarany	Timbuba	PE	55870-000
15 - E-mail:	16 - Tel.(DDD): (81) 9 9258-3087		

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:		
<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR <input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00 <input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 <input type="checkbox"/> SEM RENDA <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00		
21 - DADOS BANCÁRIOS:	BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO:	REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)		
<input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341) <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)		
AGÊNCIA: 0877	CONTA: 684.51	AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir)	(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:	<input type="checkbox"/> Solteiro(a) <input type="checkbox"/> Casado(a) no Civil <input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Separado judicialmente <input type="checkbox"/> VIUVO	24 - Data do óbito da vítima:
------------------------------	--	-------------------------------

25 - Grau de Parentesco com a vítima:	26 - Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
---------------------------------------	--	---

28 - Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: <input type="checkbox"/> Falecidos:	30 - Vítima deixou nascituro(vai nascer)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: <input type="checkbox"/> Falecidos:	33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> 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 269 do Código Penal.

34 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado	35 - Nome legível de quem assina o pedido (a rogo)	38 - 1º Nome: CPF: _____ Assinatura da testemunha
	36 - CPF legível de quem assina o pedido (a rogo)	39 - 2º Nome: CPF: _____ Assinatura da testemunha
37 - Assinatura de quem assina o pedido (a rogo)	40 - Local e Data, Timbeba 02/03/2019	41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) Severino Matias de Souza

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

Por favor, usar caneta

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
 SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
 POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
 DELEGACIA DE POLÍCIA DA 046ª CIRCUNSCRIÇÃO - TIMBAUBA - DP46ºCIRC
 DINTER1/11ºDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N.º 19E0136001185

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 01/07/2019 às 17:56

Complemento o BO Número:
19E01360011877

ATROPELAMENTO COM VITIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia 1/5/2019
 no período da Tarde

Fato ocorrido no endereço: RUA HILDEBRANDO DE QUEIROZ , 1, EM FRENTE AO TODO DIA - Bairro:
 CENTRO - TIMBAUBA/PERNAMBUCO/BRASIL
 Local do Fato: VIA PUBLICA

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:
 DESCONHECIDA (AUTOR / AGENTE)
 SEVERINO MATIAS DE SOUSA (VITIMA)

POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
 DELEGACIA DE POLÍCIA DA 046ª CIRCUNSCRIÇÃO - TIMBAUBA

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:
 VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): DESCONHECIDA
 BICICLETA: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): SEVERINO MATIAS DE SOUSA

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

SEVERINO MATIAS DE SOUSA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino
 Nasc: SEVERINA TAVARES DA SILVA Pnt: ELIAS MATIAS DE SOUSA Data de Nascimento: 13/3/1963 Naturalidade:
 TIMBAUBA / PERNAMBUCO / BRASIL
 Endereço Residencial: RUA VEREADOR LUIZ LUCENA, 202 - CEP: 0 - Bairro: JARDIM GUARANI -
 TIMBAUBA/PERNAMBUCO/BRASIL

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

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

MOTOCICLETA (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): DESCONHECIDA, que estava em posse do(a) Sr(a):
 DESCONHECIDA
 Categoria/Marca/Modelo: MOTOCICLETA/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO Objeto apreendido: Não
 Quantidade: 0 (UNIDADE NÃO INFORMADA)

BICICLETA (BICICLETA) de propriedade do(a) Sr(a): SEVERINO MATIAS DE SOUSA, que estava em posse do(a) Sr(a):
 SEVERINO MATIAS DE SOUSA

<http://200.238.83.36/pernambuco/VisualizaBO.do?idUn=136&idOc=7880739&nroBO=1...> 01/07/2019



Categoria/Marca/Modelo: NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO Objeto apreendido: Não
 Quantidade: 0 (UNIDADE NÃO INFORMADA)

Complemento / Observação

A VITIMA INFORMA QUE TRAFEGAVA EM SUA BICICLETA EM FRENTE AO TODO DIA DESTA CIDADE, QUANDO UMA SENHORA EM UMA MOTOCICLETA O ATROPELOU. A VITIMA CAIU AO CHÃO E A SRA. NADA FEZ SE EVADINDO DO LOCAL. O SAMU FOI ACIONADO POR POPULARES QUE POR ALI PASSAVAM. ONDE FOI LEVADO PARA A UPA LOCAL E EM SEGUITA TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL OTÁVIO DE FREITAS

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

Severino Matias de Souza
 SEVERINO MATIAS DE SOUSA
 (VITIMA)

B.O. registrado por: LUZIA ELZA MACIEL BERNARDES - Matrícula: 2010115



<http://200.238.83.36/pernambuco/VisualizaBO.do?idUn=136&idOc=7880739&nroBO=1...> 01/07/2019



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 01/03/2021 14:48:13
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21030114481331800000074544504>
 Número do documento: 21030114481331800000074544504

Num. 76069617 - Pág. 11



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: DAMIS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:	
	890.692.004-06	Severino Matias de Souza	
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012			
Nome completo:	Severino Matias de Souza		
Profissão:	Rodoviário	Endereço:	890.692.004-06
Bairro:	Jardim Guarany	Cidade:	Timbaúba
E-mail:			
Estado:	PE	CEP:	55870-000
Número:	282	Complemento:	tel.(DDD): (81) 9958-3087

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

DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO MENSAL:
 RECUZO INFORMAR ATÉ R\$1.000,00 R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
 SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ACIMA DE R\$10.000,00

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

<input type="checkbox"/> CONTA POLUPLANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)	<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
<input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341) <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: _____ CONTA: _____ (Informar o dígito se existir)	AGÊNCIA: _____ CONTA: _____ (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou Falecidos: Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

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

Local e Data:	Timbaúba 20/10/19
Nome:	
CPF:	

(* Assinatura de quem assina A ROGO
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS
1º Nome: _____ CPF: _____
2º Nome: _____ CPF: _____

COMPROVANTE DA PRESENÇA DA TESTEMUNHA
Assinatura: 01/10/17 2019
Assinatura: PROTOCOLO

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

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

FPS.001 V001/2018



Ficha de Atendimento Sistematizado USA / USB

						03 05 19 H: 16:18 Nº OCORRÊNCIA: 622273 Orientante: <i>Kayvaldo</i> MÉDICO REGULADOR: <i>Cesar Eduardo</i> <i>André Coluna</i>		
BASE / VTR: <u>F</u>		Classificação do Risco: <input type="checkbox"/> Verde <input checked="" type="checkbox"/> Amarelo <input type="checkbox"/> Vermelho <input type="checkbox"/> Cinza						
				Motivo da solicitação				
<input type="checkbox"/> Clínico <input type="checkbox"/> Cirúrgico <input type="checkbox"/> Obstétrico <input type="checkbox"/> Psiquiátrico <input type="checkbox"/> Pediátrico <input type="checkbox"/> Transporte inter-hospitalar		<input checked="" type="checkbox"/> Outros						
Local da ocorrência <input type="checkbox"/> Via pública <input type="checkbox"/> Espaço público <input type="checkbox"/> Residência <input type="checkbox"/> Rodovia <input type="checkbox"/> Outros								
Endereço: <i>R. Hirtzbando de Guimarães (em frente ao Teatro Mílio)</i>				Nº <u>54</u>				
Bairro: <i>Lins</i>		Município: <i>Lins</i>						
Situação do local	<input type="checkbox"/> Cena segura <input type="checkbox"/> Cena insegura <input type="checkbox"/> Difícil acesso <input type="checkbox"/> Animais oferecem risco	<input type="checkbox"/> Incêndio <input type="checkbox"/> Produto perigoso <input type="checkbox"/> Aglomeração <input type="checkbox"/> Tercelhos oferecem risco	<input type="checkbox"/> Rua sem identificação <input type="checkbox"/> Óleo na via					
Situação vítima	<input type="checkbox"/> Evasão <input type="checkbox"/> Não localizada <input type="checkbox"/> Vítima agressiva <input type="checkbox"/> Presa às ferragens <input type="checkbox"/> Outros:							
Intercorrências	<input type="checkbox"/> QTA no local <input type="checkbox"/> QTA no trajeto <input type="checkbox"/> Chamado falso <input type="checkbox"/> Múltiplas vítimas. Nº de vítimas:							
Outros serviços no local	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Quais?							
Solicitação de apoio	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> UUSA <input type="checkbox"/> USB <input type="checkbox"/> 190 <input type="checkbox"/> 193	<input type="checkbox"/> Outros:						
Dados da vítima								
Nome: <i>Edilene Nogueira de Souza</i>								
Documento:	<i>RG</i>	Idade: <u>65</u>	Sexo: <input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F					
Endereço:								
Bairro:			Cidade:			Telefone:		
Acompanhante:			Documento:			Telefone:		
Grau de proximidade:			Documento:			Telefone:		
PA:	<i>130x90 mmHg</i>	Ativo:	<i>DESTRÔ</i>	Initial:				
FC:	<i>99 bpm</i>		<i>Sat. 92%</i>	<i>98%</i>				
FR:			<i>T°C:</i>					
Alergias <input type="checkbox"/> Nega <input type="checkbox"/> Não informado <input type="checkbox"/> S/ condições de informar <input type="checkbox"/> Outra. Qual?								
Medicamentos em uso <input type="checkbox"/> Nega <input type="checkbox"/> Não informado <input type="checkbox"/> S/ condições de informar <input type="checkbox"/> Sim. Qual?								
Antecedentes Pessoais <input type="checkbox"/> HAS <input type="checkbox"/> Cardiopata <input type="checkbox"/> IAM anterior <input type="checkbox"/> AVE anterior <input type="checkbox"/> Convulsões <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Cirúrgico <input type="checkbox"/> Alergia medicamentosa <input type="checkbox"/> Nega tratamento anterior ou atual <input type="checkbox"/> Sem condições de informar <input type="checkbox"/> Outro. Qual?								
ESCALA DE GLASGOW ADULTO				ESCALA DE GLASGOW C/ 2 ANOS				
ABERTURA OCULAR	RESPOSTA VERBAL	RESPOSTA MOTORA	ABERTURA OCULAR	RESPOSTA VERBAL	RESPOSTA MOTORA			
4 - espontânea	5 - orientado	5 - obedece a comandos	4 - espontânea	5 - orientado/arrulha	5 - obedece a comando verbal/movimento espontâneo			
3 - a voz	4 - confuso	3 - localiza a dor	3 - a voz	4 - confuso/ inquieto, irritado e choroso	5 - localiza a dor/tira o membro ao toque			
2 - a dor	3 - palavras inapropriadas	4 - refira a dor	2 - a dor	3 - palavras inappropriadas/ chora em resposta a dor	4 - refira o membro a dor			
1 - ausente	2 - sons/gemidos anormais	3 - flexão normal	1 - sem resposta	2 - sons inespecíficos/ geme em resposta a dor	3 - decorticacão			
	1 - ausente			1 - sem resposta	2 - descerebração			
TOTAL:	<u>5</u>		TOTAL:		1 - sem resposta			
Mecanismo do trauma:	<input type="checkbox"/> Não se aplica <input type="checkbox"/> Queda de _____ m <input type="checkbox"/> Encravamento <input type="checkbox"/> Queda própria altura							
1. Responsivo	<input checked="" type="checkbox"/> Acidente de trânsito <input type="checkbox"/> FAB <input type="checkbox"/> FPAF <input type="checkbox"/> Queimadura <input type="checkbox"/> Agressão							
P脉 se presente	<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não							
Tipo de soldante de trânsito	<input checked="" type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Cheio <input type="checkbox"/> Irregular <input type="checkbox"/> Fino <input type="checkbox"/> Ausente PCR							
Atropelamento	<input type="checkbox"/> Sem informação <input type="checkbox"/> Condutor do veículo		Localização da vítima:	<input type="checkbox"/> Sem ferragens <input type="checkbox"/> As ferragens <input type="checkbox"/> Fora do veículo		Véhiculo da vítima:	Outro envolvido:	
Frontal	<input type="checkbox"/> Acompanhante dianteiro <input type="checkbox"/> Acompanhante traseiro		Desambulando	<input type="checkbox"/> Sim () <input type="checkbox"/> Não ()		<input type="checkbox"/> Carro <input type="checkbox"/> Moto <input type="checkbox"/> Caminhão <input type="checkbox"/> Ônibus <input type="checkbox"/> Van <input checked="" type="checkbox"/> Bicicleta <input type="checkbox"/> Sem informação	<input type="checkbox"/> Carro <input checked="" type="checkbox"/> Moto <input type="checkbox"/> Caminhão <input type="checkbox"/> Ônibus <input type="checkbox"/> Bicicleta <input type="checkbox"/> Pedestre <input type="checkbox"/> Muro/Posta/Árvore <input type="checkbox"/> Sem informação	
Lateral	<input type="checkbox"/> Condutor ou garupa de moto		Posição encontrada:					
Traseiro	<input type="checkbox"/> Não usava <input type="checkbox"/> Sem informação							
Cepotamento	<input type="checkbox"/> Cinto de 2 ou 3 pontos							
Rotacional	<input type="checkbox"/> Capacete retirado pela equipe <input type="checkbox"/> Capacete retirado por outros							

<input type="checkbox"/> Obstrução Total	<input checked="" type="checkbox"/> Eupnéxico	<input type="checkbox"/> Bradipneia	<input type="checkbox"/> Roncos/Sibilos D/E	<input type="checkbox"/> Cintilamento/Obstrução
<input type="checkbox"/> Edema de Glote	<input type="checkbox"/> Apnáia	<input type="checkbox"/> Taquipneia	<input type="checkbox"/> MV diminuídos D/E	<input type="checkbox"/> Crepitação
<input type="checkbox"/> Corpo estranho	<input type="checkbox"/> Dispnéia	<input type="checkbox"/> Gasping	<input type="checkbox"/> MV ausente D/E	<input type="checkbox"/> Sangramento
<input type="checkbox"/> Secreção	<input type="checkbox"/> IOT		<input type="checkbox"/> Não realizado	<input type="checkbox"/> Outro

<input checked="" type="checkbox"/> Corada	<input type="checkbox"/> Descorada	<input type="checkbox"/> Quente	<input type="checkbox"/> Fria	6. Ausculta Cardíaca	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Hipofonesa	<input type="checkbox"/> Arritmia
<input type="checkbox"/> Ictérica	<input type="checkbox"/> Clorótica	<input type="checkbox"/> Úmida	<input type="checkbox"/> Seca		<input type="checkbox"/> Sopro	<input type="checkbox"/> Não realizado	
Perfusão <input checked="" type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Retardada	<input type="checkbox"/> Clorótica					

7. Exame Neuroológico Normal / Agitação / Convulsão / Sonolência / Obnubilação **Afasia:** sim não
Otorragia: D E / **Olhos de Quixinha:** D E / **Satélite:** D E / **Déficit motor:** M_{SD} M_{ID} M_{SE} M_{IE}
Rigidez de nuca: sim não / **Pupilas:** Isocônicas Anisocônicas Mioticas Midriáticas Reagente Não reagente

Gineco/obstétrica: G _____ P _____ A _____ / IG: _____ Trabalho de Parto: sim não
 Contrações: não / se sim: fraca moderada forte nº _____ / _____ min. Bolhas rota sim não
 Toque: _____ cm/dilatação. Abortamento Hemorragia vaginal Outros
 RN Vivo Morto Dequi placenta Apgar 1° _____ 2° _____

Achados do Exame Físico

Cabeça

Pescoco

Tórax

Abdome

Pélvis

Extremidades



PROCEDIMENTOS REALIZADOS

<input type="checkbox"/> Guedel Nº _____	<input type="checkbox"/> Másc. O ₂ _____ L/min.	<input type="checkbox"/> Monitoriz. cardíaca	<input type="checkbox"/> Oxímetro	<input type="checkbox"/> Retirada rápida	<input type="checkbox"/> KED
<input type="checkbox"/> Aspiração	<input type="checkbox"/> Catéter O ₂ _____ L/min.	<input type="checkbox"/> Desfibrilação	<input type="checkbox"/> Cardioversão	<input type="checkbox"/> Aquecimento	<input type="checkbox"/> Controle de hemorragia
<input type="checkbox"/> IOT nº _____	<input type="checkbox"/> Ventilação c/Ambú	<input type="checkbox"/> Marcapasso	<input checked="" type="checkbox"/> Curativo	<input type="checkbox"/> Acesso Venoso	
<input type="checkbox"/> V.M – Modalidade:		<input checked="" type="checkbox"/> Colar Cervical	<input checked="" type="checkbox"/> Franxa Rígida	<input type="checkbox"/> Outros:	
<input type="checkbox"/> Compressão Torácica	<input type="checkbox"/> DEA	<input type="checkbox"/> Imobilização: <input checked="" type="checkbox"/> MMSS / <input type="checkbox"/> MMII			

Prescrição Médica:

Relatório de Enfermagem/ Médico

Vítima de colisão motocicleta x bicicleta, com ferimento contuso a bicicleta, contusão, contusão no tórax, houve um sangramento pélvico intenso, contusão em ambas as coxas difículdade para levantar da cama (fotino fechado de óbito D)

Durante o Transporte:

Recusa de atendimento: Eu, abaixo assinado, devidamente orientado e ciente dos riscos, recuso atendimento e assumo total responsabilidade pelo ato, deixando o serviço SAMU de qualquer problema decorrente deste ato.

Nome _____ Doc _____ Assinatura _____

Testemunha _____ Doc _____ Assinatura _____

Encaminhado:

Recebido por: _____ Nome/carmimbo do Médico ou Enfº. Resp. _____

Removido por outros Quem? _____ Para _____

Não removido: Méd. Regulador Resp.: _____ Orientação no local. Méd. Regulador Resp. _____

Óbito no local: PCR associado a _____ Rigidex cadavérica Livor mortis Decaptação Carbonização Hemi corpo

Méd. Regulador Resp.: _____ Fornecido Constatação / Declaração de Óbito: sim não

Hipótese(s) Diagnóstica(s): _____ CID: _____

PERTENÇES DO PACIENTE

NOME: _____

DOC.: _____

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL

Avaliação da Ocorrência (entre a equipe) Regular Bom Ótimo

Equipe de atendimento Téc. Enfermagem: *RICHARD DE JESUS* Enfermeiro: _____ Médico: _____

Condutor: *Antonio Yves Cordeiro de Mello Junior* COREN: *RICARDO DE JESUS* COREN: _____ CRM: _____

RICARDO DE JESUS
COREN-PE 675.074

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 16/10/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: SEVERINO MATIAS DE SOUZA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00877

CONTA: 000000068451-2

Nr. da Autenticação 7A955A41B4A2EE9B



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 01/03/2021 14:48:13
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21030114481331800000074544504>
Número do documento: 21030114481331800000074544504

Num. 76069617 - Pág. 15



Tarifa Social de la Escuela Oficial (Código nro. 1) al 72-438, vce 26-438-0000

• 19世纪末的中国民族学研究 501

中華人民共和國標準 GB/T 17792-2008

卷之三

JAPANESE QUARANTINE/TIMBALABA
TIMBALABA

第二部分

STAMPED BY 1352315010 | RELEASED 05/2019

ANEXO FISCAL | MEDIO AMERICANO | 10 de noviembre

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Carreta Alumínio	100,00000	0,7788025	77,88025
Acessórios Bandeira Brasil			0,00
Centro Lote Fazenda Municipal			0,00
Mata de cera NF 05/002291 - 30/04/16			37,81
Juntas por at 10x10 NF 05/022291 - 30/04/16			2,45
Abacaxi 010P/NF 05/022291 - 30/04/16			0,04
			0,05

TOTAL DEBT 400

DETALHAMENTO DE VENDAS		DESCRIÇÃO DO PRODUTO		COMPROVAÇÃO DE CONSUMO	
MES/ANO	VALOR	CATEGORIA	UNIDADE	GRUPO DE FRETE	VALOR
Abr-18	100			Transportada	R\$ 46,40
Abt-18	100			Entrega no Estoque	R\$ 7,20
Maio-18	100			Entrega no Estoque	R\$ 31,94
Junho-18	100			Entrega de Encargo	R\$ 4,43
Julho-18	100			Entrega Retirada	R\$ 7,91
Agosto-18	100			Total	R\$ 54,23
Sep-18	100				100%
Out-18	100				
Nov-18	100				
Dez-18	100				
TOTAL DE VENDAS		TOTAL DE ENTREGAS		DEZ-18-FATURADO	

THREE EYES, THREE MOUTH, AND A NOSE

Presente no Brasil desde 1998, a rede de supermercados é uma das maiores do país e possui 1.000 lojas em 200 cidades, com 100 mil funcionários. A rede é composta por 100% de empresas brasileiras e é uma das maiores empresas de varejo do Brasil. Para mais informações, acesse www.prazeres.com.br.

A rectangular stamp with a double-line border. The word "COMPREV" is at the top, followed by "S.A." and "PROPIEDAD S.A.". Below this, the date "01 JUL 2019" is stamped. The word "PROTOCOLO" is prominently displayed in large letters across the center, with "RECIBO" written vertically along its right edge.



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 01/03/2021 14:48:13
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2103011448133180000074544504>
Número do documento: 2103011448133180000074544504

Núm. 76069617 - Pág. 16



Tarifa Social de Energia Elétrica- Credito pela Lei 10.438, de 26/04/2002
NOTA FISCAL - FATURA - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA
Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barroso, 111 - Bco. vista Real - PE. CEP 50000-902
CNPJ 10.026.100-0001-02 - Iinsc. Est. 00025H-3-82 | www.cespe.com.br

DADOS DO CLIENTE

CHAMA CONTA EM 600.000

ENDEREÇO DA UNIDADE CONCESSIONÁRIA

CFR 207-430-004-07

GLEN MACINTOSH/THOMAS COOPER

Classification

61 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL

ESTADO NESTLÉ PERNAMBUCO
36518006 UNICA 1000-2112
APENAS 10% DE REAJUSTE
10/08/2013 2013883209 506798

7018818382 06/2019
17/06/2019 10/07/2019
159,2

而他们却对不加过滤的粪便水

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativajahy	173.000,00	8.741,00	126,35
Acréscimo Sandra Alfarela			1,68
Centro São Paulo Municipal			27,65
KMS Subvenção-Lote-NF 05796023-10/04/19			2,24
KMS Subvenção-Lote-NF 05796023-10/04/19			2,24

TOTAL OR FAULTLESS

如果說你希望在Android中使用自己的Activity，那麼你需要在Manifest文件中將它註記為可見。

NR DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR DATA	LEITURA	ATUAL DATA	LEITURA	MÉDIA DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (KWH)
1234567890	Luz	2023-07-01	1234567890	2023-07-15	1234567890	14	-0.01	+0.01	1750

© 1996 by the author

ESTIMATIVA DE VOTOS		ESTIMATIVA DE SEUS VOTOS		COMPOSIÇÃO DO GOVERNO	
DEPUTADO	VOTOS	DEPUTADO	%	VALOR R\$ MIL IMPRESO	PERCENTUAL
AMARAL, JOSÉ	1171	JOSÉ			
ANTÔNIO, MARCOS	106	PB	128.64	26.00	32.40
APARECIDO, MARCELO	148	COPOM	128.64	1.75	0.22
ARMANDO, MARCOS	140		128.64	0.75	0.11
BRUNO, MARCOS	136		128.64	0.75	0.11
CAETANO, MARCOS	133		128.64	0.75	0.11
DEZ, MARCOS	101		128.64	0.75	0.11
GÓES, MARCOS	133		128.64	0.75	0.11
MAURÍCIO, MARCOS	133		128.64	0.75	0.11
MICHAEL, MARCOS	137		128.64	0.75	0.11
RODRIGO, MARCOS	127		128.64	0.75	0.11
SOMA TOTAL APENAS VOTOS					
1.548.700					
ESTIMATIVA DO VOTO					
105.551 FODA BR 72 1954 2005 351C 1802 95085					

0004-0003-0003-0000

DISTRIBUIÇÃO DE PESO CORRESPONDENTE ÀS FAIXAS DE PESO				
	VALOR MÍNIMO	LIMITE MÍNIMO	LIMITE MÍNIMO	LIMITE MÍNIMO
DPC	100,00	11,00	27,70	40,00
FPG	100,00	11,00	27,70	40,00

TENSÃO NOMINAL (V)	LIMITE DE VARIAÇÃO (%)	MEDIDA (%)
220	+2, -2	231



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 01/03/2021 14:48:13
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2103011448133180000007454450>
Número do documento: 21030114481331800000074544504

Núm. 76069617 - Pág. 17

NOTA FISCAL | FATURA | CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA 2a VIA

**COMPANHIA ENERGÉTICA
DE PERNAMBUCO**
**AV. JOSÉ DE BARROS, 111, BOA VISTA,
RECIFE, PERNAMBUCO**
CEP 50050-902
CNPJ 10.835.932/0001-08
INSCRIÇÃO ESTADUAL 005943-93



www.celpe.com.br

Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 25/04/02
COMERCIAL 116 | PRONTIDÃO 116
Endamento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142

Ouvidoria 0800 282 5599

Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL

DADOS DO CLIENTE	DATA DE VENCIMENTO 07/10/2019	DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL 09/09/2019	CONTA CONTRATO 001332315010
SEVERINO MATIAS DE SOUZA	TOTAL A PAGAR (R\$) 184,43	DATA DA APRESENTAÇÃO 09/09/2019	Nº DO CLIENTE 2000789743
CPF: 890.592.004-06		NÚMERO DA NOTA FISCAL 076484226	Nº DA INSTALAÇÃO 0003874842
ENDERECO DA UNIDADE CONSUMIDORA	CLASSIFICAÇÃO	B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL Monofásico	
RUA VER LUIZ LUCENA 282			
JARDIM GUARANY/TIMBAUBA 55370-006 TIMBAUBA PE	RESERVADO AO FISCO	F80C.4B45.0307.4BB4.6F79.1239.782D.E79F	
<small>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</small>			

DESCRICAO DA NOTA FISCAL

INFORMAÇÕES IMPORTANTES		NÍVEIS DE TENSÃO	
TENSÃO NOMINAL(V)	LIMITE DE VARIAÇÃO(V)		
		MÍNIMO	MÁXIMO
220	202	231	
AUTENTICAÇÃO MECÂNICA			

DESTAQUE AQUI				
CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR(R\$)	VENCIMENTO	TALÃO DE PAGAMENTO
001332315010	09/2019	184,43	07/10/2019	<p>Evite dobrar, perfurar ou rasurar. Este cahnoto será usado em leitora ótica.</p>

838000000017 844300110017 332315010107 143132010534



AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

Evite dobrar, perfurar ou rasurar.

NIVEIS DE TENSÃO		
TENSÃO NOMINAL(V)	LIMITE DE VARIAÇÃO(V)	
	MÍNIMO	MÁXIMO
220	202	231

ANSWER

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

www.nature.com/scientificreports/

中華書局影印

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR(R\$)	VENCIMENTO	TALÃO DE PAGAMENTO
001332315010	09/2019	184,43	07/10/2019	<p style="text-align: center;">Evite dobrar, perfurar ou rasurar.</p> <p style="text-align: center;">Este cahorro será usado em leitora ótica.</p>

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 01/03/2021 14:48:13
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2103011448133180000074544504>
Número do documento: 2103011448133180000074544504

Num. 76069617 - Pág. 18



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de Identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF²**.

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu José de Primatice Dutra de Souza inscrito (a) no CPF/CNPJ 037.807.304 / 48, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Severino Matias de Souza inscrito (a) no CPF sob o N° 890.692.004.06 do sinistro de DPVAT cobertura Dano da Vítima Severino Matias de Souza, inscrito (a) no CPF sob o N° 890.692.004.06, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

Recuso Informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço	Rua Queimados	Número	98	Complemento			
BAIRRO	Queimados	Cidade	Timbaúba	Estado	PE	CEP	55870-000
Email		Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD) (81) 9 258-3087				

Timbaúba, 20 de 08 de 19

Local e Data

Assinatura do Declarante

PROTOCOLO
CORDEIRO & CIA S/A
COMPRE VIDA E PREVIDÊNCIA S/A
01/01/2019

DLDRL.001 V001/2017



UPA24h**TIMBAÚBA**
MUNICÍPIO DE TIMBAÚBA
PÁTRIA LIBERDADE PECUÁRIA AGROPECUÁRIAHospital do
Tricentenário

SEM BOG
FICHA DE ATENDIMENTO E URGÊNCIA

DATA: 01/05/2019

HORA:

106

1- DADOS DO PACIENTE/USUÁRIO/ N° DO REGISTRO

Nome: SEVERINO MATIAS BE SOUZACartão SUS: _____ Sexo: M Data Nasc: 13/03/53 Idade: 65

Nome da mãe: _____

Logradouro: VEREADOR LUIS LUCENA n° 282Complemento: 65A Bairro/Localidade: J. GUARANIMunicípio: Lilhabela UF: SP Telefone: () _____Rubrica do Colaborador: Thiago

2- ANAMNESE:

Exame clínico D.

3- SSVV: T _____ F.C. _____ PA: _____ F.R: _____ Glasgow: _____ SatO2: _____ HGT: _____

56745559

4- EXAMES COMPLEMENTARES: () Laboratório () Radiológico () ECG () Outros

Hipótese Diagnóstica:

Conduta: () Medicação () Observação () Alta Hospitalar

Saída: Data/Hora 1/1 às 10:00 h. Alta referido para USB ()

() Óbito () Outra Unidade de Urgência () Especialidade

CID.

Médico: (Assinatura e Carimbo)

5- PRESCRIÇÃO MÉDICA:

BR 408 - Km 29, S/N - Loteamento Araruna - Timbaúba - PE CEP: 55370-000 CNPJ: 16.583.920/0005-67 TEL: 81 3631 0443

COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA SAÚDE
01/05/2019

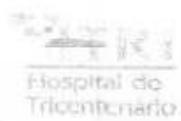
PROTOCOLO

① Busca em com don IM

② Lufzal 3054 VO

M. YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR
01/03/2021 14:48:13
Nº do documento: 21030114481331800000074544504

UPA24h



BOLETIM DE TRANSFERÊNCIA

Destino: Jávio Ferreira

Paciente: Graziela Matias da Costa

Idade: 61 anos Senha: 5674554

Anamnese: _____

Exame Físico: Exame Físico

Exame com resultado normal

Hipótese Diagnosticada: Problema clínico D

Medicamentos/Procedimentos Realizados: _____

Equipe de Transferência: equipe

Médico: Bruno M Data: 11/11/2020

Rua 408 Km 26 - Loteamento Arumé
CEP: 58770-000 Timbaúba - PE Tel: 3631-0643



HOSPITAL OTÁVIO DE FREITAS
EMERGÊNCIA



1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: SEVERINO MATIAS DE SOUZA	Atendimento: 3327582	Prontuário: 1085826
Data Nasc.: 13/03/1953	Idade: 66	Nome Social:
CPF:	Sexo: MASCULINO	Cor: PARDA
RG:		Religião:
Endereço: RUA CORONEL ANTONIO VICENTE	CNS: 705001229348250	
Bairro: CRUANGI		Nº: 55
CEP: 55875970	Cidade: TIMBAUBA	Estado: PE
Acompanhante:	Celular:	
Nome da Mãe: SEVERINA TAVARES DA SILVA	Profissão:	
Nome do Conjugue:		
Clinica: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA		

2 - ATENDIMENTO Data: 02/05/2018 01:57 Médico: MEDICO-PLANTONISTA
Queixa Principal / HDA:

Leve ferimento biker bicicleta. Esquerda.
Placa de ③ 1/3 media/patal com punho.

Exame Físico: PA: _____ FC: _____ FR: _____

Diag. Provisório:

Dieta: _____

Prescrição:

Horario

Data

1 de 2

HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

MANCHESTER_V2

Data e hora retirada da senha: 02/05/2019 01:57

Nome Paciente:	SEVERINO MATIAS DE SOUZA
Cód. Paciente:	1085826
Data de Nascimento:	13/03/1953
Sexo:	Masculino
Idade:	66
Senha:	EA0006
Convênio:	2 - SUS - AMBULATORIO
Atendimento:	3327582
SAME:	1085826

Periodo: 02/05/2019 02:00 - 02/05/2019 02:03

EDNA BARBOSA SILVA - COREN: 41924 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - CLASSIFICAÇÃO

Prioridade: **AMARELO - URGENTE**

Cor: **AMARELO**

Queixa Principal: SOFREU QUEDA DE BICICLETA APÓS COLISÃO COM MOTO ONTEM À TARDE.
DOFREU PANCADA NA CABEÇA NAS NÃO DESMAIOU.

Observação: NEGA DM, HAS OU ALERGIAS. P.A.=156X94MMHG. P=82.

Fluxograma sintoma: QUEDAS

Discriminador(es): - DOR MODERADA?

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Sinais Vitais Lidos: - RÉGUA DE DOR: 7

Acolhido(a) por: EDNA BARBOSA SILVA - COREN: 41924 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 02/05/2019 02:03

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 01/03/2021 14:48:13
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21030114481331800000074544504>
Número do documento: 21030114481331800000074544504

Num. 76069617 - Pág. 23



CÓDIGO DE CONTROLE
9112.1444.B015.838E

A autenticidade deste comprovante deverá ser confirmada na Internet, no endereço www.receita.fazenda.gov.br

Comprovante emitido pela
Secretaria da Receita Federal do Brasil
às 11:05:05 do dia 14/11/2014 (hora e data de Brasília)
dígito verificador: 00

VALIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

13/03/1953
Nascimento

SEVERINO MATIAS DE SOUZA
Nome

890.692.004-06
Número

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas

[Signature]

