



**Poder Judiciário  
Do Estado de Sergipe**

**POÇO REDONDO DA COMARCA DE POÇO REDONDO**  
**AV. 31 DE MARÇO, Bairro Centro, Poço Redondo/SE, CEP 49810000**  
**Horário de Funcionamento: 07:00 às 13:00**

**Dados do Processo**

Processo: 202086000831	Distribuição: 29/06/2020
Número Único: 0000824-08.2020.8.25.0059	Competência: Poço Redondo
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: MARIA LUIZA DA SILVA ROMAO

Endereço: POVOADO CURRALINHO

Complemento:

Bairro: ZONA RURAL

Cidade: POCO REDONDO - Estado: SE - CEP: 49810000

Requerente: Advogado(a): JOSÉ JEOVANY DA SILVA 12367/AL

Requerido: SEGURADORA LÍDER DO CONSÓRCIO DO SEGURO DPVAT S.A.

Endereço: Rua Senador Dantas

Complemento: 5º ANDAR

Bairro: CENTRO

Cidade: RIO DE JANEIRO - Estado: RJ - CEP: 20010000

Requerido: Advogado(a): KELLY CHRYSTIAN SILVA MENENDEZ 2592/SE



**Poder Judiciário  
Do Estado de Sergipe**

**POÇO REDONDO DA COMARCA DE POÇO REDONDO  
AV. 31 DE MARÇO, Bairro Centro, Poço Redondo/SE, CEP 49810000  
Horário de Funcionamento: 07:00 às 13:00**

**Processos Apensados:**

--

**Processos Dependentes:**

--



Poder Judiciário  
Do Estado de Sergipe

POÇO REDONDO DA COMARCA DE POÇO REDONDO  
AV. 31 DE MARÇO, Bairro Centro, Poço Redondo/SE, CEP 49810000  
Horário de Funcionamento: 07:00 às 13:00

**PROCESSO:**

202086000831

**DATA:**

07/08/2020

**MOVIMENTO:**

Juntada

**DESCRIÇÃO:**

Juntada de Petição Avulsa do Advogado/Procurador/Defensor/Promotor KELLY CHRYSTIAN SILVA MENENDEZ (2592-SE) ao processo eletrônico. Protocolizado sob nº 20200806154903399 às 15:49 em 06/08/2020.

**LOCALIZAÇÃO:**

Secretaria

**PUBLICAÇÃO:**

Não

# 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

BRDESCO101220190500000000023705979000000002324168750 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](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**





# 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, 27 SET 2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)





**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. J. Classe  
Matr. C. 30671847  
Matr. C. 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

Atto

Ficha de Assistência à Saúde

MUNICÍPIO MUNICIPAL DE SAÚDE

848

UFA 24h

UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO  
ZONA ZILMIRA SOARES

Luíza da Silva Romão

DATA  
17 07 2011

DATA: NASCIMENTO: 20/12/1994 SEX: FEM

Matr. Aparecida da Silva Romão

John B. London

#### REFERÊNCIA

#### QUADRO AUXILIAR ANAMNESE

HABENIASP

## HEMORRAGIA

REMIFILIA

HPF-25-EN-240

PECOAFA

713570-24-00

**TIPO SAVING**

### 1º - EXAME - DIAGNÓSTICO - CONDUITAS

All values

27 SET 2019

Die von A um 11:00 Uhr  
um 11:00 Uhr, Punkt der in PE (E)  
von A der / Eins in PE (E).  
nicht in Form.

Ahora oíam estas  
leptotermas oíam, im.

- to fix NE towards / 16  
 @ All future the re selection future.

John L.P.H.

to 13:45

Estas atitudes para  
atender do ~~Estado~~ ~~estamento~~  
em regime de Stacione



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 ENERGI 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 Cont. 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 007.859.436-96

UC (Unidade Consumidora): 3/967026-5

Canal de contato

- Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 19.438, de 28 de abril de 2002

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data 20/09/18	Leitura 6306	Data 19/09/19	Leitura 6420	
Demonstrativo				
CC: Descrição	Quantidade	Valor Base (R\$)	Atividade (R\$)	Base Calc. (R\$)
0801 Consumo até 230kWh-BR	30.000 0,243093	7,47	7,47 25	1,97
0801 Consumo - 31 a 100kWh-BR	70.000 0,427330	29,99	29,99 25	7,47
0801 Consumo - 101 a 220kWh-BR	14.000 0,640650	8,96	8,96 25	2,24
0601 Adic. B. Variação		3,86	3,86 25	0,91
0610 Subsídio		37,57	37,57 25	9,39
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS				
0807 CONTRIB. ILLUM PÚBLICA		14,85	0,00 0	0,00
0804 JUROS DE MOROSIDADE		0,35	0,00 0	0,00
0805 MULTA 09/2019		1,40	0,00 0	0,00
0808 Devolução Subsídio		-26,86	0,00 0	0,00

CC: Código de Classificação do Item TOTAL 77,22 87,85 21,89 57,56 0,62 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

7/2019 - ANEXO

Índices da ANEL	Aparado	Limite de Tensão (V)
DIC MENSAL	9,55	
DIC TRIMESTRAL	11,10	
DIC ANUAL	22,21	
DIC MENSAL	3,42	
DIC TRIMESTRAL	6,85	
DIC ANUAL	13,70	
DIC MENSAL	3,40	
DIC TRIMESTRAL	12,22	

### Composição do Consumo

Discriminação	Valor (R\$)	%
Serviços de Dist. da Empresa/SE	12,35	15,99
Compra de Energia	19,46	25,22
Serviço de Transmissão	1,20	1,55
Encargos Saneamento	2,46	3,19
Impostos Diretos e Encargos	41,73	54,04
Outros Serviços	0,00	0,00
Total	77,22	100,00

Valor do EUS (Ref. 7/2019) R\$ 22,16

### ATENÇÃO

Atenção: Permanecendo em atraso as contas ANTERIORES (antecedentes) a responsabilidade do 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\$ 26,86.

Pagamento 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: 007.859.436-96

POV CURRALINHO, 20 / SÍTIO DOIS ANGICOS - AREA RURAL - POCO REDONDO / SE CEP. 48610000

Massa Nr: 30678930003023607 Nº Documento: 000967026201909 Data de Vencimento: 25/09/2019 Valor do Documento: R\$ 77,22 Valor Pago:

BENEFICIÁRIO: ENERGISA SERGIPE DISTRIB ENERGI 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

Agência / Código de beneficiário: 3064-3/178003-4

Agência / Código de beneficiário: 3064-3/178003-4

Agência / Código de beneficiário: 3064-3/178003-4

Agência / Código de beneficiário: 3064-3/178003-4

Agência / Código de beneficiário: 3064-3/178003-4

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 SUSEP<sup>1</sup> 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**<sup>2</sup>.

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

<sup>2</sup> 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>Escritorio</u>
Bairro	<u>Brasilia</u>	Cidade	<u>N. Sa Da Gloria</u>	Estado	<u>SE</u>
Email	<u>marcosduyloria@gmail.com</u>	CEP	<u>49.680-000</u>	Telefone comercial(DDD)	<u>19.9918-9207</u>
				Telefone celular (DDD)	<u>19.99252568</u>

N. Sa Da Gloria  
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

PRONTO SOCORRO MEDICO

O PACIENTE ADMITIDO COM  
DIAGNOSTICO DE TRAUMA DO  
TORAX E DO ABDOMEN  
TRATAMENTO ORTOPEDICO  
ONCOLOGICO. FARMACIA  
CONSUMO E PROBIOTICO.  
TADA. CID: 87820

Dr. Antonio E. Silva Azeite  
Cirurgião Traumatologista  
CRM 2806 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  
 ENDEREÇO : CONJ LIDIA RUA B  
 COMPLEMENTO : CASA BAIRRO: CENTRO  
 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  
 ENTÃO...: 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

EXAME DE VIGILANCIA OU TRATOS: [ ] SIM [ ] NAO  
 T6C. Radiologia Médica  
 CRTR 0053

LINICOS:

DATA PRIMEIROS SINTOMAS: / /

NOTAS DA ENFERMAGEM:

TICO:

PRESCRIÇÃO

HORARIO DA MEDICINA

Dr. Antonio Lopez Feijus  
 Ortopedia - Traumatologia  
 CRM-SE 58395  
 R. 194/194

SAIDA:

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

13:25 h



PREFEITURA MUNICIPAL  
POÇO REDONDO  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Ficha de Assistência à Saúde Nº DE INSC. 8481

UFA24h UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO DONA ZULMIRA SOARES

Maria Louiza da Silva Romão

DATA: 17/07/2016

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

Maria Aparecida da Silva Romão  
Rua B - Lúcia

REFERÊNCIA:

QUADRO AUXILIAR ANAMNESE

HANSENIASE  
HEMORRAGIA  
HEMOFILIA  
HIPERTENSÃO

PSICOPATIA  
TUBERCULOSE  
TIPO SANGÜINIO

EXAME - DIAGNÓSTICO - CONDUTAS

ASSINATURA

100 x 80 cm leg

data: 31/07/2016

Parte em A urina após HA  
motocicleta, Rube de PE (E)  
Ampla dor / em PE (E).  
MGA

100 x 80 cm leg  
Aplora OIAR, EUTAS  
Etopatoma OIAR, EM.

100 x 80 cm leg  
PE (E) PE (E) PE (E) PE (E)  
PE (E) PE (E) PE (E) PE (E)

data: 31/07/2016

13:45

20/07/2016

Parte troncônica para  
análise de ~~estudo~~ ~~estudo~~  
na região de ~~estudo~~ ~~estudo~~

f



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:

Trate-se de uma unidade após trauma em motocicleta  
em 02/08/2019, admitido com fraturas e contusões  
no membro superior direito.

INVESTPREV

27 SET 2019

MEDICAÇÃO UTILIZADA E EXAMES COMPLEMENTARES:

Remissão Analgesia. Sem Rx de Pe / membros  
e, além de lesões futuras (02 incisões) no membro superior direito.

RESUMO DA TRANSFERÊNCIA:

RAVIA. Sem Rx de membros superiores e inferiores.  
— Além de lesões futuras.

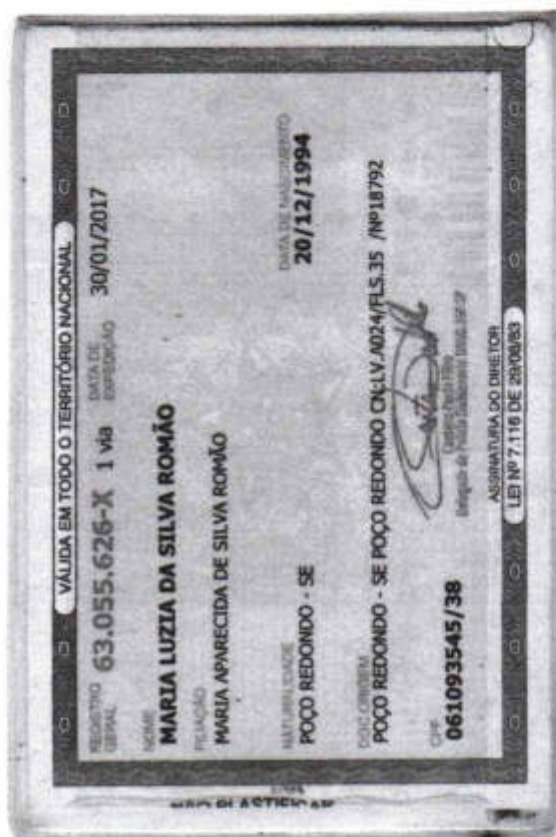
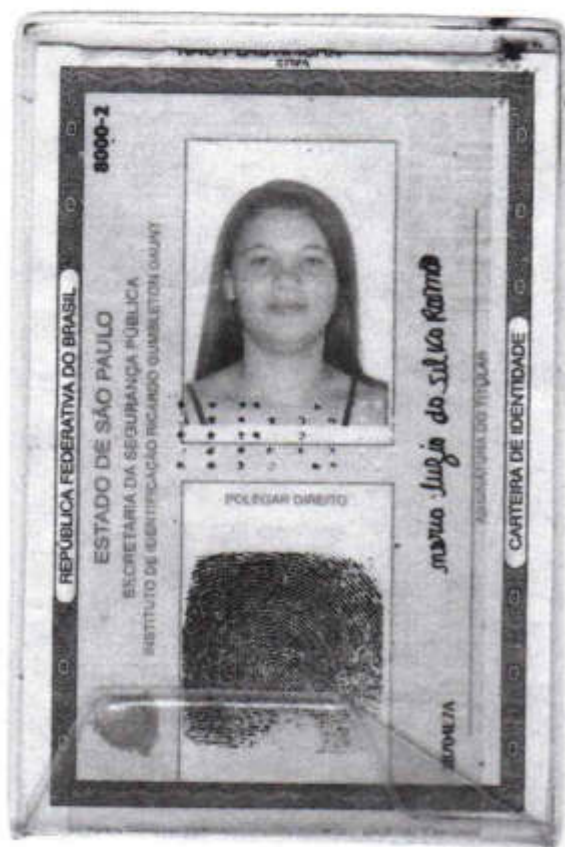
MÉDICO QUE ACOMPANHARÁ: \_\_\_\_\_

MÉDICO RESPONSÁVEL PELO ENCAMINHAMENTO: \_\_\_\_\_

OBS.: ENCAMINHAR FOTOCÓPIA DOS EXAMES REALIZADOS

INVESTPREV

27 SET 2019





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 /Nº18792

CNPJ 061093545/38

  
Carlos Roberto  
Diretor de Registro Civil

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83