



**Poder Judiciário  
Do Estado de Sergipe**

**1ª 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: 202077000267	Distribuição: 17/02/2020
Número Único: 0000435-56.2020.8.25.0048	Competência: 1ª Vara Cível e Criminal de Nossa Senhora da Glória
Classe: Procedimento Comum	Fase: CONCILIAÇÃO
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: JOSE SOUSA NETO  
Endereço: RUA MISAEL DE BARROS  
Complemento:  
Bairro: CENTRO  
Cidade: NOSSA SENHORA DA GLORIA - Estado: SE - CEP: 49680000  
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**

**1ª 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

1ª 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:**

202077000267

**DATA:**

19/10/2020

**MOVIMENTO:**

Juntada

**DESCRIÇÃO:**

Juntada de Petição Avulsa do Advogado/Procurador/Defensor/Promotor KELLY CHRYSTIAN SILVA MENENDEZ (2592-SE) ao processo eletrônico. Protocolizado sob nº 20201016142103229 às 14:21 em 16/10/2020.

**LOCALIZAÇÃO:**

Secretaria

**PUBLICAÇÃO:**

Não

# BANCO DO BRASIL

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

BANCO: 001            AGÊNCIA: 1769-8            CONTA: 000000611000-2

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 14/11/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

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

CLIENTE: JOSE SOUSA NETO

BANCO: 001

AGÊNCIA: 00612-2

CONTA: 000010023849-1

---

Nr. da Autenticação 81755D4335FF8389

**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: 3190610014  
Nome do(a) Examinado(a): Jose Sousa Neto  
Endereço do(a) Examinado(a): Rua Mizael de Barros, 641 Casa  
Centro Nossa Senhora da Gloria SE CEP: 49680-000  
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [ SSP / SE ] 3.730.885-8  
Data local do acidente: [ 03/12/2017 ]  
Data local do exame: [ 06/11/2019 ] Aracaju [ SE ]

**Resultado da Avaliação Médica**

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

**FRATURA DE MALÉOLO MEDIAL (TÍBIA) A ESQUERDA**

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

**Tratamento: O QUADRO FOI TRATADO COM IMOBILIZAÇÃO GESSADA NA FRATURA DE MALÉOLO MEDIAL ESQUERDO (TÍBIA).**

**Complicações: BLOQUEIO MODERADO DA ARTICULAÇÃO DO TORNOZELO COM RESTRIÇÃO DOS MOVIMENTOS**

**Data da Alta: 03/12/2017**

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

**AO EXAME FÍSICO FOI EVIDENCIADO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO COM MARCHA CLAUDICANTE (+++/4+), FORÇA MUSCULAR DA PERNA E PÉ DIMINUÍDA (+++/+5), AUMENTO DO VOLUME DA EPIFISE DISTAL DA TÍBIA (CALO ÓSSEO), ATROFIA MODERADA DA MUSCULATURA DA PANTURRILHA E PÉ, DOR E BLOQUEIO MODERADO DA ARTICULAÇÃO DO TORNOZELO, RESTRIÇÃO DO MOVIMENTO DE FLEXÃO E EXTENSÃO DA ARTICULAÇÃO DO TORNOZELO. AMPLITUDE ARTICULAR DO TORNOZELO: DORSIFLEXÃO 15° / EXTENSÃO 30°**

- 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 MODERADO EM TORNOZELO 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):

**TORNOZELO - Lado Esquerdo**

% do dano: ☐ ( ) 10% residual ☐ ( ) 25% leve

☒ (X) 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

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190610014 **Cidade:** Nossa Senhora da Glória **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JOSE SOUSA NETO **Data do acidente:** 03/12/2017 **Seguradora:** PORTO SEGURO CIA DE SEGUROS GERAIS

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

**Data da análise:** 30/10/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** FRATURA DO MALÉOLO LATERAL ESQUERDO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento  
faltante:**

**Apontamento do Laudo  
do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das  
sequelas:**

**Documentos  
complementares:**

**Observações:** & SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VIGÊNCIA DESTAS INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

**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 leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

Rio de Janeiro, 23 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: JOSE SOUSA NETO

Nº Sinistro: 3180228714  
Vitima: JOSE SOUSA NETO  
Data do Acidente: 03/12/2017  
Cobertura: INVALIDEZ  
Procurador JOSE MARCOS DE OLIVEIRA ROSA

**Assunto: NEGATIVA TÉCNICA - SEM SEQUELAS**

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no seu pedido de indenização (sinistro número **3180228714**), esclarecemos que não foram identificadas sequelas permanentes em razão do acidente ocorrido em **03/12/2017**. Por esse motivo, o seu pedido de indenização foi **negado**.

Qualquer dúvida, é só ir até o nosso site **www.seguradoralider.com.br**, ou ligue através do telefone **0800 022 12 04** (ligação gratuita) ou **0800 022 12 06** que atende apenas aos deficientes auditivos e de fala. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o **SAC DPVAT** 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

**INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:**

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

**É obrigatório Representante Legal para:**

**Beneficiário entre 0 a 15 anos** (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").

**Beneficiário entre 16 e 17 anos** - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

Nome completo da vítima

089-310-495-79

José Sousa Neto

**DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL**

Nome completo <b>José Sousa Neto</b>		CPF titular da conta <b>089-310-495-79</b>	Profissão <b>Estudante</b>
Endereço <b>Rua Miguel de Barros</b>		Número <b>341</b>	Complemento <b>Casa</b>
Bairro <b>Dirimera</b>	Cidade <b>Nossa Senhora da Glória</b>	Estado <b>Sergipe</b>	CEP <b>49680-000</b>
Email <b>marcosdegloria@gmail.com</b>		Telefone (DDD) <b>79-</b>	

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

**FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS**

<input checked="" type="checkbox"/> <b>RECUSO INFORMAR</b> <input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00		<input type="checkbox"/> <b>SEM RENDA</b> <input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00		<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00 <input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00		<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00 <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00	
<input checked="" type="checkbox"/> <b>CONTA POUPANÇA</b> (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) <input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input checked="" type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAU (341) <input type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)				<input type="checkbox"/> <b>CONTA CORRENTE</b> (todos os bancos)			
<b>AGÊNCIA</b> NRO. <b>0612</b> D/V <b>2</b> (Informar dígito se existir)		<b>CONTA</b> NRO. <b>03849</b> D/V <b>X</b> (Informar dígito se existir)		<b>BANCO</b> Nome: _____ NRO. _____		<b>AGÊNCIA</b> NRO. _____ D/V _____ (Informar dígito se existir)	
				<b>CONTA</b> NRO. _____ D/V _____ (Informar dígito se existir)			

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

17 MAI 2018

**Glória** 07 de Maio de 2018  
Local e Data

RECEBIDO

**José Sousa Neto**

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

**Karla Suyane dos Santos Sousa**

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

**INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:**

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

**É obrigatório Representante Legal para:**

**Beneficiário entre 0 a 15 anos** (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 - "Assinatura do Representante Legal").

**Beneficiário entre 16 e 17 anos** - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

089-310-495-79

Nome completo da vítima

Jose Sousa Neto

**DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL**

Nome completo <u>Jose Sousa Neto</u>		CPF titular da conta <u>089-310-495-79</u>	Profissão <u>Estudante</u>
Endereço <u>Rua Luiz de Barros</u>		Número <u>341</u>	Complemento <u>Casa</u>
Bairro <u>Divinópolis</u>	Cidade <u>Itaú de Açu</u>	Estado <u>Sergipe</u>	CPF <u>49680-000</u>
E-mail <u>marcosdignoloia@gmail.com</u>	Telefone (DDD) <u>79</u>		

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

**FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS**

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00

<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)		<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos)	
<input type="checkbox"/> BRASECO (237) <input checked="" type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAU (341)		<input type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)	
AGÊNCIA NRD <u>0612</u>	DIV <u>2</u>	CONTA NRD <u>03849</u>	DIV <u>X</u>
(informar dígito se existir)		(informar dígito se existir)	

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Lider a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Itaú de Açu 07 de Maio de 2018  
Local e Data

17-MAI-2018

RECEBIDO

Jose Sousa Neto  
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Karla Siqueira dos Santos Sousa  
Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



GOVERNO DO ESTADO DE SERGIPE  
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA  
PÚBLICA  
SUPERINTENDÊNCIA DA POLÍCIA CIVIL

POLÍCIA ON-LINE



**DELEGACIA REGIONAL DE POLÍCIA DE N. SRA DA GLÓRIA**  
RUA DA PALMA, CENTRO FONE: ( ) 3411-1356 EMAIL: depol.nsgloria@pc.se.gov.br  
**RPO - Registro Policial de Ocorrência 2018/06570.0-000908**

**DELEGACIA RESPONSÁVEL**

Nome: DELEGACIA REGIONAL DE POLÍCIA DE N. SRA DA GLÓRIA  
Endereço: RUA DA PALMA, CENTRO FONE: ( ) 3411-1356 EMAIL: depol.nsgloria@pc.se.gov.br

**FATO**

Data e Hora do Fato: 03/12/2017 - 08:00 até 03/12/2017 - 08:00

Endereço: TRECHO NA SAIDA PRA CARIA Número: Complemento: CEP: 49000-000

Bairro: CENTRO Cidade: NOSSA SENHORA DA GLORIA - SE Circunscrição: DELEGACIA REGIONAL DE POLÍCIA DE N. SRA DA GLÓRIA

Tipo de local: VIA PUBLICA Meio Empregado: NENHUM

**VÍTIMA-NOTICIANTE**

Nome: JOSE CARLOS AMARAL

Nome do pai: JOSEVALDO SOUSA AMARAL Nome da mãe: MARIA JOSE SANTOS AMARAL

Pessoa: Física CPF/CGC: 000.000.000-00 RG: 13931300 UF: SE Órgão expedidor:

Naturalidade: NOSSA SENHORA DA GLORIA Data de nascimento: 16/12/1976 Sexo: Masculino Cor da pele: S/A

Profissão: Não informado Estado civil: Não informado Grau de instrução:

Endereço: RUA DOMINGO DOS REIS Número: 133 Complemento:

CEP: Bairro: NOVA ESPERANÇA Cidade: NOSSA SENHORA DA GLORIA UF: SE

Proximidades: Telefone: 79-9-9991-9145

08 JUN 2018

RECEBIDO

**HISTÓRICO**

RELATA O NOTICIANTE QUE NO DIA E HORÁRIO CITADO ACIMA CONDUZIA SUA MOTO HONDA CG 160 TITAN COR VERMELHA PLACA QMA9868, CHASSI 9C2KC2210JR002413, SENTIDO GLORIA - CARICA QUANDO O MENINO QUE ESTAVA NA GARUPA DE 15 ANOS DE IDADE CHAMADO JOSE SOUSA NETO CAIU DA MOTO, QUE EM VIRTUDE DA QUEDA O MENINO FRATUROU O TORNOZELO ESQUERDO, QUE PRESTA ESSE BOLETIM DE OCORRÊNCIA COM O FIM DE OBTER O SEGURO DPVAT.

Data e hora da comunicação: 28/05/2018 às 14:54

Última Alteração: 28/05/2018 às 14:54

OBS.: As informações noticiadas pelo declarante/vítima são de sua inteira responsabilidade, cabendo, inclusive, a responsabilização penal daquele que faltar com a verdade no fornecimento das informações, nos termos do artigo 340 do Código Penal Brasileiro: Art. 340 - Provocar a ação de autoridade, comunicando-lhe a ocorrência de crime ou de contravenção que sabe não se ter verificado: Pena - detenção, de um a seis meses, ou multa.

JOSE CARLOS AMARAL  
Responsável pela comunicação

Aline Santos Andrade  
Responsável pelo preenchimento





GOVERNO DO ESTADO DE SERGIPE  
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA  
SUPERINTENDÊNCIA DA POLÍCIA CIVIL

POLÍCIA ON-LINE



DELEGACIA REGIONAL DE POLÍCIA DE N. SRA DA GLÓRIA

RUA DA PALMA, CENTRO FONE: ( ) 3411-1356 EMAIL: depol.nsgloria@pc.se.gov.br

Boletim de Ocorrência 2018/06570.0-000908 - Alterado

DELEGACIA RESPONSÁVEL

Nome: DELEGACIA REGIONAL DE POLÍCIA DE N. SRA DA GLÓRIA

Endereço: RUA DA PALMA, CENTRO FONE: ( ) 3411-1356 EMAIL: depol.nsgloria@pc.se.gov.br

FATO

Natureza: FATO ATÍPICO

Data e Hora do Fato: 03/12/2017 - 08:00 até 03/12/2017 - 08:00

Endereço: TRECHO NA SAÍDA PRA CARIA Número: Complemento: CEP: 49000-000

Bairro: Centro Cidade: NOSSA SENHORA DA GLÓRIA - SE Circunscrição: DELEGACIA REGIONAL DE POLÍCIA DE N. SRA DA GLÓRIA

Tipo de local: VIA PÚBLICA Meio Empregado: NENHUM

VÍTIMA-NOTICIANTE

Nome: JOSE CARLOS AMARAL

Nome do pai: JOSEVALDO SOUSA AMARAL Nome da mãe: MARIA JOSE SANTOS AMARAL

Pessoa: Física CPF/CGC: 000.000.000-00 RG: 13931300 UF: SE Órgão expedidor:

Naturalidade: NOSSA SENHORA DA GLÓRIA Data de nascimento: 16/12/1976 Sexo: Masculino Cor da pele:

Profissão: Não informado Estado civil: Não informado Grau de instrução:

Endereço: RUA DOMINGO DOS REIS Número: 133 Complemento:

CEP: Bairro: NOVA ESPERANÇA Cidade: NOSSA SENHORA DA GLÓRIA UF: SE

Proximidades: Telefone: 79-9-9991-9145

HISTÓRICO

RELATA O NOTICIANTE QUE NO DIA E HORÁRIO CITADO ACIMA CONDUZIA SUA MOTO HONDA CG 160 TITAN COR VERMELHA PLACA QMA9868, CHASSI 9C2KC2210JR002413, SENTIDO GLÓRIA - CARICA QUANDO O MENINO QUE ESTAVA NA GARUPA DE 15 ANOS DE IDADE CHAMADO JOSE SOUSA NETO CAIU DA MOTO. QUE EM VIRTUDE DA QUEDA O MENINO FRATUROU O TORNOZELO ESQUERDO. QUE PRESTA ESSE BOLETIM DE OCORRÊNCIA COM O FIM DE OBTER O SEGURO DPVAT.

Acrescentado por Rodrigo Guimarães Mendonça Moraes - 14/08/2018 às 09:34

QUE A VÍTIMA DO ACIDENTE POSSUI O RG nº 3.730.885-8 SSP/SE, PORTADOR CPF nº 089.310.495-79; NASCIDO NO DIA 26/03/2002; residente na rua Mizaél de Barros, nº 541 - DIVINEIA, NOSSA SENHORA DA GLÓRIA/SE, CEP 49680000.

Data e hora da comunicação: 28/05/2018 às 14:54

Responsável pela Alteração: Rodrigo Guimarães Mendonça Moraes

Última Alteração: 14/08/2018 às 09:31.

OBS.: As informações noticiadas pelo declarante/vítima são de sua inteira responsabilidade, cabendo, inclusive, a responsabilização penal daquele que faltar com a verdade no fornecimento das informações, nos termos do artigo 340 do Código Penal Brasileiro: Art. 340 - Provocar a ação de autoridade comunicando-lhe a ocorrência de crime ou de contravenção que sabe não se ter verificado: Pena - detenção, de um a seis meses, ou multa.

JOSE CARLOS AMARAL  
Responsável pela comunicação

Samuel Souza Brito Oliveira  
Delegado de Polícia

Rodrigo Guimarães Mendonça Moraes  
Responsável pelo preenchimento

Jorge Eduardo dos Santos Filho  
Delegado de Polícia Civil



GOVERNO DO ESTADO DE SERGIPE  
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA  
SUPERINTENDÊNCIA DA POLÍCIA CIVIL

POLÍCIA ON-LINE



**DELEGACIA REGIONAL DE POLÍCIA DE N. SRA DA GLÓRIA**

RUA DA PALMA, CENTRO FONE:() 3411-1356 EMAIL: depol.nsgloria@pc.se.gov.br

**Boletim de Ocorrência 2018/06570.0-000908 - Alterado**

**DELEGACIA RESPONSÁVEL**

Nome: DELEGACIA REGIONAL DE POLÍCIA DE N. SRA DA GLÓRIA

Endereço: RUA DA PALMA, CENTRO FONE:() 3411-1356 EMAIL: depol.nsgloria@pc.se.gov.br

**FATO**

Natureza: FATO ATÍPICO

Data e Hora do Fato: 03/12/2017 - 08:00 até 03/12/2017 - 08:00

Endereço: TRECHO NA SAÍDA PRA CARIA Número: Complemento: CEP: 49000-000

Bairro: Centro Cidade: NOSSA SENHORA DA GLÓRIA - SE Circunscrição: DELEGACIA REGIONAL DE POLÍCIA DE N. SRA DA GLÓRIA

Tipo de local: VIA PÚBLICA Meio Empregado: NENHUM

**VÍTIMA-NOTICIANTE**

Nome: JOSE CARLOS AMARAL

Nome do pai: JOSEVALDO SOUSA AMARAL Nome da mãe: MARIA JOSE SANTOS AMARAL

Pessoa: Física CPF/CGC: 000.000.000-00 RG: 13931300 UF: SE Órgão expedidor:

Naturalidade: NOSSA SENHORA DA GLÓRIA Data de nascimento: 16/12/1976 Sexo: Masculino Cor da cútis:

Profissão: Não informado Estado civil: Não informado Grau de instrução:

Endereço: RUA DOMINGO DOS REIS Número: 133 Complemento:

CEP: Bairro: NOVA ESPERANÇA Cidade: NOSSA SENHORA DA GLÓRIA UF: SE

Proximidades: Telefone: 79-9-9991-9145

**HISTÓRICO**

RELATA O NOTICIANTE QUE NO DIA E HORÁRIO CITADO ACIMA CONDUZIA SUA MOTO HONDA CG 160 TITAN COR VERMELHA PLACA QMA9868, CHASSI 9C2KC2210JR002413, SENTIDO GLÓRIA - CARICA QUANDO O MENINO QUE ESTAVA NA GARUPA DE 15 ANOS DE IDADE CHAMADO JOSE SOUSA NETO CAIU DA MOTO, QUE EM VIRTUDE DA QUEDA O MENINO FRATUROU O TORNOZELO ESQUERDO. QUE PRESTA ESSE BOLETIM DE OCORRÊNCIA COM O FIM DE OBTER O SEGURO DPVAT.

Acrescentado por Rodrigo Guimaraes Mendonca Moraes - 14/08/2018 às 09:34.

QUE A VÍTIMA DO ACIDENTE POSSUI O RG nº 3.730.885-8 SSP/SE, PORTADOR CPF nº 089.310.495-79; NASCIDO NO DIA 26/03/2002; residente na rua Mizael de Barros, nº 541 - DIVINEIA, NOSSA SENHORA DA GLÓRIA/SE, CEP 49680000.

Data e hora da comunicação: 28/05/2018 às 14:54

Responsável pela Alteração: Rodrigo Guimaraes Mendonca Moraes

, Última Alteração: 14/08/2018 às 09:31.

OBS.: As informações noticiadas pelo declarante/vítima são de sua inteira responsabilidade, cabendo, inclusive, a responsabilização penal daquele que faltar com a verdade no fornecimento das informações, nos termos do artigo 340 do Código Penal Brasileiro. Art. 340 - Provocar a ação de autoridade, comunicando-lhe a ocorrência de crime ou de contravenção que sabe não se ter verificado: Pena - detenção, de um a seis meses, ou multa.

*Jose Carlos Amaral*

JOSE CARLOS AMARAL  
Responsável pela comunicação

*Samuel Souza de Brito Oliveira*  
Delegado de Polícia

*Rodrigo Guimaraes Mendonca Moraes*  
Responsável pelo preenchimento

*Jorge Edvard dos Santos Filho*  
Delegado de Polícia Civil



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

**INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:**

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL\* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal\* é obrigatório para os seguintes casos:

**Casos com vítima entre 0 a 15 anos** - O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

**Casos com vítima entre 16 e 17 anos** - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

**Casos com vítima interditada com curador** - Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

Jose Sousa Neto

CPF da Vítima

089.310.495-79

Data do Acidente

03.12.2017

**REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA**

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

Telefone (DDD)

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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

**Assinalar uma das opções abaixo:**

☐ Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☒ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido.

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

SEGURO DPVAT - SEGURADORA SIA

17 MAI 2018

Blanca

07 de Maio

de 2018

Local e Data

RECEBIDO

Jose Sousa Neto

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Marla Sanyane dos Santos Sousa

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: \_\_\_\_\_ CPF da vítima: 089.310.495-79 Nome completo da vítima: Jose Sousa Neto

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

Nome completo: Jose Sousa Neto CPF: 089.310.495-79  
Profissão: Camada Endereço: Rua Miguel de Barros Número: 041 Complemento: Casa  
Bairro: Centro Cidade: Volta Senhora da Glória Estado: SE CEP: 43680-000  
E-mail: marcosdegloria@gmail.com Tel. (DDD): 79-99918-9207

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

## RENTA 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: 0612 2 CONTA: 23849 ☒

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_

(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) ☐ Divorçado ☐ 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

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.

Local e Data: Volta Senhora da Glória, 19  
Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_

(\*) Assinatura de quem assina A ROGO

Jose Sousa Neto

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Karla Simone dos Santos Silva

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

## TESTEMUNHAS

1ª | Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura

2ª | Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura

(\*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



MS/DATA: 03/12/2017 HOSPITAL REGIONAL DE NOSSA SENHORA DA GLORIA

No. DO BE: 323671 DATA: 03/12/2017 HORA: 15:16 USUARIO: SABEMI SEGURADORA S/A  
CNS: SETOR: 02-CONSULTORIO ADULTO

IDENTIFICACAO DO PACIENTE  
NOME : JOSE SOUSA NETO  
IDADE: 15 ANOS NASC: 26/03/2002  
ENDERECO: RUA ANTONIO CALIXTO DOS SANTOS  
COMPLEMENTO: CASA BAIRRO: DIVINEIA  
MUNICIPIO: NOSSA SENHORA DA GLORIA UF: SE CEP: 49680-000  
NOME PAI/MAE: WALMIR MACHADO SOUSA /KARLA SUYANE DOS SANTOS SOUSA  
RESPONSAVEL: A GENITORA TEL: 79 9125-2829  
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: [120 X 80 mmHg] PULSO: [ ] TEMP.: [ ] PESO: [ ]

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

SUSPEITA DE VIOLENCIA OU MAUS TRATOS: [ ] SIM [ ] NAO

DADOS CLINICOS: DATA PRIMEIROS SINTOMAS: 1/1/1

ANOTACOES DA ENFERMAGEM: *paciente com trauma, com dor e hematomas no abdome e membros inferiores.*

DIAGNOSTICO: CID: 17 MAI 2018

PRESCRICAO HORARIO DA MEDICACAO

*Ex. de trauma E.C. Pericardial*  
*monitorado 24h*  
*Examinado ao estado de*

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 [ ] ANAT. PATOL.

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSAVEL: *Jose Cicero da Silva*  
ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO: *Dr. Jose Cicero da Silva* MEDICO CRM 5498

**Energisa**  
ENERGISA SERVISI CUSTOMER SERVICE SA  
Kawasan Industri Sate, Jl. Cendekia Raya  
Indahmulya, CIPAGANAN  
Jl. Raya 42/100-141, 40132 TIRU  
Pusat Kontak Energi Cendekia 100-141/141  
Cari kami Dis. Arahkan: 000012/100

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPI/ CNPI/ RAN
Mar / 2018	12/03/2018	11/04/2018	2000367500

Canal de contato

Anterior		Atual		Constante	Consumo	Dias	
Data	Letura	Data	Letura				
12/03/18	7940	12/03/18	7997		90	39	
<b>Demonstrativo</b>							
CD	Descrição	Saldo Inicial	Saldo Final	Valor Base Calc.	Alte. Consumo	Base Calc. P/Per	Calor. P/Per
		Debitado	Creditado	Consumo	Consumo	Por Consumo	Por Consumo
9991	Consumo em geral	92.000,00	92.000,00	88,38	20,28	25	15,16
						60,20	0,28
0007	CONTROLE LAMPUEIRA						
0004	JUROS DE MORA 2018			2,70	0,00	0	0,00
				2,70	0,00	0	0,00
0005	MULTA 2018			2,30	0,00	0	0,00
				2,30	0,00	0	0,00

**VENCIMENTO**  
**19/03/2018**

Histórico de Consumo (kWh)

PERÍODO DE CONSUMO (MÊS)											
2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Mar/12	Abr/12	Mai/12	Jun/12	Jul/12	Ago/12	Sep/12	Out/12	Nov/12	Dez/12	Jan/13	Fev/13

b2ef 5335 d722 002e e56d 1c2f 3f8d d73f

[illegible]

**ATENÇÃO**

### Faturas em atraso

SEP04  
40176 54850-540-7387  
Matricula 912787-2018-03-2

VENCIMENTO  
19/03/2018

**TOTAL A PAGAR**  
**R\$ 68,99**

83630000000-4 88990049000-4 09127872018-9 03300430019



SABENI SLC: DORA SIA

RECIBIDO

**DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO**  
**PESSOA FÍSICA - 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 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala).

**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 nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Francisco J. A. Rosa inscrito (a) no CPF/CNPJ 020.003.675/00 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Vanila Guyma dos S. Santos inscrito (a) no CPF sob o Nº 007.702.935/65 do sinistro de DPVAT cobertura Integral da Vitima João Santos Neto inscrito (a) no CPF sob o Nº 089.310.495/79 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 Sábios</u>		Número	<u>217</u>	Complemento	<u>Centro</u>
Bairro	<u>Brasília</u>	Cidade	<u>N. Sra. da Glória</u>	Estado	<u>SE</u>	CEP
Email	<u>marcondes@igmail.com</u>		Telefone comercial (DDD)	<u>79.99.18.9207</u>	Telefone celular (DDD)	<u>79.9925.2568</u>

Vanila Guyma dos S. Santos 09 de 05 de 18  
Local e Data

Francisco J. A. Rosa  
Assinatura do Declarante



Atesto para os devidos fins  
que o Sr. José Sousa Neto  
sofreu fratura em tíbia  
esquerda (S82.3) devido a  
trauma, foi realizado trata-  
mento estando o paciente  
de alta definitiva.  
(Acidente no dia: 03/12/2017).

24107148

  
Jucia Lima Bezerra Moraes  
Médica  
CRM/SE 3273

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

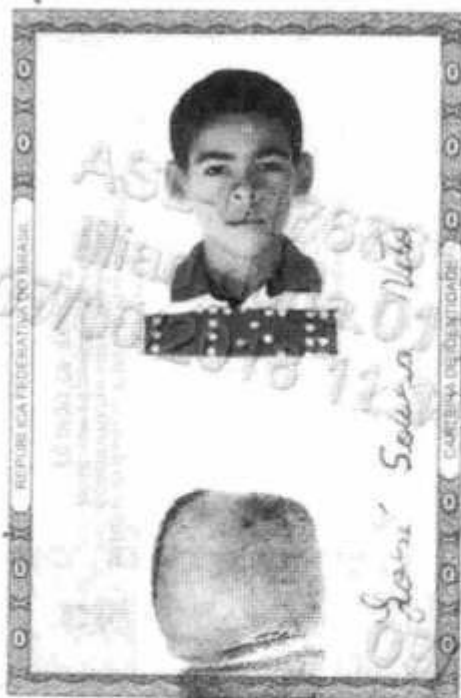
Rua Antônio Francisco de Souza, 47 - Centro - CEP: 49.680-000 - Nossa Senhora da Glória/SE  
Fone: 79 3411.1068 - E-mail: saudegloria-se@gmail.com

SABEMI SEGURADORA S/A

09 OUT 2018

RECEBIDO





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DA FAZENDA  
INSCRIÇÃO DE IMÓVEL  
3.730.865-8  
20/02/2013

Nome: JOSE SOUSA NETO  
Filiação: WALDIR MACHADO SOUSA  
Mãe: MARIA SILVA DE SANTOS SOUSA  
Data de Nascimento: 26/03/2002

Endereço: ALameda SENADOR DA GILBERTA DE  
Cidade: CT. MONTESINHO - R. 2024 - LV. APTS. FL. 171  
CEP: 301-180 - CIDADE NOVA - SÃO PAULO - SP

Assinatura: [Assinatura]

Assessor: FERRERES DA SILVA

MINISTÉRIO DA FAZENDA  
Receita Federal  
Cadastro de Pessoas Físicas  
COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número: 089.310.495-79  
Nome: JOSE SOUSA NETO  
Nascimento: 26/03/2002

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

SABENI SEGURADORA S/A  
17 MAI 2018  
RECEBIDO

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

CS 000006277993 N° 013443708411  
DETRAN - SE CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA COD. RENAVAM RNTTC EXERCÍCIO  
1 01130682991 000000000000 2017

NOME  
JOSE CARLOS AMARAL  
\*\*\*\*\*  
\*\*\*\*\*  
\*\*\*\*\*

CNPJ PLACA  
908.011.305-06 QMA986B

PLACA ANT./UF CHASSI  
006B041/SE 9C2KC2210JR002413

ESPECIE TIPO COMBUSTÍVEL  
PAS/MOTOCICLETA/ ALCQ/GASOL

MARCA/MODELO ANO FAB. ANO MOD.  
HONDA/CG 160 TITAN 2017 2018

CAP./POT./CK. CATEGORIA COR PREDOMINANTE  
2P0CV/162CC ALUGUEL VERMELHA

COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA  
I \*\*\*\*\* 1 \*\*\*\*\*  
P \*\*\*\*\* 2 \*\*\*\*\*  
V \*\*\*\*\* 3 \*\*\*\*\*  
A \*\*\*\*\*

FAIXA LPV.A PARCELAMENTO/COTAS  
\*\*\*\*\*

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) IOF (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO  
\*\*\*\*\* \* PAGO \* \*\*\*\*\*

OBSERVAÇÕES

SEM RESTRICÇÕES

NOSSA SENHORA DA GLÓRIA-S 04/10/2017  
Lilian Doria  
Diretor Presidente

SE N° 013443708411 BILHETE DE SEGURO DPVAT

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

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

EXERCÍCIO DATA EMISSÃO  
2017 04/10/2017

VIA CNPJ PLACA  
908.011.305-06 QMA986B

RENAVAM MARCA/MODELO  
01130682991 HONDA/CG 160 TITAN

ANO FAB. QDT. TIPO NR. CHASSI  
2017 09 9C2KC2210JR002413

PRÊMIO TARIFÁRIO

FINE (R\$)	DENATIAN (R\$)	CUSTO DO SEGURO (R\$)
81,29	9,03	90,32
CUSTO DO BILHETE (R\$)	IOF (R\$)	TOTAL SEM IMPOSTOS (R\$)
4,15	0,70	185,50

PAGAMENTO DATA DE QUITAÇÃO  
☒ COTA ÚNICA ☐ PARCELADO 29/09/2017  
\* PAGO \*

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.608/0001-03

08R-2017



## Solicitação de Re-análise

Eu Karla Suyane dos Santos, Portadora do RG: 1344.207 e CPF: 007 702 935-65, residente e domiciliado na Rua: Missal de Barros Nº 641, Bairro Divinópolis, cidade: Nossa Senhora da Glória SE. CEP: 49680-000.

Representante legal de José Sousa Neto, Portador do RG: 3.730.885-8 e CPF: 089.310.495-79 - Sinistro: 31802287-14.

Venho por meio desta solicitar das Senhores que seja marcada uma Perícia Para meu filho Para que Verifique a fratura que meu filho tem devido ao acidente que foi fratura da tibia, já consegui 3 relatórios médicos e não tenho como conseguir outros, então peço encorajadamente que por favor marque a Perícia com urgência Para comprovar o que aqui descrevo.

Conta de contar com vossa compreensão, agradeço desde já.

Karla Suyane dos Santos Sousa

RG: 1344.207

Nossa Senhora da Glória SE 25 de julho de 2018



# Solicitação de Re-análise

SABEMI SEGURADORA S/A

20 AGO 2018

RECEBIDO

Eu Karla Suyane dos Santos, Portadora do  
RG: 1344.207 e CPF: 007 702 935-65, residente  
e domiciliado na Rua Mussul de Barros  
Nº 641, Bairro Divinéia, cidade: Nossa  
Senhora da Glória SE. CEP: 49680-000.

Representante legal de José Sousa Neto,  
Portador do RG: 3 730.885-8 e CPF: 089.  
310.495-79 - Sinistro: 3180228714.

Venho por meio desta solicitar das Senhoras  
que seja marcada uma perícia para  
meu filho para que verifique a fratura  
que meu filho tem devido ao acidente  
que foi fratura da tíbia, foi conseguir  
3 relatórios médicos e não tenho como  
conseguir outros, então peço encorajada-  
mente que por favor marque a perícia  
com urgência para comprovar o que  
aqui descrevo.

Certa de contar com vossa compreensão,  
agradeço desde já.

Karla Suyane dos Santos Sousa

RG: 1344.207

Nossa Senhora da Glória SE 25 de julho  
de 2018

PROCURAÇÃO PARTICULAR PARA FINS ESPECÍFICOS DE  
PEDIDO DO SEGURO DPVAT

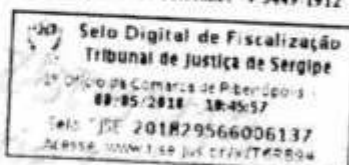
Por este instrumento particular, eu ( nome completo) Karla Suyane dos Santos Sousa  
( nacionalidade ) Brasileira, ( profissão ) homemada, portador da cédula  
de identidade RG nº 1.344.207, emitido pela SSP / ( UF ) SE,  
inscrito sob o CPF nº 007.700.935-65, residente na ( endereço  
completo ) Rua Legal de Baseas, 641, na cidade de  
Passo Sembrado de Pleno ( UF ) SE, CEP 49680-000, nomeio e  
constituo meu procurador, ( nome do representante ) Jose Marcos de Oliveira Rosa  
( nacionalidade ) Brasileiro, ( profissão ) Consultor, portador da cédula  
de identidade RG nº 21233829, emitido pela SSP / ( UF ) SE,  
inscrito sob o CPF nº 020.093.675-00, residente na ( endereço  
completo ) Rua dos Silos, n.º 217, na cidade de  
Passo Sembrado de Pleno ( UF ) SE, CEP 49680-000, a quem confiro  
amplos e gerais poderes para, tratar, requerer, assinar papéis e  
documentos que se faça necessário para fins de **SOLICITAÇÃO DO**  
**SEGURO DPVAT** da vítima ( nome da vítima ) Jose Sousa Neto,  
junto à **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT**.

( local e data ) N.º 00 Da Glória 08 05 18

( assinatura ) Karla Suyane dos Santos Sousa

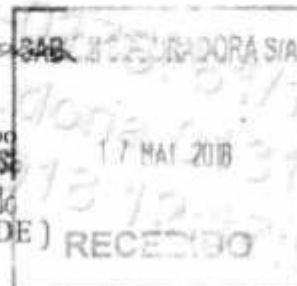
( RG ) 1.344.207

Reconheço ( por autenticidade ) a firma de: KARLA SUZANE DOS SANTOS SOUSA  
Ribeirão Preto, SE. Telefone: 79-3449.1912



Mylena Melo Sousa

MYLENA MELO SOUSA  
ESCREVENTE AUTORIZADO  
Mylena Melo Sousa  
Escrevente Autorizado



OBS: ( a assinatura deve ser reconhecida por AUTENTICIDADE )

## PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0370278/18

**Número do Sinistro:** 3180474907

**Vítima:** JOSE SOUSA NETO

**CPF:** 089.310.495-79

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 03/12/2017

**Titular do CPF:** JOSE SOUSA NETO

**Seguradora:** PORTO SEGURO CIA DE SEGUROS GERAIS

### DOCUMENTOS ENTREGUES

#### Sinistro

Comprovação de ato declaratório

### 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: 17/10/2018  
Nome: JOSE MARCOS DE OLIVEIRA ROSA  
CPF: 020.003.675-00

JOSE MARCOS DE OLIVEIRA ROSA

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 17/10/2018  
Nome: LILIAN SPINOLA TEIXEIRA DORIA  
CPF: 029.259.055-52

LILIAN SPINOLA TEIXEIRA DORIA