



**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

Número Único: 0000824-08.2020.8.25.0059

Classe: Procedimento Comum

Situação: Andamento

Processo Origem: *****

Distribuição: 29/06/2020

Competência: Poço Redondo

Fase: POSTULACAO

Processo Principal: *****

Assuntos

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

Dados das Partes

Requerente: 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 Apenasdos:

--

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: 00000002324-8

Nr. Autenticação

BRADESCO10122019050000000002370597900000002324168750 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

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

Rio de Janeiro, 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, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

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

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 Suzia Da Silva Romão

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

5 - Nome completo:

Maria Suzia Da Silva Romão

6 - CPF:

061.093.545-38

7 - Profissão:

Jardineira

B - Endereço:

Per Curvelinho-Sítio Reis Angicos

9 - Número:

20

10 - Complemento:

Casa

11 - Bairro:

Zona rural

12 - Cidade:

Paco Rudondo

13 - Estado:

SE

14 - CEP:

49.80-000

15 - E-mail:

marcosdisfonia@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
 SEM RENDA

R\$1.00 A R\$1.000,00
 R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

Bradesco (237)

Itaú (341)

Banco do Brasil (001)

Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 9158

CONTA: 18595

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT e 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.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes 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

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 (ai nacer)?

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 Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte aqueles 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 legal da pessoa que assina o rogo/a pedido

INVESTPREV

36 - CPF legível de quem assina o rogo/a pedido

27 SET 2019

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

40 - Local e Data,

pr. São João Batista 07.10.19

Xmaria Suzia Da Silva Romão

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

38 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

zacimara de oliveira romão



**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas 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 ÓSSEO), DÉSVIO 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 causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

Sim Não

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

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"

"Sem sequela permanente"

Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

(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):

Região Corporal (Sequela):

PÉ - Lado Esquerdo

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

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

Região Corporal (Sequela):

Região Corporal (Sequela):

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

% 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 Otálio Nascimento Júnior
Manoel Otálio Nascimento Júnior
Clínica e Auditoria Médica
CRM 1827



GOVERNO DO ESTADO DE SERGIPE
PÓLICIA 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 Policia: 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 Lídia 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

INVESTPREV

27 SET 2019

Endereço

Município: Poço Redondo - SE
Logradouro: rua B
Bairro: Bairro Lídia De Souza
Telefone: (79) 9925-8254 (Celular)

CEP: 49.820-000

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 Lídia 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 Policia 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

Cleber Martins da Silva
Ag. Pol. Jud. 1ª Classe
Agente de Pol. 1647
Matrícula 4712882

Responsável pelo Atendimento

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

Maria Luzia da Silva Romão

(Comunicante / Vítima)

INVESTPREV

27 SET 2019

13:25 h Ato

Ficha de Assistência à Saúde

**SITUAÇÃO MUNICIPAL
DO REDCENDO
SITUAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE**

UFSCar 24hUNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO
DONA ZULMIRA SOARES

848

Lucia da Silva Romão

DATA:

17/07/2018

DATA: NASCIMENTO: 20/12/1994

SEXO: Fem

Lucia. Aparecida da Silva Romão**Flávia B. Láudia**

REFERÊNCIA:

QUADRO AUXILIAR ANAMNÉSE

HABENIASE

PESO/MAYOR

HEMI-IRRIGAÇÃO

TUBEROSO/OUT

HIMOFILIA

TIPO SANGUÍNEO

HIPERSENSAÇÃO

EXAME - DIAGNÓSTICO - CONDUTAS

ASSISTÊNCIA

EXAMENES: exames: exames: exames:

Exame a urina: alto na
 urinífera, Roberto é de PEG
 Roberto é de PEG.
 Roberto é de PEG.

Roberto os meus exames
 Roberto os meus exames.

Roberto os meus exames (pé)
 Roberto os meus exames (pé).

Atm 2.0 h

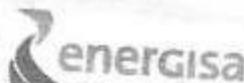
to 13:45

exames

Roberto os meus exames
 Roberto os meus exames
 Roberto os meus exames

MARIA JOSE NASCIMENTO VIEIRA
POV CURRAL INHO 221 SITIO DOIS ANGOS - AREA RURAL
FOCO REDONDO / SE CEP: 49810000 (AG. 430)

Lipacão: MONOFASICO
C/S/C: RES MTC B1 / RESIDENCIAL - BAIXA RENDIM
Roteiro: 12-454-454-25 Referência: Set / 2019
Medidor: A500071811 Emissão: 19/09/2019



ENERGISA SERGPE-DISTRIB ENERGIA SA
Av. Min. Agostino Sales, 31 - Inácio Barbosa
Aracaju - SE - CEP: 49340-150
CNPJ 13.017.452/0001-50 - Nrc. Est. 270787438
Nota Fiscal: Conta de Energia Elétrica N°017.377.206
Cód. para Débito Automático: 99009670264

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

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

UC (Unidade Consumidora):

3/967026-6

Canal de contato

- Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 10.436, de 28 de abril de 2002

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data	Lectura	Data	Lectura	
20/08/19 6306 19/09/19 6420				
1 114 30				
001 Descrição	Demonstrativo	Quantificador	Volt Barra L1 Ativ. Iônico(RB) Barra Calc. Pct(RB) - Outros(RB)	Trajetos Totais(RB) CMS(RB) CMS Pct(CMS) (0,747%) (2,002%)
0801 Consumo até 20kWh-BR	30.000 0,249093	7,47	7,47 25 1,37 7,47 0,05 0,24	
0801 Consumo - 31 a 100kWh-BR	70.000 0,427300	28,98	29,98 25 7,47 29,98 0,21 0,98	
0801 Consumo - 101 a 220kWh-BR	14.000 0,640650	8,98	8,98 25 2,24 8,98 0,06 0,28	
0801 Adic. B. Variação		3,88	3,88 25 0,91 3,88 0,02 0,12	
0610 Subsídio		37,57	37,57 25 8,39 37,57 0,28 1,28	
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS				
0807 CONTRIB ILUM PÚBLICA		14,80	0,00 0 0,00 0,00 0,00 0,00	
0804 JUROS DE MORA 09/09/19		0,35	0,00 0 0,00 0,00 0,00 0,00	
0803 MULTA 09/09/19		1,40	0,00 0 0,00 0,00 0,00 0,00	
0808 Devolução Subsídio		36,88	0,00 0 0,00 0,00 0,00 0,00	

CCJ: Código de Classificação do Item TOTAL 77,22 87,85 21,88 57,58 0,82 2,98
Tabela de Tributos: Até 30kWh 0,176850 Até 100kWh 0,303150 Até 220kWh 0,454770

VENCIMENTO 26/09/2019 TOTAL A PAGAR R\$ 77,22

Histórico de Consumo (kWh)

04	117	138	134	158	159	149	198	150	138	141	138
Set/19	Carta Nov/18	Dez/18	Jan/19	Fev/19	Mar/19	Abr/19	Mar/19	Jun/19	Jul/19	Jul/19	Ago/19

RESERVADO AO FISCO

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

Indicadores de Qualidade

Limites da ANEEL	Apurado	União de Tensão (M)
DC/MENSAL	5,65	0,00
DCI TRIMESTRAL	11,10	NOMINAL
DC ANUAL	22,21	115
DCI MENSAL	3,42	0,00
DCI TRIMESTRAL	8,65	CONTRATADA
DCI ANUAL	12,70	LIMITE INFERIOR
DMC	3,26	LIMITE SUPERIOR
DCRI	12,22	121

Composição do Consumo

Discriminação	Valor (R\$)	%
Serviços de Outras Empresas	77,22	100,00
Compra de Energia	77,22	100,00
Serviço de Transmissão	0,00	0,00
Encargos Sistêmicos	0,00	0,00
Impostos Diretos e Encargos	0,00	0,00
Outros Serviços	0,00	0,00
Total	77,22	100,00

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

ATENÇÃO

- AVISO: Faltando pago em dia os DEBITOS ANTICIPADOS, o fornecimento de energia poderá ocorrer a qualquer momento até o decurso do prazo de 90 (noventa) dias, contado da data da vencimento da fatura vencida e não paga.

- Caso esteja faltando pagamento como Baixa Renda, tem um desconto de R\$ 26,83.

Atenção: A responsabilidade pela comunicação é da prestadora de serviço.

PAGAMENTO SEM RETRATO
JUL/19 96,65

BANCO DO BRASIL FAZER PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL
00190.00009 03087.893008 03023.807179 7 8024000007722

PAGADOR: MARIA JOSE NASCIMENTO VIEIRA - CPF/CPNJ 007.869.436-96
POV CURRALINHO, 207 SITIO DOIS ANGOS - AREA RURAL - FOCO REDONDO / SE CEP: 49810000

Nossa Nr: 3067803003023807 Nro Documento: 000967026201909 Data de Vencimento: 26/09/2019 Valor do Documento: R\$ 77,22 Valor Pago:

BENEFICIARIO: ENERGISA SERGPE-DISTRIB ENERGIA SA CNPJ 13.017.462/0001-83
Rua Min. Agostino Sales, 31 - Inácio Barbosa - Aracaju / SE - CEP 49540-150

Agencia / Cod. do beneficiario: 3084-3/17003-4

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

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

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

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

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

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

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

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 Romeo inscrito (a) no CPF sob o Nº 061093545, 38, do sinistro de DPVAT cobertura invalidiz da Vítima Maria Luiza Da Silva Romeo inscrito (a) no CPF sob o Nº 061 093545, 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 Lider-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 Sulus</u>		Número	<u>217</u>	Complemento	<u>escritorio</u>
Bairro	<u>Brasília</u>	Cidade	<u>DF</u>	Estado	<u>049.680-000</u>	CEP
Email	<u>marcosduferia@gmail.com</u>		Telefone comercial(DDD)	<u>61.9918-9207</u>	Telefone celular (DDD)	<u>61.99252568</u>

N. Sra Da Cilicia
27 de 10 de 19
 Local e Data

Jose marcos de oliveira Rosa
 Assinatura do Declarante



Hospital
Dr. Pedro Garcia Moreno Filho

Fundação
Hospitais
de Saúde

HOSPITAL DR PEDRO GARCIA MORENO FILHO

Receituário

Maria Augusta dos Reis Souza

PROVIMENTO MEDICO

O DOUTOR LOPES GABRIEL COM
DISSUSMO DE FRANAS DO
TOLMOCEDO DA RODRIGUES
TRANSMITINDO ORDEM PRO^{CO} -
ONALDENE FRANAS
CONFERIRAM A PROBACI-
TAÇÃO.

C/ID: 87820

Dr. Antonio E. Lira Ávila
Crescendo Transanatomic
CRM 2028 TEC 8629

Co.: 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

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

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

EXAMENES COMPLEMENTARES: [] RAIO X [] SANGUE [] URINA [] TC
Gilvan Bezerra do Nascimento [] LIQUOR [] ECG [] ULTRASSONOGRAFIA

Téc. Radiologia Médica CRM-RN 00553 A DE VIGILANCIA OU MAUS TRATOS: [] SIM [] NAO

LINICOS:

DATA PRIMEIROS SINTOMAS: _____

ES DA ENFERMAGEM:

TICO:

Festas Da 1º maternidade

PRESCRICAO

HORARIO DA MEDICAMENTO

Dr. Antonio Lopez Ferreira
CRM-RN 00553
Ortopedia - Traumatologia
CRM-RN 00553
CRM-RN 00553

SAIDA:

ALTA: [] DECISAO MEDICA [] A PEDIDO [] EVASAO

HORA DA SAIDA: :
[] DESISTENCIA

INTERNAÇÃO NO PROPRIO HOSPITAL (SETOR):

RENCIJA (UNIDADE DE SAUDE):

[] ATÉ 48HS [] APOS 48HS

[] FAMILIA [] IML [] ANAT. PATH.

CURA DO PACIENTE/RESPONSAVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

Primos

13:25 h

Ficha de Assistência à Saúde

Nº DE
INSC.

PREFEITURA MUNICIPAL
POÇO REDONDO

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

UFPA 24h

UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO
DONA ZULMIRA SOARES

8481

Maria Luzia da Silva Romão

DATA:

17/07/2010

DATA: NASCIMENTO: 20/12/1994

SEXO: Fem

Maria Aparecida da Silva Romão

Paulo B. Ládio

REFERÊNCIA:

QUADRO AUXILIAR ANAMNESE

HANSENIASE

PSICOPATIA

HEMORRAGIA

TUBERCULOSE

HEMOFILIA

TIPO SANGUÍNIO

HIPERTENSÃO

ANAMNESE - EXAME - DIAGNÓSTICO - CONDUTAS

ASSINATURA

110 x 80 cm - deg. 37°C abd: dolor

Anamnese: urina neg. na noite, Rinite sem esc. em PE (G).
Anorexia / eructos em PE (E).
Nas. neg. - farto.

Exame: Achados: OJ neg, ev. tars.
Leptofagia bl. arq, im.

Diagnóstico: F. NE tonzil. (PÉ)
en. Allergic rhinitis. At. lepto. farto.

ADM C.P.H

to 13:45

simile

Parte troncoabd. pora
máscara des. ~~estetoscópio~~ contorcional
na freguesia de São Joaquim



UNIDADE MISTA DE SAÚDE D. ZULMIRA SOARES

GUIA DE TRANSFERÊNCIA HOSPITALAR

DADOS DO PACIENTE

九四

14 FEM

1

MASC

IDADE: 74a.

ESTADO CIVIL

— MERRICO

100

SECTION A

DESTINO DO PACIENTE:

Horsfieldia sus

DESCRIMINACÃO DO QUADRO CLÍNICO:

Investigations are continuing.

INVESTPREV

27 SET 2019

MEDICAÇÃO UTILIZADA E EXAMES COMPLEMENTARES:

E Remains anaerobic. Sub Rx w/ Fe^{+2} & H_2S ,
an AE negative feature (or inclusion) and

PROBLEMA DA TRANSFERÊNCIA:

Point: Send Rx AE forms like
— AE signature formular

MÉDICO QUE ACOMPANHARÁ:

MÉDICO RESPONSÁVEL PELO ENCAMINHAMENTO:

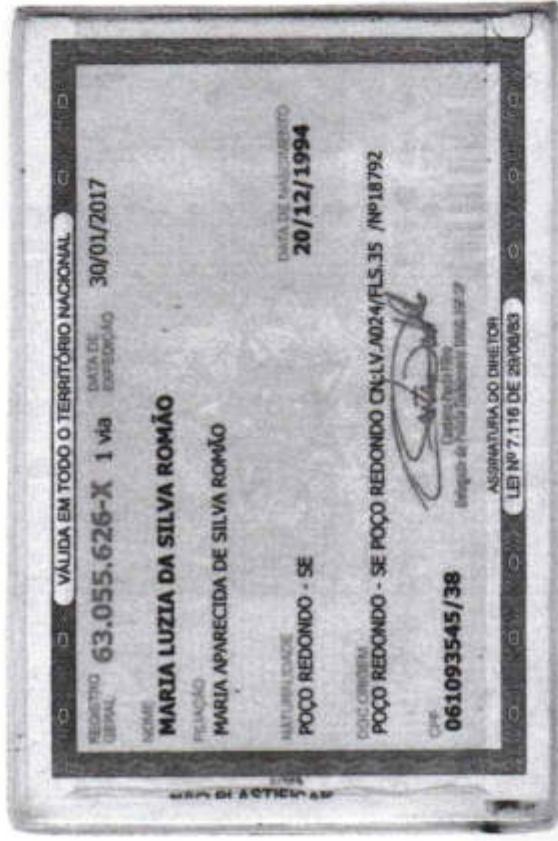
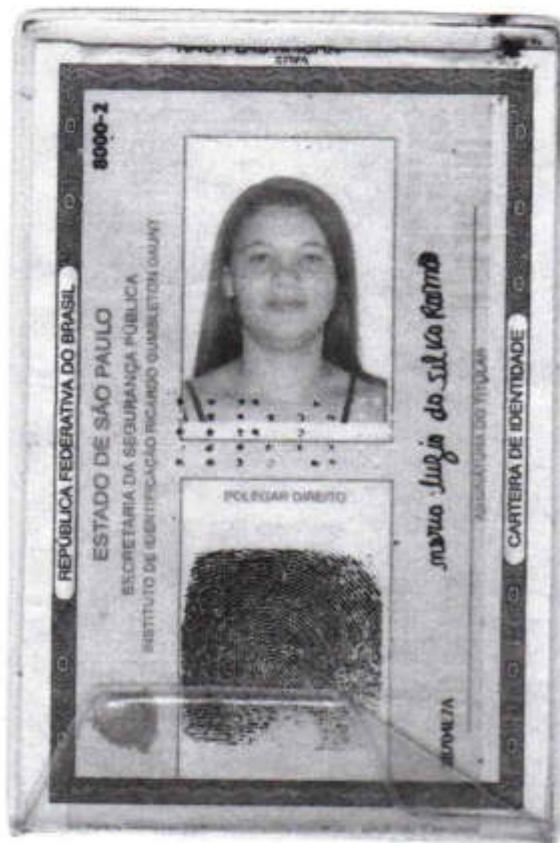
100-167751

17/03/2017

OBS.: ENCAMINHAR FOTOCÓPIA DOS EXAMES REALIZADOS

INVESTPREV

27 SET 2019



8000-2

ESTADO DE SÃO PAULO

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO MILITAR GUARDA-CHAMADA



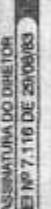
Maria Lúcia do Silveira Ratto

ACORDO NÚMERO 00000000000000000000000000000000

CARTERA DE IDENTIDADE



ACORDO

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
REGISTRO CENTRAL	DATA DE EXPEDIÇÃO 30/01/2017
63.055.626-X	1 via
MARIA LUZIA DA SILVA ROMÃO	
PROLÉTARIO	
MARIA APARECIDA DE SILVA ROMÃO	
POÇO REDONDO - SE	
NASCIMENTADA	
POÇO REDONDO - SE	
DOC. CÓDIGO EPI	
POÇO REDONDO - SE ROCO REDONDO CRIV AD24/ELS 35 /Nº18792	
DATA DE EXPEDIÇÃO 20/12/1994	
 MARIA LUZIA DA SILVA ROMÃO DATA DE EXPEDIÇÃO 20/12/1994	
 CARLOS RICARDO VIEIRA Oficial de Registro e Documentação SE 19	
ASSINATURA DO DIRETOR LEI Nº 7.116 DE 25/10/1983	
 061093545/38	