



**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 | Distribuição: 17/02/2020 |
| Número Único: 0000424-27.2020.8.25.0048 | Competência: 2ª Vara Cível e Criminal de Nossa Senhora da Glória |
| Classe: Procedimento Comum | Fase: POSTULACAO |
| Situação: Andamento | Processo Principal: ***** |
| Processo Origem: ***** | |

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 Apensados:

--

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

Valoração 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 |

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

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

DETRAN

CS 0000004677510 Nº 013269142616
5 DETRAN - SE
6 CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEICULO
7
8 1 01069041731 000000000000 2016
9
10 MARIA RENAI VA SANTOS
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60
61
62
63
64
65
66
67
68
69
70
71
72
73
74
75
76
77
78
79
80
81
82
83
84
85
86
87
88
89
90
91
92
93
94
95
96
97
98
99
100
101
102
103
104
105
106
107
108
109
110
111
112
113
114
115
116
117
118
119
120
121
122
123
124
125
126
127
128
129
130
131
132
133
134
135
136
137
138
139
140
141
142
143
144
145
146
147
148
149
150
151
152
153
154
155
156
157
158
159
160
161
162
163
164
165
166
167
168
169
170
171
172
173
174
175
176
177
178
179
180
181
182
183
184
185
186
187
188
189
190
191
192
193
194
195
196
197
198
199
200
201
202
203
204
205
206
207
208
209
210
211
212
213
214
215
216
217
218
219
220
221
222
223
224
225
226
227
228
229
230
231
232
233
234
235
236
237
238
239
240
241
242
243
244
245
246
247
248
249
250
251
252
253
254
255
256
257
258
259
260
261
262
263
264
265
266
267
268
269
270
271
272
273
274
275
276
277
278
279
280
281
282
283
284
285
286
287
288
289
290
291
292
293
294
295
296
297
298
299
300
301
302
303
304
305
306
307
308
309
310
311
312
313
314
315
316
317
318
319
320
321
322
323
324
325
326
327
328
329
330
331
332
333
334
335
336
337
338
339
340
341
342
343
344
345
346
347
348
349
350
351
352
353
354
355
356
357
358
359
360
361
362
363
364
365
366
367
368
369
370
371
372
373
374
375
376
377
378
379
380
381
382
383
384
385
386
387
388
389
390
391
392
393
394
395
396
397
398
399
400
401
402
403
404
405
406
407
408
409
410
411
412
413
414
415
416
417
418
419
420
421
422
423
424
425
426
427
428
429
430
431
432
433
434
435
436
437
438
439
440
441
442
443
444
445
446
447
448
449
450
451
452
453
454
455
456
457
458
459
460
461
462
463
464
465
466
467
468
469
470
471
472
473
474
475
476
477
478
479
480
481
482
483
484
485
486
487
488
489
490
491
492
493
494
495
496
497
498
499
500
501
502
503
504
505
506
507
508
509
510
511
512
513
514
515
516
517
518
519
520
521
522
523
524
525
526
527
528
529
530
531
532
533
534
535
536
537
538
539
540
541
542
543
544
545
546
547
548
549
550
551
552
553
554
555
556
557
558
559
560
561
562
563
564
565
566
567
568
569
570
571
572
573
574
575
576
577
578
579
580
581
582
583
584
585
586
587
588
589
590
591
592
593
594
595
596
597
598
599
600
601
602
603
604
605
606
607
608
609
610
611
612
613
614
615
616
617
618
619
620
621
622
623
624
625
626
627
628
629
630
631
632
633
634
635
636
637
638
639
640
641
642
643
644
645
646
647
648
649
650
651
652
653
654
655
656
657
658
659
660
661
662
663
664
665
666
667
668
669
670
671
672
673
674
675
676
677
678
679
680
681
682
683
684
685
686
687
688
689
690
691
692
693
694
695
696
697
698
699
700
701
702
703
704
705
706
707
708
709
710
711
712
713
714
715
716
717
718
719
720
721
722
723
724
725
726
727
728
729
730
731
732
733
734
735
736
737
738
739
740
741
742
743
744
745
746
747
748
749
750
751
752
753
754
755
756
757
758
759
760
761
762
763
764
765
766
767
768
769
770
771
772
773
774
775
776
777
778
779
780
781
782
783
784
785
786
787
788
789
790
791
792
793
794
795
796
797
798
799
800
801
802
803
804
805
806
807
808
809
810
811
812
813
814
815
816
817
818
819
820
821
822
823
824
825
826
827
828
829
830
831
832
833
834
835
836
837
838
839
840
841
842
843
844
845
846
847
848
849
850
851
852
853
854
855
856
857
858
859
860
861
862
863
864
865
866
867
868
869
870
871
872
873
874
875
876
877
878
879
880
881
882
883
884
885
886
887
888
889
890
891
892
893
894
895
896
897
898
899
900
901
902
903
904
905
906
907
908
909
910
911
912
913
914
915
916
917
918
919
920
921
922
923
924
925
926
927
928
929
930
931
932
933
934
935
936
937
938
939
940
941
942
943
944
945
946
947
948
949
950
951
952
953
954
955
956
957
958
959
960
961
962
963
964
965
966
967
968
969
970
971
972
973
974
975
976
977
978
979
980
981
982
983
984
985
986
987
988
989
990
991
992
993
994
995
996
997
998
999
1000

SE Nº 013269142616 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCICIO DATA EMISSAO
2016 04/07/2017

VA ** CPF / CNPJ PLACA
533.403.105-72 QKT6059

RENAVAM MARCA / MODELO
1069041731 HONDA / POP 110I

ANO FAB. CAT. TIRE Nº CHASSI
2015 9 9C2JB0100GR025068

PRÊMIO TARIFÁRIO

VNS (R\$) DETRAN (R\$) CUSTO DO SEGURO (R\$)
81,29 9,03 90,32

CUSTO DO BILHETE (R\$) IDP (R\$) RACI (R\$)
4,15 0,70 185,50

PAGAMENTO DATA DE QUITACAO
X COTA UNICA PARCELADO 03/07/2017

SEGURODORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 08.315.000/0001-04

PAS/MOTOCICLETA/ GASOLINA

HONDA/POP 110I 2015 2016

2P710CV/109CC PARTIC VERMELHA

COTA UNICA 1ª

FAIXA 2ª

SEGURO PAGO REF. AO EXERCICIO 2016

RESERVAÇÕES

AL. FIDUC. BANCO HUBER S/A

NOSSA SENHORA DA GLORIA-S 04/07/2017

CONTRAI

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/SE, 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 Jose Batista Sobrinho, nº 53,
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
Everaldo Jose Dos Santos, cujo o condutor era
Everaldo Jose Dos Santos.
Veículo: PAS/MOTOCICLETA Modelo: HONDA POP 110 I Ano: 2015-2016
Placa: BRT6059 Chassi: 9C2J B0100GR025668
Data do Acidente: 18/06/2019



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

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 o padrão reg. nesta serventia. Dou fé.
Nossa Senhora da Glória/SE, 20 de setembro de 2019

EDERALDO ALVES DA SILVA (Escrivente)
20/09/2019 09:57:22 Valor Total R\$ 8,94
Selo TJSE: 201929674019715, Acesse:
<https://www.tjse.jus.br/x/4NQ9B3>



AA041087

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 nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Jose Marcos De Oliveira Rosa inscrito (a) no CPF sob o Nº 020.003.625/00 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Erivaldo Jose Dos Santos inscrito (a) no CPF sob o Nº 011.897.885/35 do sinistro de DPVAT cobertura Imobiliz da Vítima Erivaldo Jose 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 Silas</u> | | Número | <u>217</u> | Complemento | <u>Casa - A</u> |
| Bairro | <u>Silas</u> | Cidade | <u>Nossa Senhora da Glória</u> | Estado | <u>SE</u> | CEP |
| Email | <u>Marcosdegloria@gmail.com</u> | | Telefone comercial(DDD) | <u>79-99925-2568</u> | Telefone celular (DDD) | <u>79-99918-9207</u> |

INVESTPREV

24 SET 2019

N.ª da Glória de Setembro de 2019

Local e Data

Jose Marcos De Oliveira Rosa
Assinatura do Declarante



DESO: Rua Campos de Sales, 333, 13 de Julho, Aracaju-SE, 49020-000
 CNPJ: 15.248.111/0001-40 - INSC. EST. 27.011.000-9

FATURA MENSAL *

Matrícula
505033.2

*** ARR 80, ARR 100 DE CONT. ***

Nome do Cliente: MARIA RENALVA SANTOS

Endereço: RUA JOSE BATISTA SOBRINHO, NUM. 153, No DA DESO 11, N. SENHORA DA GLORIA, 49680-000

Código de Fatura: 704004/00282 **Data de Vencimento:** 06/09/2019 **Medição:** A18G673330 **Leitura Inicial - Anterior:** RES: 1

HISTÓRICO DE CONSUMO

| Período | Consumo (m³) | Valor (R\$) |
|---------|--------------|-------------|
| 05/19 | 00012 | 0,00 |
| 06/19 | 00012 | 1,10 |
| 07/19 | 00014 | 1,26 |
| 08/19 | 00015 | 0,85 |
| 09/19 | 00011 | 0,16 |
| 10/19 | 00020 | 0,11 |

PREVISÃO DE TRIBUTOS (R\$):
 COT. INSC. D. 70 PAG. 7: 1,24

DEBÍTCIOS COMPLEMENTARES

| Serviço | Valor |
|----------------------------|-------|
| AGUA | 71,50 |
| ESGOTO | 0,00 |
| 080 MULTA P/IMPONTUALIDADE | 0,00 |
| 091 JUROS DE MORA | 1,10 |
| 091 JUROS DE MORA | 1,26 |
| 094 ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA | 0,85 |
| 094 ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA | 0,16 |
| 094 ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA | 0,11 |

Data Referência: 09/2019 **VENCIMENTO:** 15/09/2019 **TOTAL A PAGAR R\$:** 74,98

SETEMBRO AMAHELO: MES DA PREVENÇÃO AO SUICÍDIO. SUA VIDA É A MELHOR ESCOLHA!

A falta de pagamento dessa fatura 50 (trinta) dias após seu vencimento implicará na interrupção do fornecimento de serviços - art. 91, Decreto Lei nº 27.466/2010.

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

Qualidade da Água Distribuída (Decreto Federal nº 5.440/2005 - Art. 5º inciso I)

| Parâmetro | Turbidez | Cor | Cloro | pH | Condutividade Total | Sólidos Totais |
|---|----------|-----|-------|----|---------------------|----------------|
| Nº Mínimo de Amostras Analisadas | 50 | 50 | 50 | 50 | 50 | 50 |
| OT de Amostras Analisadas | 50 | 50 | 50 | 50 | 50 | 50 |
| OT Mínimo de Saneamento por Comunidade ou Povoado | 41 | 44 | 54 | 55 | 55 | 55 |



DESO
 COMPANHIA DE SANEAMENTO DE SERGIPE

COMPONENTE DA REDE

Código: 505033.2 **Data:** 15/09/2019

Medição: 09/2019 9 **TOTAL A PAGAR R\$:** 74,98

826400000004 749800418206 505033209204 191505033214



INVESTPREV

24 SET 2019

JOSE MARCOS DE OLIVEIRA ROSA
RUA DOS SILOS, 0217 / CASA A - SILOS
NOSSA SENHORA DA GLORIA / SE CEP 49850000 (AO 432)



Ligação: SPASCO
Cid/Soc: RES NTC 21 / RESIDENCIAL-RESIDENCIAL
Roteiro: 5-430-340-7381 Referência: Set/2019
Medidor: E8002349123 Emissão: 10/09/2019

ENERGISA SERGIPE/DISTRIB ENERGIA SA
Rua Min. Apolinário Sales, 21 - Início Baronesa
Aracaju/SE - CEP 49040-190
CNPJ 13.017.802/0001-83 Insc Est 270.767-436
Nota Fiscal/Conta de Energia Elétrica Nº 016.754.372
Cid. por Dto. Automática: 00009123279

Atendimento ao Cliente ENERGISA 08000 79 0196 Acesse: www.energisa.com.br

| Conta referente a | Apresentação | Data prevista da próxima leitura | CPF/ CNPJ/ RANI |
|-------------------|--------------|----------------------------------|-----------------|
| Set / 2019 | 10/09/2019 | 10/10/2019 | 020.003.675-00 |

UC (Unidade Consumidora): 3/912787-9

Canal de contato

| Anterior | Atual | Constante | Consumo | Dias |
|---------------------------------|---------------------------------|-----------|---------|------|
| Data: 09/09/18 Leitura: 5054 | Data: 10/09/19 Leitura: 5421 | 1 | 367 | 32 |

| Demonstrativo | | | | | | | | |
|---------------|----------------|------------|-----------|-----------------|-------|---------------|----------------------|----------------|
| CCI | Descrição | Quantidade | Tarifa U/ | Valor Base C/ig | Alíq. | Imposto (R\$) | Base Calc. Pto (R\$) | Cobrança (R\$) |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| 0801 | Consumo em kWh | 37.000 | 0,741630 | 30,08 | 25 | 13,52 | 50,58 | 0,38 |
| 0801 | Adc B. Yamaha | | | 2,77 | 25 | 0,94 | 3,77 | 0,02 |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |

| CCI | Código de Classificação do Item | TOTAL | 62,52 | 53,25 | 13,45 | 50,58 | 0,35 | 1,77 |
|-----|---------------------------------|----------|-------|-------|-------|-------|------|------|
| | Tarifa de Tributos | 0,500000 | | | | | | |

| Média últimos meses (kWh) | VENCIMENTO | TOTAL A PAGAR |
|---------------------------|------------|---------------|
| 90 | 17/09/2019 | R\$ 63,52 |

| Histórico de Consumo (kWh) | | | | | | | | | | | |
|----------------------------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|---------|--------|--------|--------|
| 99 | 74 | 98 | 75 | 73 | 123 | 172 | 128 | 78 | 76 | 75 | 54 |
| Set/18 | Out/18 | Nov/18 | Dez/18 | Jan/19 | Fev/19 | Mar/19 | Abr/19 | Maio/19 | Jun/19 | Jul/19 | Ago/19 |

RESERVADO AO FISCO
568a.be5Q.14a4.50d3.0764.f484.ebc9.8090.

| Indicadores de Qualidade | | | Condição de Tensão (V) | | Comparação de Consumo | |
|--------------------------|---------|----------------------|------------------------|-----------------------------------|-----------------------|--------|
| Limites de ANEEL | Apurado | Limite de Tensão (V) | | Discriminacao | Valor (R\$) | % |
| 12.00 | 3.82 | NOMINAL | 127 | Remuneração de Distribuição | 13,52 | 20,94 |
| 12.00 | 1,00 | CONTRATADA | 117 | Encargos de Transmissão | 2,77 | 4,38 |
| 12.00 | 0,00 | LIMITE SUPERIOR | 137 | Encargos de Distribuição | 25,03 | 39,78 |
| 12.00 | | | | Encargos de Operação e Manutenção | 0,00 | 0,00 |
| 12.00 | | | | Encargos de Perdas | 0,00 | 0,00 |
| 12.00 | | | | Encargos de Outros | 0,00 | 0,00 |
| 12.00 | | | | Total | 63,52 | 100,00 |

ATENÇÃO

Atenção: A responsabilidade pela iluminação pública é de competência do Município.

INVESTPREV

24 SET 2019

Faturas em atraso

BANCO DO BRASIL PAGAR PROPRIO/ALIMENTAR AO BANCO DO BRASIL

00190.00009 03087.893008 02808.547174 8 80150000006352

PAGADOR: JOSE MARCOS DE OLIVEIRA ROSA - CPF/CNPJ: 020.003.675-00

RUA DOS SILOS, 0217 / CASA A - SILOS - NOSSA SENHORA DA GLORIA / SE CEP 49850000

| | | | | |
|-------------------|-----------------|--------------------|--------------------|------------|
| Nosso Nr | Nr Documento | Data de Vencimento | Valor do Documento | Valor Pago |
| 30672920002808547 | 000912787201909 | 17/09/2019 | R\$ 63,52 | |

BENEFICIÁRIO: ENERGISA SERGIPE/DISTRIB ENERGIA SA CNPJ 13.017.802/0001-83

Rua Min. Apolinário Sales, 21 - Início Baronesa - Aracaju/SE - CEP 49040-190

Agença / Código do beneficiário: 3064-3/178003-4

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: 011.892.885-35 4 - Nome completo da vítima: Everaldo Jose Dos Santos

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

5 - Nome completo: Everaldo Jose Dos Santos 6 - CPF: 011.892.885-35
7 - Profissão: Barnador 8 - Endereço: Rua Jose Batista Salbunho 9 - Número: 153 10 - Complemento: Casa
11 - Bairro: Centro 12 - Cidade: Nossa Senhora da Glória 13 - Estado: SC 14 - CEP: 49680-000
15 - E-mail: Marcondesgloria@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:

☒ 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)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Brasil

AGÊNCIA: CONTA: (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 0612 2 CONTA: 15114 9 (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.

Peio 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 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 teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (já nasceu)? ☐ 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.

INVESTPREV

24 SET 2019

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

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, 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



GOVERNO DO ESTADO DE SERGIPE
POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA MUNICIPAL DE POÇO REDONDO - POÇO REDONDO - SE



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 Polícia: 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)

Logradouro: proximo a ABB

Bairro: Centro

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 (VÍTIMA, 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

Complemento: RUA D

Nº: 153

CEP: 49.680-000

Telefone: (79) 9981-4972 (Celular)

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 Polícia 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

Nº 098696/2019

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

José Benício de Melo Santos
Agente de Polícia
Matrícula 47.128/2018
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 poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei origem, 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: 011.892.885-35 4 - Nome completo da vítima: Everaldo Jose Dos Santos

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

5 - Nome completo: Everaldo Jose Dos Santos 6 - CPF: 011.892.885-35
7 - Profissão: Barnador 8 - Endereço: Rua Jose Batista Salgueiro 9 - Número: 153 10 - Complemento: Casa
11 - Bairro: Centro 12 - Cidade: Nossa Senhora da Glória 13 - Estado: SC 14 - CEP: 49680-000
15 - E-mail: Marcondesgloria@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:

☒ 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)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Brasil

AGÊNCIA: CONTA: (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 0612 2 CONTA: 15114 9 (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.

Peio 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 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 teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (já nasceu)? ☐ 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.

INVESTPREV

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 - 1ª | Nome: CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | 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

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

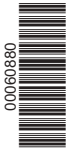
Após revisão da Análise Médica Documental ou perícia em 25/11/2019, verificou-se que a lesão permanente apresentada já foi adequadamente indenizada, nos termos da Lei nº 6.194, de 1974, não tendo sido identificado agravamento da invalidez permanente da vítima, ou nova lesão permanente decorrente do mesmo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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para você

Pag. 01759/01760 - carta_09 - INVALIDEZ



Carta nº 15151584

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

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, 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.



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

Orlando Brito Santos

MATRÍCULA:

1100256

IDADE

37 anos

CONVÊNIO:

SUS

DIAGNÓSTICO PRE-OPERATÓRIO:

Fratura de rádio distal

CIRURGIA REALIZADA:

Redução cirúrgica com fixação

CIRURGIÃO:

Dr. Roberto Lima

ANESTESIOLOGISTA:

Sra. Patricia

AUXILIAR:

AUXILIAR:

AUXILIAR:

ANESTESIA UTILIZADA:

DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO

EQUIPAMENTOS

☐ B. E. * BIPOLAR

☐ TRÉPANO ELÉTRICO

☐ SERRA ELÉTRICA

☐ MICROSCÓPIO CIRÚRGICO

☐ FONTE DE LUZ / FIBRA ÓTICA

DESCRIÇÃO DO ATO CIRÚRGICO:

Ossículo dorsal

interna

Placas

Fixação - Omeccão

Redução cirúrgica com fixação

Síntese de ferimento

Purcatina

Dr. Roberto Lima

Ortopedia Traumatologia

CRM 1173

ASSINATURA DO CIRURGIÃO

03/07/19

DATA

MOD. 042-HCAL

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

Seguradora: ALFA SEGURADORA

Data do acidente: 18/06/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: EVERALDO JOSE DOS SANTOS

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Documentação médico-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

JOSE MARCOS DE OLIVEIRA ROSA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

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

Seguradora: ALFA SEGURADORA

Data do acidente: 18/06/2019

Titular do CPF: EVERALDO JOSE DOS SANTOS

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-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

JOSE MARCOS DE OLIVEIRA ROSA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

JOSE MARINO GOYA ARAUJO