



**Poder Judiciário  
Do Estado de Sergipe**

**2ª VARA CÍVEL E CRIMINAL DE NOSSA SENHORA DAS DORES DA COMARCA DE N. SRA. DAS DORES**  
**Praça. Des. Aloísio de Abreu Lima, Bairro Centro, N. Sra. Das Dores/SE, CEP 49600000**  
**Horário de Funcionamento: 07:00 às 13:00**

**Dados do Processo**

Processo: 201976301773	Distribuição: 19/12/2019
Número Único: 0002729-12.2019.8.25.0050	Competência: 2ª Vara Cível e Criminal de Nossa Senhora das Dores
Classe: Procedimento Comum	Fase: POSTULACAO
Situação: Andamento	Processo Principal: *****
Processo Origem: *****	

**Assuntos**

- DIREITO CIVIL - Responsabilidade Civil - Seguro Obrigatório - Invalidez

**Dados das Partes**

Requerente: SHEILA SANTOS DE JESUS FERREIRA  
Endereço: Rua D  
Complemento: conjunto jorge alberto  
Bairro: centro  
Cidade: NOSSA SENHORA DAS DORES - Estado: SE - CEP: 49600000  
Requerente: Advogado(a): MARCOS PAULO KRUSCHEWSKY LEAHY 6428/SE  
Requerido: SEGURADORA LIDER  
Endereço: Rua Senador Dantas  
Complemento: 15º Andar  
Bairro: Centro  
Cidade: Rio de Janeiro - Estado: RJ - CEP: 20031205  
Requerido: Advogado(a): KELLY CHRYSTIAN SILVA MENENDEZ 2592/SE



**Poder Judiciário  
Do Estado de Sergipe**

**2ª VARA CÍVEL E CRIMINAL DE NOSSA SENHORA DAS DORES DA COMARCA DE N. SRA. DAS DORES**  
**Praça. Des. Aloísio de Abreu Lima, Bairro Centro, N. Sra. Das Dores/SE, CEP 49600000**  
**Horário de Funcionamento: 07:00 às 13:00**

**Processos Apensados:**

--

**Processos Dependentes:**

--



**Poder Judiciário  
Do Estado de Sergipe**

**2ª VARA CÍVEL E CRIMINAL DE NOSSA SENHORA DAS DORES DA COMARCA DE N. SRA. DAS DORES**  
Praça. Des. Aloísio de Abreu Lima, Bairro Centro, N. Sra. Das Dores/SE, CEP 49600000  
Horário de Funcionamento: 07:00 às 13:00

**PROCESSO:**

201976301773

**DATA:**

07/01/2021

**MOVIMENTO:**

Juntada

**DESCRIÇÃO:**

Juntada de Petição Avulsa do Advogado/Procurador/Defensor/Promotor KELLY CHRYSTIAN SILVA MENENDEZ (2592-SE) ao processo eletrônico. Protocolizado sob nº 20210106121500700 às 12:15 em 06/01/2021.

**LOCALIZAÇÃO:**

Secretaria

**PUBLICAÇÃO:**

Não

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

Nº do sinistro ou ASL: 3180506333 CPF da vítima: 011 334 985-82 Nome completo da vítima: SHEILA SANTO DE JESUS

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

Nome completo: SHEILA SANTO DE JESUS CPT: 011 334 985-82  
Profissão: Mãe Número: 00 Complemento: 082  
Bairro: N.º 10000 Cidade: NOSSA SENHORA DO DOLO Estado: SE CPF: 49600-000  
E-mail: Tel. (DDD): 9999886-8742.

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: 3836 CONTA: 10585

AGÊNCIA: CONTA:

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

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 qualificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, § 3º, declarando que esta autorização não significa qualquer 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) ☐ 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 Vítima deixou filhos 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 nesta 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: 10 de Junho de 2019

Nome:

CPF:

(\*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1º Nome:

CPF:

Assinatura

2º 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 a 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 da apresentação e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180506333 **Cidade:** Nossa Senhora das Dores **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** SHEILA DOS SANTOS DE JESUS **Data do acidente:** 01/05/2018 **Seguradora:** ALFA SEGURADORA

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

**Data da análise:** 06/05/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** LUXAÇÃO DO COTOVELO DIREITO.

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

**Sequelas permanentes:** DIMINUIÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO.

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** DEBILIDADE FUNCIONAL RESIDUAL DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO.

**Documentos complementares:**

**Observações:** DE ACORDO COM O RELATÓRIO MÉDICO(PÁGINA 1) COM DATA DE 25/03/2019 EMITIDO PELO DR RENATO TEIXEIRA CRM 1450

**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 membros superiores	70 %	Em grau residual - 10 %	7%	R\$ 945,00
Total			7 %	R\$ 945,00

Rio de Janeiro, 07 de Julho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3180506333

Vítima: SHEILA DOS SANTOS DE JESUS

Data do Acidente: 01/05/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JULIO MUNIZ DOS SANTOS JUNIOR

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), SHEILA DOS SANTOS DE JESUS

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 945,00

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros superiores 70%

Graduação: Em grau residual 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 70%) 7,00%

Valor a indenizar: 7,00% x 13.500,00 = R\$ 945,00

Recebedor: SHEILA DOS SANTOS DE JESUS

Valor: R\$ 945,00

Banco: 104

Agência: 000003836

Conta: 0000010585-1

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

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

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

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

Atenciosamente,





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 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

011.334.985-82

SHEILA SANTOS DE JESUS FERREIRA

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

Nome completo	CPF titular da conta	Profissão
SHEILA SANTOS DE JESUS FERREIRA	011.334.985-82	AUTONOMA
Endereço	Número	Complemento
Rua D HAB. DEL. JONGE ALBERTO	115	CASA
Bairro	Cidade	Estado
CONTINO	N. SRA DAS DORES	SERGIP
Email	CEP	Telefone (DDD)
JUNIORMIZ-IL@HOTMAIL.COM	49.600-000	79 - 99968-3263

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**

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

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

☐ BRADESCO (237)
 ☐ BANCO DO BRASIL (001)
 ☐ ITAU (341)

☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA NRO.	D/V	CONTA NRO.	D/V
1045		69583	1
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	

☐ **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

BANCO	NRO.
Nome	
AGÊNCIA 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.

Dores/ser. 25 de Junho de 2018

Local e Data

+Sheila Santos de Jesus Ferreira

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

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 DE POLÍCIA DE N. SRA DAS DORES**

AV LOURIVAL BATISTA, CENTRO FONE: (79)3265-1282

**RPO - Registro Policial de Ocorrência 2018/06571.0-000352**

**DELEGACIA RESPONSÁVEL**

Nome: DELEGACIA DE POLÍCIA DE N. SRA DAS DORES

Endereço: AV LOURIVAL BATISTA, CENTRO FONE: (79)3265-1282

**FATO**

Data e Hora do Fato: 01/05/2018 - 18:00 até 01/05/2018 - 18:00

Endereço: PRAÇA XV DE NOVEMBRO- EM FRENTE AO POSTO DE COMBUSTÍVEL Número: Complemento: CEP: 49600-000

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

Tipo de local: VIA PÚBLICA Meio Empregado: OUTRO

**VÍTIMA-NOTICIANTE**

Nome: SHEILA SANTOS DE JESUS FERREIRA

Nome do pai: JOSÉ WILSON DE JESUS Nome da mãe: MARIA JOSÉ DOS SANTOS DE JESUS

Pessoa: Física CPF/CGC: 011.334.985-82 RG: 300565946 UF: SE Órgão expedidor: SSP-SE

Naturalidade: ARACAJU Data de nascimento: 05/01/1982 Sexo: Feminino Cor da cutis: Branca

Profissão: manicure Estado civil: Casado Grau de instrução: 2º Grau Completo

Endereço: Conjunto Jorge Alberto- Rua D Número: 115 Complemento: conhecido por Favela

CEP: 49.600-000 Bairro: Cidade: NOSSA SENHORA DAS DORES UF: SE

Proximidades: Telefone: 79-996435551

1 E JUL 2018

RECEBIDO

**HISTÓRICO**

Relata a noticiante que na data acima descrita, transitava pela Pra XV de Novembro, conhecida por Pau que Chora, precisamente em frente ao Posto de Gasolina, pilotando o veículo I/ CHARMING BULL KRC 50, PLACA QKX 9406/SE, CHASSI LLJXCBLA7FG802326, cor preta, documento em nome da noticiante, quando foi entrar para a pista de Capela, quando o veículo Siena de cor prata, colidiu no veículo em que a noticiante pilotava; Que devido a colisão, a noticiante caiu e o condutor do veículo Siena, não prestou socorro se evadindo do local; Que foi socorrida e encaminhada a Clínica da Família nesta cidade, onde foi transferida para o Hospital Garcia Moreno em Itabaiana; Que no dia de ontem, 08/05/18, compareceu ao referido Hospital para revisão; Que até o presente momento, não sabe identificar a placa do veículo Siena nem o condutor do mesmo.

Data e hora da comunicação: 09/05/2018 às 15:59

Última Alteração: 09/05/2018 às 15:59.

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.



**FICHA DE ATENDIMENTO**

DATA 01/05/18 HORÁRIO DE ENTRADA: 19:12 Nº 75

**IDENTIFICAÇÃO:**

NOME: Sheila Santos de Jesus Ferreira

CNS: -

TELEFONE: -

SEXO: M. ( ) F. (X) DATA DE NASC. 05/01/82 IDADE: 35 RG: 3.005.659-4

PAI: Jose Nelson de Jesus

MÃE: Maria Jose dos Santos de Jesus

ENDEREÇO: Conj George Alberto

**I AVALIAÇÃO DE RISCO**

**1- QUEIXA/ MOTIVO QUE LEVOU A PROCURA DA UNIDADE DE SAÚDE:**

-  
18 JUL 2018

**2- CRONOLOGIA/DURAÇÃO DA QUEIXA: AGUDO( ) CRÔNICO( )**

**3- HISTÓRIA PREGUESSA: DM( ) HAS( ) CARDIOPATIAS( ) ALERGIA A MEDICAÇÃO: NÃO( )**  
SIM( ) QUAL: -

**4- SINAIS E SINTOMAS:**

- |                            |                                |
|----------------------------|--------------------------------|
| ( ) AGITAÇÃO               | ( ) DOR TORÁCICA               |
| ( ) ALTERAÇÕES CUTÂNEAS    | ( ) NÁUSEA/ ÊMESE              |
| ( ) CEFALÉIA               | ( ) FALTA DE APETITE / ASTENIA |
| ( ) CIANOSE                | ( ) HIPERTERMIA                |
| ( ) CONSTIPAÇÃO            | ( ) MAL ESTRA/PALPITAÇÃO       |
| ( ) DIARREIA               | ( ) SONOLÊNCIA                 |
| ( ) DISPINÉIA              | ( ) SUDORESE                   |
| ( ) DISÚRIA E/OU HEMATURIA | ( ) VERTIGEM/ SÍNCOPE          |
| ( ) DOR ABDOMINAL          |                                |

**5- DADOS VITAIS:**

P.A. X mmHg / PULSO: - bpm / TEMPERATURA: - °C / SpO<sub>2</sub> - %  
PESO: - Kg / GLICEMIA CAPILAR: - mg/dl / FC - bpm / FR - ipm.  
NORMAL( ) ALTERADO( ) COM RELAÇÃO C/ A QUEIXA( ) SEM RELAÇÃO C/ A QUEIXA( )

**6- CLASSIFICAÇÃO DE RISCO**

EMERGÊNCIA( ) MUITO URGENTE( ) URGENTE( ) POUCO URGENTE( ) NÃO URGENTE( )

ASSINATURA E CARIMBO DO (A) ENFERMEIRO (A)



II - ATENDIMENTO MÉDICO

1- HISTÓRIA CLÍNICA:

Queixa de nota a dor no dorso em (ASA)

2- EXAME FÍSICO:

3- HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

III - CUIDADOS REALIZADOS

PRESCRIÇÃO MÉDICA:

EVOLUÇÃO MULTIPROFISSIONAL:

CONDUTA FINAL:

SAÍDAS:

☒ ALTA  
☐ EVASÃO

☒ TRANSFERÊNCIA Ortopedia  
☐ ÓBITO

NOSSA SENHORA DAS DORES/SE, 01/05/2018, ÀS \_\_\_\_\_

ASSINATURA E CARIMBO DO (A) MÉDICO(A)





DESO - Companhia de Saneamento de Rondônia  
 RUA: Rua Campo do Meio, 331, 12 de Julho, Anápolis-RO, 76020-000  
 CNPJ: 14.076.171/0001-40 - INSC. EST. 27.981.908-9

FATURA MENSAL

Matrícula  
677939 5

MARIA JOSE DOS SANTOS DE JESU

RUA D CENTRO HAB DEP JORGE ALBERTO, 115, N. SENHORA DAS DORES.  
 40651 000

03/2018	12/03/2018	A15Z212469	6.0. 1
---------	------------	------------	--------

DESO - Companhia de Saneamento de Rondônia  
 RUA: Rua Campo do Meio, 331, 12 de Julho, Anápolis-RO, 76020-000  
 CNPJ: 14.076.171/0001-40 - INSC. EST. 27.981.908-9

Valor	
35,64	
0,00	
0,86	
0,06	
0,02	

03/2018	VENCIMENTO: 20/03/2018	TOTAL A PAGAR R\$
		36,38

DE MARÇO: DIA DO FANTASMA DA MULHER: UMA HOMENAGEM A QUEM, COM FORÇA, BASEDO  
 NUA E DELICADEZA, TRANSFORMA O NOSSO DIA-A-DIA EM ALGO SUAVE E ENCANTADOR!

A falta de pagamento desta fatura de (SPINTE) dias após seu vencimento  
 implicará na interrupção do fornecimento de serviços - art. 81.

CANAL DE ATENDIMENTO: 0800 079 0195 - SAC: 4020-0195  
 AGÊNCIA VIRTUAL: www.deso-ro.com.br/agencyvirtual

Qualidade da Água Distribuída (Decreto Federal nº 5.440/2005 - Art.5º inciso II)						
Nº de Amostragem por Local	32	32	32	32	32	32
Nº de Amostragem por Local	32	32	32	32	32	32
Nº de Amostragem por Local	32	32	32	32	32	32



energisat

Cod. pers. Dik. Autom. tel. 0000 100 100

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RANI
Jun / 2018	07/06/2018	09/07/2018	1342527522

UC (Unidade Consumidora): 3/793799-8

### Canal de contato

Anterior		Atual		Constante		Consumo		Dias	
Data	Leitura	Data	Leitura						
08/05/18	1846	27/02/18	1846	1	1	1	1	1	1
<b>Demonstrativo</b>									
001	Consumo em kWh	104.500,00	75,39	75,39	25	15,70	155,39	2,67	2,67
002	Adc B. Energia	1,13	1,13	25	3,25	1,13	1,13	0,04	0,04
003	Adc B. Energia	1,77	1,77	25	3,64	1,77	1,77	0,17	0,17
<b>LANÇAMENTOS E SERVIÇOS</b>									
007	CONTRIB. LUM. PUBL. CA	0,42	0,42	0	0,00	0,42	0,42	0,00	0,00
004	JUROS DE MOROSIDADE	0,24	0,00	0	0,00	0,24	0,24	0,00	0,00
005	MULTA 04/2018	0,58	0,00	0	0,00	0,58	0,58	0,00	0,00
006	ATUALIZAÇÃO MONETARIA 04/2018	0,00	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
<b>TOTAL</b>									

Média últimas meses (kWh)

**VENCIMENTO**

**TOTAL A PAGAR**

14/06/2018

RS 88.32

Histórico de Consumo (kWh)

41	27	32	35	40	45	48	50	55	60	65	70
Jan 17	Jan 17	Apr 17	Oct 17	Jan 18	May 17	Nov 17	Jan 18	Apr 18	May 18	Apr 18	May 18

5cb8 af36 6a87 adaa 14ae 6cd6 713a b540

## Indicadores de Qualidade

Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
110V	110,00	NOMINAL
127V	127,00	127,00
138V	138,00	138,00
147V	147,00	147,00
156V	156,00	156,00
165V	165,00	165,00
174V	174,00	174,00
183V	183,00	183,00
192V	192,00	192,00
201V	201,00	201,00
210V	210,00	210,00
219V	219,00	219,00
228V	228,00	228,00
237V	237,00	237,00
246V	246,00	246,00
255V	255,00	255,00
264V	264,00	264,00
273V	273,00	273,00
282V	282,00	282,00
291V	291,00	291,00
300V	300,00	300,00
309V	309,00	309,00
318V	318,00	318,00
327V	327,00	327,00
336V	336,00	336,00
345V	345,00	345,00
354V	354,00	354,00
363V	363,00	363,00
372V	372,00	372,00
381V	381,00	381,00
390V	390,00	390,00
399V	399,00	399,00
408V	408,00	408,00
417V	417,00	417,00
426V	426,00	426,00
435V	435,00	435,00
444V	444,00	444,00
453V	453,00	453,00
462V	462,00	462,00
471V	471,00	471,00
480V	480,00	480,00
489V	489,00	489,00
498V	498,00	498,00
507V	507,00	507,00
516V	516,00	516,00
525V	525,00	525,00
534V	534,00	534,00
543V	543,00	543,00
552V	552,00	552,00
561V	561,00	561,00
570V	570,00	570,00
579V	579,00	579,00
588V	588,00	588,00
597V	597,00	597,00
606V	606,00	606,00
615V	615,00	615,00
624V	624,00	624,00
633V	633,00	633,00
642V	642,00	642,00
651V	651,00	651,00
660V	660,00	660,00
669V	669,00	669,00
678V	678,00	678,00
687V	687,00	687,00
696V	696,00	696,00
705V	705,00	705,00
714V	714,00	714,00
723V	723,00	723,00
732V	732,00	732,00
741V	741,00	741,00
750V	750,00	750,00
759V	759,00	759,00
768V	768,00	768,00
777V	777,00	777,00
786V	786,00	786,00
795V	795,00	795,00
804V	804,00	804,00
813V	813,00	813,00
822V	822,00	822,00
831V	831,00	831,00
840V	840,00	840,00
849V	849,00	849,00
858V	858,00	858,00
867V	867,00	867,00
876V	876,00	876,00
885V	885,00	885,00
894V	894,00	894,00
903V	903,00	903,00
912V	912,00	912,00
921V	921,00	921,00
930V	930,00	930,00
939V	939,00	939,00
948V	948,00	948,00
957V	957,00	957,00
966V	966,00	966,00
975V	975,00	975,00
984V	984,00	984,00
993V	993,00	993,00
1002V	1002,00	1002,00

Discriminação	Valor (R\$)	%
CONSUMO DE ENERGIA ELÉTRICA	100,00	100,00
CONSUMO DE GÁS	0,00	0,00
CONSUMO DE ÁGUA	0,00	0,00
CONSUMO DE SÓLIDOS	0,00	0,00
CONSUMO DE GÁS	0,00	0,00
CONSUMO DE ÁGUA	0,00	0,00
CONSUMO DE SÓLIDOS	0,00	0,00
CONSUMO DE GÁS	0,00	0,00
CONSUMO DE ÁGUA	0,00	0,00
CONSUMO DE SÓLIDOS	0,00	0,00
CONSUMO DE GÁS	0,00	0,00
CONSUMO DE ÁGUA	0,00	0,00
CONSUMO DE SÓLIDOS	0,00	0,00
CONSUMO DE GÁS	0,00	0,00
CONSUMO DE ÁGUA	0,00	0,00
CONSUMO DE SÓLIDOS	0,00	0,00
CONSUMO DE GÁS	0,00	0,00
CONSUMO DE ÁGUA	0,00	0,00
CONSUMO DE SÓLIDOS	0,00	0,00
CONSUMO DE GÁS	0,00	0,00
CONSUMO DE ÁGUA	0,00	0,00
CONSUMO DE SÓLIDOS	0,00	0,00
CONSUMO DE GÁS	0,00	0,00
CONSUMO DE ÁGUA	0,00	0,00
CONSUMO DE SÓLIDOS	0,00	0,00
CONSUMO DE GÁS	0,00	0,00
CONSUMO DE ÁGUA	0,00	0,00
CONSUMO DE SÓLIDOS	0,00	0,00
CONSUMO DE GÁS	0,00	0,00
CONSUMO DE ÁGUA	0,00	0,00
CONSUMO DE SÓLIDOS	0,00	0,00
CONSUMO DE GÁS	0,00	0,00
CONSUMO DE ÁGUA	0,00	0,00
CONSUMO DE SÓLIDOS	0,00	0,00
CONSUMO DE GÁS	0,00	0,00
CONSUMO DE ÁGUA	0,00	0,00
CONSUMO DE SÓLIDOS	0,00	0,00
CONSUMO DE GÁS	0,00	0,00
CONSUMO DE ÁGUA	0,00	0,00
CONSUMO DE SÓLIDOS	0,00	0,00
CONSUMO DE GÁS	0,00	0,00
CONSUMO DE ÁGUA	0,00	0,00
CONSUMO DE SÓLIDOS	0,00	0,00
CONSUMO DE GÁS	0,00	0,00
CONSUMO DE ÁGUA	0,00	0,00
CONSUMO DE SÓLIDOS	0,00	0,00
CONSUMO DE GÁS	0,00	0,00
CONSUMO DE ÁGUA	0,00	0,00
CONSUMO DE SÓLIDOS	0,00	0,00
CONSUMO DE GÁS	0,00	0,00
CONSUMO DE ÁGUA	0,00	0,00
CONSUMO DE SÓLIDOS	0,00	0,00
CONSUMO DE GÁS	0,00	0,00
CONSUMO DE ÁGUA	0,00	0,00
CONSUMO DE SÓLIDOS	0,00	0,00
CONSUMO DE GÁS	0,00	0,00
CONSUMO DE ÁGUA	0,00	0,00
CONSUMO DE SÓLIDOS	0,00	0,00
CONSUMO DE GÁS	0,00	0,00
CONSUMO DE ÁGUA	0,00	0,00
CONSUMO DE SÓLIDOS	0,00	0,00
CONSUMO DE GÁS	0,00	0,00
CONSUMO DE ÁGUA	0,00	0,00
CONSUMO DE SÓLIDOS	0,00	0,00
CONSUMO DE GÁS	0,00	0,00
CONSUMO DE ÁGUA	0,00	0,00
CONSUMO DE SÓLIDOS	0,00	0,00
CONSUMO DE GÁS	0,00	0,00
CONSUMO DE ÁGUA	0,00	0,00
CONSUMO DE SÓLIDOS	0,00	0,00
CONSUMO DE GÁS	0,00	0,00
CONSUMO DE ÁGUA	0,00	0,00
CONSUMO DE SÓLIDOS	0,00	0,00
CONSUMO DE GÁS	0,00	0,00
CONSUMO DE ÁGUA	0,00	0,00
CONSUMO DE SÓLIDOS	0,00	0,00
CONSUMO DE GÁS	0,00	0,00
CONSUMO DE ÁGUA	0,00	0,00
CONSUMO DE SÓLIDOS	0,00	0,00
CONSUMO DE GÁS	0,00	0,00
CONSUMO DE ÁGUA	0,00	0,00
CONSUMO DE SÓLIDOS	0,00	0,00
CONSUMO DE GÁS	0,00	0,00
CONSUMO DE ÁGUA	0,00	0,00
CONSUMO DE SÓLIDOS	0,00	0,00
CONSUMO DE GÁS	0,00	0,00
CONSUMO DE ÁGUA	0,00	0,00
CONSUMO DE SÓLIDOS	0,00	0,00
CONSUMO DE GÁS	0,00	0,00
CONSUMO DE ÁGUA	0,00	0,00
CONSUMO DE SÓLIDOS	0,00	0,00
CONSUMO DE GÁS	0,00	0,00
CONSUMO DE ÁGUA	0,00	0,00
CONSUMO DE SÓLIDOS	0,00	0,00
CONSUMO DE GÁS	0,00	0,00
CONSUMO DE ÁGUA	0,00	0,00
CONSUMO DE SÓLIDOS	0,00	0,00
CONSUMO DE GÁS	0,00	0,00
CONSUMO DE ÁGUA	0,00	0,00
CONSUMO DE SÓLIDOS	0,00	0,00
CONSUMO DE GÁS	0,00	0,00
CONSUMO DE ÁGUA	0,00	0,00
CONSUMO DE SÓLIDOS	0,00	0,00
CONSUMO DE GÁS	0,00	0,00
CONSUMO DE ÁGUA	0,00	0,00
CONSUMO DE SÓLIDOS	0,00	0,00
CONSUMO DE GÁS	0,00	0,00
CONSUMO DE ÁGUA	0,00	0,00
CONSUMO DE SÓLIDOS	0,00	0,00
CONSUMO DE GÁS	0,00	0,00
CONSUMO DE ÁGUA	0,00	0,00
CONSUMO DE SÓLIDOS	0,00	0,00
CONSUMO DE GÁS	0,00	0,00
CONSUMO DE ÁGUA	0,00	0,00
CONSUMO DE SÓLIDOS	0,00	0,00
CONSUMO DE GÁS	0,00	0,00
CONSUMO DE ÁGUA	0,00	0,00
CONSUMO DE SÓLIDOS	0,00	0,00
CONSUMO DE GÁS	0,00	0,00
CONSUMO DE ÁGUA	0,00	0,00
CONSUMO DE SÓLIDOS	0,00	0,00
CONSUMO DE GÁS	0,00	0,00
CONSUMO DE ÁGUA	0,00	0,00
CONSUMO DE SÓLIDOS	0,00	0,00
CONSUMO DE GÁS	0,00	0,00
CONSUMO DE ÁGUA	0,00	0,00
CONSUMO DE SÓLIDOS	0,00	0,00
CONSUMO DE GÁS	0,00	0,00
CONSUMO DE ÁGUA	0,00	0,00
CONSUMO DE SÓLIDOS	0,00	0,00
CONSUMO DE GÁS	0,00	0,00
CONSUMO DE ÁGUA	0,00	0,00
CONSUMO DE SÓLIDOS	0,00	0,00
CONSUMO DE GÁS	0,00	0,00
CONSUMO DE ÁGUA	0,00	0,00
CONSUMO DE SÓLIDOS	0,00	0,00
CONSUMO DE GÁS	0,00	0,00
CONSUMO DE ÁGUA	0,00	0,00
CONSUMO DE SÓLIDOS	0,00	0,00
CONSUMO DE GÁS	0,00	0,00
CONSUMO DE ÁGUA	0,00	0,00
CONSUMO DE SÓLIDOS	0,00	0,00
CONSUMO DE GÁS	0,00	0,00
CONSUMO DE ÁGUA	0,00	0,00
CONSUMO DE SÓLIDOS	0,00	0,00
CONSUMO DE GÁS	0,00	0,00
CONSUMO DE ÁGUA	0,00	0,00
CONSUMO DE SÓLIDOS	0,00	0,00
CONSUMO DE GÁS	0,00	0,00
CONSUMO DE ÁGUA		

Vendredi 15 Mars 1878

**ATENÇÃO**

### Faturas em atraso

1 JUL 2018

07/07/2014 SEROPE  
 Peter: 2-242-225-2100  
 Marissa: 781790-3115 ext-5

**VENCIMENTO**

**TOTAL A PAGAR**

14/06/2018

R\$ 88,32

836000000000-7 88320049000-0 07937992018-8 06500340019-2





REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETTRAN - SE Nº 013637164204  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA COD. RENAVAM RCTR.C. EXERCÍCIO  
1 01098025846 013637164204 2018

NOME  
SHEILA S DE JESUS FERREIRA

CPF / CNPJ PLACA  
011.334.985-82 QKX9406

PLACA ANT / UF CHASSI  
QKX9406 / SE 13 JYXCB147FG802326

ESPECIE TIPO COMBUSTIVEL  
PAS/DIC/MOTOR GASOLINA

MARCA / MODELO ANO FAB. ANO MOD.  
T/CHARMING BULL KRC50 2014 2015

CAP. / POT. / OIL CATEGORIA COR PREDOMINANTE  
280CV / 49CC PARTIC PRETA

COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA VENC. / COTAS  
1º 2º 3º

PAGAR PREC. LÍQUIDA PARCELAMENTO / COTAS  
28,62 28,62 28,62

PREMIO TARIFARIO (R\$) IOF (R\$) PREMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO  
28,62 0,22 28,84 26/10/2018

DOCUMENTO ORIGINAL  
SEM RESTRICÇÕES PARA TRANSPORTE

LOCAL DATA  
SÃO CRISTÓVÃO 26/10/2018

ASSINATURA  
Lilian Doria

ASSINATURA  
Lilian Doria

ASSINATURA  
Lilian Doria

ASSINATURA  
Lilian Doria

ASSINATURA  
Lilian Doria

ASSINATURA  
Lilian Doria

ASSINATURA  
Lilian Doria

ASSINATURA  
Lilian Doria

ASSINATURA  
Lilian Doria

ASSINATURA  
Lilian Doria

ASSINATURA  
Lilian Doria

ASSINATURA  
Lilian Doria

ASSINATURA  
Lilian Doria

ASSINATURA  
Lilian Doria

ASSINATURA  
Lilian Doria

ASSINATURA  
Lilian Doria

ASSINATURA  
Lilian Doria

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS  
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA, A PESSOAS  
TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

SE Nº 013637164204 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  
2018 02/02/2018

VIA COD. RENAVAM RCTR.C. EXERCÍCIO  
1 01098025846 013637164204 2018

NOME  
SHEILA S DE JESUS FERREIRA

CPF / CNPJ PLACA  
011.334.985-82 QKX9406

PLACA ANT / UF CHASSI  
QKX9406 / SE 13 JYXCB147FG802326

ESPECIE TIPO COMBUSTIVEL  
PAS/DIC/MOTOR GASOLINA

MARCA / MODELO ANO FAB. ANO MOD.  
T/CHARMING BULL KRC50 2014 2015

CAP. / POT. / OIL CATEGORIA COR PREDOMINANTE  
280CV / 49CC PARTIC PRETA

COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA VENC. / COTAS  
1º 2º 3º

PAGAR PREC. LÍQUIDA PARCELAMENTO / COTAS  
28,62 28,62 28,62

PREMIO TARIFARIO (R\$) IOF (R\$) PREMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO  
28,62 0,22 28,84 26/10/2018

DOCUMENTO ORIGINAL  
SEM RESTRICÇÕES PARA TRANSPORTE

LOCAL DATA  
SÃO CRISTÓVÃO 26/10/2018

ASSINATURA  
Lilian Doria

ASSINATURA  
Lilian Doria

ASSINATURA  
Lilian Doria

ASSINATURA  
Lilian Doria

ASSINATURA  
Lilian Doria

ASSINATURA  
Lilian Doria

ASSINATURA  
Lilian Doria

ASSINATURA  
Lilian Doria

ASSINATURA  
Lilian Doria

ASSINATURA  
Lilian Doria

ASSINATURA  
Lilian Doria

ASSINATURA  
Lilian Doria



GOVERNO MUNICIPAL DE  
NOSSA SENHORA DAS DORES/SE.  
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE



RECEITUÁRIO

NOME:

Shirley da Souta de Jesus Ferreira

kte q 36 anos, c/ história de luxação da  
articulação do cotovelo (E) há 04 meses, incluindo  
el dor + presença em USD, associado a limitação  
da pronação e extensão do cotovelo.  
Considerando que se trata de manobra, deve  
ser feita - e de suas atividades por 06 meses  
pl Ho fisioterapêutico e repouso

CID: S53.1

Dr. Thiago de Souza Santos  
Médico  
CRM 12.000

02/09/18

Av. Paulo Vasconcelos, 1000 - Bairro Centro - Fone: (79) 3265-1402 - CEP 49600-000  
Nossa Senhora das Dores - Sergipe - CNPJ: 11.389.851/0001-94

SABEMI SEGURADORA S/A

26 OUT 2018

RECEBIDO





# RELATÓRIO ESPECIALIZADO

Avaliação de perda funcional e Invalidez permanente, pós tratamento das vítimas de acidente do trânsito.

Número do sinistro *R.D. 2018/06571.0.000352.*

Nome do paciente: *Stelka Smirnov de Jesus Almeida*

Data de nascimento: *05/01/1978*

Data do início do tratamento / Acidente *01/05/2018*

## 1 - Diagnóstico / Causas básicas:

*Primeira vítima de acidente com carro, com Poltrona. Contusão no tórax, do tipo, Exorciação, Levada ao hospital para a cirurgia de fratura, onde recebeu tratamento de reposte. Depois foi transferida para o Hospital Geral de Moraes em Itaboraí, onde foi atendida. Após os exames de imagem, foi dada a seguinte conclusão: fratura de costela.*

## 2 - Data / Tratamento Realizado: *Tratamento de Costela com*

*01.05.2018*

*Primeira foi submetida a Ressecção da costela de Luxari do Costela com, e colocação de aparelho externo Tipo TMS, Axilo-Polux, C12553,0, mediana e costela por fora acoplada ao Ambulatório de Retorno do Hospital Geral de Itaboraí - a*

## 3 - Data / Exames Complementares / Resultados:

*01.05.2018*

*RX do Costela D 12/12/11/ Luxari Técnica do Costela D*

*25032019*

Data

*MPA*

Assinatura e Carimbo

4 - Hospitais / Serviços / Prestou atendimento:

01.05.2018 1º ATENDIMENTO CLÍNICA & FARMÁCIA  
Nº 041 DR. SERGIPE  
01.05.2018 2º ATENDIMENTO HOSPITAL ROTONDO  
DE ITABOARÁ

5 - Descrição das perdas funcional / Invalidez permanente / Pós-tratamento realizados:

→ Presença de dor forte a fixação do cotovelo  
→ Presença de dor forte a extensão do cotovelo  
DITO  
→ Presença de dor forte a flexão motora com  
MSD.  
→ Presença de dor forte a flexão e extensão  
fúrcula em MSD; dor (vermelha) traumática  
do cotovelo DITO

6 - Alta definitiva do tratamento:

/ /

7 - Data do Exame do Paciente

25.03.2019

8 - Segue Exame Anexo

9 - Médico responsável pela avaliação após análise da documentação do primeiro atendimento médico / Internação hospitalar / Histórico do paciente / Exame Físico / Exames Complementares:

Nome do Médico <b>Renato Teixeira</b>		Nº do CRM <b>1450</b>	Fone: <b>(079) 3211-5368</b>	
Endereço <b>Rua Itaporanga, Bairro Getulio Vargas</b>		Número <b>598</b>	Cidade <b>Aracaju</b>	Estado <b>Sergipe</b>

Atenção: As sequelas das lesões sofridas só poderam ser determinadas após decorridos 60, 90, 180... 1 ano ou mais tempo da alta definitiva

25.03.2019

Data

MTS

Assinatura e Carimbo

2

Consultório de Ortopedia e Traumatologia Dr. Renato Teixeira.

Rua Itaporanga, 598 - CEP: 49055-330, Aracaju - SE, Telefones: (079) 3211-5368 / 9817-5139 / 8848-2270





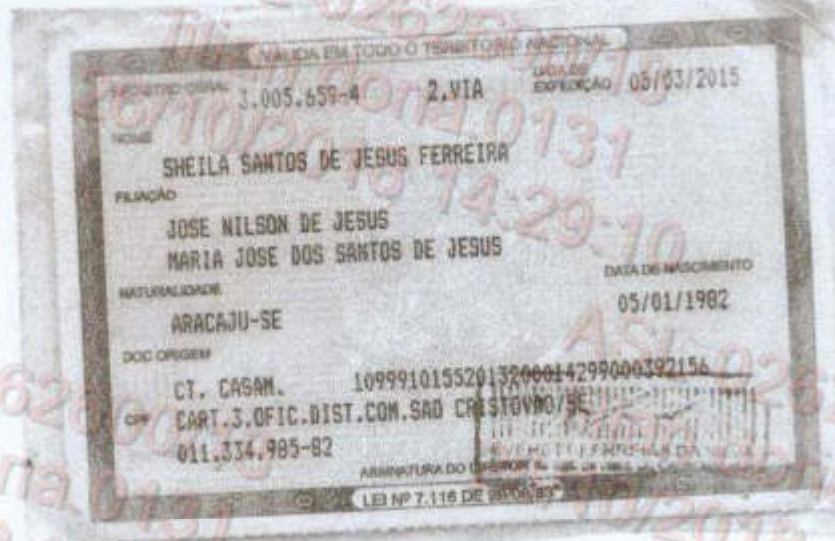
ASL-0262600/18  
lilian.doria.0131  
26/10/2018 14:29:10

ASL-0262600/18  
lilian.doria.0131  
26/10/2018 14:29:10

ASL-0262600/18  
lilian.doria.0131  
26/10/2018 14:29:10

ASL-0262600/18  
lilian.doria.0131  
26/10/2018 14:29:10

RECEBIDO



ASL-0262600/18  
lilian.doria.0131  
26/10/2018 14:29:10

ASL-0262600/18  
lilian.doria.0131  
26/10/2018 14:29:10



ASL-0262600/18  
lilian.doria.0131  
26/10/2018 14:40:37

ASL-0262600/18  
lilian.doria.0131  
26/10/2018 14:40:37

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES  
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO  
CARTÃO NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME: JULIO MENEZ DOS SANTOS JUNIOR

SEXO: M  
DATA DE NASCIMENTO: 03/04/1983  
CPF: 010.605.725-70

PRACON: JULIO MENEZ DOS SANTOS  
MÁRIA DO CARMO SANTANA

PERMISSÃO: 02/06/2012  
VALIDADE: 21/03/2009

INSCRIÇÃO: 0300683009

SEM OBSERVAÇÃO:

Assinatura do Titular: *Julio Menez dos Santos Junior*

LOCAL: ARACAJU, SE  
DATA DE EMISSÃO: 04/06/2014  
60383754927  
88015328844

DETRAN-SE (SERGIPE)

VÁLIDA EM TODOS O TERRITÓRIO NACIONAL  
907282870

PROIBIDO PLASTIFICAR  
907282870

ASL-0262600/18  
lilian.doria.0131  
26/10/2018 14:40:37

ASL-0262600/18  
lilian.doria.0131  
26/10/2018 14:40:37

ASL-0262600/18  
lilian.doria.0131  
26/10/2018 14:40:37

ASL-0262600/18  
lilian.doria.0131  
26/10/2018 14:40:37

ASL-0262600/18  
lilian.doria.0131  
26/10/2018 14:40:37





REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - SE Nº 013637164204  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA COD. RENAVAM RCTR.C. EXERCÍCIO  
1 01098025846 013637164204 2018

NOME  
SHEILA S DE JESUS FERREIRA

CPF / CNPJ PLACA  
011.334.985-82 QKX9406

PLACA ANT / UF CHASSI  
QKX9406 / SE 13 JYXCB147FG802326

ESPECIE TIPO COMBUSTÍVEL  
PAS/DI/CIL MOTOR / GASOLINA

MARCA / MODELO ANO FAB. ANO MOD.  
T/CHARMING BULL KRC50 2014 2015

CAP. / POT. / OIL CATEGORIA COR PREDOMINANTE  
280CV / 49CC PARTIC PRETA

COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA VENC. / COTAS  
1º 2º 3º

PAGAR PREC. LÍQUIDA PARCELAMENTO / COTAS  
R\$ 4.157,10 R\$ 1.385,67

PREMIO TARIFÁRIO (R\$) IOF (R\$) PREMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO  
R\$ 23,95 R\$ 2,55 R\$ 26,50 26/10/2018

DOCUMENTO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO  
SEM RESTRICÇÃO

LOCAL DATA  
SÃO CRISTÓVÃO 26/10/2018

ASSINATURA DO DETRAN

ASSINATURA DO PROPRIETÁRIO

ASSINATURA DO DETRAN

ASSINATURA DO PROPRIETÁRIO

ASSINATURA DO DETRAN

ASSINATURA DO PROPRIETÁRIO

ASSINATURA DO DETRAN

ASSINATURA DO PROPRIETÁRIO

ASSINATURA DO DETRAN

ASSINATURA DO PROPRIETÁRIO

ASSINATURA DO DETRAN

ASSINATURA DO PROPRIETÁRIO

ASSINATURA DO DETRAN

ASSINATURA DO PROPRIETÁRIO

ASSINATURA DO DETRAN

ASSINATURA DO PROPRIETÁRIO

ASSINATURA DO DETRAN

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS  
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA, A PESSOAS  
TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT

SE Nº 013637164204 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  
2018 02/02/2018

VIA COD. RENAVAM RCTR.C. EXERCÍCIO  
1 01098025846 013637164204 2018

NOME  
SHEILA S DE JESUS FERREIRA

CPF / CNPJ PLACA  
011.334.985-82 QKX9406

PLACA ANT / UF CHASSI  
QKX9406 / SE 13 JYXCB147FG802326

ESPECIE TIPO COMBUSTÍVEL  
PAS/DI/CIL MOTOR / GASOLINA

MARCA / MODELO ANO FAB. ANO MOD.  
T/CHARMING BULL KRC50 2014 2015

CAP. / POT. / OIL CATEGORIA COR PREDOMINANTE  
280CV / 49CC PARTIC PRETA

COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA VENC. / COTAS  
1º 2º 3º

PAGAR PREC. LÍQUIDA PARCELAMENTO / COTAS  
R\$ 4.157,10 R\$ 1.385,67

PREMIO TARIFÁRIO (R\$) IOF (R\$) PREMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO  
R\$ 23,95 R\$ 2,55 R\$ 26,50 26/10/2018

DOCUMENTO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO  
SEM RESTRICÇÃO

LOCAL DATA  
SÃO CRISTÓVÃO 26/10/2018

ASSINATURA DO DETRAN

ASSINATURA DO PROPRIETÁRIO

ASSINATURA DO DETRAN

ASSINATURA DO PROPRIETÁRIO

ASSINATURA DO DETRAN

ASSINATURA DO PROPRIETÁRIO

ASSINATURA DO DETRAN

ASSINATURA DO PROPRIETÁRIO

ASSINATURA DO DETRAN

ASSINATURA DO PROPRIETÁRIO

ASSINATURA DO DETRAN

ASSINATURA DO PROPRIETÁRIO

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180506333 **Cidade:** Nossa Senhora das Dores **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** SHEILA DOS SANTOS DE JESUS **Data do acidente:** 01/05/2018 **Seguradora:** ALFA SEGURADORA

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

**Data da análise:** 06/05/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** LUXAÇÃO DO COTOVELO DIREITO.

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

**Sequelas permanentes:** DIMINUIÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO.

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** DEBILIDADE FUNCIONAL RESIDUAL DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO.

**Documentos complementares:**

**Observações:** DE ACORDO COM O RELATÓRIO MÉDICO(PÁGINA 1) COM DATA DE 25/03/2019 EMITIDO PELO DR RENATO TEIXEIRA CRM 1450

**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 membros superiores	70 %	Em grau residual - 10 %	7%	R\$ 945,00
Total			7 %	R\$ 945,00



## PROCURAÇÃO

Outorgante: SHEILA SANTOS DE JESUS FERREIRA, brasileiro(a), estado civil CASADA, profissão AUTONOMA, residente e domiciliado à Rua MA D CENTRO, nº 115, bairro CENTRO, Município de N-SM DAS DORES, Estado de(o) SERGIPE, Cep: 49.600-000, portador(a) do Rg nº 3.005.659-4, SSP/SE e CPF nº 011.334.985-82.

Outorgado: JÚLIO MUNIZ DOS SANTOS JÚNIOR, brasileiro(a), estado civil CASADO, profissão AUTONOMO, residente e domiciliado(a) à PRAÇA JOEL NASCIMENTO nº 15, bairro: CENTRO, Município de NOSSA SENHORA DAS DORES, Estado de SERGIPE, Cep.: 49.600-000, portador (a) do RG nº 3.068.289-4 SSP/SE e CPF nº.: 010.606.725-70

Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o(a) outorgado(a) seu bastante procurador(a), para o fim especial de requerer junto à qualquer seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou em acidente de trânsito o(a) Sr.(a) SHEILA SANTOS DE JESUS FERREIRA, ocorrido em 01/05/18, conforme registrado pelo B.O. anexo ao processo.

Podendo dito(a) procurador(a), representar o(a) outorgante como se o(a) próprio(a) fosse, podendo requerer, assinar recibos, assinar Declarações de endereço, assinar Autorização de Pagamento/Crédito de Indenização de Sinistro DPVAT, para o pagamento de quitação da Indenização de Sinistro DPVAT, enfim requerer e assinar todos os papéis e documentos que forem precisos e praticar todos os demais atos necessários para o mais amplo e fiel cumprimento do presente mandato.

N-SM DAS DORES 26 de Julho de 2018.

8º OFÍCIO

Outorgante

CPF Nº 011.334.985-82

Obs.: Reconhecer firma em cartório por autenticidade ou verdadeira

<b>CARTÓRIO DO 8º OFÍCIO</b> TABELIÃO: DANIEL FERREIRA	
Reconheço por autenticidade a(s) firma(s):	
Sheila Santos de Jesus Ferreira	
Selo TJSE: 201829527136548	
Acesso: <a href="http://www.tjse.jus.br/x/XJ006">http://www.tjse.jus.br/x/XJ006</a>	
Aracaju, 26/06/2018 13:22:03 23415	
Cláudia Luana Soares Bettamio de Sousa - Escrevente Aut	
Emol.: R\$7,13 Selo: R\$0,00 FERD: R\$1,43 Total: R\$8,56	
RUA LAGARTO, 1332 - SÃO JOSÉ - ARACAJU - SE - CEP: 49.010-390 - TEL: 79.3214.3397	

# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0392591/18

**Vítima:** SHEILA DOS SANTOS DE JESUS

**CPF:** 011.334.985-82

**Seguradora:** ALFA SEGURADORA

**Data do acidente:** 01/05/2018

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** SHEILA DOS SANTOS 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

### JULIO MUNIZ DOS SANTOS JUNIOR : 010.606.725-70

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

### SHEILA DOS SANTOS DE JESUS : 011.334.985-82

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](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: 26/10/2018  
Nome: JULIO MUNIZ DOS SANTOS JUNIOR  
CPF: 010.606.725-70

JULIO MUNIZ DOS SANTOS JUNIOR

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 26/10/2018  
Nome: LILIAN SPINOLA TEIXEIRA DORIA  
CPF: 029.259.055-52

LILIAN SPINOLA TEIXEIRA DORIA



# 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: 01/07/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 945,00

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

CLIENTE: SHEILA DOS SANTOS DE JESUS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03836

CONTA: 000000010585-1

---

Nr. da Autenticação 422703DA3BFA43B4