



**Poder Judiciário
Do Estado de Sergipe**

2ª VARA CÍVEL E CRIMINAL DE NOSSA SENHORA DA GLÓRIA DA COMARCA DE N. SRA. DA GLÓRIA
Rua Floriano Peixoto, Bairro Centro, N. Sra. Da Glória/SE, CEP 49680000
Horário de Funcionamento: 07:00 às 13:00

Dados do Processo

Processo: 202077200179
Número Único: 0000424-27.2020.8.25.0048
Classe: Procedimento Comum
Situação: Andamento
Processo Origem: *****

Distribuição: 17/02/2020
Competência: 2ª Vara Cível e Criminal de Nossa Senhora da Glória
Fase: POSTULACAO
Processo Principal: *****

Assuntos

- DIREITO PROCESSUAL CIVIL E DO TRABALHO - Partes e Procuradores - Assistência Judiciária Gratuita
- DIREITO CIVIL - Responsabilidade Civil - Seguro Obrigatório - Invalidez

Dados das Partes

Requerente: EVERALDO JOSE DOS SANTOS
Endereço: RUA JOSE BATISTA SOBRINHO
Complemento:
Bairro: CENTRO
Cidade: NOSSA SENHORA DA GLORIA - Estado: SE - CEP: 49680000
Requerente: Advogado(a): JOSÉ JEOVANY DA SILVA 12367/AL
Requerido: SEG LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT
Endereço: Rua Senador Dantas
Complemento: 5º ANDAR
Bairro: Centro
Cidade: Rio de Janeiro - Estado: - CEP: 20031205
Requerido: Advogado(a): KELLY CHRYSTIAN SILVA MENENDEZ 2592/SE



Poder Judiciário
Do Estado de Sergipe

2ª VARA CÍVEL E CRIMINAL DE NOSSA SENHORA DA GLÓRIA DA COMARCA DE N. SRA. DA GLÓRIA
Rua Floriano Peixoto, Bairro Centro, N. Sra. Da Glória/SE, CEP 49680000
Horário de Funcionamento: 07:00 às 13:00

Processos Apenasdos:

--

Processos Dependentes:

--



**Poder Judiciário
Do Estado de Sergipe**

2ª VARA CÍVEL E CRIMINAL DE NOSSA SENHORA DA GLÓRIA DA COMARCA DE N. SRA. DA GLÓRIA
Rua Floriano Peixoto, Bairro Centro, N. Sra. Da Glória/SE, CEP 49680000
Horário de Funcionamento: 07:00 às 13:00

PROCESSO:

202077200179

DATA:

22/07/2020

MOVIMENTO:

Juntada

DESCRIÇÃO:

Juntada de Petição Avulsa do Advogado/Procurador/Defensor/Promotor KELLY CHRYSTIAN SILVA MENENDEZ (2592-SE) ao processo eletrônico. Protocolizado sob nº 20200722192805163 às 19:28 em 22/07/2020.

LOCALIZAÇÃO:

Secretaria

PUBLICAÇÃO:

Não

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190547161 **Cidade:** Poço Redondo **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: EVERALDO JOSE DOS SANTOS **Data do acidente:** 18/06/2019 **Seguradora:** ALFA SEGURADORA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 26/09/2019

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO RÁDIO DIREITO.
FRATURA DO PLANALTO TIBIAL ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO. ALTA MÉDICA. P8,10

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO.
LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO JOELHO ESQUERDO.

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 LEVE DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO.
APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO JOELHO ESQUERDO.

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 funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			30 %	R\$ 4.050,00

INVESTPREV

24 SET 2019



INVESTPREV
24 SET 2019

DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

Eu, Maria Renalva Santos,

RG nº 643.950, data de expedição 02/06/2011

Órgão SSP/SC, portador do CPF nº 533.403.105-72,

com domicílio na cidade de Nossa Senhora da Glória, no Estado de Sergipe, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

Rua José Batista Sobreirinho, nº 53,

complemento Passa, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima

Everaldo José dos Santos, cujo o condutor era

Everaldo José dos Santos.

Veículo: BAS/MOTOCICLETA Modelo: HONDA POP 110 I Ano: 2015 - 2016

Placa: AKT 6059 Chassi: 9G2J80100GR025668

Data do Acidente: 18/06/2019

Local e Data: Nossa Senhora da Glória, 20/09/2019

x Maria Renalva Santos

Assinatura do Declarante

INVESTPREV

24 SET 2019

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



RECONHECIMENTO:
Reconheço por autenticidade a firma indicada de MARIA RENALVA SANTOS
que confere ao padrão reg. neste serventia. Dou fé.
Nossa Senhora da Glória/SE, 20 de setembro de 2019

EDERALDO ALVES DA SILVA (Assinante)
20/09/2019 09:57:22 Valor Total: R\$ 8,94
Selo TJSE: 201929674019715. Acesse:
<https://www.tjse.jus.br/x4NQ9B3>



AA041067

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o **SAC DPVAT** 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

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

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

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

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

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/96.

Pelo exposto, eu José Marcos de Oliveira Rosa inscrito (a) no CPF sob o Nº 020.003.6251.00, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Enivaldo José dos Santos inscrito (a) no CPF sob o Nº 011.897.885 / 35, do sinistro de DPVAT cobertura Invólucro da Vítima Enivaldo José dos Santos, inscrito (a) no CPF sob o Nº 011.897.885 / 35, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

Recuso informar

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

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

Endereço	<u>Rua Das Siles</u>	Número	<u>217</u>	Complemento	<u>Casa - 1</u>
Bairro	<u>Siles</u>	Cidade	<u>Nossa Senhora da Glória</u>	Estado	<u>SE</u>
Email	<u>Marcosdigloria@gmail.com</u>	Telefone comercial(DDD)	<u>79-99925-2568</u>	CEP	<u>49680-000</u>
		Telefone celular (DDD)	<u>79-99918-9207</u>		

INVESTPREV

24 SET 2019

J. Sra da Glória 20 de Setembro de 2019
Local e Data

2019 Marcos de Oliveira Rosa
Assinatura do Declarante

Ato

INS-DATACUS

HOSPITAL DE URGENCIAS DE SERGIPE - HUSE

NL. DO BEB: 7041

DATA: 18/06/2019 HORA: 20:04 USUARIO: CSSOUZA

CNS:

TESTES: 03-04-05-06-07

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NAME: EDUARDO JOSE DOS ANJOS
 IDADE: 37 ANOS NASC: 29/08/1981
 ENDERECO: R. SANTO ANTONIO CRISTIANO DE SOUZA KM06
 COMPLEMENTO: SALPICO: CEMILDO
 MUNICIPIO: NOSSA SENHORA DA GLORIA UF: SE CEP:...
 NOME FAL MAT: JOSE RENALDO DOS SANTOS MARIA RENALDO SANTOS
 RUE/ENDEREÇO: RUA JOSE VIEIRAS TEL: 79-9989828
 PROCESSION: NOSSA SENHORA DA GLORIA-SE 80
 ACASO/MENTO: ACIDENTE MOTOCICLISTICO (MOTOS)
 POLICIA: SIM PLANO DE SAUDE: NAO TRAUMA: NAO
 MARCA: SIM VELHO DE AMBULANCIA: NAO

SEXO: MASCULINO
 NUMERO: 163
 UF: SE CEP:...
 MARIA RENALDO SANTOS
 TEL: 79-9989828
 80

EXAMES COMPLEMENTARES: [] BAIO: [] BANQUE: [] URINA [] TC
 [] ECO: [] ECG [] ULTRASSONOGRAFIA

DATA DA DE INFORMACAO DO PACIENTE: [] SIM [] NAO

DATA PRIMEIROS SINTOMAS:

00/00/0000 *00/00/0000*
00/00/0000 *00/00/0000*
00/00/0000 *00/00/0000*
00/00/0000 *00/00/0000*

ANOTACOES DE ESFERMAGEM:

Canigao

10:00

CID:

HORARIO DA MEDICACAO:

INVESTPREV

24 SET 2019

DATA DE SAIDA: :
 HORA DA SAIDA: :
 DATA DE DESISTENCIA: :
 PESO: [] DESISTENCIA:
 PESO: []
 PESO: []
 PESO: []
 PESO: []

DATA DE SAIDA: :
 HORA DA SAIDA: :
 DATA DE DESISTENCIA: :
 PESO: [] DESISTENCIA:
 PESO: []
 PESO: []
 PESO: []
 PESO: []

DATA DE SAIDA: :
 HORA DA SAIDA: :
 DATA DE DESISTENCIA: :
 PESO: [] DESISTENCIA:
 PESO: []
 PESO: []
 PESO: []



88888 Rue Desjardins Bldg. 233, 13th Flr., Ottawa, Ontario K1Z 0B2, Canada
(613) 232-1111 ext. 401 • 905-667-2544

FATURA MENSAL

222 魔法易经

Mathematica

ENGLISH 2

MARIA RENALVA SANTOS

RUA JOSE BATISTA SOBRINHO, NUM. 153, NO 04 DESO 11, N. SENHORA DA GLORIA, 49680-000

Documento	Data de Leitura	Identificação	Identificação Fornecedora
704004/00282	06/09/2019	A18G873330	RES: 1
LEIT. Anterior	195		
LEIT. Atual	309		
Consumo Relatado (m3)	14		HISTÓRICO DE CONSUMO
Medida de consumo (m3)	14		
Unidade de Leitura			
Data da LEIT. Anterior	07/08/19		
Data de Leitura	06/09/19		
Medida (m3) (m3)	30		
Medida (m3) (m3)	11,40		
PRÉVISÃO PARA PRÓX. LEIT.	06/10/19		
COMENTÁRIOS COMPLEMENTARES			
			PRÉVISÃO DE TRIBUTO (R\$)
			CONTA: R. 70
			PAÍS/P: 1,24

Item de Conta	Va/Fun
ÁGUA	71,50
ESGOTO	0,00
080 MULTA P/IMPONTUALIDADE	0,00
091 JUROS DE MORA	1,10
091 JUROS DE MORA	1,26
094 ATUALIZACAO MONETARIA	0,85
094 ATUALIZACAO MONETARIA	0,18
	0,11

09/2019 VENCIMENTO: 15/09/2019 74,98
SE TENTAR AMANHELO: MEIA DA PREVENÇÃO AO SUICÍDIO. SUA VIDA É A MELHOR COISA QUE VOCÊ PODE FAZER.

A falta de pagamento dessa fatura 30 (trinta) dias após seu vencimento implicará na interrupção do fornecimento de serviços - art 81, Decreto-lei nº 27.665/2010.

CANAL DE ATENDIMENTO: 0800 079 0195 - SAC: 4020-0195
AGÊNCIA VIRTUAL: www.desp-ese.com.br/agenciavirtual/

Quantidade da Água Distribuída (Decreto Federal nº 5.440/2005 – Art 5º Inciso I)						
Participante	Turistico	Oce	Obes	Polar	Colaboradores Totais	Participante Total
IV. Mírame de Ametista Encantada	50	50	50		50	
VII das Artes e das Artesanias	60	60	60		60	
VI. Mírame de Encantado em Corumbá com Poder	41	44	54		55	
IV. Mírame de Encantado em Corumbá com Poder						

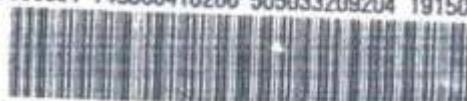


DESO
COMPANIA DE SANEAMIENTO DE QUITO

COMPANHIA DE SANEAMENTO DO BAHIAPE

505033 2	15/09/2019
09/2019 9	74,98

826400000004 749811418208 Българска книга 1015



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: 3 - CPF da vítima: 011.897.885-35 4 - Nome completo da vítima: Everaldo José dos Santos

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

5 - Nome completo: Everaldo José dos Santos	6 - CPF: 011.897.885-35		
7 - Profissão: Barnador	8 - Endereço: Rua José Batista Salvinho	9 - Número: 153	10 - Complemento: Casa
11 - Bairro: Lenho	12 - Cidade: Nossa Senhora da Glória	13 - Estado: SC	14 - CEP: 49680-000
15 - E-mail: Marcosdigleria@gmail.com	16 - Tel. (DDD): 79-99918-9202		

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

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

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

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Brasil

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

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

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

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

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do 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: Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou Sim Não 31 - Vítima: Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou Sim Não

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

34 Nome legível de quem assina a rogo/a pedido INVESTPREV 24 SET 2019 CPF: _____ 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 - 1º Nome: _____ CPF: _____ Assinatura da testemunha 39 - 2º Nome: _____ CPF: _____ Assinatura da testemunha
---	--

40 - Local e Data, Nossa Senhora da Glória, 20.09.2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



INVESTPREV

24 SET 2019

C / Corrente



GOVERNO DO ESTADO DE SERGIPE
PÓLICIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE POÇO REDONDO - POÇO REDONDO



BOLETIM DE OCORRÊNCIA

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 19/09/2019 11:31 Data/Hora Fim: 19/09/2019 11:53
Delegado de Policia: Fabio Santos Santana

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia Municipal de Poço Redondo
Data/Hora do Fato: 18/06/2019 16:30

Local do Fato

Município: Nossa Senhora da Glória (SE) Bairro: Centro
Logradouro: proximo a ABB
CEP: 49.680-000

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1095: Auto lesão - Acidente de trânsito	Não Houve

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: EVERALDO JOSE DOS SANTOS (VITIMA, COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: SE - Aracaju Sexo: Masculino Nasc: 18/09/1981
Profissão: Agricultor
Estado Civil: Solteiro(a)
Nome da Mãe: Maria Renalva Santos
Nome do Pai: Jose Eraldo dos Santos

Endereço

Município: Poço Redondo - SE
Logradouro: COSTA ANTONIO FRANCISCO DE SOUSA N°: 153
Complemento: RUA D CEP: 49.680-000
Telefone: (79) 9981-4972 (Celular)

INVESTPREV

24 SET 2019

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo: Veículo	Subgrupo: Motocicleta/Motoneta
Descrição: PAS/MOTOCICLETA	CPF/CNPJ do Proprietário: 533.403.105-72
Placa: QKT6059	Renavam: 106904173
Número do Chassi: 9C2JB0100GR025668	Ano/Modelo Fabricação: 2015/2016
Cor: VERMELHA	UF Veículo: Sergipe
Município Veículo: Nossa Senhora da Glória	Marca/Modelo: HONDA/POP110I
Veículo Adulterado?: Não	Quantidade: 1 Unidade

Situação: Envolvido

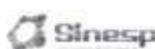
Nome Envolvido	Envolvimentos
Everaldo Jose dos Santos	Possuidor

RELATO/HISTÓRICO

RELATA o noticiante que conduzia uma motocicleta pertencente a pessoa de MARIA RENALVA SANTOS pelo local acima

Delegado de Policia Civil: Fabio Santos Santana
Impresso por: Cleber Martins da Silva
Data de Impressão: 19/09/2019 11:54
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 2



PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos



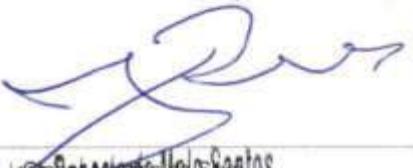
GOVERNO DO ESTADO DE SERGIPE
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE POÇO REDONDO - POÇO REDONDO - SE

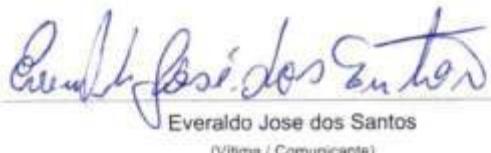


BOLETIM DE OCORRÊNCIA

citado, quando perdeu o controle vindo a cair após atropelar o cachorro que cruzou a via de forma inesperada. Que sofreu fratura no braço direito e perna esquerda, sendo socorrida por populares e conduzido ao HUSE ARACAJU, logo em seguida foi transferido ao HOSPITAL DE CIRURGIA, aonde foi submetida a intervenção cirúrgica. É o relato.

ASSINATURAS


Cleber Martins da Silva
Agente de Polícia
Matrícula 471289-558
Nascimento 20/09/1964
Responsável pelo Atendimento


Everaldo Jose dos Santos
(Vítima / Comunicante)

"Declaro para os devidos fins de direito que sou o(a) único(a) responsável pelas informações acima assentadas e ciente que poderia responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei ontem, conforme previsto nos Artigos 339-Denúncia Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."

INVESTPREV
24 SET 2019



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: 3 - CPF da vítima: 011.897.885-35 4 - Nome completo da vítima: Everaldo José dos Santos

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

5 - Nome completo:	Everaldo José dos Santos		6 - CPF:	011.897.885-35	
7 - Profissão:	8 - Endereço:	9 - Número:	10 - Complemento:		
barbador	Rua José Batista Salvinho	153	Casa		
11 - Bairro:	Centro	12 - Cidade:	Nossa Senhora da Glória	13 - Estado:	SC
14 - CEP:	49680-000	15 - E-mail:	Marcosdigleria@gmail.com		
16 - Tel. (DDD):	79-99918-9202				

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00

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

<input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)	<input checked="" type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
<input type="checkbox"/> Bradesco (237)	Nome do BANCO: Brasil
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)	
<input type="checkbox"/> Itaú (341)	
<input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	

AGÊNCIA: <input type="text"/> CONTA: <input type="text"/>	AGÊNCIA: <input type="text"/> CONTA: <input type="text"/>
(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do 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:	<input type="checkbox"/> Solteiro	<input type="checkbox"/> Casado (no Civil)	<input type="checkbox"/> Divorciado	<input type="checkbox"/> Separado Judicialmente	<input type="checkbox"/> Viúvo	24 - Data do óbito da vítima:
------------------------------	-----------------------------------	--	-------------------------------------	---	--------------------------------	-------------------------------

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

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

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

34 -	35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido:	36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido:	38 - 1º Nome: _____
------	---	--	-----------------------

24 SET 2019

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 - 1º | Nome: _____
 CPF: _____

Assinatura da testemunha

 39 - 2º | Nome: _____
 CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Nossa Senhora da Glória, 20.09.2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)



INVESTPREV

24 SET 2019

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

Rio de Janeiro, 27 de Novembro de 2019

**Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3190547161**

Vítima: EVERALDO JOSE DOS SANTOS

Data do Acidente: 18/06/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE MARCOS DE OLIVEIRA ROSA

Assunto: REANÁLISE DO PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), EVERALDO JOSE DOS SANTOS

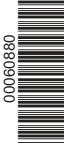
Após revisão da Análise Médica Documental ou perícia em 25/11/2019, verificou-se que a lesão permanente apresentada já foi adequadamente indenizada, nos termos da Lei nº 6.194, de 1974, não tendo sido identificado agravamento da invalidez permanente da vítima, ou nova lesão permanente decorrente do mesmo acidente de trânsito.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para você

Pag. 01759/01760 - carta_09 - INVALIDEZ



Carta nº 15151584

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

Rio de Janeiro, 26 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190547161

Vítima: EVERALDO JOSE DOS SANTOS

Data do Acidente: 18/06/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE MARCOS DE OLIVEIRA ROSA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), EVERALDO JOSE DOS SANTOS

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

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

Rio de Janeiro, 30 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190547161 **Vítima: EVERALDO JOSE DOS SANTOS**

Data do Acidente: 18/06/2019 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: JOSE MARCOS DE OLIVEIRA ROSA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), EVERALDO JOSE DOS SANTOS

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\$ 4.050,00

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros superiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um joelho 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: EVERALDO JOSE DOS SANTOS

Valor: R\$ 4.050,00

Banco: 001

Agência: 000000612-2

Conta: 0000015114-9

Tipo: CONTA CORRENTE

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

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

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



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: 24/10/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 4.050,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: EVERALDO JOSE DOS SANTOS

BANCO: 001

AGÊNCIA: 00612-2

CONTA: 000000015114-9

Nr. da Autenticação C400BEA3EC71B17A



HOSPITAL DE CLÍNICAS "DR. AUGUSTO LEITE"
RELATÓRIO DO ATO CIRÚRGICO

UNIDADE:

PACIENTE:

Orvaldo José da C. Soares

MATRÍCULA:

1100256

IDADC:

37 anos

CONVÉNIO:

SUS

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO:

Fractura de radio ulna direita

CIRURGIA REALIZADA:

Redução cirúrgica com fixação

CIRURGIO:

Dr Roberto Lima

ANESTESIOLOGISTA:

Sra. Patrícia

AUXILIAR:

AUXILIAR:

AUXILIAR:

ANESTESIA UTILIZADA:

DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO:

EQUIPAMENTOS

B. E. BIPOLAR

TREPANO ELÉTRICO

SERRA ELÉTRICA

MICROSCÓPIO CIRÚRGICO

FONTE DE LUZ / FIBRA ÓTICA

DESCRIÇÃO DO ATO CIRÚRGICO:

Orvaldo Soares

Anterópica

Próximas

Enxoval - Desferre

Redução cirúrgica com fixação

Síntese de ferimento

Fixação

Dr. Roberto Lima
Ortopedia Traumatologia
CRM 1173

03/07/19

ASSINATURA DO CIRURGIÃO

DATA

MOD. 042-HCAL

INVESTPREV

24 SET 2019

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0329359/19

Número do Sinistro: 3190547161

Vítima: EVERALDO JOSE DOS SANTOS

CPF: 011.897.885-35

CPF de: Próprio

Data do acidente: 18/06/2019

EVERALDO JOSE DOS SANTOS

Seguradora: ALFA SEGURADORA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Documentação médica-hospitalar

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: 18/11/2019
Nome: JOSE MARCOS DE OLIVEIRA ROSA
CPF: 020.003.675-00

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 18/11/2019
Nome: JOSE MARINO GOYA ARAUJO
CPF: 221.365.090-04

JOSE MARCOS DE OLIVEIRA ROSA

JOSE MARINO GOYA ARAUJO

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0329359/19

Vítima: EVERALDO JOSE DOS SANTOS

CPF: 011.897.885-35

CPF de: Próprio

Data do acidente: 18/06/2019

EVERALDO JOSE DOS SANTOS

Seguradora: ALFA SEGURADORA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médica-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

JOSE MARCOS DE OLIVEIRA ROSA : 020.003.675-00

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

EVERALDO JOSE DOS SANTOS : 011.897.885-35

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: 24/09/2019
Nome: JOSE MARCOS DE OLIVEIRA ROSA
CPF: 020.003.675-00

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 24/09/2019
Nome: JOSE MARINO GOYA ARAUJO
CPF: 221.365.090-04

JOSE MARCOS DE OLIVEIRA ROSA

JOSE MARINO GOYA ARAUJO