

BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA: 10/12/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MARIA LUZIA DA SILVA ROMAO

BANCO: 237

AGÊNCIA: 05979-0

CONTA: 000000002324-8

Nr. Autenticação

BRADESCO1012201905000000000023705979000000002324168750 PAGO

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190622926 **Cidade:** Poço Redondo **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARIA LUZIA DA SILVA ROMAO **Data do acidente:** 17/07/2019 **Seguradora:** ALIANÇA DO BRASIL SEGUROS S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DESALINHADA DA DIÁFISE PROXIMAL DO 5º METATARSO A ESQUERDA.

Descrição do exame físico: AO EXAME FÍSICO FOI EVIDENCIADO EM MEMBRO INFERIOR ESQUERDO COM FORÇA MUSCULAR DO PÉ DIMINUÍDA (+++/+5), TUMORAÇÃO DE MODERADO VOLUME NO DO 5º METATARSO E 5ª ARTICULAÇÃO METATARSO FALANGEANA (CALO ÓSSEO), DESVIO DO 5º PODODÁCTILO NO SENTIDO LATERAL, DOR E BLOQUEIO NO MESO PÉ E ANTE PÉ, PERDA DO MOVIMENTO DE FLEXÃO E EXTENSÃO DO 5º PODODÁCTILO (DEDO EM MARTELO) E RESTRIÇÃO DOS MOVIMENTOS DO MESO E ANTE PÉ

Resultados terapêuticos: EVOLUIU COM ESTABILIZAÇÃO DAS LESÕES DO PONTO DE VISTA MÉDICO LEGAL.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU LEVE DO PÉ ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 20/11/2019

Conduta mantida:

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 pés	50 %	Em grau leve - 25 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

Rio de Janeiro, 13 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190622926

Vítima: MARIA LUZIA DA SILVA ROMAO

Data do Acidente: 17/07/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE MARCOS DE OLIVEIRA ROSA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), MARIA LUZIA DA SILVA ROMAO

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos pés 50%

Graduação: Em grau leve 25%

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

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

Recebedor: MARIA LUZIA DA SILVA ROMAO

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 237

Agência: 000005979-0

Conta: 000002324-8

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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: 061.093.545-38 4 - Nome completo da vítima: Maria Luzia Da Silva Romão

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

5 - Nome completo: Maria Luzia Da Silva Romão 6 - CPF: 061.093.545-38
7 - Profissão: Larvadora 8 - Endereço: Per. Curvelinho - Sítio Reis Amigos 9 - Número: 20 10 - Complemento: casa
11 - Bairro: zona rural 12 - Cidade: Páco Redondo 13 - Estado: SE 14 - CEP: 49.80-000
15 - E-mail: marconduloria@gmail.com 16 - Tel. (DDD): 79.99189207

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) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: 4158 CONTA: 18595 0 AGÊNCIA: CONTA:

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

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

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

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

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 de acidente de trânsito, conforme Lei 5.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

34

35 - Nome legítimo do declarante: _____

36 - CPF legítimo de quem assina o pedido: _____

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

38 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, _____

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)



6277 8016 3304 3652

MARIA LUZIA SILVA ROMAO

4158 013 00018595-0

e!c

**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vitimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3190622926
Nome do(a) Examinado(a): Maria Luzia da Silva Romao
Endereço do(a) Examinado(a): Pov Curralinho, 20 Casa
Area Rural Poco Redondo SE CEP: 49810-000
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / SE] 63.055.626- X
Data local do acidente: [17/07/2019]
Data local do exame: [20/11/2019] Aracaju [SE]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:

FRATURA DESALINHADA DA DIÁFISE PROXIMAL DO 5º METATARSO A ESQUERDA.

- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

Tratamento: O QUADRO FOI TRATADO COM IMOBILIZAÇÃO COM BOTA GESSADA NA FRATURA DESALINHADA DA DIÁFISE PROXIMAL DO 5º METATARSO A ESQUERDA

Complicações: BLOQUEIO NO MESO PÉ E ANTE PÉ, RESTRIÇÃO DOS MOVIMENTOS DO MESO E ANTE PÉ.

Data da Alta: 17/08/2019

- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:

AO EXAME FÍSICO FOI EVIDENCIADO EM MEMBRO INFERIOR ESQUERDO COM FORÇA MUSCULAR DO PÉ DIMINUÍDA (+++/+5), TUMORAÇÃO DE MODERADO VOLUME NO DO 5º METATARSO E 5ª ARTICULAÇÃO METATARSO FALANGEANA (CALO OSSEO), DÊSVIO DO 5º PODODÁCTILO NO SENTIDO LATERAL, DOR E BLOQUEIO NO MESO PÉ E ANTE PÉ, PERDA DO MOVIMENTO DE FLEXÃO E EXTENSÃO DO 5º PODODÁCTILO (DEDO EM MARTELO) E RESTRIÇÃO DOS MOVIMENTOS DO MESO E ANTE PÉ

- IV. Nexo de casualidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

☒ (X) Sim ☐ () Não

- V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)

☒ (X) Sim ☐ () Não

- VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

DÉFICIT FUNCIONAL LEVE EM PÉ ESQUERDO.

Caso a resposta do item V seja ""Não"", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b"

- VII. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

- a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

☐ () "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

☐ () "Sem sequela permanente"

(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

PÉ - Lado Esquerdo

% do dano: ☐ () 10% residual ☒ (X) 25% leve
☐ () 50% médio ☐ () 75% intensa ☐ () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: ☐ () 10% residual ☐ () 25% leve
☐ () 50% médio ☐ () 75% intensa ☐ () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: ☐ () 10% residual ☐ () 25% leve
☐ () 50% médio ☐ () 75% intensa ☐ () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: ☐ () 10% residual ☐ () 25% leve
☐ () 50% médio ☐ () 75% intensa ☐ () 100% completo

- VIII. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com Nome e CRM


Manoel Otacilio Nascimento Junior
Clínica e Auditoria Médica
CRM 1827



GOVERNO DO ESTADO DE SERGIPE
POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA MUNICIPAL DE POÇO REDONDO - POÇO REDONDO - SE



BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 090084/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 28/08/2019 09:17

Data/Hora Fim: 28/08/2019 09:48

Delegado de Polícia: Fabio Santos Santana

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia Municipal de Poço Redondo

Data/Hora do Fato: 17/07/2019 12:45

Local do Fato

Município: Poço Redondo (SE)

Logradouro: rua B

Bairro: Bairro Lidia De

CEP: 49.820-000

Tipo do Local: Via Pública

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

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: MARIA LUZIA DA SILVA ROMÃO (VÍTIMA , COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira

Naturalidade: SE - Poço Redondo

Sexo: Feminino

Nasc: 20/12/1994

Profissão: Agricultor

Estado Civil: Solteiro(a)

Nome da Mãe: Maria Aparecida de Silva Romão

Endereço

Município: Poço Redondo - SE

Logradouro: rua B

Bairro: Bairro Lidia De Souza

Telefone: (79) 9925-8254 (Celular)

CEP: 49.820-000

INVESTPREV

27 SET 2019

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo	Subgrupo Motocicleta/Motoneta
Descrição PAS/MOTOCICLETA	CPF/CNPJ do Proprietário 448.248.278-17
Placa OES7736	Renavam 592930564
Número do Chassi 9C2HB0210ER418316	Ano/Modelo Fabricação 2013/2014
Cor PRETA	UF Veículo Sergipe
Município Veículo Nossa Senhora da Glória	Marca/Modelo HONDA/POP100
Veículo Adulterado? Não	Quantidade 1 Unidade
Situação Envolvido	

Nome Envolvido	Envolvimentos
Maria Luzia da Silva Romão	Possuidor

RELATO/HISTÓRICO

NARRA a noticiante que na data acima citada, pilotava pela rua B do Conjunto Lidia Souza uma motocicleta pertencente a NAYARA PEREIRA DA SILVA, quando ao se desviar de um cachorro perdeu o equilíbrio vindo a cair; QUE devido a



Delegado de Polícia Civil: Fabio Santos Santana
Impresso por: Cleber Martins da Silva
Data de Impressão: 28/08/2019 09:49
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: 090084/2019

queda sofreu fraturas no pé da perna esquerda, sendo socorrida por populares e conduzida a UPA POÇO REDONDO e transferida posteriormente ao Hospital Regional da cidade de Itabaiana. É o relato.

ASSINATURAS

Jose Roberto de Melo Santos

Cleber Martins da Silva
Ag. Pol. Juiz Classe
Matr. C.M. 30071847
Matr. C.M. 4712882

Responsável pelo Atendimento

Maria Luzia da Silva Romão

(Comunicante / Vítima)

"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-Denunciação Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."

INVESTPREV

27 SET 2019

SITURA MUNICIPAL
CO REDCENDO
MUNICIPAL DE SAÚDE

13:25 h Ato
Ficha de Assistência à Saúde

848

UFA 24h UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO
DONA ZILMIRA SOARES

Luiza da Silva Romão

DATA 17 07 2011

DATA NASCIMENTO 20 12 1994 Sexo Fem

Maria Aparecida da Silva Romão

Av. B - Lândia

REFERÊNCIA

QUADRO AUXILIAR ANAMNESE

HANSENÍASE
HEMORRAGIA
HEMOFILIA
HIPERTENSÃO

PSICOPATIA
TUBERCULOSE
TIPO SANGÜÍNEO

EXAME - DIAGNÓSTICO - CONDUTAS

ASSINATURA

0 x 8 0 c c 1 c 5

Ass. 37186: Jurek

fe em A unimane alor ha
motocicleta, Rube den em PE (E)
M-14 dor / em em PE (E).
M-64 em fort.

Achamos os aril, cutas
e topotom os aril, em.

to PE ME tomou / PE
em All hie Ar de hie hie hie.

tom L.P.H

to 13:45
30 min

Estou atendendo para
atender do ~~atender~~ atendimento
em nome de Stabara

f

INVESTPREV
27 SET 2019

MARIA JOSE NASCIMENTO VIEIRA
POV CURRALINHO, 20 / SÍTIO DOIS ANGICOS - AREA RURAL
POCO REDONDO / SE CEP: 48610000 (AQ: 430)

Ligação MONOFÁSICO
Cis/Sbc: RES MTC B1 / RESIDENCIAL - BAIXA RENDITA
Roteiro 12-450-454-25 Referência Set / 2019
Medidor A3030571811 Emissão 19/09/2019

Energisa
ENERGISA SERGIPE DISTRIB ENERGIA SA
Rua Min Apolônio Sales, 81 - Inacã Barbosa
Aracaju / SE - CEP 48040-150
CNPJ 13.017.462/0001-88 - Rec. Est. 270.767.436
Nota Fiscal Contábil de Energia Elétrica Nº 017.377.236
Cód. para Deb. Automático: 0900967026

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

Conta referente a Apresentação Data prevista da próxima leitura CPF / CNPJ / RAN
Set / 2019 19/09/2019 21/10/2019 007.869.436-96

UC (Unidade Consumidora): 3/967026-5

Canal de contato
- Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 10.438, de 26 de abril de 2002

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data 20/09/18	Leitura 6306	Data 19/09/19	Leitura 6420	
		1	114	30

CC	Descrição	Quantidade	Valor Base (R\$)	Atividade (R\$)	Base Calc. (R\$)	Por (R\$)	Valor (R\$)
0801	Consumo até 230kWh-BR	30.000 0,243093	7,47	7,47 25	1,97	7,47	0,05
0801	Consumo - 31 a 100kWh-BR	70.000 0,427330	29,99	29,99 25	7,47	29,99	0,21
0801	Consumo - 101 a 220kWh-BR	14.000 0,640650	8,96	8,96 25	2,24	8,96	0,28
0601	Adic. B. Variação		3,86	3,86 25	0,97	3,86	0,03
0610	Subsídio		37,57	37,57 25	9,39	37,57	0,28
0807	CONTRIB. ILLUM. PÚBLICA		14,85	0,00 0	0,00	0,00	0,00
0804	JUROS DE MOROSIDADE		0,35	0,00 0	0,00	0,00	0,00
0803	MULTA 09/2019		1,40	0,00 0	0,00	0,00	0,00
0808	Descontos Subsídio		-26,88	0,00 0	0,00	0,00	0,00
	LANÇAMENTOS E SERVIÇOS						
	TOTAL		77,22	87,85	21,89	57,56	0,67

CC: Código de Classificação do Item TOTAL 77,22 87,85 21,89 57,56 0,67 2,98
Tarifa / Tributos: At 30kWh 0,176950 At 100kWh 0,363150 At 220kWh 0,454770

Resumo do mês (kWh) 136
VENCIMENTO 26/09/2019
TOTAL A PAGAR R\$ 77,22

Histórico de Consumo (kWh)
04 | 117 | 136 | 134 | 159 | 159 | 145 | 138 | 150 | 136 | 141 | 138
Set/18 Out/18 Nov/18 Dez/18 Jan/19 Fev/19 Mar/19 Abr/19 Mai/19 Jun/19 Jul/19 Ago/19

RESERVADO AO RISCO
3bbe.2700.b1e1.9b3c.044a.075f.addb.36d0.

Indicadores de Qualidade		Composição do Consumo	
Unidade	Limite de Tensão (V)	Discriminação	Valor (R\$)
DIC MENSAL	9,55	Serviço de Dist. da Empresa/SE	12,35
DIC TRIMESTRAL	11,10	Compra de Energia	19,46
DIC ANUAL	22,21	Serviço de Transmissão	1,20
DIC MENSAL	3,42	Encargos Saneamento	2,46
DIC TRIMESTRAL	6,85	Impostos Diretos e Encargos	41,73
DIC ANUAL	13,70	Outros Serviços	0,00
DIC MENSAL	3,20		
DIC TRIMESTRAL	12,22		
DIC ANUAL			

ATENÇÃO
Anexo: Parametrizado em relação ao valor do ANTERIORES (diversidade e frequência de fornecimento poderá ocorrer a qualquer momento até o decurso do prazo de 90 (noventa) dias, contado da data do vencimento da fatura vencida e não paga - sua unidade foi faturada como Baixa Renda, tendo um desconto de R\$26,88
Atenção: A responsabilidade pela manutenção pública e da Prefeitura Municipal

Valor do EUS (Ref. 7/2019) R\$22,16
Fatura em atraso
Jul/19 96,65

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE VO BANCO DO BRASIL
00190.00009 03087.893008 03023.807179 7 80240000007722
PAGADOR: MARIA JOSE NASCIMENTO VIEIRA - CPF/CNPJ: 007.869.436-96
POV CURRALINHO, 20 / SÍTIO DOIS ANGICOS - AREA RURAL - POCO REDONDO / SE CEP: 48610000
Nº do Documento: 000967026201909 Data de Vencimento: 25/09/2019 Valor do Documento: R\$ 77,22 Valor Pago:
BENEFICIÁRIO: ENERGISA SERGIPE DISTRIB ENERGIA SA CNPJ 13.017.462/0001-88
Rua Min Apolônio Sales, 81 - Inacã Barbosa - Aracaju / SE - CEP 48040-150
Agência / Código de Beneficiário: 3064-3/178003-4



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 COAF**².

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 Da O. Rosa inscrito (a) no CPF sob o Nº 020.003.675/00 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário maria luiza Da Silva Romão inscrito (a) no CPF sob o Nº 061.093.545/38 do sinistro de DPVAT cobertura incapacidade da Vítima maria luiza Da Silva Romão inscrito (a) no CPF sob o Nº 061.093.545/38, 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 Dos Sulos</u>	Número <u>217</u>	Complemento <u>Reservatório</u>
Bairro <u>Brasília</u>	Cidade <u>N. Sa Da Glória</u>	Estado <u>SE</u>
Email <u>marcosduyloria@gmail.com</u>	Telefone comercial(DDD) <u>79.9918-9207</u>	CEP <u>49.680-000</u>
	Telefone celular (DDD) <u>79.99252568</u>	

N. Sa Da Glória
27 de 10 de 19
Local e Data

Jose Marcos da Oliveira Rosa
Assinatura do Declarante



HOSPITAL DR PEDRO GARCIA MORENO FILHO

Receituário

MARIA LUZIA DOS SANTOS MORENO

PRONÓSTICO MÉDICO

O PACIENTE APRESENTANDO COM
DIAGNÓSTICO DE FRATURA DO
TÓRAX E DO ABDOMEN
TRATAMENTO ORTOPÉDICO
ONCOLÓGICO. FRATURA
CONDILÓDIA E PROXIMA -
TADA. CID: 87820

Dr. Antonio E. Silva Azeite
Oncologia Transversal
CRM 2006 TEST 6020

24/09/19

Avenida 13 de junho, nº 776 - Centro - Itabaiana-SE - Fone: (79) 3432-9200

INVESTPREV

27 SET 2019

US

HOSPITAL REG DR PEDRO GARCIA MORENO

BE: 685039

DATA: 17/07/2019 HORA: 17:13 USUARIO: AGTOLIVEIRA
SETOR: 04-ORTOPEDIA

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME : MARIA LUZIA DA SILVA ROMAO
IDADE : 24 ANOS NASC: 20/12/1994 DOC...: 63055626
ENDERECO : CONJ LIDIA RUA B SEXO...: FEMININO
COMPLEMENTO : CASA BAIRRO: CENTRO NUMERO:
Cidade: POÇO REDONDO UF: SE CEP...: 49810-000
I/MAE...: NC /MARIA APARECIDA DE SILVA ROMAO
AVEL...: A PRIMA TEL...: 0000
NCIA...: POÇO REDONDO - SE
ENTO...: TRAUMA
LICIA...: NAO PLANO DE SAUDE...: NAO TRAUMA: NAO
RABALHO: NAO VEIO DE AMBULANCIA: NAO

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

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

A DE VIDA OU SAUS TRATOS: [] SIM [] NAO

LINICOS:

DATA PRIMEIROS SINTOMAS: / /

NOTAS DA ENFERMAGEM:

TICO:

PRESCRICAO

HORARIO DA MEDICINA

Dr. Antonio Lopez Freitas
Ortopedia - Traumatologia
CRM-SE 58395
R. Maria, 58395-7

SAIDA:

ALTA: [] DECISAO MEDICA [] A PEDIDO [] EVASAO HORA DA SAIDA: :
[] ENCAMINHADO AO AMBULATORIO [] DESISTENCIA
INTERNAÇÃO NO PROPRIO HOSPITAL (SETOR):

RENCIA (UNIDADE DE SAUDE):

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

URA DO PACIENTE/RESPONSÁVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

13:25 h

N° DE
INSC.

8481.

UFA24h

UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO
DONA ZULMIRA SOARES

Marcelo Luiz da Silva Romão

DATA: 17/07 2010

DATA DE NASCIMENTO: 20/12/1994 SEXO: Fem

Maria. Aparecida da Silva Romão

Para B - London

REFERÊNCIA

QUADRO AUXILIAR ANAMNESE

HANS ENIASE

HEMORRAGIA

HEMOFILIA

HIPER-ENSÃO

PSICOPATIA

TUBERCULOSE

TIPO SANGUINIO

4-4-105E - EXAME - DIAGNÓSTICO - CONDUTAS

ASSINATURA _____

10 x 80 cm leg

tax: 37% = 100%

forte un A un NAME slot, ha
un motore, Rotor der en PE (E)
Anita der / en en PE (E).
net in fort.

[illegible]

③ \rightarrow All like the NE sector future.

tolm L.P.H

At 13:45

June

Parte transferida para
matrícula do ~~Estado~~ ^{Estado} ~~intermunicipal~~
na Região de Sta. Bárbara

UNIDADE MISTA DE SAÚDE
D. ZULMIRA SOARES

GUIA DE
TRANSFERÊNCIA
HOSPITALAR

DADOS DO PACIENTE

NOME: Julia Luiza da Silva Soares
SEXO: ☒ FEM. ☐ MASC. IDADE: 29a. ESTADO CIVIL: _____
ENDEREÇO: _____ FONE: _____

RESPONSÁVEL: _____

DESTINO DO PACIENTE: Hospital SUS

DESCRIMINAÇÃO DO QUADRO CLÍNICO:

Leve um A unidade após trauma motorizado
na cabeça, com 10 cm de profundidade e com
hemorragia.

INVESTPREV

27 SET 2019

MEDICAÇÃO UTILIZADA E EXAMES COMPLEMENTARES:

Remédio Analgésico. Sem Rx de Pe/trauma
e, não de lesão futura (02 incisões) e
cicatrização.

RESUMO DA TRANSFERÊNCIA:

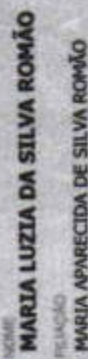
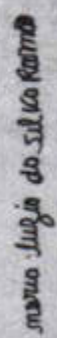
Leve um. Sem Rx de trauma (02 incisões) e
cicatrização.

MÉDICO QUE ACOMPANHARÁ: _____

MÉDICO RESPONSÁVEL PELO ENCAMINHAMENTO: _____

OBS.: ENCAMINHAR FOTOCÓPIA DOS EXAMES REALIZADOS

27 SET 2019



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

8000-2

ESTADO DE SÃO PAULO

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO RESUMO QUIMBETON DAVAT



Maria Luiza do Silva Raimo

ABONE TA

SECRETARIA DE TRÁFICO

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 63.055.626-X 1 via DATA DE EMISSÃO 30/01/2017

NOME MARIA LUZIA DA SILVA ROMÃO

RELACÃO MARIA APARECIDA DE SILVA ROMÃO

NATURALIDADE POÇO REDONDO - SE

DATA DE NASCIMENTO 20/12/1994

POÇO REDONDO - SE POÇO REDONDO CN: V.A024/FLS.35 /Nº 18792

CNPJ 061093545/38


Carlos André Pires
Diretor de Registro Civil

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83