

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: 25/10/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: HANATANIA JESUS DIAS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 04874

CONTA: 000000016836-5

Nr. da Autenticação 977C5F8DCE5244FA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190561934 **Cidade:** Cristinápolis **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: HANATANIA JESUS DIAS **Data do acidente:** 09/09/2016 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 07/10/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE ANTEBRAÇO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO OSTEOSÍNTESE. ALTA MÉDICA. P7.
P1,2,3,4,8,11.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DE COTOVELO 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 DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DE COTOVELO DIREITO.

**Documentos
complementares:**

Observações:

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 cotovelos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50



DECLARAÇÃO

Circular Susep nº 445/12 – Prevenção à Lavagem de Dinheiro

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 de todas as 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 e documentos requisitados 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 JORGE FIGUEIREDO Representador(a) do
RG nº 306804174, expedido por SSP/BA, em
23/09/14, CPF/CNPJ nº 469600315-91

na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário (a) HANATANIA
IESUS DIAS do sinistro de DPVAT da natureza INVALIDEZ
da vítima HANATANIA IESUS DIAS, e conforme
determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

Profissão: Recurso Renda Mensal: R\$ 12 mil

Documentos comprobatórios: Recurso

Assinatura
ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu. To 2 De To 24 S

RG nº 952.995, data de expedição 11/11/11,
Órgão SSP/SE portador do CPF nº 025.199.935/0 com
domicílio na cidade de Rio Real, no Estado de
Roraima, onde residio na (Rua/Avenida/Estrada)
Pavão Lento, nº 511,
complemento CASA -, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima HANATANIA JESUS DIAS cujo o condutor era
HANATANIA JESUS DIAS.

Veículo: HOTOCICLATA
Modelo: HONDA CG 125 TITAN HS
Ano: 2001/2001
Placa: 3EL 4094
Chassi: 902JC 30101R 087 066
Data do Acidente:
Local e Data: Rio Aroeira Ba 04/09 2012

Leandro de Jesus
Assinatura do Declarante

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)



Carroll & Co. Rev. 2-1897

4810th St. N. 55407 (Wash)

Dr. Henry H. H. H.

(continued)

Pr. No. 1000 2000

[illegible]

¹ *Journal of the American Statistical Association*, 1994, 89, 1054.

Alonso's de Cordero, Leticia, M.D., FRC





Companhia Sul Brasileira de Eletricidade
Rua Capão Salomão, 314-Centro Estância/SE
CEP: 49200-000 CNPJ: 13.255.856/0001-46
www.sulgipe.com.br
0800-284-9909

FATURA DE ENERGIA ELÉTRICA
UC / DV
43836 / 7

GENIZIO CARLOS DE AQUINO

TV. FRANCISCO ALVES DO NASCIMENTO, 20,
CENTRO - Cristinápolis/SE - 49 270-000

Medidor: 2785308 - M

Período de Faturamento	Transformador	Vencimento	Valor R\$
08/2019	108	02/07/2019	73,26

DADOS CADASTRAIS

Tarifa Convencional:
CNPJ/CPF:
Grupo/Subgrupo B - B1 - Ligação Monofásico
Classe RESIDENCIAL - BAIXA RENDA - NIS: 17022833562
TSEE criada pela lei nº 10.439 de 28/04/2002
Tensão de Fornecimento (V): 127
Limites adequados de Tensão (V): 117 a 133
LIMITES DAS TENSÕES DE FORNECIMENTO CONFORME
ANEXO I DO MÓDULO 8 DO PRODIST
CÓDIGO PARA DÉBITO AUTOMÁTICO: 043836

DADOS DE FATURAMENTO

Emissão: 17/06/2019
Mês/Ano Faturamento: 08/2019
Leitura atual: (17/06/2019) 11904
Leitura anterior: (16/05/2019) 11796
Próxima leitura: 16/07/2019
Consumo Medido (kWh): 108
Consumo Diário (kWh): 3,37
Dias de Consumo: 32
Ocorrência do Mês: Lido
Média kWh últimos 12 meses: 87

HISTÓRICO DE CONSUMO - kWh

Mês/Ano	Consumo	Cob.	Pagamento	Valor R\$
08/2019	108	Lido	Em aberto	73,26
05/2019	114	Lido	Em aberto	77,06
04/2019	131	Lido	Em aberto	88,45
03/2019	111	Lido	23/05/19	
02/2019	109	Lido	23/03/19	
01/2019	127	Lido	23/03/19	
12/2018	71	Lido	14/02/19	
11/2018	74	Lido	14/02/19	
10/2018	85	Lido	17/12/18	
09/2018	58	Lido	17/12/18	
08/2018	62	Lido	13/09/18	
07/2018	55	Lido	09/11/18	
06/2018	77	Lido	29/07/18	

IDENTIFICAÇÃO

Nota Fiscal / Série:
03 046 5110 003640 @ 01 652 570 / B
Local de Entrega: 1

COMPOSIÇÃO DA FATURA - R\$

(Art 31, resolução 166/2005 - ANEEL)
Energia: 18,32% 13,42
Distribuição: 13,90% 10,11
Transmissão: 2,90% 2,17
Encargos Setoriais: 2,50% 1,85
Tributos: 50,45% 36,96
Perdas: 0,05% 0,04
Outros: 11,75% 8,61
TOTAL: 73,26

REAVISO DE FATURA VENCIDA

Informamos que até o momento não
registramos o pagamento do(s) débito(s)
relacionado(s) abaixo.

MÊS/ANO	VALOR
05/2019	R\$ 77,06
04/2019	R\$ 88,45

ITENS FATURADOS

Descrição	Qtde.	VI. Unit.	Valor(R\$)
Consumo de energia	30	x 0,21418 =	6,42
CONSUMO	70	x 0,36715 =	25,70
CONSUMO	8	x 0,55072 =	4,40
ADIC. BANDA AMARELA	90	x 0,00500 =	0,25
ICMS			24,66
PIS			0,57
COFINS			2,65

Itens Financeiros

JUROS E CORREÇÃO: 1,75
Multa P/ ATRASO PAGTO: 1,35

Cobranças de terceiros

CIP - Prefeitura Municipal: 6,51

TOTAL A PAGAR R\$

73,26

TRIBUTOS	Base de cálculo(R\$)	Alíquota(%)	Valor(R\$)
ICMS	88,46	25,00	24,66
PIS/PASEP	84,65	0,69	0,57
COFINS	84,65	4,10	2,65

INDICADORES DE CONTINUIDADE

Conjunto: TOMAR DO GERU	Referência: 04/2019	MENSAL	TRIMESTRAL	ANUAL
ELSD: 28,33				
O consumidor tem o direito de solicitar à distribuidora e apuração dos indicadores DIC, FIC, DMIC e DICRI a qualquer tempo.		META DIC: 6,03	12,08	24,12
O consumidor tem direito de receber uma compensação caso sejam violados os limites de continuidade individuais relativos a unidade consumidora para apuração mensal, tri e anual.		APUR. DIC: 0,00	0,00	0,00
		META FIC: 3,36	6,72	13,45
		APUR. FIC: 0,00	0,00	0,00
		META DMIC: 3,54		
		APUR. DMIC: 0,00		

RESERVADO AO FISCO: 7CM 811E 58BA C05F C3E5 C78C F130 69E5

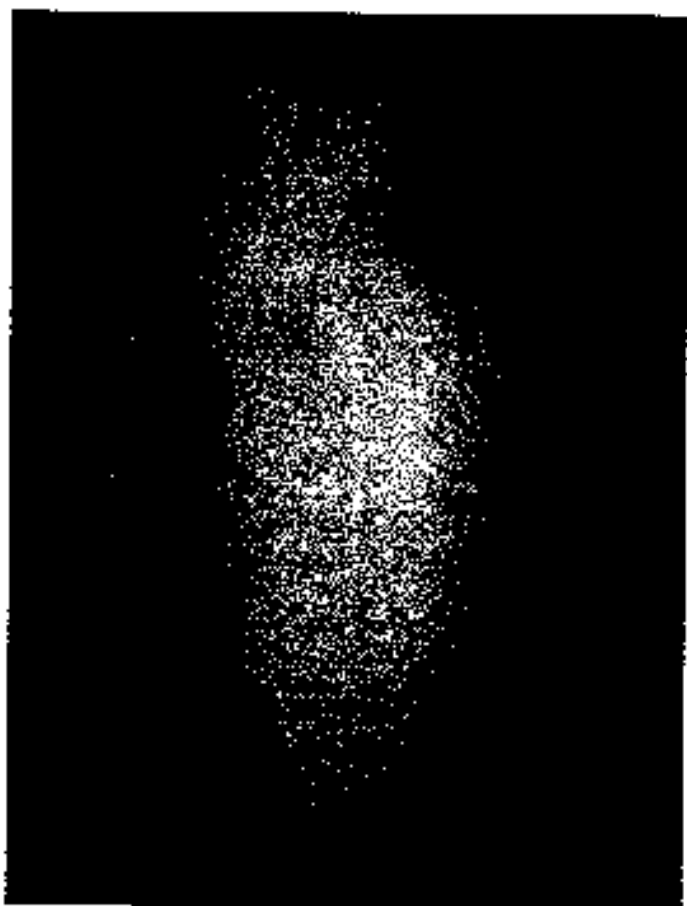
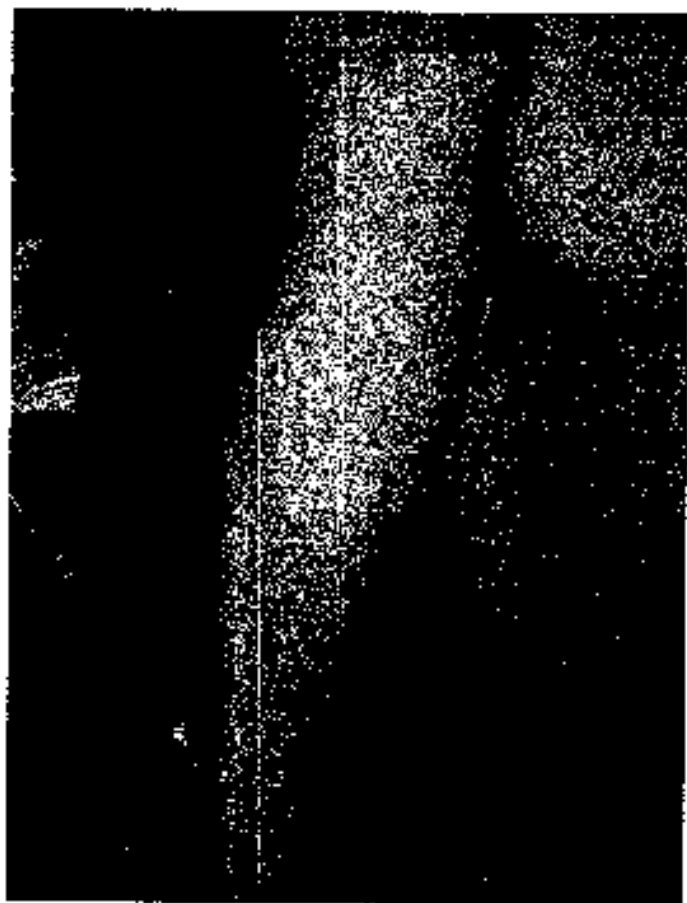
Resolva256119_Bandera_vigência01/06/2019

MENSAGEM

Ante-se ao MOVIMENTO VACINA BRASIL
Sempre mais em saúde gov.br/vacinabrasil

Benefício Tantano: 62,14

A corte normal de consumo seria R\$ 65,59, porém tem um desconto da Tarifa Social de R\$ 29,82, restando a ser pago R\$ 35,77, que com os demais valores acima discriminados totaliza R\$ 73,26



02 JUN 2019





CEOT

NOME : HANATANIA JESUS DIAS
SOLICITANTE : Dr (a). ROBERTO LIMA
CONVÊNIO : AMB
IDADE : 30/07/1984
DATA : 22/02/2018
REGISTRO : 31359883
DIGITADOR: Paula J.

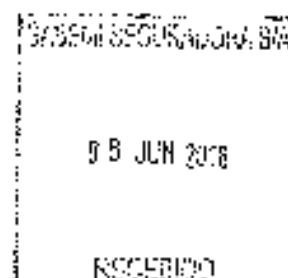
LAUDO RADIOLÓGICO

COTOVELO D:

Fratura não consolidada do 1/3 proximal da ulna/presença de placa de osteossíntese.
Controle P.O.

Dr. Osmário Silva Dantas
Radiologista/Ultrassonografista
CRM/SE 299

Dr. Osmário Souza Dantas
Radiologista/Ultrassonografista
CRM/SE 3212



☎ 3025-8686 / 3025-8650

www.clinicaceot.com.br

MATRIZ: Centro Médico Jardim
Av. Miguel Gersardo Dantas Sobral,
nº 2101 - 1º andar - Bl 101 - B. Jardim
Aracaju/SE - CEP: 49026-010

FILIAL 01: Rua Carlos Correia, nº 432
Bairro São João Campos
Aracaju/SE - CEP: 49075-160

PSIOTERAPIA: Rua Professor Figueiredo Martins,
nº 308 - B. São João Filho
Aracaju/SE - CEP: 49026-020

DENATRAN

CONTRAN

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTERIO DAS CIDADES

Nº 012847697847

 DETRAN - BA
 CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEICULO

 VIA: 007550184-0/70
 COB. SEV. ANO: 2016
 NAT. TAC: 2016

JOSE TRINDADE SILVA

MOTOR JET 300E118B7095

CIP / CIPU

PLACA: JOL 4034

453.539.185-72

CLASS

PLACA ANT. UF

COMPLETIV

PAS/MOTOCICLO

MARCA / MODELO

HONDA / CB 125 TITAN RS

COR PRINCIPAL

CAP / POT / cil

CATEGORIA

COR PRINCIPAL

COTA ÚNICA

VENO: COTAS

P V A

PARCELAMENTO / COTAS

VENO: COTAS

PREMIO TARIFARIO (R\$)

IDF (R\$)

PREMIO TOTAL (R\$)

SEM RESERVA

OBSERVAÇÕES

COMISSARI

LOCAL

DATA

BA Nº 012847697847

BILHETE DE SEGURO DPVAT

 SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS
 AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS
 TRANSPORTADAS OU NAU - SEGURO DPVAT

 ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
 PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
 AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
 www.dpvatsegurodotransito.com.br
 SAC DPVAT 0800 022 1204

CIP / CIPU

PLACA

453.539.185-72

CLASS

PLACA ANT. UF

COMPLETIV

PAS/MOTOCICLO

MARCA / MODELO

HONDA / CB 125 TITAN RS

COR PRINCIPAL

CAP / POT / cil

CATEGORIA

COTA ÚNICA

VENO: COTAS

P V A

PARCELAMENTO / COTAS

PREMIO TARIFARIO (R\$)

IDF (R\$)

PREMIO TOTAL (R\$)

VENO: COTAS

SEM RESERVA

OBSERVAÇÕES

COMISSARI

LOCAL

DATA

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

 CNPJ 08.348.808/0001-04
 www.seguradoralider.com.br

SINISTRO Nº. 3180096506

EU, **HANATANIA JESUS DIAS**, PORTADORA DO RG DE Nº.2.046.546-7 SSP/SE E CPF DE Nº. 006.373.485-08 RESIDENTE NA RUA JORNALISTA OMER MONTE ALEGRE,296 CIDADE DE CRISTINAPOLIS ESTADO DE SERGIPE, VENHO ATRAVÉS DESTE INFORMAR AO SENHORES QUE FUI VITIMA DE ACIDENTE NO TRANSITO NO DIA 09/09/2016, FUI SOCORRIDA EM ESTADO GRAVE PARA O HOSPITAL REGIONAL DE ESTANCIA, E FOI CONSTATADO, DEPOIS DE EXAMES DE RX QUE O MEU O BRAÇO DIREITO TEVE UMA FRATURA SENDO NO COTOVELO D. FUI OPERADA NO HOSPITAL DE CIRURGIA NA CIDADEDE ARACAJU/SE NO DIA 04/10/2016 COM : COLOCAÇÃO DE PLACA METALICA E PARAFUSOS. E CONTINUO TOMANDO MEDICAMENTOS, E MEU BRAÇO CONTINUA DOENDO E COM INCHAÇO, PERDIR DE FORÇA MUSCULAR E PERDIR MOVIMENTOS DO MEU BRAÇO, E É POR ESSE MOTIVO QUE ESTOU PEDINDO REANALIZE NO MEU PROCESSO ESTOU MANDANDO DOCUMENTOS COMPLEMENTARES SENDO NOVOS RELATÓRIOS E PRONTUARIOS E FOTOS POIS NÃO FIZ A PERÍCIA COM MEDICO NENHUM DA SEGURADORA E POR ISSO PEÇO AO SENHOR DIRETOR DA CIA. QUE MARQUE UMA PERÍCIA PARA MIM COM MÉDICO DA CIA. PARA QUE ELE VEJA QUE O QUE ESTOU FALANDO É A PURA VERDADE, EU ESTOU MANDANDO EM ANEXO NOVOS RELATÓRIOS PARA MELHOR COMPROVAÇÃO DA VERDADE DESDE JÁ VENHO AGRADECER A TODOS VOCÊS PELA ATENÇÃO.

08 JUN 1975

Worms from Texas

HANATANIA JESUS DIAS

PROCURAÇÃO



OUTORGANTE:

NOME: HANATÂNIA Jesus Dias

NACIONALIDADE: BRASILEIRA

ESTADO CIVIL: SOLTEIRA

PROFISSÃO: DOMINICANA

Nº DO RG: 3.046.346-2

ORGÃO EMISSOR: SP/SP

DATA DE EMISSÃO: 05/12/2012

Nº CPF: 006.373.485-08

ENDEREÇO: RU A JORNALISTA OME MONTE ALEGRE Nº 296

CONTRO CRISTINAPOLIS/SP CEP-49270-000

OUTORGADA:

NOME: JOSE JOSE Figueiredo Hora

NACIONALIDADE: BRASILEIRA

ESTADO CIVIL: CASADO

PROFISSÃO: COMMERCIANTE

Nº DO RG: 3.008.041-24

ORGÃO EMISSOR: SP/BA

DATA DE EMISSÃO: 27/08/14

Nº CPF: 469600315-91

ENDEREÇO: PEL. JOV. SÃO ALVES FILHO 248 CONTRA CRISTINAPOLIS SENSATE
CEP-49270-000

PODERES:

Para requerer o seguro DPVAT por R\$ 11.000,00, a que tem direito o outorgante, junto a qualquer seguradora pertence ao consórcio DPVAT administrado pela Seguradora Lider, em razão de acidente de trânsito, podendo o referido (a) procurador (a) receber a quantia que o outorgante tenha direito, em nome do mesmo, bem como quitar, requerer, e retirar documentos em órgãos públicos, municipais, estaduais ou federais, ou órgãos privados, além de transigir, depositar, substabelecer, tendo também poderes específicos para assinar qualquer documento em nome do próprio, bem como fornecer dados para crédito de indenização de sinistro DPVAT, podendo viajar, assinar e receber a ordem de pagamento em nome do outorgante junto à rede bancária.



CRISTINAPOLIS, 14 de MARÇO de 2017.

Hanatania Jesus Dias
Assinatura

Selo Digital de Fiscalização
Tribunal de Justiça de Sergipe

1º Ofício da Comarca de Cristinápolis

Selo TJSE 201729550001830

Acesse www.tjse.org.br HE4AN2

SABEMI SEGURADORA S/A

13 MAR. 2017

RECEBIDO

Reconhecida (s) firma(s) Hanatania Jesus Dias
Autenticidade LJP/Sensinença
15 MAR. 2017
Ordem de HE4AN2 de HE4AN2
VÁLIDO SOMENTE COM O SELO DE AUTENTICIDADE

Obs - Reconhecimento por autenticidade.

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0340362/19

Vítima: HANATANIA JESUS DIAS

CPF: 006.373.485-08

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 09/09/2016

CPF de: Próprio

Titular do CPF: HANATANIA JESUS DIAS

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

HANATANIA JESUS DIAS : 006.373.485-08

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: 01/10/2019
Nome: HANATANIA JESUS DIAS
CPF: 006.373.485-08

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 01/10/2019
Nome: WILLIANS SANTOS DE FREITAS
CPF: 044.100.755-43

HANATANIA JESUS DIAS

WILLIANS SANTOS DE FREITAS

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: **3190561934** 3 - CPF da vítima: **00637348508** 4 - Nome completo da vítima: **HANATANIA JESUS DIAS**

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

5 - Nome completo: **HANATANIA JESUS DIAS** 6 - CPF: **00637348508**
7 - Profissão: **DESSEMPEGADA** 8 - Endereço: **TRAV. FRANCISCO ALVES NASCIMENTO** 9 - Número: **20** 10 - Complemento: **CASA**
11 - Bairro: **Centro** 12 - Cidade: **CRISTÓPOLIS** 13 - Estado: **SE** 14 - CEP: **49270-000**
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): **(74) 99995-7633**

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:
☐ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☒ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)
☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: **4874** CONTA: **16836** **5**
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)
☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(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 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 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

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: _____
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/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.

34 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado
35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido
36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido
37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura da testemunha
39 - 2ª | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, **CRISTÓPOLIS SE 19/10/2019.**

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)
Hanatania Jesus Dias

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

Rio de Janeiro, 02 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190561934

Vítima: HANATANIA JESUS DIAS

Data do Acidente: 09/09/2016

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), HANATANIA JESUS DIAS

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

Rio de Janeiro, 07 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190561934

Vítima: HANATANIA JESUS DIAS

Data do Acidente: 09/09/2016

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), HANATANIA JESUS DIAS

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

Rio de Janeiro, 18 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190561934

Vítima: HANATANIA JESUS DIAS

Data do Acidente: 09/09/2016

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO

Senhor(a), HANATANIA JESUS DIAS

Comunicamos que o banco indicado para recebimento do Seguro DPVAT rejeitou o depósito por problemas nos dados informados e, com isso, não foi possível concluir o seu pagamento.

Para nova tentativa de depósito, será necessário o envio de novo formulário de Autorização de Pagamento com os dados bancários atualizados e devidamente assinado.

O formulário está disponível no nosso site e deverá ser entregue na SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO, ponto de atendimento onde o pedido do Seguro DPVAT foi feito.

O prazo de 30 (trinta) dias para pagamento do Seguro PVAT foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber o documento solicitado. Caso 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



Rio de Janeiro, 01 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190561934

Vítima: HANATANIA JESUS DIAS

Data do Acidente: 09/09/2016

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), HANATANIA JESUS DIAS

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\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos cotovelos

25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: HANATANIA JESUS DIAS

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000004874

Conta: 0000016836-5

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, retorne 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

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

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

5 - Nome completo: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD):

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: ☐ RECUSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☐ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos) Nome do BANCO: AGÊNCIA: CONTA:

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 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 Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 5.194/74, 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

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: 25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: 28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/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.

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



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

POLÍCIA ON-LINE



DELEGACIA DE POLÍCIA DE CRISTINÁPOLIS

RUA INT. ADRIÃO C. DE ARAUJO CEP 49200000, CENTRO FONE: (0) 3542-1265

Boletim de Ocorrência 2016/06540.0-000961 - Alterado - (2ª via)

DELEGACIA RESPONSÁVEL

Nome: DELEGACIA DE POLÍCIA DE CRISTINÁPOLIS

Endereço: RUA INT. ADRIÃO C. DE ARAUJO CEP 49200000, CENTRO FONE: (0) 3542-1265

FATO

Natureza: FATO ATÍPICO

Data e Hora do Fato: 09/09/2016 - 17:30 até 09/09/2016 - 17:30

Endereço: PRAÇA GOVERNADOR JOÃO ALVES FI Número: S/N Complemento: CEP: 49270-000

Bairro: CENTRO Cidade: CRISTINÁPOLIS - SE Circunscrição: DELEGACIA DE POLÍCIA DE CRISTINÁPOLIS

Tipo de local: VIA PÚBLICA Meio Empregado: OUTRO

VÍTIMA-NOTICIANTE

Nome: HANATANIA JESUS DIAS

Nome do pai: MURILO SOUSA DIAS Nome da mãe: EDJAN DE JESUS DIAS

Pessoa: Física CPF/CGC: 006.373.485-08 RG: 20465467 UF: SE Órgão expedidor: SSP-SE

Naturalidade: ITABAIANINHA Data de nascimento: 30/07/1984 Sexo: Feminino Cor da cutis: Branca

Profissão: ESTUDANTE Estado civil: Casado Grau de instrução: 2º Grau Completo

Endereço: PRAÇA DA PREFEITURA Número: 20 Complemento:

CEP: 49.270-000 Bairro: CENTRO Cidade: CRISTINÁPOLIS UF: SE

Proximidades: Telefone: (79)9-9884-2733

HISTÓRICO

Cita a noticiante que no dia 09/09/2016, por volta das 17:30 horas, pilotava o veículo motocicleta HONDA/CG 125 TITAN KS, CHASSI Nº. 9C2JC30101R087066, COR PRATA, ANO/MODELO 2001, Placa nº. JOL-4094-BA, saindo do centro da cidade com destino a sua residência trafegando pela Praça Governador João Alves Filho, nesta cidade, quando ao passar nas imediações dos cruzamento da Praça Governador João Alves Filho com Rua David Alves de Oliveira, neste município, ao passar por um quebra mola, perdeu o controle do veículo e caiu no chão, causando lesão no antebraço direito, conforme relatório médico expedido por Dra. Jessica M Diniz, CRM/SE4592, do Hospital Regional de Estância/SE. Diante do fato pede registro,

Acrescentado por Valter de Souza - 30/12/2016 às 10:59

Que a noticiante sofreu fratura no braço direito, conforme relatório médico expedido por Dra. Jéssica M Diniz, CRM/SE4592, do Hospital Regional de Estância/SE e o veículo HONDA/CG 125 TITAN KS, CHASSI Nº. 9C2JC30101R087066, COR PRATA, ANO/MODELO 2001, Placa nº. JOL-4094-BA é de propriedade de JOSE TRINDADE SILVA; Que a noticiante continua sem condições para o trabalho.

Data e hora da comunicação: 22/09/2016 às 12:08

Responsável pela Alteração: Valter de Souza

Última Alteração: 17/07/2019 às 16:21.

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.

Hanatania Jesus Dias
HANATANIA JESUS DIAS
Responsável pela comunicação

Edson Nixon
Edson Nixon
Delegado(a) de Polícia

Valter de Souza
Valter de Souza
RG 378.380/SSP/SE
Escrivão de polícia Ad-Hoc

Atto de CHARTA



Autorização de pagamento

IS/DATASUS

HOSPITAL REGIONAL DE ESTANCIA

No. DO BE: 252405
CNS:

DATA: 09/09/2016 HORA: 19:19 USUARIO: ASSILVA
SETOR: 01-ACOLHIMENTO

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME: HANATANIA JESUS DIAS DOC.: 20465467
IDADE: 32 ANOS NASC: 30/07/1984 SEXO: FEMININO
ENDERECO: RUA JORNALISTA HORM MONTE ALERGER NUMERO: 296
COMPLEMENTO: CASA BAIRRO: CENTRO
MUNICIPIO: CRISTINAPOLIS UF: SE CEP: 49270-000
NOME PAI/MAE: MURILIO SOUSA DIAS /EDJAN DE JESUS DIAS
RESPONSAVEL: EKTANIA-IRMA TEL: 79-9983031
PROCEDENCIA: CRISTINAPOLIS-SE 73
ATENDIMENTO: QUEDA
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: ___/___/___

Paciente vítima de queda de nível de 4-2 horas. Sem lesões, não TCE, sendo de consciência em nível.

Queixa de dor em antebraço direito e tornozelo direito.

ANOTACOES DA ENFERMAGEM: Refere-se a dor de antebraço em essa

DIAGNOSTICO: Trauma

CID:

PRESCRICAO

HORARIO DA MEDICACAO

Prescrita 01 amp IM

at. trauma e

medicacao

Dr. J. S. Silva
Médico
CRM/SE 4592

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

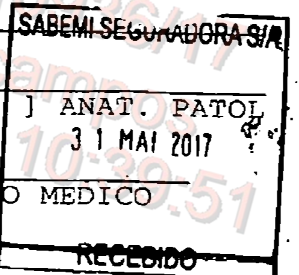
[] FAMILIA

[] IMI

[] ANAT. PATOL

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO



Exame Realizado: J. S. Silva e P. M. D.

Data: 09/09/16 Hs: 20:15

Técnico: APS. F.

O-Gestalt:
 1/1/1
 1/1/1

Alert: Medication may be given ☐ **Do not** give
informant.

NUCLEOTIDE CONCENTRATIONS: UG/G:

Quinta	Wenda	Mintara	Tea
--------	-------	---------	-----

RESPONSIBLE PLEDGE AGREEMENT TO:

AA-00000000000000000000
E8BEB7B7A
00000000000000000000

Forma de consumo medicinal

ANOTACIÓES DE ENFERMAGEM:

[illegible]