
Rio de Janeiro, 11 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190626932

Vítima: EDILSON LIMA DE JESUS

Data do Acidente: 19/09/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE MARCOS DE OLIVEIRA ROSA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), EDILSON LIMA DE JESUS

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 23 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190626932

Vítima: EDILSON LIMA DE JESUS

Data do Acidente: 19/09/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE MARCOS DE OLIVEIRA ROSA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), EDILSON LIMA DE JESUS

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\$ 843,75

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros
25%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 25%) 6,25%

Valor a indenizar: 6,25% x 13.500,00 = R\$ 843,75

Recebedor: EDILSON LIMA DE JESUS

Valor: R\$ 843,75

Banco: 104

Agência: 000001353

Conta: 000003637-9

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

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

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

www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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:

056.942.445-32

Nome completo da vítima:

Edilson Lima De Jesus

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

Nome completo:

Edilson Lima De Jesus

CPF:

056.942.445-32

Profissão:

carreador

Endereço:

Rua Itaquara

Número:

511

Complemento:

lado

Bairro:

Zona rural

Cidade:

St. São Apolônica

Estado:

SE

CEP:

49.540-000

E-mail:

marcosdulyric@gmail.com

Tel.(DDD):

9989207

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

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR

☐ ATÉ R\$1.000,00

☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

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

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

1353

CONTA:

3637

9

(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 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:

Vivos:

Falecidos:

Vítima deixou

nascento (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.

Assinatura digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data:

St. São Apolônica 03.11.18

Nome:

CPF:

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome:

CPF:

Assinatura

2ª | Nome:

CPF:

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) 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.**

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:	Nome completo da vítima:	
	056.942.445-32	Edilson Lima de Jesus	
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012			
Nome completo:		CPF:	
Edilson Lima de Jesus		056.942.445-32	
Profissão:	Endereço:	Número:	Complemento:
Camponês	Rua São João Batista	314	Casa
Bairro:	Cidade:	Estado:	CEP:
Área Rural	Passo D'Água	SC	49540-000
E-mail:	Tel.(DDD):		
Marcosdegloria@gmail.com	79-99918-9207		

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

RENDA MENSAL:

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

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)		☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)	
☐ Bradesco (237)	☐ Itaú (341)	Nome do BANCO: _____	
☐ Banco do Brasil (001)	☒ Caixa Econômica Federal (104)		
AGÊNCIA: 1353	CONTA: 3637	AGÊNCIA:	CONTA:
(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima:	☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo	Data do óbito da vítima:
Grau de Parentesco com a vítima:	Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não	Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não	Se tinha filhos, informar quantos:	Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não
Vivos:	Falecidos:	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: Passo D'Água, 02.01.2019	TESTEMUNHAS
Nome: _____	1ª Nome: _____
CPF: _____	CPF: _____
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante):	Assinatura
Assinatura do Representante Legal (se houver):	2ª Nome: _____
Assinatura do Procurador (se houver):	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.



AUTO-ATENDIMENTO - AG. RIBEIROPOLIS

DATA: 22/11/2012

TERMINAL: 44701003

HORA: 12:12:11

CONTROLE: 44701003011

AGENCIA: 1553 - MONTE AZUL PAULIST

CONTA: 013.00003637-9

CLIENTE: EDILSON LIMA DE JESUS

EXTRATO NORMAL PARA SIMPLES CONFERENCIA
ULTIMOS 30 DIAS

SALDOS POR DATA LIMITE

DEPOSITOS REALIZADOS A PARTIR DE 04/05/2012

DATA	VALOR
06/11	1,4
12/11	100,00

MOVIMENTAÇÃO

DATA	Nº DOC	HISTÓRICO	VALOR
------	--------	-----------	-------

SALDO ANTERIOR			51,410
----------------	--	--	--------

Outubro

01/10	211033	SQ CX AQU	50,00
-------	--------	-----------	-------

Novembro

04/11	000000	DEP BASTA	0,00
06/11	000000	CRED JURUS	0,01
12/11	121621	DP CX AQU	100,00
19/11	171029	DP D'N LOT	450,00
19/11	171051	SAQUE ATM	450,00

RESUMO EM 22/11

SALDO	101,420
-------	---------

RESUMO DO DIA

ALTO CANCELADO	101,420
----------------	---------

SALDO BLOQUEADO	0,00
-----------------	------

SALDO TOTAL	101,420
-------------	---------

Informações, reclamações, sugestões e elogios

SAC CAIXA: 0800 720 0101

Ouvidoria da CAIXA: 0800-725 7474

www.caixa.gov.br



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

POLÍCIA ON-LINE



DELEGACIA DE POLÍCIA DE N. SRA APARECIDA

PCA PEDRO BARBOSA,, CENTRO FONE:(0) 3483-1222

RPO - Registro Policial de Ocorrência 2018/06569.0-000152

DELEGACIA RESPONSÁVEL

Nome: DELEGACIA DE POLÍCIA DE N. SRA APARECIDA

Endereço: PCA PEDRO BARBOSA,, CENTRO FONE:(0) 3483-1222

FATO

Data e Hora do Fato: 19/09/2018 - 18:00 até 19/09/2018 - 18:00

Endereço: POVOADO ITAQUATIARA Número: Complemento: CEP: 49540-000

Bairro: CENTRO Cidade: NOSSA SENHORA APARECIDA - SE Circunscrição: DELEGACIA DE POLÍCIA DE N. SRA APARECIDA

Tipo de local: VIA PUBLICA Meio Empregado: NENHUM

VÍTIMA-NOTICIANTE

Nome: EDILSON LIMA DE JESUS

Nome do pai: GENERINO DE JESUS Nome da mãe: LEDA LIMA DE JESUS

Pessoa: Física CPF/CGC: 056.042.445-32 RG: 34904620 UF: SE Órgão expedidor:

Naturalidade: NOSSA SENHORA APARECIDA Data de nascimento: 30/05/1991 Sexo: Masculino Cor da cútis:

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

Endereço: POVOADO ITAQUATIARA Número: Complemento:

CEP: Bairro: ZONA RURAL Cidade: NOSSA SENHORA APARECIDA UF: SE

Proximidades: Telefone: 79 9 9983-8146

HISTÓRICO

Relata que na data acima mencionada estava voltando para sua residência em sua motocicleta no Povoado Itaquatiara no Município de Nossa Senhora Aparecida; QUE, no decorrer do caminho bateu em uma pedra e acabou perdendo o controle sobre a motocicleta e caiu; QUE, o mesmo deu entrada no Hospital Regional Dr. Pedro Garcia Moreno em Itabalana no mesmo dia do referido acidente; QUE, o mesmo fraturou a clavícula e teve lesões escafoídeas; QUE, a motocicleta em questão é uma HONDA/CG 150 TITAN KS, com placa IAJ 3079, cor vermelha, ano 2008, Chassi 9C2KC081088R356180, Renavam 116294345 e está em nome de JOSÉ DOS SANTOS LIMA. Diante o exposto solicita as devidas providências.

Data e hora da comunicação: 06/11/2018 às 11:30

Última Alteração: 06/11/2018 às 11:25.

OBS.: As informações noticiadas pelo declarante/vítima são de sua inteira responsabilidade. 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 contravenção que sabe não se ter verificado: Pena - detenção, de um a seis meses, ou multa.

EDILSON LIMA DE JESUS

Responsável pela comunicação



MAT. 2756



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

POLÍCIA ON-LINE



DELEGACIA DE POLÍCIA DE N. SRA APARECIDA

PCA PEDRO BARBOSA,, CENTRO FONE:(0) 3483-1222

RPO - Registro Policial de Ocorrência 2018/06569.0-000152

DELEGACIA RESPONSÁVEL

Nome: DELEGACIA DE POLÍCIA DE N. SRA APARECIDA

Endereço: PCA PEDRO BARBOSA,, CENTRO FONE:(0) 3483-1222

FATO

Data e Hora do Fato: 19/09/2018 - 18:00 até 19/09/2018 - 18:00

Endereço: POVOADO ITAQUATIARA Número: Complemento: CEP: 49540-000

Bairro: CENTRO Cidade: NOSSA SENHORA APARECIDA - SE Circunscrição: DELEGACIA DE POLÍCIA DE N. SRA APARECIDA

Tipo de local: VIA PUBLICA Meio Empregado: NENHUM

VÍTIMA-NOTICIANTE

Nome: EDILSON LIMA DE JESUS

Nome do pai: GENERINO DE JESUS Nome da mãe: LEDA LIMA DE JESUS

Pessoa: Física CPF/CGC: 056.942.445-32 RG: 34904620 UF: SE Órgão expedidor:

Naturalidade: NOSSA SENHORA APARECIDA Data de nascimento: 30/05/1991 Sexo: Masculino Cor da cútis:

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

Endereço: POVOADO ITAQUATIARA Número: Complemento:

CEP: Bairro: ZONA RURAL Cidade: NOSSA SENHORA APARECIDA UF: SE

Proximidades: Telefone: 79 9 9983-8146

HISTÓRICO

Relata que na data acima mencionada estava voltando para sua residência em sua motocicleta no Povoado Itaquatiara no Município de Nossa Senhora Aparecida; QUE, no decorrer do caminho bateu em uma pedra e acabou perdendo o controle sobre a motocicleta e caiu; QUE, o mesmo deu entrada no Hospital Regional Dr. Pedro Garcia Moreno em Itabaiana no mesmo dia do referido acidente; QUE, o mesmo fraturou a clavícula e teve várias escoriações; QUE, a motocicleta em questão é uma HONDA/CG 150 TITAN KS, com placa IAJ 3079, cor vermelha, ano 2008, Chassi 9C2KC081088R356180, Renavam 116294345 e está em nome de JOSÉ DOS SANTOS LIMA. Diante o exposto solicita as devidas providências.

Data e hora da comunicação: 06/11/2018 às 11:30

Última Alteração: 06/11/2018 às 11:25.

OBS.: As informações noticiadas pelo declarante/vítima são de sua inteira responsabilidade. Não se atribui, 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 contravenção que sabe não se ter verificado: Pena - detenção, de um a seis meses, ou multa.

Edilson Lima de Jesus

EDILSON LIMA DE JESUS
Responsável pela comunicação



Joaquim Costa Cunha Barreto Filho
Responsável pelo preenchimento

MAT. 2756

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:	Nome completo da vítima:	
	056.942.445-32	Edilson Lima de Jesus	
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012			
Nome completo:		CPF:	
Edilson Lima de Jesus		056.942.445-32	
Profissão:	Endereço:	Número:	Complemento:
Camponês	Rua São João Batista	91N	Casa
Bairro:	Cidade:	Estado:	CEP:
Área Rural	Passo Seabra Aparecida	SC	49540-000
E-mail:	Tel.(DDD):		
Marcosdegloria@gmail.com	79-99918-9207		

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

RENDA MENSAL:

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

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)		☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)	
☐ Bradesco (237)	☐ Itaú (341)	Nome do BANCO: _____	
☐ Banco do Brasil (001)	☒ Caixa Econômica Federal (104)		
AGÊNCIA: 1353	CONTA: 3637	AGÊNCIA:	CONTA:
(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima:	☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo	Data do óbito da vítima:
Grau de Parentesco com a vítima:	Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não	Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não	Se tinha filhos, informar quantos:	Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não
Vivos:	Falecidos:	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: Passo Seabra Aparecida, 02.01.2019	TESTEMUNHAS
Nome: _____	1ª Nome: _____
CPF: _____	CPF: _____
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)	Assinatura
Assinatura do Representante Legal (se houver)	2ª Nome: _____
Assinatura do Procurador (se houver)	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.



AUTO-ATENDIMENTO - AG. RIBEIROPOLIS

DATA: 22/11/2012

TERMINAL: 44701003

HORA: 12:12:11

CONTROLE: 44701003011

AGENCIA: 1553 - MONTE AZUL PAULIST

CONTA: 013.00003637-9

CLIENTE: EDILSON LIMA DE JESUS

EXTRATO NORMAL PARA SIMPLES CONFERENCIA
ULTIMOS 30 DIAS

SALDOS POR DATA LIMITE

DEPOSITOS REALIZADOS A PARTIR DE 04/05/2012

DATA	VALOR
06/11	1,4
12/11	100,00

MOVIMENTAÇÃO

DATA	Nº DOC	HISTÓRICO	VALOR
------	--------	-----------	-------

SALDO ANTERIOR			51,410
----------------	--	--	--------

Outubro

01/10	211033	SQ CX AQU	50,00
-------	--------	-----------	-------

Novembro

04/11	000000	DEP BASTA	0,00
06/11	000000	CRED JURUS	0,01
12/11	121621	DP CX AQU	100,00
19/11	171029	DP D'N LOT	450,00
19/11	171051	SAQUE ATM	450,00

RESUMO EM 22/11

SALDO	101,420
-------	---------

RESUMO DO DIA

ALTO CANCELADO	101,420
----------------	---------

SALDO BLOQUEADO	0,00
-----------------	------

SALDO TOTAL	101,420
-------------	---------

Informações, reclamações, sugestões e elogios

SAC CAIXA: 0800 720 0101

Ouvidoria da CAIXA: 0800-725 7474

www.caixa.gov.br

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 19/11/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: EDILSON LIMA DE JESUS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01353

CONTA: 000000003637-9

Nr. da Autenticação C7FA513D75C5950A

EDILSON LIMA DE JESUS
POVITAQUATIARA, SN - AREA RURAL
NOSSA SENHORA APARECIDA / SE CEP 49540000 (AO 30)

Emissão: 17/09/2018 Referência: Set/2018
Classe/Subclasse: RESIDENCIAL / BAIXA RENDA MONOFÁSICO
Roteiro: 8 - 120 - 200 - 475 Nº medidor: N5029821851

energisa

ENERGISA SERGIPE - O STRIB ENERGISA
Rua Mar Apolônio Sales, 81 - Inaco Barbosa
Aracaju/SE - CEP 49040-150
CNPJ 12.017.402/0001-05 1 ou Em 200 767 436
Nota Fiscal/Conta de Energia Elétrica/PDE 808 261
Cód. para DAta Autenticação: 8081088121

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

Conta referente a Apresentação Data prevista da próxima leitura CPF/CNPJ/RAEI
Set/2018 17/09/2018 17/10/2018 056.942.446-32
Insc. Est.

UC (Unidade Consumidora): 3/1056613-1

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

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data 17/09/18	Data 17/09/18			
Letura 181E	Letura 157B	1	62	31

Demonstrativo									
CC	Descrição	Quantidade	Taxa de	Valor Base Calc.	Imp. ICMS(R\$)	Imp. ICMS(R\$)	Imp. ICMS(R\$)	Imp. ICMS(R\$)	Imp. ICMS(R\$)
0601	Consumo até 30kWh-BR	30,000	0,180040	5,40	0,00	0	0,00	5,40	0,03
0601	Consumo - 31 a 100kWh-BR	32,000	0,308570	9,87	0,00	0	0,00	9,87	0,06
0801	Adc. B Vermeilha	1,63	0,00	0	0,00	0	0,00	1,63	0,01
0801	Subsídio	10,7	0,00	0	0,00	0	0,00	10,64	0,14
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS									
0807	CONTRIB. ILUM. PÚBLICA			5,68	0,00	0	0,00	5,68	0,00
0808	Devolução Subsídio			-18,81	0,00	0	0,00	0,00	0,00

CC: Código de Classificação do Bem: TOTAL 23,18 0,00 0,00 56,94 0,24 1,13

Média últimos meses (kWh): 67 **VENCIMENTO 24/09/2018** **TOTAL A PAGAR R\$ 23,19**

Histórico de Consumo (kWh)
45 | 38 | 55 | 55 | 59 | 59 | 60 | 68 | 61 | 65 | 82 | 62
Set/17 | Out/17 | Nov/17 | Dez/17 | Jan/18 | Fev/18 | Mar/18 | Abr/18 | Mai/18 | Jun/18 | Jul/18 | Ago/18

9f29.d7f7.c052.1d9e.ca4e.9984.6ecd.d7de.

Indicadores de Qualidade				7/2018 - NOSSA SENHORA APARECIDA - GLÓRIA		
	Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)	Discriminação	Valor (R\$)	%
DIC MENSAL	11,38	5,20	NOMINAL 127	Serviços de Dist. de Energia/SE	5,51	23,76
DIC TRIMESTRAL	23,19			Compra de Energia	8,98	37,04
DIC ANUAL	46,38			Serviço de Transmissão	0,70	2,41
FIC MENSAL	7,74	1,00	CONTRATADA	Encargos Setoriais	1,28	5,55
FIC TRIMESTRAL	15,48		LIMITE INFERIOR 117	Impostos Diretos e Encargos	7,01	30,29
FIC ANUAL	30,96		LIMITE SUPERIOR 133	Outros Serviços	0,00	0,00
DAC	8,30	5,20		Total	23,19	100,00
DICR	16,60					

Valor do RUSD (Ref. 7/2018) R\$7,43

ATENÇÃO

- Sua unidade foi faturada como Baixa Renda, tendo um desconto de R\$18,91
Atenção: A responsabilidade pela iluminação pública é da prefeitura do município.

Faturas em atraso

JOSE MARCOS DE OLIVEIRA ROSA
RUA DOS SILOS, 0217 / CASA A - SILOS
NOSSA SENHORA DA GLORIA / SE CEP 48900000 (AO-432)



Ligação: SPASCO
Clat/Sbc: RES MTC E1 / RESIDENCIAL - RESIDENCIAL
Roteiro: 5-430-340-1381 Referência: Set/2019
Medidor: E8002349123 Emissão: 10/09/2019

ENERGISA SERGIPE DISTRIB ENERGI SA
Rua Min. Agostinho Sales, 21 - Inaco Barreiros
Aracaju/SE - CEP 49040-190
CNPJ 03.017.402/0001-83 Ins. Est. 270.767-438
Nota Fiscal/Conta de Energia Elétrica Nº 016.754.270
Cid. por Dtv. Automática: 00009122279

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

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/CNPJ/RAM
Set / 2019	10/09/2019	10/10/2019	030.003.676-00

UC (Unidade Consumidora): 3/912787-9

Canal de contato

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data: 09/09/18 Leitura: 9054	Data: 10/09/19 Leitura: 9421		367	32

CC	Descrição	Quantidade	Tarifa	Valor Base	Valor Base	Valor Base	Valor Base	Valor Base	Valor Base
0001	Consumo em kWh	367	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0002	Adic. B. Variável	367	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0003	CONTRIB. LUM. PÚBLICA	367	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0004	JUROS DE MORA 09/2019	367	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0005	MULTA 09/2019	367	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

CCI - Código de Classificação do Item: TOTAL 63,52 63,52 15,45 50,05 0,00 1,77
Tarifa de Tributos: 0,000000

Nóda Últimas meses (kWh)	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
90	17/09/2019	R\$ 63,52

Histórico de Consumo (kWh)

99	74	98	75	73	120	172	126	79	79	75	84
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 FISCO

568a.be5q.14a4.50d3.0764.f484.ebc9.8090.

Indicadores de Qualidade

Limites de ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
DC MENSAL	9,15	2,92
DC TRIMESTRAL	12,22	NOMINAL
DC ANUAL	24,44	127
FC MENSAL	3,33	CONTRATADA
FC TRIMESTRAL	9,99	117
FC ANUAL	19,98	LIMITE SUPERIOR
OMC	3,33	127
DICR	12,22	

Composição do Consumo

Discriminação	Valor (R\$)	%
Consumo de Carga de Energia	19,20	30,44
Consumo de Energia	20,00	31,49
Consumo de Transmissão	3,33	5,24
Consumo de Distribuição	20,99	33,03
Consumo de Perdas	0,00	0,00
Total	63,52	100,00

Valor Reduzido de 17/09/2019 R\$ 21,20

ATENÇÃO

Atenção: A responsabilidade pelo pagamento e entrega está atribuída ao consumidor.

Fatores em atraso

BANCO DO BRASIL PAGAR INDEPENDENTEMENTE NO BANCO DO BRASIL

00190.00009 03087.893008 02808.547174 8 80150000006352

PAGADOR: JOSE MARCOS DE OLIVEIRA ROSA - CPF/CNPJ 030.003.676-00
RUA DOS SILOS, 0217 / CASA A - SILOS - NOSSA SENHORA DA GLORIA / SE CEP 48900000

Texto	Por Documento	Data de Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
50673920002308547	000912787201909	17/09/2019	R\$ 63,52	

BENEFICIÁRIO: ENERGISA SERGIPE DISTRIB ENERGI SA CNPJ 03.017.402/0001-83
Rua Min. Agostinho Sales, 21 - Inaco Barreiros - Aracaju / SE - CEP 49040-190

Agência / Código do beneficiário: 3064-3/176003-4

Este documento é uma cópia do original e não pode ser usado para fins de pagamento ou cancelamento de débitos.

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO

PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

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/BIBLIOTECASWEB/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, J. O. Rosa
inscrito (a) no CPF/CNPJ 020.008.675 00 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário
Edelson Lima de Jesus inscrito (a) no CPF sob o Nº 056.942.445 32
do sinistro de DPVAT cobertura univaledez da Vítima Edelson Lima de Jesus
inscrito (a) no CPF sob o Nº 056.942.445 32, 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 Silos</u>		Número: <u>217</u>	Complemento: <u>Sanitário</u>
Bairro: <u>Brasília</u>	Cidade: <u>Jr. Santa Clara</u>	Estado: <u>SE</u>	CEP: <u>49.680-000</u>
E-mail: <u>marcosdugloria@gmail.com</u>			Tel. (DDD): <u>79-9918 9207</u>

Local e Data: Jr. Santa Clara 15.10.19

Jose Marcos de Oliveira Rosa

Assinatura do Declarante



HOSPITAL DR PEDRO GARCIA MORENO FILHO

Receituário

Edilson Lima de Jesus
Fisioterapeuta

Paciente com histórico de fratura de clavícula em 10/09/12 após acidente automobilístico (sic). Tratamento conservador com gesso e fixação, com sucesso a seguir a fisioterapia para reabilitação. O período total de afastamento do trabalho foi de 30 (trinta) dias a contar da data do acidente.

CID - S42.0

23/11/12

Dr. Edilson Lima de Jesus
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM-66 4894
FEOT 1555

MS/DATASUS

HOSPITAL REG DR PEDRO GARCIA MORENO

No. DO BE: 575313

DATA: 19/09/2018 HORA: 19:53 USUARIO: RSANTOS

CNS:

SETOR: 04-ORTOPE

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME : EDILSON LIMA DE JESUS
IDADE.....: 27 ANOS NASC: 30/11/1991
ENDEREÇO.....: POV ITAQUIARA
COMPLEMENTO.....: CASA BAIRRO: 2
MUNICIPIO.....: ITABAIANA UF: SE CEP....: 49540-
NOME PAI/MAE...: GENERINO DE JESUS /LEDA LIMA DE JESUS
RESPONSÁVEL....: O PAI TEL....: 079 N SAE
PROCEDENCIA....: ITABAIANA - CENTRO - S:
ATENDIMENTO....: ACIDENTE MOTOCICLISTICO
CASO POLICIAL..: NAO PLANO DE SAUDE.....: NAO TRAUMA: NAO
ACID. TRABALHO: NAO VEIO DE AMBULANCIA: NAO

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

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

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

DADOS CLINICOS:

DA A PRIMEIROS SINTOMAS: ___/___/___

ANOTACOES DA ENFERMAGEM:

DIAGNOSTICO:

PRESCRICAO

CID:

HORARIO DA MEDICACAO

Propriedade de [assinatura] 21:00
Diplo [assinatura] [assinatura]
Felix Antonio Lopez Freire
Medico
Ortopedia - Traumatologia
CRM-SE 5839

DATA DA SAIDA: / /

ALTA: [] DECISAO MEDICA [] A PEDIR

[] EVASAC

HORA DA SAIDA: :
[] ENCAMINHADO AO AMBULATORIO [] DESISTENCIA

INTERNACAO NO PROPRIO HOSPITAL (SETOR):

TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):

OBITO: [] ATE 48HS [] APOS 48HS

FAMILIA

[] IML

[] ANAT. PAI

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSÁVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

Diogo P. Santos
Téc. em Radiologia Médica
CRM-SE 5839

611
616

19 JUL 2010

AUTORIZAÇÃO PARA TRANSFERÊNCIA DE VEÍCULO
 AUTORIZO O DEPARTAMENTO ESTADUAL DE TRANSITO-DETRAN, TRANSFERIR O REGISTRO DESTE VEÍCULO, PARA:

NOME DO COMPRADOR Romilson Santos Lima VALOR-R\$ 4.500.00

RO. 7.379.092 CPF/CGC. 993.075.555-49
 ENDEREÇO: POV: guta da Mantambia S/N
Nossa Senhora da Aparecida -
Itabaiana 20-06-12
 LOCAL E DATA

ATENÇÃO:
 a) O VENDEDOR SE ISENTA DE QUALQUER RESPONSABILIDADE ADMINISTRATIVA, CIVIL OU CRIMINAL A PARTIR DA DATA ACIMA, CABENDO AO COMPRADOR A IMEDIATA TRANSFERENCIA DE REGISTRO DO VEICULO PARA O SEU NOME.
 b) A TRANSFERENCIA DE REGISTRO PODERA SER COMUNICADA PELO VENDEDOR, REMETENDO COPIA DESTE DOCUMENTO AO DETRAN, APOS DEVIDAMENTE PREENCHIDO E FIRMADO.

DE ACORDO Romilson Santos Lima
 Vendo somente com ASSINATURA DO COMPRADOR

RECONHECIMENTO DE FIRMA DO PROPRIETARIO (VENDEDOR) CONFORME ART. 369 C.P.C.

2º Cartório de Notas de Itabaiana
 Praça Paulo Cavalcanti, 181 - Centro - CEP 49300-000 - Itabaiana-SE
 Fone/Fax: (79) 3431-0384 - E-mail: filipe@cartorio2.com.br

Reconheço, por autenticidade a firma supra de JOSE DOS SANTOS LIMA (). Dou fé.
 Itabaiana, 20 de Junho de 2012.

Em testemunho da verdade.

[Assinatura]
 [Carimbo]

SE RF 1575041

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTERIO DAS CIDADES

DETRAN - SE N° 7332113539
 CS:80495050681

CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEICULO

VIA 1 COD. RENAVAM 116294345 RATTIC 000000000000

NOME/ENDEREÇO JOSE DOS SANTOS LIMA
 RUA MANDEL DA LAPA, 428
 CASA 49500000 ITABAIANA-SE

CPF/CGC 954.223.155-53 PLACA IAT3079

NOME ANTERIOR ITABAIANA COM T.V.P. - SERV. LTDA

PLACA ANT/UF 1035361/SE CHASSI 9C2KC08108R356180

ESPECIE TIPO FAS/MOTOCICLO/ COMBUSTIVEL GASOLINA

MARCA/MODELO HONDA/CB 150 TITAN KS ANO FAB 2008 AND MOD 2008

CAP/ROT/CIL 2P/14CV/149CC CATEGORIA PARTIC COR PREDOMINANTE VERMELHA

OBSERVAÇÕES

DOCUMENTO VALIDO SOMENTE PARA TRANSFERENCIA SEM RESTRIÇÕES E LOCAL SEGURO

ITABAIANA-SE

[Assinatura]
 [Carimbo]

19 JUL 2010

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190626932 **Cidade:** Nossa Senhora Aparecida **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: EDILSON LIMA DE JESUS **Data do acidente:** 19/09/2018 **Seguradora:** SOMPO SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 11/11/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA CLAVÍCULA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO OMBRO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO
OMBRO ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações: CONFORME RELATÓRIO MÉDICO, RICARDO FONSECA, CRM: 4694 DATA: 03/09/2019, PÁG 1.

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 dos ombros	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

**PROCURAÇÃO PARTICULAR PARA FINS ESPECÍFICOS DE
PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

Por este instrumento particular, eu (nome completo) Edilson Lima de Jesus
(nacionalidade) Brasileiro, (profissão) Camada, portador da cédula
de identidade RG nº 3.490.462-0, emitido pela SSP / (UF) SE,
inscrito sob o CPF nº 056.948.445-32, residente na (endereço
completo) Rosário Itaquatuba S/N, na cidade de
Nossa S^a Aparecida, (UF) SE, CEP 49540-000, nomeio e
constituo meu procurador, (nome do representante) Jose Marcos Dellinger Rosa
(nacionalidade) Brasileiro, (profissão) Consultor, portador da cédula
de identidade RG nº 21233829, emitido pela SSP / (UF) SE,
inscrito sob o CPF nº 020.003.675-00, residente na (endereço
completo) Rua dos Silos - 217, na cidade de
Nossa S^a da Glória, (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) Edilson Lima de Jesus
junto à **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT**.

(local e data) Nossa Senhora Aparecida, 29.12.2018

(assinatura) Edilson Lima de Jesus

(RG)

TABELIONATO DE NOTAS		Tony Carlo G. Fereira Notário	
		Marta Virginia de J. Barreto Escritor Autorizada	
Reconheço e dou fé como verdadeira, por autenticidade a, a firma de <u>Edilson</u>			
Selo TJSE: <u>2018 29 00000 5237</u>			
Acesso: <u>www.tjse.jus.br/</u>			
N. S. Aparecida (SE): <u>29.12.2018</u>			
Notário/Escrevente			

OBS: (a assinatura deve ser reconhecida por AUTENTICIDADE)

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0258931/19

Vítima: EDILSON LIMA DE JESUS

CPF: 056.942.445-32

Seguradora: SOMPO SEGUROS S/A

Data do acidente: 19/09/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: EDILSON LIMA DE JESUS

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

JOSE MARCOS DE OLIVEIRA ROSA : 020.003.675-00

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

EDILSON LIMA DE JESUS : 056.942.445-32

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br 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: 30/07/2019
Nome: JOSE MARCOS DE OLIVEIRA ROSA
CPF: 020.003.675-00

JOSE MARCOS DE OLIVEIRA ROSA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 30/07/2019
Nome: WILLIANS SANTOS DE FREITAS
CPF: 044.100.755-43

WILLIANS SANTOS DE FREITAS