

	<p><b>Protocolo Nº 20190701163104449</b></p> <p>Sua solicitação foi enviada à <b>Frei Paulo da Comarca de FREI PAULO</b> em 01/07/2019 16:31 por <b>KELLY CHRYSTIAN SILVA MENENDEZ</b>, OAB 2592##SE.</p>
---	---

#### DADOS DO PROTOCOLO

**Tipo de Protocolo:** PETICIONAMENTO GERAL - Outras Petições

**Processo:** 201968000697

**Classe:** Procedimento Comum

<b>Dados do Processo Origem</b>			
<b>Número</b> 201968000697	<b>Classe</b> Procedimento Comum	<b>Competência</b> Frei Paulo	
<b>Guia Inicial</b> 201911300436	<b>Situação</b> ANDAMENTO	<b>Distribuido Em:</b> 13/05/2019	

<b>Partes</b>		
<b>Tipo</b>	<b>CPF</b>	<b>Nome</b>
Requerente	06449707585	ERCILIO DE OLIVEIRA DA SILVA JUNIOR
Requerido	09248608000104	SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DE SEGURO DPVAT

<b>Anexos</b>		
	<b>Nome</b>	<b>Tipo</b>
1	2610308_ELABORAR JUNTADA DE DOCS_01.pdf	Petição
2	2610308_ELABORAR JUNTADA DE DOCS_Anexo_01.pdf	Outros documentos

#### **ATENÇÃO!**

1. Documentos produzidos eletronicamente serão considerados originais, para os efeitos da lei, devendo os originais dos documentos digitalizados ser preservados pelo seu detentor até o trânsito em julgado da sentença ou, quando admitida, até o final do prazo para interposição de ação rescisória.
2. Os documentos cuja digitalização seja tecnicamente inviável devido ao grande volume ou por motivo de ilegibilidade deverão ser apresentados ao cartório ou secretaria no prazo de 10 (dez) dias contados do envio de petição eletrônica comunicando o fato, os quais serão devolvidos à parte após o trânsito em julgado.
3. Ressalvados os casos de sigilo e segredo de justiça, os documentos digitalizados juntados em processo eletrônico somente estarão disponíveis para acesso por meio da rede externa para suas respectivas partes processuais, através dos seus advogados, e para o Ministério Público.
4. Caso haja impedimento para o registro do processo eletrônico pelo Juízo, a solicitação será devolvida ao Portal do patrono solicitante (advogado, defensor público ou promotor de justiça), a fim de que possa ser submetido à regularização.
5. Atualize o seu e-mail para o Sistema Push. Este serviço promove o envio de correspondência eletrônica, dando-lhe informações sobre o andamento dos processos ajuizados por Vossa Senhoria. Se for caso de vinculação posterior a processos, o cadastro deverá ser realizado através do Portal TJSE.

[Imprimir](#)



**EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA ÚNICA VARA CÍVEL DA COMARCA DE FREI PAULO/SE**

Processo: 201968000697

**SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A**, previamente qualificada nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada por seus advogados que esta subscrevem, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **ERCILIO DE OLIVEIRA DA SILVA JUNIOR**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem respeitosamente, à presença de V. Exa., requerer que seja determinada a juntada do incluso processo administrativo pertinente ao processo em comento.

Nestes Termos,  
Pede Deferimento,

FREI PAULO, 28 de junho de 2019.

**JOÃO BARBOSA**  
**OAB/SE 780-A**

**KELLY CHRYSTIAN SILVA MENENDEZ**  
**2592 - OAB/SE**



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

---

Rio de Janeiro, 11 de Abril de 2019

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190269247**

**Vítima: ERCILIO DE OLIVEIRA DA SILVA JUNIOR**

**Data do Acidente: 13/08/2016**

**Cobertura: INVALIDEZ**

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

**Senhor(a), ERCILIO DE OLIVEIRA DA SILVA JUNIOR**

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



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

---

Rio de Janeiro, 17 de Abril de 2019

Nº do Pedido do  
Seguro DPVAT: 3190269247

Vítima: ERCILIO DE OLIVEIRA DA SILVA JUNIOR

Data do Acidente: 13/08/2016

Cobertura: INVALIDEZ

**Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO**

**Senhor(a), ERCILIO DE OLIVEIRA DA SILVA JUNIOR**

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

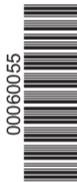
Foi verificado que o dano pessoal evoluiu sem sequela definitiva, razão pela qual não foi caracterizada a invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores orientações.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190269247      **Cidade:** Frei Paulo      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ERCILIO DE OLIVEIRA DA SILVA JUNIOR      **Data do acidente:** 13/08/2016      **Seguradora:** AMERICAN LIFE COMPANHIA DE SEGUROS

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

**Data da análise:** 16/04/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DO PLATÔ TIBIAL ESQUERDO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:** Sem sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** EM TODOS OS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIAM PRESENÇAS DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

## DANOS

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

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190269247      **Cidade:** Frei Paulo      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ERCILIO DE OLIVEIRA DA SILVA JUNIOR      **Data do acidente:** 13/08/2016      **Seguradora:** AMERICAN LIFE COMPANHIA DE SEGUROS

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

**Data da análise:** 16/04/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DO PLATÔ TIBIAL ESQUERDO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:** Sem sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** EM TODOS OS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIAM PRESENÇAS DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

**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

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

064.497.075-85

Nome completo da vítima:

Enaílio de Oliveira da Silva Júnior

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

Nome completo:

Enaílio de Oliveira da Silva Júnior

CPF:

064.497.075-85

Profissão:

autônomo

Endereço:

Conjunto Conde João Lima Furtosa

Número:

00

Bairro:

Fatelinha

Cidade:

Frei Paulo

Estado:

SC

CEP:

49514-000

E-mail:

Tel.(DDD):

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

DADOS CAUSAIS

RENDIMENTO:

RECUSO INFORMAR  ATÉ R\$1.000,00  
 SEM RENDA  R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00  
 R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00  
 ACIMA DE R\$10.000,00

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

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

Bradesco (237)  Itaú (341)  
 Banco do Brasil (001)  Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 2261

CONTA:

00010844

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

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

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_

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

(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.

## 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 atende 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 Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

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

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

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

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

Estou ciente de que a Seguradora 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.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data, Frei Paulo - SC, 20 de março de 2019  
Nome: Enaílio de Oliveira da Silva Júnior  
CPF: 064.497.075-85

### TESTEMUNHAS

1º | Nome: \_\_\_\_\_

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

Assinatura

2º | Nome: \_\_\_\_\_

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

Assinatura

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.



### DELEGACIA DE POLÍCIA DE FREI PAULO

RODOVIA BR 235, KM 735, CEP 49514000, CENTRO FONE:( ) 3447-1304

Boletim de Ocorrência 2017/06545.0-000032 - Alterado - (2ª via)

---

#### DELEGACIA RESPONSÁVEL

Nome: DELEGACIA DE POLÍCIA DE FREI PAULO

Endereço: RODOVIA BR 235, KM 735, CEP 49514000, CENTRO FONE:( ) 3447-1304

---

#### FATO

Natureza: FATO ATÍPICO

Data e Hora do Fato: 13/08/2016 - 00:00 até 13/08/2016 - 00:00

Endereço: RUA PRÓXIMO A PRAÇA DA JUVENTU Número: Complemento: CEP: 49514-000

Bairro: CENTRO Cidade: FREI PAULO - SE Circunscrição: DELEGACIA DE POLÍCIA DE FREI PAULO

Tipo de local: VIA PÚBLICA Meio Empregado: NENHUM

---

#### VÍTIMA-NOTICIANTE

Nome: ERCILIO DE OLIVEIRA DA SILVA JUNIOR

Nome do pai: ERCILIO DE OLIVEIRA DA SILVA Nome da mãe: JOSIENE SANTOS DE OLIVEIRA

Pessoa: Física CPF/CGC: 064.497.075-85 RG: 2142940480 UF: BA Órgão expedidor: SSP-BA

Naturalidade: RIBEIRÓPOLIS Data de nascimento: 09/06/1996 Sexo: Masculino Cor da cutis: Parda

Profissão: DESEMPREGADO Estado civil: Solteiro Grau de instrução: 2º Grau Completo

Endereço: Rua Alice Oliveira Número: 164 Complemento:

CEP: 49.514-000 Bairro: CENTRO Cidade: FREI PAULO UF: SE

Proximidades: Telefone: 79 999304540

---

#### HISTÓRICO

RELATA O NOTICIANTE/VÍTIMA QUE NO DIA, HORA E LOCAL ACIMA MENCIONADOS, AO TENTAR SAIR, DIRIGINDO, COM A MOTOCICLETA, MARCA HONDA/POP100, PLACA QKN7847, CHASSI 9C2HB0210ER462193, DE PROPRIEDADE DE RODRIGO JESUS DE OLIVEIRA, COR PRETA, SE DESEQUILIBROU E CAIU, POIS O TRIPÉ DA MESMA ESTAVA ARMADO; QUE, EM VIRTUDE DE TAL ACIDENTE, TEVE ALGUMAS ESCORIAÇÕES PELO CORPO E O JOELHO ESQUERDA FRATURADO.,

Acrescentado por Pedro Ralin Pires - 04/09/2018 às 11:39

QUE O NOTICIANTE PROCUROU A EMPRESA LÍDER NO DIA 23/08/2018 PARA RESOLVER UM PROCEDIMENTO REFERENTE AO SEGURO DPVAT. QUE FOI INFORMADO POR UM FUNCIONÁRIO DA LÍDER QUE PRECISAVA DE UMA DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DA MOTOCICLETA, MARCA HONDA/POP100, PLACA QKN7847, CHASSI 9C2HB0210ER462193. QUE O NOME DO REFERIDO PROPRIETÁRIO É RODRIGO JESUS OLIVEIRA. OCORRE QUE, O PROPRIETÁRIO DA MOTOCICLETA MUDOU-SE PARA O ESTADO DE SÃO PAULO E NÃO DEIXOU CONTATO. O NOTICIANTE NÃO SABE DO PARADEIRO DE RODRIGO JESUS OLIVEIRA. NADA MAIS DISSE E NEM LHE FOI PERGUNTADO.

Data e hora da comunicação: 23/01/2017 às 15:37  
Responsável pela Alteração: Pedro Ralin Pires

, Ultima Alteração: 15/03/2019 às 10:49.

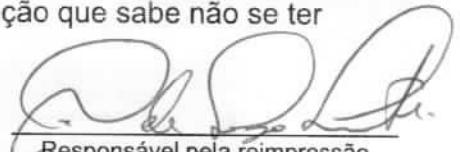
OBS.: As informações noticiadas pelo declarante/vítima são de sua inteira responsabilidade,

cabendo, inclusive, a responsabilização penal daquele que faltar com a verdade no fornecimento das informações, nos termos do artigo 340 do Código Penal Brasileiro: Art. 340 - Provocar a ação de autoridade, comunicando-lhe a ocorrência de crime ou de contravenção que sabe não se ter verificado: Pena - detenção, de um a seis meses, ou multa.

*Ercilio de Oliveira da Silva Júnior*

ERCILIO DE OLIVEIRA DA SILVA  
JUNIOR  
Responsável pela comunicação

Leogenes Bispo Correa  
Delegado(a) de Polícia



Responsável pela reimpressão  
Carlos de Souza Leite(AGENTE POLICIA  
JUD/LEI 7.874/14)

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

064.497.075-85

Nome completo da vítima:

Enaílio de Oliveira da Silva Júnior

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

Nome completo:

Enaílio de Oliveira da Silva Júnior

CPF:

064.497.075-85

Profissão:

autônomo

Endereço:

Conjunto Conde João Lima Furtosa

Número:

00

Bairro:

Fatelinha

Cidade:

Frei Paulo

Estado:

SC

CEP:

49514-000

E-mail:

Tel.(DDD):

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

DADOS CAUSAIS

RENDIMENTO:

RECUSO INFORMAR  ATÉ R\$1.000,00  
 SEM RENDA  R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00  
 R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00  
 ACIMA DE R\$10.000,00

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

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

Bradesco (237)  Itaú (341)  
 Banco do Brasil (001)  Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 2261  CONTA: 00010844 5  
(Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

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

AGÊNCIA:  CONTA:   
(Informar o dígito se existir)  CONTA:   
(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.

## 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 atende 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 Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

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

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

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

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

Estou ciente de que a Seguradora 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.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data, Frei Paulo - SC, 20 de março de 2019  
Nome: Enaílio de Oliveira da Silva Júnior  
CPF: 064.497.075-85

### TESTEMUNHAS

1º | Nome: \_\_\_\_\_

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

Assinatura

2º | Nome: \_\_\_\_\_

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

Assinatura

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 ínterio teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

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

MS/DATASUS

## HOSPITAL REGIONAL DE LAGARTO

No. DO BE: 357329  
CNS:DATA: 13/08/2016 HORA: 15:06 USUARIO: ANA  
SETOR: 01 - CLASSIFICACAO DE RISCO

Gy

## IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME : ERCILIO DE OLIVEIRA DA SILVA JUNIOR  
 IDADE : 20 ANOS NASC: 09/06/1996  
 ENDERECO : RUA ALICE OLIVEIRA  
 COMPLEMENTO : CASA BAIRRO:  
 MUNICIPIO : FREI PAULO  
 NOME PAI/MAE : ERCILIO DE OLIVEIRA DA SILVA /JOSIENE SANTOS DE OLIVEIRA  
 RESPONSAVEL : O PROPRIO  
 PROCEDENCIA : LAGARTO  
 ATENDIMENTO : OUTROS  
 CASO POLICIAL : NAO  
 ACID. TRABALHO: NAO

DOC...: 2142940480  
SEXO..: MASCULINO  
NUMERO: 64UF: SE CEP...:  
TEL...: 999896414PLANO DE SAUDE....: NAO  
VEIO DE AMBULANCIA: NAO

TRAUMA: NAO

PA: [ X mmHg ] PULSO: [ ] TEMP.: [ ]

EXAMES COMPLEMENTARES: [ ] RAIO X [ ] SANGUE [ ] URINA [ ] TC  
[ ] LIQUOR [ ] ECG [ ] ULTRASSONOGRAFIA

SUSPEITA DE VIOLENCIA OU MAUS TRATOS: [ ] SIM [ ] NAO

## DADOS CLINICOS:

Faciente com trauma na perna direita. Trauma TC.  
 Frx de plato tibial (metatarso) com desvio  
 CO: - Frx conservado  
 - Tela grande p/ 30 dias

## DIAGNOSTICO:

CID:

## PRESCRICAO

## HORARIO DA MEDICACAO

DATA DA SAIDA: 13/08/16

HORA DA SAIDA: :  
[ ] DESISTENCIAALTA: [ ] DECISAO MEDICA [ ] A PEDIDO [ ] EVASAO  
[ ] ENCAMINHADO AO AMBULATORIO  
INTERNACAO NO PROPRIO HOSPITAL (SETOR):

## TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):

OBITO: [ ]ATE 48HS [ ] APOS 48HS

[ ] FAMILIA [ ] IML [ ] ANAT. PAT

Dr. Wagner Lucena

Ortopedia e Traumatologia

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSAVEL

ASSINATURA CRM/SE 4255 MEDICO



Semedi

Paciente: **ERGILIO DE OLIVEIRA DA  
SILVA JUNIOR**

Data de Nascimento: 09/06/1996  
Data do Exame: 12/08/2016  
Procedência: Emergência

Nº do Paciente:  
1119562  
Solicitante:  
Nº do Exame: 1119562  
Sexo:  
Convênio:

## TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO JOELHO ESQUERDO

### **TÉCNICA:**

Exame realizado com cortes axiais sem injeção venosa do contraste iodado.

### **RESULTADO:**

Fratura cominutiva da área intercondilar da tíbia, com extensão articular. Derrame articular com presença de conteúdo denso, sugerindo sangue. Infiltração líquida dos planos músculo-adiposos do joelho. Relações articulares preservadas.

### **CONCLUSÃO:**

Fratura cominutiva da área intercondilar da tíbia, com extensão articular. Derrame articular com presença de conteúdo denso, sugerindo sangue. Infiltração líquida dos planos músculo-adiposos do joelho.

Assinado Eletronicamente por: Dra. Cristiane Carvalho | CRM - 870250-RJ através de Telelaudo Tecnologia Médica Ltda | CRM ES-1964-55 em Laudo Radiológico Criado em 13/08/2016 13:03:12 GMT -3 (Brasília Time)

Este documento contém informações de saúde identificáveis que são objeto de proteção legal. Esta informação destina-se ao uso exclusivo da instituição mencionada acima. Este é um exame complementar à consulta clínica. Descrições e hipóteses diagnósticas aqui contidas não devem ser analisadas isoladamente, mas correlacionadas com as demais informações (anamnese, exame físico e outros exames) pelo médico/dentista do paciente, a quem compete, exclusivamente, concluir o diagnóstico e decidir a conduta a ser seguida. O relator se coloca à disposição do médico/dentista para quaisquer esclarecimentos necessários.

**JOSIENE SANTOS DE JESUS**  
CJ JOAO CONCEAO LIMA FEITOSA, 5/N - PORTEIRINHA  
FREI PAULO / SE CEP: 49514-000 (AG. 30)

Emissão: 21/01/2019 Referência: Jan / 2019  
Cle. e Subcl. RESIDENCIAL / BAIXA PENDA MONOFÁSICO  
Rótulo: 15 - 80 - 345 - 4345 10 medidor W5036784157



E-ENERGIA SERVIÇOS E TECNOLOGIAS ENERGÉTICAS LTDA  
Rua Mário Covas, nº 25 - Centro - São Paulo - SP - CEP: 01000-000  
Fone: (11) 370-7000 - Fax: (11) 370-7048  
E-mail: [contato@e-energia.com.br](mailto:contato@e-energia.com.br)  
CNPJ: 00.111.63.988-74. para DIB. Aut. ministrada: 00011163988

Atendimento ao Cliente ENERGISA **08000 79 0196** Acesse: [www.energisa.com.br](http://www.energisa.com.br)

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF / CNPJ / RAN
Jan / 2019	24/01/2019	22/02/2019	037.133.636-30

#### **UC (Unidade Consumidora):**

3/1115298-8

### **Canal de contato**

- Tanto Social de Energia Elétrica - TSEE foi criado pelo Le  
nº 10.438 de 28 de abril de 2007

Anterior		Atual		Constante		Consumo		Dias	
Data	Leitura	Data	Leitura						
26/12/18	511	24/01/19	521				110		28
<b>Demonstrativo</b>									
CDI	Descrição	Quantidade	Tarifa	Vlgs	Base	Obs.	Imp.	Base	Imp.
				Total	(R\$)	(MWh)	VAT	Período	(R\$)
DBU1	Consumo 0-50kWh-BR	30.000	0,255300	7.51	7.51	15.15	1.51	7.51	1.51
DBU1	Consumo 31 a 100kWh-BR	70.000	0,423100	30.02	30.02	30.02	7.50	30.02	30.02
DBU1	Consumo >101 a 200kWh-BR	15.070	0,632700	8.43	8.43	24	1.81	8.43	1.81
DBU1	Subsídio			37.75	37.75	26	9.11	37.75	9.11
LAM, AVENTOS E SERVIÇOS									
0904	JUROS DE MORA 11/2018		0,44	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
0904	JUROS DE MORA 12/2018		0,14	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
0805	MULTA 11/2018		1,07	0,00	2	0,00	0,00	0,00	0,00
0805	MULTA 12/2018		0,82	0,00	1	0,00	0,00	0,00	0,00
0908	Devolução Subsídio		26,14	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00

CCJ: Código de Classificação do Item - TOTAL

Média últimos meses (kWh)	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
25	31/01/2019	R\$ 58,05

#### Histórico de Consumo (kWh)

100-1000 (KWH)

9440.8fe4 2aa8 b1f3 8063 8c28 d- a-

Indicadores de Qualidade

	<b>Limites da ANEEL</b>	<b>Ajurado</b>	<b>Limite de Tensão (V)</b>
IGMENSAL	5,79	0,00	NOMINAL
IG TRIMESTRAL	11,58		127
IG ANUAL	23,16		
CMENSAL	11,58		
CTRIMESTRAL	17,47	0,00	CONTRATADA
CANUAL	35,94		LÍMITE INFERIOR
MENSAL	17,47		LÍMITE SUPERIOR
CB	35,94	0,00	

Discrimination	Value (%)	%
1	100.00	100.00
2	99.99	99.99
3	99.98	99.98
4	99.97	99.97
5	99.96	99.96
6	99.95	99.95
7	99.94	99.94
8	99.93	99.93
9	99.92	99.92
10	99.91	99.91
11	99.90	99.90
12	99.89	99.89
13	99.88	99.88
14	99.87	99.87
15	99.86	99.86
16	99.85	99.85
17	99.84	99.84
18	99.83	99.83
19	99.82	99.82
20	99.81	99.81
21	99.80	99.80
22	99.79	99.79
23	99.78	99.78
24	99.77	99.77
25	99.76	99.76
26	99.75	99.75
27	99.74	99.74
28	99.73	99.73
29	99.72	99.72
30	99.71	99.71
31	99.70	99.70
32	99.69	99.69
33	99.68	99.68
34	99.67	99.67
35	99.66	99.66
36	99.65	99.65
37	99.64	99.64
38	99.63	99.63
39	99.62	99.62
40	99.61	99.61
41	99.60	99.60
42	99.59	99.59
43	99.58	99.58
44	99.57	99.57
45	99.56	99.56
46	99.55	99.55
47	99.54	99.54
48	99.53	99.53
49	99.52	99.52
50	99.51	99.51
51	99.50	99.50
52	99.49	99.49
53	99.48	99.48
54	99.47	99.47
55	99.46	99.46
56	99.45	99.45
57	99.44	99.44
58	99.43	99.43
59	99.42	99.42
60	99.41	99.41
61	99.40	99.40
62	99.39	99.39
63	99.38	99.38
64	99.37	99.37
65	99.36	99.36
66	99.35	99.35
67	99.34	99.34
68	99.33	99.33
69	99.32	99.32
70	99.31	99.31
71	99.30	99.30
72	99.29	99.29
73	99.28	99.28
74	99.27	99.27
75	99.26	99.26
76	99.25	99.25
77	99.24	99.24
78	99.23	99.23
79	99.22	99.22
80	99.21	99.21
81	99.20	99.20
82	99.19	99.19
83	99.18	99.18
84	99.17	99.17
85	99.16	99.16
86	99.15	99.15
87	99.14	99.14
88	99.13	99.13
89	99.12	99.12
90	99.11	99.11
91	99.10	99.10
92	99.09	99.09
93	99.08	99.08
94	99.07	99.07
95	99.06	99.06
96	99.05	99.05
97	99.04	99.04
98	99.03	99.03
99	99.02	99.02
100	99.01	99.01
Total	99.99	100.00

ATENÇÃO

**ATENÇÃO**  
- Sua unidade foi faturada como Brava Fendt 510L, um valor de R\$ 35.14.  
Aterro. A responsabilidade é da montadora por causa do prejuízo ao munícipio.

Features and options

- Sua verdadeira faturação com Banco Ficio de 10/11/11 é de R\$ 25,14. Atenção! A responsabilidade é da instituição financeira e não do seu provedor de internet.

MS/DATASUS

## HOSPITAL REGIONAL DE LAGARTO

No. DO BE: 357329  
CNS:DATA: 13/08/2016 HORA: 15:06 USUARIO: ANA  
SETOR: 01 - CLASSIFICACAO DE RISCO

Gy

## IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME : ERCILIO DE OLIVEIRA DA SILVA JUNIOR  
 IDADE : 20 ANOS NASC: 09/06/1996  
 ENDERECO : RUA ALICE OLIVEIRA  
 COMPLEMENTO : CASA BAIRRO:  
 MUNICIPIO : FREI PAULO  
 NOME PAI/MAE : ERCILIO DE OLIVEIRA DA SILVA /JOSIENE SANTOS DE OLIVEIRA  
 RESPONSAVEL : O PROPRIO  
 PROCEDENCIA : LAGARTO  
 ATENDIMENTO : OUTROS  
 CASO POLICIAL : NAO  
 ACID. TRABALHO: NAO

DOC...: 2142940480  
SEXO..: MASCULINO  
NUMERO: 64UF: SE CEP...:  
TEL...: 999896414PLANO DE SAUDE....: NAO  
VEIO DE AMBULANCIA: NAO

TRAUMA: NAO

PA: [ X mmHg ]

PULSO: [ ]

TEMP.: [ ]

EXAMES COMPLEMENTARES: [ ] RAIO X [ ] SANGUE [ ] URINA [ ] TC  
[ ] LIQUOR [ ] ECG [ ] ULTRASSONOGRAFIA

SUSPEITA DE VIOLENCIA OU MAUS TRATOS: [ ] SIM [ ] NAO

## DADOS CLINICOS:

Faciente com trauma na perna direita. Trauma TC.  
 Frx de plato tibial (metatarso) com desvio  
 CO: - Frx conservado  
 - Tela grande p/ 30 dias

## DIAGNOSTICO:

CID:

## PRESCRICAO

## HORARIO DA MEDICACAO

DATA DA SAIDA: 13/08/16

HORA DA SAIDA: :  
[ ] DESISTENCIAALTA: [ ] DECISAO MEDICA [ ] A PEDIDO [ ] EVASAO  
[ ] ENCAMINHADO AO AMBULATORIO  
INTERNACAO NO PROPRIO HOSPITAL (SETOR):TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):  
OBITO: [ ]ATE 48HS [ ] APOS 48HS

[ ] FAMILIA [ ] IML [ ] ANAT. PAT

Dr. Wagner Lucena

Ortopedia e Traumatologia

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSAVEL

ASSINATURA CRM/SE 4255 MEDICO



Semedi

Paciente: **ERGILIO DE OLIVEIRA DA  
SILVA JUNIOR**

Data de Nascimento: 09/06/1996  
Data do Exame: 12/08/2016  
Procedência: Emergência

Nº do Paciente:  
1119562  
Solicitante:  
Nº do Exame: 1119562  
Sexo:  
Convênio:

## TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO JOELHO ESQUERDO

### **TÉCNICA:**

Exame realizado com cortes axiais sem injeção venosa do contraste iodado.

### **RESULTADO:**

Fratura cominutiva da área intercondilar da tíbia, com extensão articular. Derrame articular com presença de conteúdo denso, sugerindo sangue. Infiltração líquida dos planos músculo-adiposos do joelho. Relações articulares preservadas.

### **CONCLUSÃO:**

Fratura cominutiva da área intercondilar da tíbia, com extensão articular. Derrame articular com presença de conteúdo denso, sugerindo sangue. Infiltração líquida dos planos músculo-adiposos do joelho.

Assinado Eletronicamente por: Dra. Cristiane Carvalho | CRM - 870250-RJ através de Telelaudo Tecnologia Médica Ltda | CRM ES-1964-55 em Laudo Radiológico Criado em 13/08/2016 13:03:12 GMT -3 (Brasília Time)

Este documento contém informações de saúde identificáveis que são objeto de proteção legal. Esta informação destina-se ao uso exclusivo da instituição mencionada acima. Este é um exame complementar à consulta clínica. Descrições e hipóteses diagnósticas aqui contidas não devem ser analisadas isoladamente, mas correlacionadas com as demais informações (anamnese, exame físico e outros exames) pelo médico/dentista do paciente, a quem compete, exclusivamente, concluir o diagnóstico e decidir a conduta a ser seguida. O relator se coloca à disposição do médico/dentista para quaisquer esclarecimentos necessários.

