



**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
Número Único: 0016901-72.2020.8.25.0001
Classe: Procedimento Comum
Situação: Andamento
Processo Origem: *****

Distribuição: 14/04/2020
Competência: Vara de Acidentes e Delitos de Trânsito
Fase: POSTULACAO
Processo Principal: *****

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 Apenasdos:

--

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 inlusos 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, nexo 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:

HOSPITAL GOVERNADOR JOAO ALVES FILHO

MS/DATASUS HOSPITAL GOVERNADOR JOAO ALVES FILHO

No. DO BE: 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
 7
 PROCEDENCIA...: ARACAJU - CAPITAL
 ATENDIMENTO...: REVISAO
 CASO POLICIAL.: NAO PLANO DE SAUDE....: NAO
 TRAUMA: NAO
 ACID. TRABALHO: NAO VEIO DE AMBULANCIA: NAO

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

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

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

DADOS CLÍNICOS:

DATA PRIMEIROS SINTOMAS: ____/____/____

ANOTACOES DA ENFERMAGEM:

DIAGNOSTICO:

CID

PRESCRICAO

HORARIO DA MEDICACAO

DATA DA SAIDA: / / HORA 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
ELETROCARDIOGRAMA
ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO

EX-1100-98-10

Date: 2

Horário: ..

RECOMMEND

18-MAR-2014

15 MAR 2014



FUNDACAO HOSPITALAR DE SAUDE

Fundação
Hospitalar
de Saúde

HOSPITAL REGIONAL JOSÉ FRANCO SÓBRINHO

TERMO DE RESPONSABILIDADE (AUTORIZAÇÃO DE CIRURGIA)

Eu, Ricardo Alves RG _____

autorizo a cirurgia de frat. Radio Bistal D

Estou ciente que a cirurgia, independentemente de todos os cuidados a serem tomados, experienciadas 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 requerem procedimentos adicionais e não previstos. Estou ciente da data e descrição neste informe, que poderão ser indicados visando o sucesso do tratamento. Igualmente sou sabedor(a) de que a base da capacidade técnica e dos esforços de recuperação é a saúde, não existindo garantia ou segurança ABSOLUTA no resultado desta cirurgia, com relação ao resultado da minha doença.

Edilma Santos Alves

Assinatura:

RECUSADO
18 MAR 2014
DELPHOS



GOVERNO DO SERGIPE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE



Fundação
Hospitalar
de Saúde

AMBULATÓRIO DE RETORNO DO HUSE

RECEITUÁRIO

PACIENTE: Rivaldo Alves

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

C10 552-5

DATA 14,01,14

MÉDICO (Assinatura e carimbo)

Dr. Andrey com
Ortopedista
CRM 500

2014 LIBER FRAT SETIR PROTOCOL# 14-MR-2014 18:02 495389 1/1



MS/DATASUS

HOSPITAL GOVERNADOR JOAO ALVES FILHO

No. DO BE: 891557 DATA: 28/10/2013 HORA: 10:51 USUARIO: VCDsOUZA
CNS: 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
RESPONSAVEL: 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: [] RAIOS X [] SANGUE [] URINA [] TC
[] LIQUOR [] ECG [] ULTRASSONOGRAFIA

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

DADOS CLINICOS: DATA PRIMEIROS SINTOMAS: ___/___/___

fr.1. Rx do Mto

SERVICO DE ENFERMAGEM

ANOTACOES DA ENFERMAGEM:

28/10/2013

DIAGNOSTICO:

CID:

PRESCRICAO

HORARIO DA MEDICACAO

DATA DA SAIDA: ___/___/___ HORA 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
HUSE

Edilma Santos Alves
ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSAVEL

ASSINATURA E CARMIM DO MEDICO
EXAME: *28/10/13*

Data: *28/10/13*
Horario: *10:51*
Tecnico: *DELPHOS*

SEGURODA LIDER DRAFT SETOR PROTÓCOLOS 14-1602-2014 18:02 495386 IN

DOCUMENTOS DE IDENTIFICAÇÃO

*1004137



Laudo Pericial
Digitalizado

22.3.2014

Monica
Assinatura

LAUDO DO IML - LESOES CORPORAIS

100403



INSTITUTO MÉDICO LEGAL
LAUDO PERICIAL
Lesões Corporais

Rivaldo Alves

Laudo nº 10364/2013

SEBRAE/SC LIDER INSTITUTO SETOR PROTOCOLO: 14-998-2014 18:03 495394 11



22-103-34



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 UF SE
 Instrução ENSINO Nome da Mãe MARIA DAS DORES ALVES Nome do Pai NÃO DECLARADO
 FUNDAMENTAL
 Endereço AVENIDA SANTA GLEIDE Nº 2437 Bairro NOVA LIBERDADE Município ARACAJU/SE.
 Nome da Autoridade CARIMBO NÃO LEGÍVEL DO DELEGADO Função CARIMBO NÃO LEGÍVEL Unidade 10ª DELEGACIA METROPOLITANA DO DELEGADO
 1º Perito Relator] Cremesel/Crose 2º Perito Relator] Cremesel/Crose
 DR. FRANCISCO MÁXIMO DE JESUS 0529 MS - 10364/2013
 Local da Perícia Saída do IML Tipo Causa

Historico/Descrição

HISTORIE Histories

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 | Qualitas Respostas

Comentado: Médica e 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

SEGURIDAD INTERNA SETOR PROTOCOLO# 14-NR-2014 10:03 495395 V1

Dr. Francisco MÁRIO de JESUS
Médico Perito Legista 1.ª Classe
CRMESP 0529

CNFG
2014
Kas

Quesitos/Respostas

1º Houve ofensa à integridade ou à 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
Dr. Francisco Máximo de Jesus
Médico Perito Legista 1.ª Classe
CRM/ES 0529

MS - 10364/2013

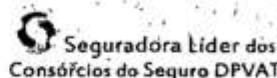
Documento Ferial
Digitalizado

23/03/14

Francisco

SEBRAE/ES LIDER DAIR SETOR PRODUTIVO 14-ABR-2014 18:03 495396 14

PROTOCOLO DE AVISO PROVISÓRIO



SINISTRO

Número do Protocolo: ASP-572155/2014

Aviso: CORREIOS

Natureza: Invalidez

2314 219 953

QUALIFICAÇÃO DO EVENTO

Vítima: RIVALDO ALVES
Seguradora: YASUDA SEGUROS S/A
CPF da Vítima: 575.097.605-00
Dependência: 806
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

RECORRIDO

18 MAR 2014

DELPHOS

14/03/2014 11:08

IDENTIFICAÇÃO:

VÍTIMA Riúaldo Alves

DATA DO ACIDENTE 25/10/2013

CPF DA VÍTIMA 525.092.605-00

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

Riúaldo Alves

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR () VÍTIMA

() REPRESENTANTE LEGAL, CUIJO PARANTESCO COM

A VÍTIMA É

Riúaldo Alves

ENDERECO DO PORTADOR

Av. Santos Guedes

Nº 2437

COMPLEMENTO Centro

BAIRRO Centro

CIDADE Araçaju

UF SE

CEP 49090-220

E-MAIL

TELEFONE (29) 8826-2236

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- () RÉGISTRO 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 IMPÔSSIBILIDADE 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, TÁIS 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 MÉIOR, DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- VALORES DE INDENIZAÇÃO
 - 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, COM OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
- PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSSE WWW.DPVATSEGURADOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

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)

OBSS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MÉIOR, DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NOS CORREIOS

DATA 27/02/2014

DATA 27/02/2014

MATR. CORREIOS 8726693-2

IDENTIDADE 264.243 550/56

NOME Jose Rodrigues do Rosario

ASSINATURA Riúaldo Alves

Assinatura

CPF DA VÍTIMA

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 (SIMPLES E LEGÍVEL)

() 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, TÁIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

() 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

() NOTAS FISCAIS (ORIGINALS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (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 (SIMPLES E LEGÍVEL)

() 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, TÁIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO



RUA CAMPO DO BRITO, 331 - P. 13 de Julho - 49.020-380 - Aracaju/SE
 CNPJ 11.011.171/0001-90 - INSC. EST. 27.051.036-2 - site: www.desso-se.com.br
 e-mail: fax@desso-se.com.br - PABX (79) 3226-1000 - FAX (79) 3226-1003
 08000-790195

FATURA MENSAL DE SERVIÇOS DE ÁGUA E ESGOTO

OCORRÊNCIA: 143493.4
 NOME DO CLIENTE: RIVALDO ALVES
 Endereço (Rua, N°): AV STA GLEIDE, 2437

CEP	Roleta de Leitura	Ident. do Hidrômetro	Res. Com. Ind. Pub.
49090-270	016025/U0149	Y11SU53403	1 0 0 U
Lerura Atual	Leitura Anterior	Consumo m ³	Data da Leitura
446	437	10	07/07/2014
Dias de Consumo			30

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

Responsável	Histórico de Consumos/m ³	Mês/Ano					
		01/2014	02/2014	03/2014	04/2014	05/2014	06/2014
Motivo da Ausência de Leitura	00000	012	007	012	012	008	011
Código Auxiliar	IR000						
Débito do Exercício							
J F M A M J J A S O N D							
Caso tenha pago descontos anteriormente							
A E S R							
3 1 51 51							
Mês / Ano	07/2014						
VENCIMENTO	18/07/2014						

Decreto Federal nº 54-92998 - An. 2º Inciso I		Turbidez	Cor	Cloro	Fílor	Conformes Totais	Conformes Temporáneos
NP Mínimo de Amostras Enviadas		2/16	11/16	2/14		2/14	Observado no Vaso
NP de Amostras Analisadas		4/16	4/16	4/16		4/16	4/16
NP de Amostras em Conformidade com a Portaria 518/04		3/16	4/11	3/16		4/7	4/7

! Significado dos Parâmetros de Conformidade: Vaso vermelho

! As amostras que não atendem ao padrão foram isoladas.

Vigilância Sanitária do Município - Telefone: (79) 21.106.9.166.

Mensagem:

"A ÁGUA NÃO DEVE SER DESPERDIÇADA, NEM POLUIDA, NEM ENVENENADA. DE MANEIRA GERAL DEVE SER FEITA COM CONSCIÊNCIA E DISCERNIMENTO." CURTA O FACEBOOK.COM.BR/DESSOOFICIAL E SIGA O TWITTER@DESSO_OFICIAL.

Notificações

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

At. 09 -

Requer Entrega no Mês

00110000

1004004



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 N° 764.243 EXPEDIDO POR SSP/SE EM 25/04/2006
 CPF 585097608-00 /CNPJ 0000000000000000, PROFISSÃO CARPINTEIRO
 E RENDA MENSAL DE R\$ 1.078,00 (*) 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

1) **Bradesco** **Dia & Noite** mbre-se: **uma, ser apre** **barcode**

BNB - BRADESCO DIA E NOITE
 EXTRATO CONTA POUPANÇA TERM. 081748
 RIVALDO ALVES 11:22 HRS
 AGENCIA 3162 CONTA 1017697-2 27/FEV/2014

1. **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);

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 3162-3 (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA 101.7697-

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 DESCRIATAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

LOCAL Aracaju/SE DATA 27/02/2014ASSINATURA 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.

p. 19

18 MAR 2014
 DELPHOS



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: (03252-1616
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: (079)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: Jaboliana Cidade: ARACAJU - SE Circunscrição: DELEGACIA ESP. DE DELITOS DE TRÂNSITO

Tipo de local: VIA PÚBLICA 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

Próximidades: Telefone:

SERVIÇO DE LIGAR DENTRAS SETOR PROTOCOLO 14-10-2014 16:02 49538

PERÍCIAS E ATENDIMENTO HOSPITALAR

Perícia: IML Guia de Exame

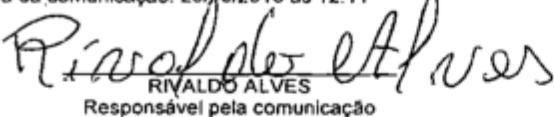
Descrição: LESÃO CORPORAL - RIVALDO ALVES

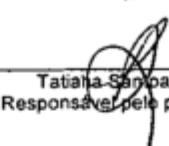
HISTÓRICO

RELATA QUE ESTAVA DE BICICLETA NAS IMEDIACOES 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 SAMSUNG DE COR VERMELHO E PRETO, Nº 8843-2754; QUE FOI SOCORRIDO PORES POPULARES E O CONDUTOR DO VEÍCULO FUGIU.

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

Última Alteração: 29/10/2013 às 12:11


RIVALDO ALVES
Responsável pela comunicação


Tatiana Sampaio Bohana
Responsável pelo preenchimento

