



**Poder Judiciário  
Do Estado de Sergipe**

**VARA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRÂNSITO DA COMARCA DE ARACAJU**  
**Av. Pres. Tancredo Neves, Bairro Capucho, Aracaju/SE, CEP 49080470**  
**Horário de Funcionamento: 07:00 às 13:00**

**Dados do Processo**

Processo: 202040600483	Distribuição: 14/04/2020
Número Único: 0016901-72.2020.8.25.0001	Competência: Vara de Acidentes e Delitos de Trânsito
Classe: Procedimento Comum	Fase: POSTULACAO
Situação: Andamento	Processo Principal: *****
Processo Origem: *****	

**Assuntos**

- DIREITO CIVIL - Responsabilidade Civil - Seguro Obrigatório - Invalidez
- DIREITO CIVIL - Responsabilidade Civil - Indenização por Dano Moral - Ato Ilícito

**Dados das Partes**

Requerente: RIVALDO ALVES  
Endereço: RUA H  
Complemento:  
Bairro: PONTO NOVO  
Cidade: ARACAJU - Estado: SE - CEP: 49047140  
Advogado(a): ELTON SOARES DIAS 10289/SE  
Requerido: SEGURADORA LÍDER DO CONSÓRCIO DO SEGURO DPVAT S.A.  
Endereço: RUA SENADOR DANTAS, 5º ANDAR  
Complemento: 5º ANDAR  
Bairro: CENTRO  
Cidade: RIO DE JANEIRO - Estado: RJ - CEP: 20031201  
Advogado(a): KELLY CHRYSTIAN SILVA MENENDEZ 2592/SE



**Poder Judiciário  
Do Estado de Sergipe**

**VARA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRÂNSITO DA COMARCA DE ARACAJU**  
**Av. Pres. Tancredo Neves, Bairro Capucho, Aracaju/SE, CEP 49080470**  
**Horário de Funcionamento: 07:00 às 13:00**

**Processos Apensados:**

--

**Processos Dependentes:**

--



Poder Judiciário  
Do Estado de Sergipe

VARA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRÂNSITO DA COMARCA DE ARACAJU  
Av. Pres. Tancredo Neves, Bairro Capucho, Aracaju/SE, CEP 49080470  
Horário de Funcionamento: 07:00 às 13:00

**PROCESSO:**

202040600483

**DATA:**

08/06/2021

**MOVIMENTO:**

Juntada

**DESCRIÇÃO:**

Juntada de Outras Petições realizada nesta data. {Movimento Gerado pelo Advogado: KELLY CHRYSTIAN SILVA MENENDEZ - 2592}

**LOCALIZAÇÃO:**

Secretaria

**PUBLICAÇÃO:**

Não



**EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA VARA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRÂNSITO DA COMARCA DE ARACAJU/SE**

Processo: 202040600483

**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 **RIVALDO ALVES**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem respeitosamente, à presença de V. Exa., em cumprimento ao despacho de fls. requerer a juntada dos inclusos documentos que comprovam que a invalidez apurada é anterior ao sinistro em tela.

Conforme os documentos que seguem, a vítima já havia recebido administrativamente verba indenizatória DPVAT, em virtude de acidente automobilístico ocorrido em 25/10/2013.

Frisa-se que, a parte autora requereu o recebimento do Seguro Obrigatório DPVAT nos autos do processo administrativo em questão, em decorrência de invalidez de **25% do punho esquerdo**, ou seja, o requerente sustenta seu pleito indenizatório em lesão idêntica a que fora recebida anteriormente.

Constata-se que os documentos acostados aos autos comprovam que o acidente que ocasionou a debilidade permanente foi anterior ao narrado na inicial, não havendo, portanto, nexos de causalidade entre o novo acidente e a lesão apresentada pela parte autora.

Deste modo, é irrefragável que a presente lide tem o mesmo pedido de outra ação que teve o mérito julgado, uma vez que a parte autora sequer comprova que houve agravamento da lesão em virtude de um suposto novo acidente automobilístico.

Diante do exposto, a improcedência do pedido é a medida que se impõe.

Nestes Termos,  
Pede Deferimento,

ARACAJU, 7 de junho de 2021.

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

# BANCO BRADESCO S.A.

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANÇA

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

BANCO: 237            AGÊNCIA: 2373-6            CONTA: 000000429200-6

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 21/10/2014

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: RIVALDO ALVES

BANCO: 237

AGÊNCIA: 03162-3

CONTA: 000001017697-2

---

Nr. Autenticação

BRADESCO2110201405000000000023703162000001017697168750 PAGO

## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 2014219953

**Cidade:** Aracaju

**Natureza:** Invalidez Permanente

**Vítima:** RIVALDO ALVES

**Data do acidente:** 25/10/2013

**Seguradora:** YASUDA SEGUROS S/A

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

**Data da análise:** 14/08/2014

**Valoração do IML:** 13

**Diagnóstico:** FRATURA DE RADIO DIREITO

**Resultados terapêuticos:** COM SEQUELA

**Sequelas permanentes:** LIMITACAO FUNCIONAL EM PUNHO ESQUERDO

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** INVALIDEZ PARCIAL /PUNHO ESQUERDO : 50% DE 25%= 12,5%

**Documentos complementares:**

**Observações:**

### 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 punhos	25 %	Em grau médio	12,5 %	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

### PRESTADOR

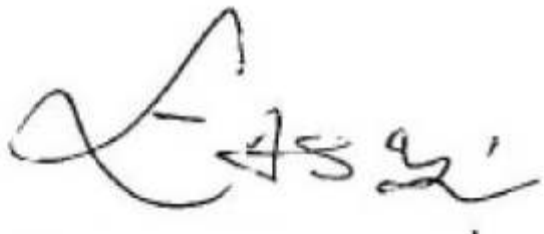
Visão Médica Ltda

**Nome do médico:** EDSON L D ANDRADE

**CRM do médico:** 52.44121-9

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**





MS/DATASUS

HOSPITAL GOVERNADOR JOAO ALVES FILHO

No. DO BE: 891557  
CNS:DATA: 28/10/2013 HORA: 10:51 USUARIO: VCDSOUZA  
SETOR: 05-ORTOPEDIA

## IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME : RIVALDO ALVES DOC....: 764243  
 IDADE.....: 50 ANOS NASC: 11/07/1963 SEXO...: MASCULINO  
 ENDereco.....: AV SANTA GLEIDE/LOT NOVA LIBERDADE NUMERO: 2437  
 COMPLEMENTO...: SAO CARLOS BAIRRO: OLARIA  
 MUNICIPIO.....: ARACAJU UF: SE CEP....: -  
 NOME PAI/MAE...: NAO CONSTA /MARIA DAS DORES ALVES  
 RESPONSÁVEL...: O PROPRIO TEL....: 79-3252273  
 PROCEDENCIA...: ARACAJU - CAPITAL 7  
 ATENDIMENTO...: REVISAO  
 CASO POLICIAL.: NAO PLANO DE SAUDE.....: NAO TRAUMA: NAO  
 ACID. TRABALHO: NAO VEIO DE AMBULANCIA: NAO

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

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

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

DADOS CLINICOS:

DATA PRIMEIROS SINTOMAS: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

ANOTACOES DA ENFERMAGEM:

*fm. By do Rino*  
*PR / ECG / 10/3*

DIAGNOSTICO:

CID:

PRESCRICAO

HORARIO DA MEDICACAO

DATA DA SAIDA: / /

ALTA: [ ] DECISAO MEDICA [ ] A PEDIDO [ ] EVASAO [ ] DESISTENCIA  
 [ ] ENCAMINHADO AO AMBULATORIO  
 INTERNACAO NO PROPRIO HOSPITAL (SETOR):

TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):

OBITO: [ ] ATE 48HS [ ] APOS 48HS [ ] FAMILIA [ ] IML [ ] ANAT. PATOL

*Edilma Santos Alves*  
 ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSÁVEL

HUSE  
 ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO  
 EXAME: 28/10/13

Data: 28/10/13

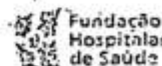
Horário:

Técnico:

RECIBIDO

18-MAR-2014

DELPHOS



## HOSPITAL REGIONAL JOSÉ FRANCO SOBRINHO

### TERMO DE RESPONSABILIDADE (AUTORIZAÇÃO DE CIRURGIA)

Eu, Rivaldo Alves, RG                     

autorizo a cirurgia de frat. Radio Mistal D

Estou ciente que a cirurgia, independentemente de todos os cuidados a serem tomados, experiência profissional e técnica adequada a ser utilizada, sempre envolvem riscos e podem levar a complicações conhecidas e outras imprevisíveis, mas que tudo será feito para impedir o seu aparecimento.

Estou ciente, ainda, de que podem ocorrer complicações durante o procedimento cirúrgico, e que estas intercorrências podem exigir providências imediatas, a critério do(a) médico(a), para assegurar minha integridade física e saúde. Assim, autorizo as medidas que forem necessárias, indicadas pelo(a) médico(o), incluindo eventual remoção de urgência, internação em unidade de terapia intensiva, remoções para outras instituições com recursos que meu caso exigir.

Da mesma forma, fui informado(a) que existem complicações associadas à anestesia proposta para esta cirurgia, como reações alérgicas, pouco ou muito graves, aos anestésicos e demais medicamentos a serem utilizados.

Tenho conhecimento que durante o procedimento cirúrgico ou no período de pós-operatório, podem aparecer situações inusitadas que requiram procedimentos adicionais e não previstos no presente termo e descritos neste informe, que poderão ser indicados visando o sucesso do tratamento.

Isto não me faz saber(a) do que usar da capacidade técnica e dos esforços de recuperação, mas não existe garantia ou segurança ABSOLUTA no resultado desta cirurgia, com relação à minha doença.

Edilma Santos Alves

Assinatura

SEMPRE LÍBRO DE REGISTRO Nº 11001-14-10-03 45593 1/1





GOVERNO DE SERGIPE  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE



## AMBULATÓRIO DE RETORNO DO HUSE

### RECEITUÁRIO

PACIENTE: Rivaldo Alves

O paciente acima está em  
reabilitação de fratura do  
punho (operado em 26/11/13) e  
ainda necessita de mais 2 meses  
de afastamento do trabalho

CID 552-5

DATA 14/01/14

Dr. Andrey Smit  
Ortopedista  
CRM 823

MÉDICO (Assinatura e carimbo)

SESPRODOR LIDER PRAT SETOR PROTOCOLO 14-MAR-2014 18:02 495389 1/1





MS/DATASUS

HOSPITAL GOVERNADOR JOAO ALVES FILHO

No. DO RE: 891557

DATA: 28/10/2013 HORA: 10:51

USUARIO: VCDSOUZA

CNS:

SETOR: 05-ORTOPEDIA

## IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME : RIVALDO ALVES  
 IDADE : 50 ANOS NASC: 11/07/1963  
 ENDERECO : AV SANTA GLEIDE/LOT NOVA LIBERDADE  
 COMPLEMENTO : SAO CARLOS BAIRRO: OLARIA  
 MUNICIPIO : ARACAJU UF: SE CEP :  
 NOME PAI/MAE : NAO CONSTA /MARIA DAS DORES ALVES  
 RESPONSAVEL : O PROPRIO TEL : 79-3252273  
 PROCEDENCIA : ARACAJU - CAPITAL  
 ATENDIMENTO : REVISAO  
 CASO POLICIAL : NAO PLANO DE SAUDE : NAO TRAUMA : NAO  
 ACID. TRABALHO : NAO VEIO DE AMBULANCIA : NAO

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

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

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

DADOS CLINICOS:

DATA PRIMEIROS SINTOMAS: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

ANOTACOES DA ENFERMAGEM:

DIAGNOSTICO:

CID:

PRESCRICAO

HORARIO DA MEDICACAO

DATA DA SAIDA:

ALTA: [ ] DECISAO MEDICA [ ] A PEDIDO [ ] EVASAO

HORA DA SAIDA:

[ ] DESISTENCIA

[ ] ENCAMINHADO AO AMBULATORIO

INTERNACAO NO PROPRIO HOSPITAL (SETOR):

TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):

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

[ ] FAMILIA [ ] IML [ ] ANAT. PATOL

HUSE

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSAVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

Data: 28/10/13

Horário:

Técnico:

18-MAR-2014

DELPHOS

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE SERGIPE  
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA  
COORDENADORIA GERAL DE PERÍCIAS  
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO "DR. CARLOS MENDES"

**CARTEIRA DE IDENTIDADE**

ASSIGNATÁRIO DO TITULAR

**Rivaldo Alves**

ADULTO C/ALTOBOA

Assinatura do Titular: *Rivaldo Alves*

COLEGAR DIREITO

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL

764.243 2. VIA DATA DE EXPEDIÇÃO 25/04/2006

NOME RIVALDO ALVES

RELACÃO

Mãe CONSTA DOC. APRESENTADO

NATURALIDADE

PARA DMS DRES ALVES

ARMADILHE

DOC ORIGEM

DATA DE NASCIMENTO 11/07/1963

CT. CASMI, NR 2011 LV 807 FL 088W

CRT. DIST. COM. PORTO REAL DO COLÉGIO/A

PTS 575.097.605-00

PTS 12107872381 ASSINATURA DO TITULAR

LEI Nº 11.719/06 DE 20/08/06

Assinatura do Titular: *Rivaldo Alves*

MINISTÉRIO DA FAZENDA

**Receita Federal**  
Cadastro de Pessoas Físicas

**COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO**

Número  
**575.097.605-00**

Nome  
**RIVALDO ALVES**

Nascimento  
**11/07/1963**

**VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO**

DOCUMENTOS DE IDENTIFICAÇÃO

\*1004037



SECRETARIA LIDER OPART SETOR PROTOCOLOS 14-MAR-2014 18:42 495386 1/1

Laudu Pericial  
Digitalizado

21 / 03 / 14

*Manica*  
Assinatura

LAUDO DO IML - LESOES CORPORAIS

\*100403



INSTITUTO MÉDICO LEGAL  
**LAUDO PERICIAL**  
**Lesões Corporais**

*Rivaldo Alves*

*Laudu nº 10364/2013*

SEMPRODIA LIXER (PUB) SETOR PROTOCOLO# 14-MR-2014 10-03 495394 1/1

21/01/14



GOVERNO DE SERGIPE  
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA  
COORDENADORIA GERAL DE PERÍCIAS  
INSTITUTO MÉDICO LEGAL "DR. AUGUSTO LEITE"

LAUDO DO EXAME DE LESÕES CORPORAIS

sexta-feira, 20 de dezembro de 2013

Nº Laudo  
10364/2013

Dados Da Vítima

Nome da Vítima	RIVALDO ALVES	Nascimento	11/07/1963	Idade	50	Naturalidade	ARACAJU
Estado Civil	CASADO	Sexo	MASCULINO	Cor	PARDA	Profissão	AUXILIAR DE ALMOXARIFADO
Instrução	ENSINO FUNDAMENTAL	Nome da Mãe	MARIA DAS DORES ALVES	Nome do Pai	NÃO DECLARADO	UF	SE
Endereço	AVENIDA SANTA GLEIDE Nº 2437	Bairro	NOVA LIBERDADE	Município	ARACAJU/SE		
Nome da Autoridade	CARIMBO NÃO LEGÍVEL DO DELEGADO	Função	CARIMBO NÃO LEGÍVEL DO DELEGADO	Unidade	10ª DELEGACIA METROPOLITANA		

1º Perito Relator	DR. FRANCISCO MÁXIMO DE JESUS	Cremeset/Crose	0529	2º Perito Relator		Cremeset/Crose	MS - 10364/2013
Local da Perícia	Sala do IML	Tipo		Causa			

Histórico/Descrição  
Histórico

Relata o periciado que por volta das 22h30 do dia 25/10/2013 foi vítima de atropelamento por um carro enquanto trafegava em sua bicicleta.

Descrição

Ao exame apresenta aumento e volume do terço inferior do antebraço direito acompanhado de uma cicatriz cirúrgica com 8,0cm de extensão em face interna. Limitação de flexão e extensão do punho. Relatório médico CRM 1998 "Fratura de extremidade distal do rádio, submetido a osteossíntese com placa e parafusos.

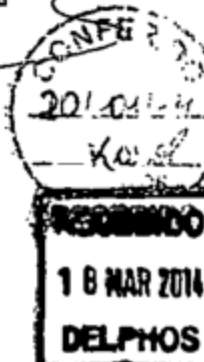
Comentário Médico/Conclusão/Questões Respostas  
Comentário Médico - Forense

Ante o exposto, podemos afirmar que existe nexo entre as lesões e ação contundente. As lesões não trazem perigo de vida, porém se faz necessário afastá-lo de suas ocupações habituais por período superior a 30 dias.

Conclusão

- 1) Houve ofensa à integridade física da vítima.
- 2) Lesões produzidas por ação contundente.
- 3) Exame realizado as 09h50 do dia 20/12/2013.

Dr. Francisco Máximo de Jesus  
Médico Perito Legista 1ª Classe  
CRM 1998-0529



SEJUS00001 LITER DEPART SETOR PROTOCOLO# 14-MAR-2014 10:03 4953395 1/1

Quésitos/Respostas

1º) Houve ofensa a integridade ou a saúde do paciente?  
Sim.


2º) Qual o instrumento ou meio que produziu a ofensa?  
Ação contundente.

3º) A ofensa foi produzida com emprego de veneno, fogo, explosivo, asfixia, tortura ou por meio insidioso ou cruel, ou que podia resultar perigo comum?  
Não.

4º) Da ofensa resultou incapacidade para as ocupações habituais por mais de trinta (30) dias?  
Sim.

5º) Da ofensa resultou perigo de vida?  
Não.

6º) Da ofensa resultou incapacidade incurável perda ou inutilização de membro, sentido ou função ou deformidade permanente?  
Depende de perícia complementar com 120 dias.

  
DR. FRANCISCO MÁXIMO DE JESUS  
0529  
Dr. Francisco Máximo de Jesus  
Médico Perito Legista 1.ª Classe  
CREMESE 0529

MS - 10364/2013

Perícia Pericial  
Digitalizado


23 / 03 / 14

maria

SEJUS00081 LIDER DEPART SETOR PROTOCOLOS 14-MAR-2014 18:53 4953396 1/1



PROTOCOLO DE AVISO PROVISÓRIO

 Seguradora Líder dos  
Consórcios do Seguro DPVAT

**SINISTRO**

Número do Protocolo: ASP-572155/2014

Aviso: CORREIOS

Natureza: Invalidez

**QUALIFICAÇÃO DO EVENTO**

Vítima: RIVALDO ALVES

Data de Nascimento: 11/09/1963

Seguradora: YASUDA SEGUROS S/A

Dependência: 806

Data do Sinistro: 25/10/2013

CPF da Vítima: 575.097.605-00

CPF de: Próprio

Titular do CPF: RIVALDO ALVES

**DOCUMENTOS SINISTRO**

Nenhum documento de sinistro entregue.

**DOCUMENTOS BENEFICIÁRIO**

Nenhum documento de beneficiário entregue.

**CONTATO**

Nome: RIVALDO ALVES

Telefone:

5-7236

OUTROS

\*1004054\*



Aviso de sinistro provisório por insuficiência na documentação mínima para o seu cadastramento total. Os documentos ora protocolados no anexo, ficarão aguardando os demais necessários à continuidade da regulação do sinistro.

Data de emissão deste aviso provisório: 14/03/2014





Seguradora Líder - DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS

539800080-LÍDER-DPVAT-SETH-PROTODOT-14-MAR-2014 18:02 495384 1/1

### IDENTIFICAÇÃO:

VÍTIMA Rivaldo Alves  
DATA DO ACIDENTE 26/10/2013 CPF DA VÍTIMA 525.097.605-00  
PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO RG 764.243 SSP/SE  
QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR ☒ VÍTIMA ☐ REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM A VÍTIMA É Rivaldo Alves  
ENDEREÇO DO PORTADOR Av. Santa Geneide  
Nº 2437 COMPLEMENTO Casa BAIRRO OLARIA  
CIDADE AAARAU UF SE CEP 49090-270  
E-MAIL \_\_\_\_\_ TELEFONE ( 79 ) 8826-7236

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

### DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- ☐ REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- ☐ CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- ☐ NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA
- ☐ BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- ☐ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

### DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- ☐ CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
  - ☐ CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
  - ☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

### DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- ☒ REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- ☒ CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☒ CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☒ RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ COMPROVANTES (ORIGINALS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
- ☐ NOTAS FISCAIS (ORIGINALS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☒ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- ☒ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

### DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- ☐ CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
  - ☐ CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
  - ☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

### INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- MORTE = R\$ 13.500,00
- INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00, ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
- DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO), ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.

- O PRAZO PARA O PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS, CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA NA SEGURADORA LÍDER DPVAT
- COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
- PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSSE [WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR](http://WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR) OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 27/02/2014

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NOS CORREIOS

DATA 27/02/2014 MATR. CORREIOS 8.706653-1

IDENTIDADE 764.243 SSP/SE

NOME JOSE RODRIGUES DO ROSA

ASSINATURA Rivaldo Alves

ASSINATURA Jose Rodrigues do Rosa





RUA CAMPO DO BRITO, 331 - R. 13 de Julho - 49.020-380 - Aracaju/SE  
CNPJ 13.013.171/0001-90 - INSC. EST. 27.051.036-2 - site: www.deso-se.com.br  
e-mail: atendimento@deso-se.com.br - PABX (79) 3228-1000 - FAX (79) 3228-1003

08000-790195

## FATURA MENSAL DE SERVIÇOS DE ÁGUA E ESGOTO

CONSUMIDOR		NOME DO CLIENTE	
001	143493.4	RIVALDO ALVES	
Endereço (Rua, Nº)			
AV STA GLEIDE, 2437			
CEP	Roteiro de Leitura	Ident. do Hidrômetro	Res. Com. Ind. Pub.
49090-270	016025/00149	Y11S053403	1 0 0 0
Leitura Atual	Leitura Anterior	Consumo m³	Data da Leitura
446	437	10	07/07/2014
			Dias de Consumo
			30

Descrição dos Serviços		Valores
ÁGUA		22,83
ESGOTO		0,00
024 ATUALIZAÇÃO MONETARIA	0101	0,12
050 MULTA POR ATRASO	0101	1,03
062 JUROS	0101	0,27

Responsável	Histórico de Consumos/m³						Média			
00000	01/2014 012	02/2014 007	03/2014 012	04/2014 012	05/2014 008	06/2014 011	10			
Motivo da Ausência de Leitura	Código Auxiliar									
	1R000									
Débito do Exercício	Débito do Exercício Anterior									
J F M A M J J A S O N D										
Caso tenha pago desconsiderar o aviso										
A	E	S	R	Mês / Ano		VALORES EM R\$				
3	1	51	51	07/2014		ÁGUA	22,83			
							ESGOTO	0,00		
							SERVIÇOS	1,42		
							TOTAL	24,25		
							VENCIMENTO	18/07/2014		

Declaro Fatorial nº 54-007908 - Art. 2º inciso I		Turbidez	Cor	Cloro	Fúlor	Coliformes Totais	Coliformes Termotolerantes
Qualidade da Água Distribuída							
Nº Mínimo de Amostras Enfiadas		2/14	110	2/14		2/14	2/14
Nº de Amostras Análises		4/10	4/10	4/10		4/10	4/10
Nº de Amostras em Conformidade com a Portaria 518/04		3/10	4/11	3/10		4/7	4/7

(Significado dos Parâmetros de Controle: Verbo)

As Amostras que não atenderem ao padrão foram solucionadas

Vigilância Sanitária do Município - Telefone: (79) 2106.9266

Mensagem:

"A ÁGUA NÃO DEVE SER DESPERDICADA, NEM POLUÍDA, NEM ENVENENADA, DE MANEIRA GERAL DEVE SER FEITA COM CONSCIÊNCIA E DISCERNIMENTO."  
CURTA O FACEBOOK.COM/DESOOFICIAL E SIGA O TWITTER@DESO\_OFICIAL.

Notificações

A falta de pagamento dessa fatura 30 (trinta) dias após seu vencimento implicará na interrupção do fornecimento de serviços.

501/09

Fatura Gerada em 18/07/2014

001RUS

"1004034"



RECEBIDO

17 SET 2014

DELPHOS

Nº DO SINISTRO 2013/06515.0004162 CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do beneficiário da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, RIVALDO ALVES  
 PORTADOR(A) DO RG Nº 764.243 EXPEDIDO POR SSP/SE EM 25/04/2006  
 CPF 575097605-00 /CNPJ 000000000-00000000, PROFISSÃO CARPinteIRO  
 E RENDA MENSAL DE R\$ 1.038,00 (\*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA RIVALDO ALVES, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(\*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO

\*1004039



**Bradesco**

**Dia & Noite**

mbre-se:

uma, ser apre

1)

BDN - BRADESCO DIA E NOITE  
 EXTRATO CONTA POUPANCA

TERM. 081748

RIVALDO ALVES  
 AGÊNCIA 3162 CONTA 1017697-2

11:22 HRS  
 27/FEV/2014

or o titular;  
 ntiação financeira mensal;  
 3mica Federal);  
 Unidades Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até

• Conta bloqueada, inativa ou em proposta (não será aceita proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);

2) O CPF do beneficiário/vítima não pode estar inválido, pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL - [www.receita.fazenda.gov.br](http://www.receita.fazenda.gov.br));

3) O CPF da conta informada para depósito não pode ser diferente do CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistro.

☐ CRÉDITO EM CONTA-CORRENTE (ACEITAS CONTAS DE TODOS OS BANCOS)  
 BANCO \_\_\_\_\_ AGÊNCIA \_\_\_\_\_ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-CORRENTE \_\_\_\_\_

☒ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO BRADESCO  
 BANCO 237 • AGÊNCIA 3162 (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA 101.7697-2

☐ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO DO BRASIL  
 BANCO 001 • AGÊNCIA \_\_\_\_\_ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA \_\_\_\_\_

☐ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO ITAÚ  
 BANCO 341 • AGÊNCIA \_\_\_\_\_ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA \_\_\_\_\_

☐ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DA CAIXA ECONÔMICA FEDERAL  
 BANCO 104 • AGÊNCIA \_\_\_\_\_ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA \_\_\_\_\_

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ACIMA DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

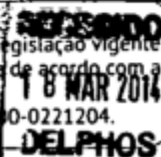
LOCAL ARACAJU/SE DATA 27/02/2014

ASSINATURA DO(A) BENEFICIÁRIO(A)

Rivaldo Alves

**ATENÇÃO**

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.  
 - Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br) ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.





GOVERNO DO ESTADO DE SERGIPE  
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA  
SUPERINTENDÊNCIA DA POLÍCIA CIVIL

POLÍCIA ON-LINE



### 10ª DELEGACIA METROPOLITANA

RUA PROJETADA, CONJ. ASSIS CHATEAUBRIAND FONE: (79) 3252-1616

RPO - Registro Policial de Ocorrência 2013/06515.0-004162

#### DELEGACIA RESPONSÁVEL

Nome: DELEGACIA ESP. DE DELITOS DE TRÂNSITO

Endereço: RUA RUA LARANJEIRAS - ATÉ 1022/1023, CENTRO FONE: (79) 3198-1120

#### FATO

Data e Hora do Fato: 25/10/2013 - 22:30 até 25/10/2013 - 22:30

Endereço: Número: Complemento: CEP: 49000-000

Bairro: Jabotiana Cidade: ARACAJU - SE Circunscrição: DELEGACIA ESP. DE DELITOS DE TRÂNSITO

Tipo de local: VIA PUBLICA Meio Empregado: OUTRO

#### VÍTIMA-NOTICIANTE

Nome: RIVALDO ALVES

Nome do pai: Nome da mãe: MARIA DAS DORES ALVES

Pessoa: Física CPF/CGC: 000.000.000-00 RG: 7642431 UF: SE Órgão expedidor: SSP-SE

Naturalidade: Data de nascimento: 11/07/1963 Sexo: Feminino Cor da cutis:

Profissão: AUX. DE ALMOXARIFE Estado civil: Não informado Grau de instrução:

Endereço: AV. SANT GLEIDE Número: 2437 Complemento:

CEP: 11 Bairro: NOVA LIBERDADE Cidade: ARACAJU UF: SE

Proximidades: Telefone:

#### PERÍCIAS E ATENDIMENTO HOSPITALAR

Perícia: IML Guia de Exame

Descrição: LESÃO CORPORAL - RIVALDO ALVES

#### HISTÓRICO

RELATA QUE ESTAVA DE BICICLETA NAS IMEDIAÇÕES DO BAIRRO JABOTIANA, QUANDO FOI ATROPELADO POR UM VEÍCULO BRANCO, NÃO IDENTIFICADO, TENDO QUEBRADO A MÃO DIREITA, BEM COMO NESSE MOMENTO ACABOU SENDO FURTADA SUA BICICLETA MONARK DE COR AMARELA E SEU TELEFONE SANSUNG DE COR VERMELHO E PRETO, Nº 8843-2754, QUE FOI SOCORRIDO POR POPULARES E O CONDUTOR DO VEICULO FUGIU.

Data e hora da comunicação: 29/10/2013 às 12:11

Última Alteração: 29/10/2013 às 12:11

*Rivaldo Alves*  
RIVALDO ALVES  
Responsável pela comunicação

*Tatiana Sampaio Bohana*  
Tatiana Sampaio Bohana  
Responsável pelo preenchimento

<http://intranet.ssp.se.gov.br/boletim/BO/imprimeBO.asp>

