



**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: 202077200059                  | Distribuição: 17/01/2020                                         |
| Número Único: 0000149-78.2020.8.25.0048 | Competência: 2ª Vara Cível e Criminal de Nossa Senhora da Glória |
| Classe: Procedimento Comum              | Fase: POSTULACAO                                                 |
| Situação: Andamento                     | Processo Principal: *****                                        |
| Processo Origem: *****                  |                                                                  |

**Assuntos**

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

**Dados das Partes**

Requerente: MARIA IVANILDE SANTOS  
Endereço: RUA 15 DE AGOSTO  
Complemento:  
Bairro: BRASILIA  
Cidade: NOSSA SENHORA DA GLORIA - Estado: SE - CEP: 49680000  
Requerente: Advogado(a): ELTON SOARES DIAS 10289/SE  
Requerido: SEGURADORA LÍDER DO CONSÓRCIO DO SEGURO DPVAT S.A.  
Endereço: RUA SENADOR DANTAS - 5º ANDAR  
Complemento: PRÉDIO  
Bairro: CENTRO  
Cidade: RIO DE JANEIRO - Estado: RJ - CEP: 20031201  
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:**

202077200059

**DATA:**

31/07/2020

**MOVIMENTO:**

Juntada

**DESCRIÇÃO:**

Juntada de Petição Avulsa do Advogado/Procurador/Defensor/Promotor KELLY CHRYSTIAN SILVA MENENDEZ (2592-SE) ao processo eletrônico. Protocolizado sob nº 20200731155202881 às 15:52 em 31/07/2020.

**LOCALIZAÇÃO:**

Secretaria

**PUBLICAÇÃO:**

Não

---

**Rio de Janeiro, 11 de Julho de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190417454**

**Vítima: MARIA IVANILDE SANTOS**

**Data do Acidente: 08/03/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), MARIA IVANILDE 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

Carta nº 14554133

Rio de Janeiro, 25 de Julho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190417454

Vítima: MARIA IVANILDE SANTOS

Data do Acidente: 08/03/2019

Cobertura: INVALIDEZ

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), MARIA IVANILDE SANTOS**

Informamos que o pagamento da indenização o 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 tornozelo 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: **MARIA IVANILDE SANTOS**

Valor: **R\$ 1.687,50**

Banco: **104**

Agência: **000000059**

Conta: **00000656373-6**

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](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 02 de Agosto de 2019

Aos Cuidados de: **MARIA IVANILDE SANTOS**

Nº Sinistro: **3190417454**  
**MARIA IVANILDE SANTOS**

Data do Acidente: **08/03/2019**

Cobertura: **INVALIDEZ**

**Assunto: REANÁLISE DE PROCESSO - CONDUTA MANTIDA**

**Senhor(a),**

Em atendimento à sua solicitação, foi feita a reanálise médica do seu pedido de indenização por invalidez permanente, cadastrado sob o **número de sinistro 3190417454**.

Como a documentação apresentada não indica a existência de novas lesões permanentes ou de agravamento daquelas já indenizadas em decorrência do acidente sofrido, o seu pedido de reanálise foi encerrado e o valor indenizado mantido, conforme legislação vigente.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **[www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br)** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Carta nº 14651622

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: \_\_\_\_\_ CPF da vítima: 417.552.605-63 Nome completo da vítima: MARIA IYANILDE SANTOS

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

Nome completo: MARIA IYANILDE SANTOS CPF: 417.552.605-63  
Profissão: AUX. SERVIÇO GERAL Endereço: R. 15 DE AGOSTO Número: 18 Complemento: -  
Bairro: BRASILIA Cidade: NOSSA SENHORA DA GLÓRIA Estado: SE CEP: 49680-000  
E-mail: mariaivanildegloria@gmail.com Tel.(DDD): 19 9934 5884

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

RENDA MENSAL:  
☐ RECUSO INFORMAR ☒ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00  
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

## DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☒ 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: \_\_\_\_\_  
AGÊNCIA: 0059 CONTA: 00656373 6 AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_  
(Informar o dígito se existir) (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.

## 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

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: \_\_\_\_\_  
Grau de Parentesco com a vítima: \_\_\_\_\_ Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: \_\_\_\_\_  
Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: \_\_\_\_\_ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não  
Vivos: \_\_\_\_\_ Falecidos: \_\_\_\_\_

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.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado  
Local e Data: NOSSA SENHORA DA GLÓRIA/SE 02/04/19  
Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_

(\*) Assinatura de quem assina A ROGO  
Maria Ivanilde Santos  
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

### TESTEMUNHAS

1ª Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_  
Assinatura: \_\_\_\_\_  
2ª Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_  
Assinatura: \_\_\_\_\_

Assinatura do Representante Legal (se houver) Assinatura do Procurador (se houver)



GOVERNO DO ESTADO DE SERGIPE  
POLÍCIA CIVIL  
DELEGACIA REGIONAL DE NOSSA SENHORA DA GLÓRIA AISP - NOSSA  
SENHORA DA GLÓRIA - SE

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 055254/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 24/05/2019 10:01 Data/Hora Fim: 24/05/2019 10:14  
Delegado de Polícia: Samuel Souza de Brito Oliveira

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia Regional de Nossa Senhora da Glória Aisp

Data/Hora do Fato: 08/03/2019 17:30

Local do Fato

Município: Nossa Senhora da Glória (SE)  
Logradouro: Rua 15 de agosto

Bairro: Centro  
Nº: 18  
CEP: 49.680-000

Tipo do Local: Residência

| Natureza                          | Meio(s) Empregado(s) |
|-----------------------------------|----------------------|
| 1617: Acidentes diversos - trauma | Não Houve            |

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: MARIA IVANILDE SANTOS (COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: SE - Laranjeiras Sexo: Feminino Nasc: 17/01/1968  
Profissão: Encarregado de Serviços Gerais Escolaridade: Ensino Médio Completo  
Estado Civil: Solteiro(a)  
Nome da Mãe: Lenilde Teles dos Santos Nome do Pai: Jose Alfredo Gomes Santos

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 417.552.605-63

Endereço

Município: Nossa Senhora da Glória - SE  
Logradouro: Rua 15 de agosto  
Bairro: Centro  
Telefone: (79) 9984-5884 (Celular)

Nº: 18  
CEP: 49.680-000



OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Nenhum Objeto Informado

RELATO/HISTÓRICO

Relata a noticiante que em 08 de março, por volta das 17:30 conduzia sua motocicleta Honda Biz, placa IAC-7443, Chassi 9C2IA04207R056406, quando nas proximidades de sua casa localizada na Rua 15 de agosto, em Nossa Senhora da Glória, tentou frear mas havia umas piçarras no calçamento, se desequilibrou, caiu ao chão e precisou ser encaminhada, em princípio, ao Hospital de Glória e em seguida foi levada ao Hospital de Itabaiana onde precisou operar o tornozelo esquerdo que havia quebrado, na operação foi colocado seis parafusos e duas placas de platina e ficou internada por três dias em decorrência do acidente. Registra o fato para acionamento do seguro DPVAT

*André Luiz Bastos Nery*  
Bel. André Luiz Bastos Nery  
Delegado de Polícia Civil



Delegacia de Polícia Civil: Samuel Souza de Brito Oliveira  
Impresso por: André Luiz Bastos Nery  
Data de Impressão: 24/05/2019 10:14  
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 2

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos



GOVERNO DO ESTADO DE SERGIPE  
POLÍCIA CIVIL  
DELEGACIA REGIONAL DE NOSSA SENHORA DA GLÓRIA AISP - NOSSA  
SENHORA DA GLÓRIA - SE

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 055254/2019

ASSINATURAS

Escrivão de Polícia Civil

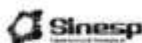
André Luiz Bastos Nery  
Responsável pelo Atendimento

+ Maria Ivanilde Santos

Maria Ivanilde Santos  
(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 329-Denúnciação, 330-Denúnciação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."

Bel. André Luiz Bastos Nery  
Escrivão de Polícia Civil



Delegado de Polícia Civil: Samuel Souza de Brito Oliveira  
Impresso por: André Luiz Bastos Nery  
Data de Impressão: 24/05/2019 10:14  
Protocolo nº: Não disponível

Página 2 de 2

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: CPF da vítima: Nome completo da vítima:

417-552.605-63 MARIA IVANILDE SANTOS

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

Nome completo: MARIA IVANILDE SANTOS CPF: 417.552.605-63  
Profissão: AUT-SERVIÇO GERAL Endereço: R. 15 DE AGOSTO Número: 18 Complemento: -  
Bairro: BRASILIA Cidade: NOSSA SENHORA DA GLÓRIA Estado: SE CEP: 49680-000  
E-mail: mariaivanildegloria@gmail.com Tel.(DDD): 19 9934 5884

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

RENDA MENSAL:  
☐ RECUSO INFORMAR ☒ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00  
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

## DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☒ 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: \_\_\_\_\_  
AGÊNCIA: 0059 CONTA: 00656373 6 AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_  
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (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.

## 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

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: \_\_\_\_\_  
Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: \_\_\_\_\_  
Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não  
Vivos: Falecidos:

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.

Impressão  
digital da  
vítima ou  
beneficiário  
não alfabetizado

Local e Data, Nossa Senhora da Glória/SE, 02/04/19  
Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_

(\*) Assinatura de quem assina A ROGO

x Maria Ivanilde Santos  
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

### TESTEMUNHAS

1ª Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura

2ª Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura

Nega alergias

MS/DATASUS

HOSPITAL REGIONAL DE NOSSA SENHORA DA GLORIA

No. DO BE: 406814

DATA: 08/03/2019

HORA: 17:41

USUARIO: LMBSILVA

CNS: 898002755052084

SETOR: 04-SALA DE PROCEDIMENTOS

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME : MARIA IVANILDE SANTOS DOC...:  
 IDADE.....: 51 ANOS NASC: 17/01/1968 SEXO...: FEMININO  
 ENDereco.....: RUA 15 DE AGOSTO NUMERO: 18  
 COMPLEMENTO...: CASA BAIRRO: BRASILIA  
 MUNICIPIO.....: NOSSA SENHORA DA GLORIA UF: SE CEP....: 4968 -  
 NOME PAI/MAE...: JOSE ALFREDO GOMES SANTOS /LENILDE TELES DOS SANTOS  
 RESPONSAVEL...: O PROPRIO TEL....:  
 PROCEDENCIA...: NOSSA SENHORA DA GLORIA-SE  
 ATENDIMENTO...: ACIDENTE MOTOCICLISTICO (MOTOS)  
 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: / /

Mojo, nega entrar queixas. Refere ser alergica a Benzot-  
 ANOTACOES DA ENFERMAGEM:

DIAGNOSTICO:

Torçao pé E (Fratura?)

CID:

PRESCRICAO

HORARIO DA MEDICACAO

- 1) Coto proloano 01 amp
- 2) Dipirona 01 amp IM
- 3) Sol Rx do pé E

administrado  
 20:50h

Edilson Pereira de Azevedo  
 COREN-SE  
 594101-AE

DATA DA SAIDA: / /

HORA DA SAIDA: :

ALTA: [ ] DECISAO MEDICA [ ] A PEDIDO [ ] EVASAO [ ] DESISTENCIA  
 [ ] ENCAMINHADO AO AMBULATORIO

INTERNACAO NO PROPRIO HOSPITAL (SETOR):

TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):

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

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSAVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

Dr. Sydney Correia Leão

CRM-SE 4403  
 Clínica Geral/Patologia

HD - Fratura /; Lenilide  
 Caminho a paciente ao centro de dista. - 1A Dr. Roca

# 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: 18/07/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

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

CLIENTE: MARIA IVANILDE SANTOS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00059

CONTA: 000000656373-6

---

Nr. da Autenticação 7D2FA88CABF169A0

MARIA IVANILDE SANTOS  
RUA QUINZE DE AGOSTO, 000 - CENTRO  
NOSSA SENHORA DA GLÓRIA / SE CEP 48800000 (AG 490)



Ligação: MONOFÁSICO  
Cia/Sbc: RES MTC B1 / RESIDENCIAL - RESIDENCIAL  
Rotômetro: 5-430-370-1820 Referência: Abr/2019  
Medidor: E5012190680 Emissão: 08/04/2019

ENERGISA SERGIPE DISTRIB ENERGISA SA  
Rua Vinícius Sales, 81 - Inácio Barbosa  
Aracaju / SE - CEP 49040-150  
CNPJ: 19.017.463/0001-65 Insc Est: 270.767.438  
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica Nº 012-562-003  
Cód. para Débito Automático: 0000388558

Atendimento ao Cliente ENERGISA **08000 79 0196** Acesso: [www.energisa.com.br](http://www.energisa.com.br)

| Conta referente a | Apresentação | Data prevista da próxima leitura | CPF/ CNPJ/ RANI           |
|-------------------|--------------|----------------------------------|---------------------------|
| Abr/2019          | 08/04/2019   | 09/05/2019                       | 417.562.605-63<br>INC-EST |

UC (Unidade Consumidora): **3/888556-8**

#### Canal de contato

Declaração de Quitação Anual de Débitos:  
Conforme previsto na Lei 12.067 de 29 de julho de 2009,  
informamos a quitação dos débitos referentes aos fatura-  
mentos regulares de energia elétrica desta unidade  
consumidora vencidos no ano de 2018 e nos anos ante-  
riores. Esta declaração substitui, para a comprovação  
do cumprimento das obrigações do consumidor, as qui-  
tações dos faturamentos mensais dos débitos do ano  
a que se refere, e dos anos anteriores.

| Anterior         | Atual           | Constante        | Consumo         | Dias |
|------------------|-----------------|------------------|-----------------|------|
| Data<br>11/03/18 | Leitura<br>7550 | Data<br>08/04/19 | Leitura<br>7558 | 1    |

#### Demonstrativo

| CCI  | Descrição               | Quantidade | Taxa de  | Valor Base Calc. | Aut. Taxa (R\$) | Taxa Calc. Propri. | Outros R\$ | Cálculo R\$ |
|------|-------------------------|------------|----------|------------------|-----------------|--------------------|------------|-------------|
| 0501 | Consumo em kWh          | 109,000    | 0,746000 | 81,31            | 81,31           | 0,00               | 0,00       | 81,31       |
| 0807 | CONTRIB LUM PUBLICA     |            |          | 11,31            | 0,00            | 0,00               | 0,00       | 0,00        |
| 0809 | PARCELAMENTO DEB. 02/14 |            |          | 27,35            | 0,00            | 0,00               | 0,00       | 0,00        |

|     |                                 |           |        |       |       |       |      |      |
|-----|---------------------------------|-----------|--------|-------|-------|-------|------|------|
| CCI | Código de Classificação do Item | TOTAL R\$ | 130,03 | 27,35 | 20,33 | 81,33 | 0,88 | 4,06 |
|     | Taxa de Tributos                | 0,514700  |        |       |       |       |      |      |

| Médias últimos meses (kWh) | VENCIMENTO | TOTAL A PAGAR |
|----------------------------|------------|---------------|
| 157                        | 15/04/2019 | R\$ 130,03    |

#### Histórico de Consumo (kWh)

|        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |
|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
| 188    | 147    | 182    | 137    | 165    | 133    | 139    | 146    | 162    | 143    | 131    | 157    |
| Abr/18 | Mar/18 | Jun/18 | Jul/18 | Ago/18 | Set/18 | Out/18 | Nov/18 | Dez/18 | Jan/19 | Fev/19 | Mar/19 |

#### RESERVADO AO FISCO

6998.f7d9.bb50.fb9a.18d2.81b2.f7a8.669e.

#### Indicadores de Qualidade

2/2018 - NOSSA SENHORA DA GLÓRIA

|                | Limites da ANEEL | Apurado | Limite de Tensão (V) |
|----------------|------------------|---------|----------------------|
| DIC MENSAL     | 6,15             | 0,00    |                      |
| DIC TRIMESTRAL | 12,30            |         |                      |
| DIC ANUAL      | 24,60            |         |                      |
| RIC MENSAL     | 0,36             | 0,00    |                      |
| RIC TRIMESTRAL | 0,72             |         |                      |
| RIC ANUAL      | 1,44             |         |                      |
| DMC            | 0,03             | 0,00    |                      |
| DICR           | 0,03             |         |                      |

#### Composição do Consumo

| Discriminação                   | Valor (R\$)   | %             |
|---------------------------------|---------------|---------------|
| Serviços de Dist. de Energia/SE | 11,31         | 8,69          |
| Contribuição de Energia         | 11,31         | 8,69          |
| Serviço de Transmissão          | 27,35         | 20,99         |
| Energia Gerada                  | 4,06          | 3,12          |
| Impostos Diretos e Encargos     | 10,00         | 7,69          |
| Outros Serviços                 | 10,00         | 7,69          |
| <b>Total</b>                    | <b>130,03</b> | <b>100,00</b> |

Valor R\$ 0,00 Ref 3/2019 481551

#### ATENÇÃO

- REAVISO DE VENCIMENTO: Caso haja fatura(s) em todo relacionado(s) permanente(m) em atraso, o fornecimento poderá ser suspenso a partir de 30/04/2019. Conforme art. 14 da ANEEL. O pagamento após estas datas não elimina a possibilidade de perda suspensa do fornecimento, caso o mesmo não seja comunicado ou as contas pagas não estejam na unidade consumidora para comprovação. Caso o cliente efetue o pagamento das fatura(s) acima, desconsidera-se a suspensão.

#### Faturas em atraso

Mar/19 168,19

## DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://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, Erivan Ferreira De Souza,  
RG nº 2.042.092-7, data de expedição 15/05/2015  
Órgão SSP/SE, portador do CPF nº 000.454.555-97,  
com domicílio na cidade de São Cristóvão, no Estado de  
Sergipe, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)  
Avenida Saneamento, nº 341,  
complemento \_\_\_\_\_, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo  
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima  
Maria Ivanilde Santos, cujo o condutor era  
Maria Ivanilde Santos.  
Veículo: PAS/Motoneta Modelo: Honda/Biz 125 Ano: 2007  
Placa: IAC7443/SE Chassi: 9C2JA04207R056406  
Data do Acidente: 08/03/2019

**AJU** 01 JUL. 2019

Local e Data: \_\_\_\_\_

Erivan Ferreira de Souza

Assinatura do Declarante

1º OFÍCIO

Maria Ivanilde Santos

Assinatura do Condutor

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

SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAL  
DO 1º OFÍCIO DE ARACAJU



Tabelião - Bel. Luiz de Santana  
e-mail: [extra.1aracaju@tjse.jus.br](mailto:extra.1aracaju@tjse.jus.br)

Marcelo Soares de Santana  
Escrivente Compromissado

Reconheço por autenticidade a firma de ERIVAN FERREIRA DE SOUSA dou fé em  
test: \_\_\_\_\_ da veridade.

Aracaju 01 de julho de 2019

Marcelo Soares de Santana - O Escrevente Compromissado

Selo TJSE: **1401929507031423** - Acesse: [www.tjse.jus.br/x/HT776K](http://www.tjse.jus.br/x/HT776K)

Praça Camerino, 205 - São José - Aracaju - Sergipe - Cep: 49015-060 - Tel.: (79) 3025-9400





4 - Hospitais / Serviços / Prestou atendimento:

08/03/2019 - 1º ATENDIMENTO HOSPITALAR REGIONAL DE  
ARACAJU - SE

2º ATENDIMENTO HOSPITALAR REGIONAL DE  
ARACAJU - SE

5 - Descrição das perdas funcional / Invalidez permanente / Pós-tratamento realizados:

- Perda total da capacidade funcional de andar e se locomover de RSC no MIE
- Perda total da capacidade funcional de andar e se locomover de RSC no MIE
- Perda total da capacidade funcional de andar e se locomover de RSC no MIE, com  
uso de Muleta, Cadeira e Sinalização para andar de RSC.
- Perda total da capacidade funcional de andar e se locomover de RSC no MIE
- Perda total da capacidade funcional de andar e se locomover de RSC no MIE

6 - Alta definitiva do tratamento:

1. 06/03/19. Perda total da capacidade funcional de andar e se locomover de RSC no MIE

7 - Data do Exame do Paciente

1. 30/07/2019. Exame físico e exames complementares

8 - Segue Exame Anexo

Exame físico e exames complementares  
perda total da capacidade funcional de andar e se locomover de RSC no MIE  
e incapacidade funcional de andar e se locomover de RSC no MIE

9 - Médico responsável pela avaliação após análise da documentação do primeiro atendimento médico / Internação hospitalar / Histórico do paciente / Exame Físico / Exames Complementares:

|                |                                       |           |      |        |                 |
|----------------|---------------------------------------|-----------|------|--------|-----------------|
| Nome do Médico | Renato Teixeira                       | Nº do CRM | 1450 | Fone:  | (079) 3211-5368 |
| Endereço       | Rua Itaporanga, Bairro Getulio Vargas | Número    | 598  | Cidade | Aracaju         |
|                |                                       |           |      | Estado | Sergipe         |

**Atenção:** As sequelas das lesões sofridas só poderam ser determinadas após decorridos 60, 90, 180... 1 ano ou mais tempo da alta definitiva

30/07/2019

Renato Teixeira CRM 1450  
Ortopedia - Traumatologia

Data

Assinatura e Carimbo

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 902.746 2.VIA DATA DE EMISSÃO 09/11/2016

NOME MARIA IZABELLE SANTOS

FILIAÇÃO JOSÉ ALFREDO GOMES SANTOS

LENILDE TELES DOS SANTOS

NATURALIDADE LARANJEIRAS-SE

DOC ORIGEM CT, NASCIM, NR 23361 LV AMO FL 47

CEART. OF. COM LARANJEIRAS/SE 417.552.605-63

DATA DE NASCIMENTO 17/01/1968

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA  
CONCESSIONÁRIA DE VALAS DE FÉRIAS  
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO POR CARTELOS MENORES

ESTADO DE SERGIPE

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA

CONCESSIONÁRIA DE VALAS DE FÉRIAS

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO POR CARTELOS MENORES

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

CARTEIRA DE IDENTIDADE

MARIA IZABELLE SANTOS

ESTADO DE SERGIPE

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA

CONCESSIONÁRIA DE VALAS DE FÉRIAS

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO POR CARTELOS MENORES

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA

CONCESSIONÁRIA DE VALAS DE FÉRIAS

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO POR CARTELOS MENORES

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190417454 **Cidade:** Nossa Senhora da Glória **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** MARIA IVANILDE SANTOS **Data do acidente:** 08/03/2019 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

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

**Data da análise:** 02/08/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DO TORNOZELO ESQUERDO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSO).  
ALTA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO TORNOZELO ESQUERDO.

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:** Sim

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO TORNOZELO ESQUERDO.

**Documentos complementares:**

**Observações:** REANÁLISE CONCLUÍDA E NÃO VISUALIZADO DOCUMENTAÇÃO MÉDICA-HOSPITALAR NOVA QUE EVIDENCIE AGRAVAMENTO DE SEQUELA JÁ INDENIZADA ANTERIORMENTE SEGUNDO LEI VIGENTE. CONDUTA MANTIDA.

OBS: VITIMA JÁ INDENIZADA EM TORNOZELO ESQUERDO EM 50%.

**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 |
|-----------------------------|----------------------------------------------|------------------------------------------------------|-----------|-----------------------|
|                             |                                              | Total                                                | 0 %       | R\$ 0,00              |

## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190417454 **Cidade:** Nossa Senhora da Glória **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** MARIA IVANILDE SANTOS **Data do acidente:** 08/03/2019 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

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

**Data da análise:** 15/07/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA BIMALEOLAR DO TORNOZELO ESQUERDO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSO). ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO TORNOZELO ESQUERDO.

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO TORNOZELO 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 completa da mobilidade de um tornozelo | 25 %                                         | Em grau médio - 50 %                                 | 12,5%     | R\$ 1.687,50          |
| Total                                        |                                              |                                                      | 12,5 %    | R\$ 1.687,50          |

# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0230347/19

**Vítima:** MARIA IVANILDE SANTOS

**CPF:** 417.552.605-63

**Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

**Data do acidente:** 08/03/2019

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** MARIA IVANILDE SANTOS

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Comprovação de ato declaratório  
Declaração de Inexistência de IML  
Declaração do Proprietário do Veículo  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação

**MARIA IVANILDE SANTOS : 417.552.605-63**

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

## ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue 0800-0221204.

- 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.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

### Portador da documentação entregue

Data da entrega: 08/07/2019  
Nome: MARIA IVANILDE SANTOS  
CPF: 417.552.605-63

MARIA IVANILDE SANTOS

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 08/07/2019  
Nome: MARIA MORGANA ANDRADE NASCIMENTO  
CPF: 842.887.445-04

MARIA MORGANA ANDRADE NASCIMENTO