

Rio de Janeiro, 21 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200063869

Vítima: SAMUEL DOS SANTOS MOURA

Data do Acidente: 07/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE MARCOS DE OLIVEIRA ROSA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), SAMUEL DOS SANTOS MOURA

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\$ 945,00

Dano Pessoal: Perda funcional completa de uma das mãos 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: SAMUEL DOS SANTOS MOURA

Valor: R\$ 945,00

Banco: 001

Agência: 000001124-X

Conta: 000010015690-8

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 061.542.135-06 4 - Nome completo da vítima: Samuel dos Santos Moura

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

5 - Nome completo: Samuel dos Santos Moura 6 - CPF: 061.542.135-06
7 - Profissão: Jariodion 8 - Endereço: Rod. N. 5 Aparecida, Botafogo, Curitiba, PR 9 - Número: 511 10 - Complemento: casa
11 - Bairro: Zona rural 12 - Cidade: N. 5ª Aparecida: 13 - Estado: SC 14 - CEP: 49.540-000
15 - E-mail: marcondyleria@gmail.com 16 - Tel. (DDD): 49.99189207

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☐ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☒ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 1124 X CONTA: 15690 6
(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.

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

☐ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nasoturo (se não tiver)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: N. 5ª Aparecida, 13.11.19

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



Ourocard



5067 7580 5535 4967

VÁLIDO ATÉ

12/22

SAMUEL SANTOS ROCHA

24-2 15.690-6

elo

VALIDO SOMENTE NO BRASIL



BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 117556/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 07/11/2019 14:33 Data/Hora Fim: 07/11/2019 14:49
Delegado de Polícia: Samuel Souza de Brito Oliveira

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia Distrital de São Miguel do Aleixo
Data/Hora do Fato: 07/10/2019 13:00

Local do Fato

Município: São Miguel do Aleixo (SE)
Logradouro: Estrada do Povoado Patós

Bairro: Centro

CEP: 49.535-000

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1093: ACIDENTE DE TRÂNSITO SEM VÍTIMA - OUTROS	Não Houve

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: SAMUEL DOS SANTOS MOURA (COMUNICANTE, VÍTIMA)

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: SE - Itabaiana Sexo: Masculino Nasc: 31/03/1993
Profissão: Auxiliar Administrativo
Estado Civil: Solteiro(a)
Nome da Mãe: MARIA CLEODICE DOS SANTOS MOURA Nome do Pai: LUIS CARLOS MENEZES MOURA

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 061.542.135-06
RG - Carteira de Identidade: 35790229

Endereço

Município: Nossa Senhora Aparecida - SE
Logradouro: RUA SETE Nº: SN
Complemento: RUA 4
Bairro: AREA RURAL CEP: 49.540-000
Telefone: (79) 9972-8957 (Celular)

Nome Civil: DESCONHECIDO 1 (SUPOSTO AUTOR/INFRATOR)

Nacionalidade: Brasileira

Endereço

Município: Nossa Senhora da Glória - SE

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo	Subgrupo Motocicleta/Motoneta
Descrição HONDA POP 100	CPF/CNPJ do Proprietário 061.542.135-06
Placa QKS0819	Renavam 01057199289
Ano/Modelo Fabricação 2015/2015	Cor VERMELHA
Marca/Modelo HONDA POP 100	Veículo Adulterado? Não

Delegado de Polícia Civil: Samuel Souza de Brito Oliveira
Impresso por: Gessica Lorene Oliveira Alves
Data de Impressão: 07/11/2019 14:49
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 2



PPs - Procedimentos Policiais Eletrônicos

Samuel dos Santos Moura



BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 117556/2019

Quantidade 1 Unidade

Situação Envolvido

Nome Envolvido

Envolvimentos

SAMUEL DOS SANTOS MOURA

Proprietário

RELATO/HISTÓRICO

Relata o comunicante que no dia e hora supracitados estava trafegando com sua moto, modelo HONDA POP, 100, placa QKS0819, cor VERMELHA, nas imediações do Povoado Patos, quando foi atingido por outro motociclista que vinha na contramão da via. Que A batida foi frontal e o mesmo foi arremessado cerca de 6 metros. Que Foi socorrido por um conhecido e foi levado ao hospital de Nossa Senhora da Glória. Que Por conta do acidente fraturou o braço esquerdo e quebrou dois ossos da referida mão. Que Esta fazendo uso de medicamentos e precisará fazer fisioterapia.

ASSINATURAS

Gessica Lorene Oliveira Alves

Agente de Polícia
Matrícula 588155856

Responsável pelo Atendimento

SAMUEL DOS SANTOS MOURA

(Comunicante / Vítima)

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

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 061.542.135-06 4 - Nome completo da vítima: Samuel dos Santos Moura

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

5 - Nome completo: Samuel dos Santos Moura 6 - CPF: 061.542.135-06
7 - Profissão: Jariodion 8 - Endereço: Rod. N. 5 Aparecida, Botafogo, Curitiba, PR 9 - Número: 511 10 - Complemento: casa
11 - Bairro: Zona rural 12 - Cidade: N. 500 Aparecida: 13 - Estado: SC 14 - CEP: 49.540-000
15 - E-mail: marcondyleria@gmail.com 16 - Tel. (DDD): 49.99189207

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☐ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☒ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 1124 X CONTA: 15690 6
(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.

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

☐ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nasoturo (a) nascido(a)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: N. 500 Aparecida, 13.11.19

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



Ourocard



5067 7580 5535 4967

VÁLIDO ATÉ

12/22

SAMUEL SANTOS ROCHA

24-2 15.690-6

elo

VALIDO SOMENTE NO BRASIL

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: 17/02/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 945,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: SAMUEL DOS SANTOS MOURA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 01124-X

CONTA: 000010015690-8

Nr. da Autenticação F9C667C30DF40EEC

Nome do Cliente

LUIS CARLOS MENEZES MOURA

Endereço

ROD N S APARECIDA, S/N, POV LAGOA DO VEADO, 49540-000

Número da Fatura

532001/00192

Data de Vencimento

09/10/2019

Medidor

A17N160132

Contribuição / Economia

RES: 1

 Leit. Anterior: 208
 Leit. Atual: 217
 Consumo Faturado (m³): 10
 Média de consumo (m³): 8
 Ocorrência da Leitura: 09/09/19
 Data de Leit. Anterior: 30
 Média diária (m³): 0,28
 Previsão para Prov. até: 06/11/19
 INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

HISTÓRICO DE CONSUMO

 RLE (m³)
 08/19: 00008
 06/19: 00008
 07/19: 00008
 08/19: 00008
 09/19: 00008
 04/19: 00007

PREVISÃO DE TRIBUTOS (R\$)

COFINS: 2,95

IPI: 0,64

Serviços

Serviço	Valor
AGUA	37,74
ESGOTO	0,00
080 MULTA P/IMPONTUALIDADE	0,76
091 JUROS DE MORA	0,21
091 JUROS DE MORA	0,10
094 ATUALIZACAO MONETARIA	0,04
094 ATUALIZACAO MONETARIA	0,01

Mês Referência

10/2019
VENCIMENTO: 18/10/2019

TOTAL A PAGAR R\$

38,86

OUTUBRO ROSA: DECLARE SEU AMOR A VOCE MESMA. PREVINA-SE DO CANCER DE MAMA!

A falta de pagamento dessa fatura 30 (trinta) dias após seu vencimento, implicará na interrupção do fornecimento de serviços - art 91, Decreto Lei nº 27.565/2010.

CANAL DE ATENDIMENTO: 0800 079 0195 - SAC: 4020-0195
AGÊNCIA VIRTUAL: www.desa-se.com.br/agenciavirtual
Qualidade da Água Distribuída (Decreto Federal nº 5.440/2005 - Art.5º inciso I)

Parâmetro	Turbidez	Cor	Cloro	pH	Coliformes Totais	Bactérias Col.
Nº Mínimo de Amostras Exigidas	17	10	17	17	17	17
Nº de Amostras Analisadas	36	36	36	36	36	36
Nº Mínimo de Amostras em Conformidade com Portaria 2.914/2011	36	36	33	33	33	34

Para Autenticação de Fatura

JOSE MARCOS DE OLIVEIRA ROSA
RUA DOS SILOS, 3717 CASA A - SILOS
NOSSA SENHORA DA GLORIA / SE CEP: 49800000 (AQ. 432)

energisa

Ligação: B.FÁSICO
Cid/Sec: RES MTO 21 / RESIDENCIAL - RESIDENCIAL
Rota: 5-430-340-7391 Referência: Nov/2019
Medidor: E8003942123 Emissão: 09/11/2019

ENERGISA SERGIPE-OUTROS ENERGISA SA
Rua Min Apolônio Sales, 91 - Instituto Sales
Aracaju/SE - CEP: 49040-150
CNPJ: 13.017.462/0001-63 - Ins. Est. 370.787.426
Nota Fiscal/Contrato Energisa Nº: 429.553
Cód. par. Dis. Automático: 00099127879

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

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RANI
Nov / 2019	08/11/2019	10/12/2019	020.003.675-00

UIC (Unidade Consumidora): 3/912787-9

Canal de contato

Conecte a sua linha de atendimento virtual no WhatsApp? Ela pode te ajudar com informações sobre energia, enviar a requisição via da conta de energia e até fazer pedido de renovação. Salve nosso número e não deixe sempre que precisar: 75 98101-0715

Anterior		Atual		Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura			
10/10/19	9529	08/11/19	9639		110	28
Demonstrativo						
Descrição		Quantidade	Tarifa	Valor Base Desc. Atq. Total (R\$)	Valor Calc. (R\$)	Valor (R\$)
		Tarifa Total (R\$)		ICMS (R\$) ICMS	Pot. Calc. (R\$)	Valor (R\$)
0801	Consumo em kWh	110,000	0,763490	84,00	84,00	84,00
2301	Adc. E. America	1,00	1,00	25	0,48	0,48
0801	Adc. E. Vermelha	1,00	1,00	25	0,48	0,48
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS						
0227	CONTRIB. LUM. PUBLICA	11,00	0,00	0	0,00	0,00
0254	JUROS DE MORR 10/2019	0,25	0,00	0	0,00	0,00
0805	MULTA 10/2019	1,1	0,00	0	0,00	0,00
0809	ATUALIZAÇÃO MONETARIA 10/2019	0,21	0,00	0	0,00	0,00

CCI: Código de Classificação do item: TOTAL 108,22 94,57 23,94 94,57 0,92 4,18
Tarifa e Tributos: 0,520120

Média últimos meses (kWh): 82

VENCIMENTO		TOTAL A PAGAR
18/11/2019	R\$ 108,22	

Histórico de Consumo (kWh)

89	76	72	120	172	128	78	75	54	57	55
Nov/18	Dez/18	Jan/19	Fev/19	Mar/19	Abr/19	Mai/19	Jun/19	Jul/19	Ago/19	Set/19

RESERVADO AO FISCO

b254.4a91.aa39.f858.85f5.6e0e.f40c.1017.

Indicadores de Qualidade

AV2019-AC0004 SENHORA DA

Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
DIC MENSAL	6,15	2,00
DIC TRIMESTRAL	12,30	
DIC ANUAL	24,60	
DIC MENSAL	2,35	0,00
DIC TRIMESTRAL	7,05	
DIC ANUAL	13,55	
DMC	0,00	
DICI	12,30	

Composição do Consumo

Discriminação	Valor (R\$)	%
Serviço de Out. do Energisa/SE	23,94	21,98
Serviço de Energia	24,15	22,42
Serviço de Transmissão	4,22	3,94
Serviço de Distribuição	4,65	4,30
Proteção Direta e Emergência	42,47	39,26
Outros Serviços	0,00	0,00
Total	108,22	100,00

Valor de Emissão (R\$) 9/2019: R\$ 13,00

ATENÇÃO

Atenção! A responsabilidade pela manutenção pública é de responsabilidade do município.
- Letura confirmada

Faturas em atraso

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: 0800-1596 / 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/BIBLIOTECAWEB/DOCUMENTOS/DOCOFONAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP 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 João Marcos de A. Rosa

Inscrito (a) no CPF/CNPJ 020.003.673 / 00 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Samuel Dos Santos Moura Inscrito (a) no CPF sob o Nº 061.542.135 / 06

do sinistro de DPVAT cobertura universal da Vítima Samuel Dos Santos Moura

Inscrito (a) no CPF sob o Nº 061.542.135 / 06 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 Bilen</u>	Número: <u>217</u>	Complemento: <u>Econômico</u>
Bairro: <u>Brasília</u>	Cidade: <u>Gr. Sta. da Glória</u>	Estado: <u>SE</u>
E-mail: <u>marcondesgloria@gmail.com</u>	CEP: <u>29.680-000</u>	Tel. (DDD): <u>79.99189207</u>

Local e Data: Gr. Sta. da Glória 13.11.19

João Marcos de A. Rosa

Assinatura do Declarante





HOSPITAL DR PEDRO GARCIA MORENO FILHO

Receituário

Exatidão no diagnóstico
paciente Samuel da Silva
homem, vítima de acidente
de moto (sic) há 24 hrs
apresenta fratura de costela.
Foi tratado conservadoramente
e no momento está de alta
ortopedica CID: S62

28.11.19

Dr. Saulo Lélis
Ortopedia Traumatologia
CRM 1434 - RQE 2875

O BE: 398824

DATA: 08/10/2019 HORA: 13:21 USUARIO: MDSANTOS
SETOR: 04-SALA DE PROCEDIMENTOS

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

: SAMUEL DOS SANTOS MOURA DOC...: 3,579,022
E.....: 26 ANOS NASC: 31/03/1993 SEXO...: MASCULINO
E.....: POVOADO ALGOA DO VAEADO, NUMERO: 0
E.....: CASA BAIRRO: ZONA RURAL
E.....: SAO MIGUEL DO ALEIXO UF: SE CEP...: 49535-000
PAI/MAE...: LUIZ CARLOS MENEZES MOURA /MARIA CLAUDICE DOS SANTOS LI
ONSANEL...: O PROPRIO TEL...: 79 9972-8
EDENCIA...: SAO MIGUEL DO ALEIXO-SE 57
OIMENTO...: ACIDENTE MOTOCICLISTICO (MOTOS)
POLICIAL..: NAO PLANO DE SAUDE....: NAO TRAUMA: NAO
TRABALHO: NAO VEIO DE AMBULANCIA: NAO

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

S COMPLEMENTARES: [] RAIO X [] SANGUE [] URINA [] TC
[] LIQUOR [] ECG [] ULTRASSONOGRAFIA

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

S CLINICOS:

DATA PRIMEIROS SINTOMAS: ___/___/___

ACOES DA ENFERMAGEM:

NOSTICO:

CID:

PRESCRICAO

HORARIO DA MEDICACAO

Aspirina 100mg E AP 3 vezes
aspirina 100mg E AP 3 vezes
Olan. Du

Dr. Rafael Norio Makibara
Médico
CRM-SE 6169

DA SAIDA: 08/10/19

HORA DA SAIDA: 15:40

[] DECISAO MEDICA [] A PEDIDO [] EVASAO [] DESISTENCIA

ENCAMINHADO AO AMBULATORIO

RNACAO NO PROPRIO HOSPITAL (SETOR):

FERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):

O: [] ATE 48HS [] APOS 48HS [] FAMILIA [] IML [] ANAT. PATC

NATURA DO PACIENTE/RESPONSAVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

QUEIXA

PROFISSÃO:

ANAMNESE DE ENFERMAGEM

HORÁRIO:

TIPO:

ALERTA/ORIENTADO ☐ LETÁRGICO ☐ OBNUBILADO ☐ TORPOROSO ☐ COMATOZO ☐ OUTROS ☐

HISTÓRIA PREGRESSA

☐ DIABETES ☐ HIPERTENSÃO ARTERIAL ☐ CARDIOPATIA ☐ AVC ☐ OUTROS ☐

QUAIS:

ALERGIAS / INTOLERÂNCIA

SIM ☐ NÃO ☐

QUAIS:

MEDICAMENTO EM USO

SIM ☐ NÃO ☐

QUAIS:

SINAIS VITAIS

Glicose

Pressão Arterial

Frequência Cardíaca

Temperatura

Frequência Respiratória

Saturação de Oxigênio

Peso

mg/dl

mmHg

min

bpm

°C

lpm

%

kg

RISCO:

VERMELHO ☐AMARELO ☐VERDE ☐AZUL ☐

OBSERVAÇÃO:

Ass. Enfermeiro(s) Carimbo

ATENDIMENTO MÉDICO

PRESCRIÇÃO MÉDICA:

EVOLUÇÃO MÉDICA

REGISTRO DE ENFERMAGEM

2564 01
2563 01
Anderson Soares de Lima
Supervisor Técnico
em Radiologia 5787

HORÁRIO DE BAIXA:

Assinatura e Carimbo

No. DO BE: 718451 DATA: 08/10/2019 HORA: 16:52 USUARIO: APSCARVALHO
CNS: SETOR: 04-ORTOPEDIA

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME : SAMUEL DOS SANTOS MOURA DOC....:
IDADE.....: 26 ANOS NASC: 31/03/1993 SEXO...: MASCULINO
ENDereco.....: POV LAGOA DO VEADO NUMERO: 00
COMPLEMENTO....: CASA BAIRRO: Z R
MUNICIPIO.....: SAO MIGUEL DO ALEIXO UF: SE CEP....: 49535-000
NOME PAI/MAE...: LUIZ CARLOS MENEZES MOURA /MARIA CLEONICE DOS SANTOS MOU
RESPONSAVEL....: O PAI TEL....: 0000000
PROCEDENCIA....: SAO MIGUEL DO ALEIXO - SE
ATENDIMENTO....: TRAUMA
CASO POLICIAL..: NAO PLANO DE SAUDE.....: NAO TRAUMA: NAO
ACID. TRABALHO: NAO VEIO DE AMBULANCIA: NAO

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

EXAMES COMPLETOS: [X] RAIO X [] SANGUE [] URINA [] TC
[] LIQUOR [] ECG [] ULTRASSONOGRAFIA

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

DADOS CLINICOS:

DATA PRIMEIROS SINTOMAS: ___/___/___

Paciente vítima de acidente de moto com dor o edema em mão E

ANOTACOES DA ENFERMAGEM:

Rx = fx do colo do u e 5 mte E
Sem decto

DIAGNOSTICO:

CID:

PRESCRICAO

HORARIO DA MEDICACAO

Imobilização Gessada

Alta com RMC

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 [] IM [] ANAT. PATOL

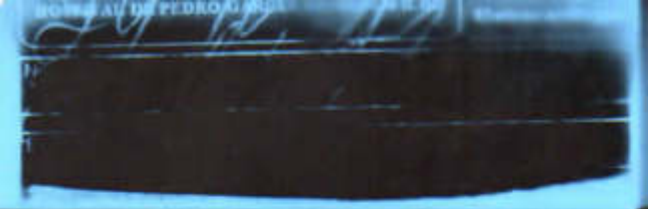
ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSAVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

Dr. Vinícius Sobral
Ortopedia e Traumatologia
CRM 185 RQE 3911



FUNDACAO HOSPITAL DE ...
HOSPITAL DE ...
...
...



RELATÓRIO DE TRANSFERÊNCIA

UNIDADE DE ORIGEM

HOSPITAL REGIONAL GOV. JOÃO ALVES FILHO - N. S^ª DA GLÓRIA/SE

UNIDADE PARA REFERÊNCIA

Hospital Regional de Atibaia

ENDEREÇO DA UNIDADE DE REFERÊNCIA

ESTAMOS ENCAMINHANDO O PACIENTE

Vamuel dos Santos Moura

SEXO

masculino

NASCIDO EM

31/03/93

MATRÍCULA

CUJO PROBLEMA DE SAÚDE NECESSITA DE UM TIPO DE ATENDIMENTO QUE ESTA UNIDADE NÃO OFERECE.

MOTIVO DA CONSULTA / IMPRESSÕES DIAGNÓSTICAS OU PROBLEMAS IDENTIFICADOS

Paciente com colisão frontal mão x mão e trauma em
mão esquerda.

A radiografia evidência de fratura ou possível fratura em parte

ESTUDOS A QUE FOI SUBMETIDO O PACIENTE, SEUS RESULTADOS E CONDUTA ADOTADA (RESUMO DOS PRINCIPAIS ACHADOS DO EXAME CLÍNICO E DOS EXAMES COMPLEMENTARES REALIZADOS ANTES DA SOLICITAÇÃO DO ENCAMINHAMENTO)

dental de 5º metacarpo mão esquerda e parte distal do polegar proximal
de 5º dedo mão esquerda

MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO

Ortobiologia da entorse

DATA DO ENCAMINHAMENTO

08.10.19

Dr. Rafael Norb. Marbora
Médico
CRM-SP 6169

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO



HOSPITAL DR PEDRO GARCIA MORENO FILHO

Receituário

P) Samuel dos S. Menezes
Osteodonto

- Ex. cir. de crânio
(HUSE)

Prescreva 5º KOTEC 452
com dose.

- Ambulatório de Retorno
(HUSE)

3234 - 3412

Dr. Saulo Lélis
Ortopedia e Traumatologia
CRM-SE 3734 - RQE 2875



HOSPITAL DR PEDRO GARCIA MORENO FILHO

Receituário

P/ Samuel dos S. Almeida

Prescrição:

- 100.000.000.000
(HUSE)

Prescrição 5.º ROTE FSE
com 100.000.000.000

- 100.000.000.000
(HUSE)

3234 - 3412

Dr. Saulo Lélis
Ortopedia e Traumatologia
CRM-SE 3734 - RQE 2875

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÁNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

SE

NOME
SAMUEL DOS SANTOS MOURA

DOC. IDENTIDADE / ORIG. EMISSOR / E
35790229 SSP SE

CPF
061.542.135-06 DATA NASCIMENTO
31/03/1993

FUNÇÃO
LUIZ CARLOS MENDES
MOURA
MARIA CLEODICE DOS
SANTOS MOURA

PERMISSÃO
ACB CAT. HABIL
AB

Nº REGISTRO
05481638711

VALIDADE
23/02/2022

1ª HABILITAÇÃO
02/05/2012

OBSERVAÇÕES

SEM OBSERVAÇÃO;

Samuel dos Santos Moura

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
ARACAJU, SE

DATA DE EMISSÃO
08/03/2017

Luiz de Azevedo Costa Neto
LUIZ DE AZEVEDO COSTA NETO
DIRETOR - PRESIDENTE

48454609351
SE019077092

ASSINATURA DO EMISSOR

SERGIPE

VÁLIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL
1413392797

PROIBIDO PLASTIFICAR
1413392797

VÁLIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL
1413392797

PROIBIDO PLASTIFICAR
1413392797

NOME
SAMUEL DOS SANTOS MOURA

DOC. IDENTIDADE / FÓRM. EMISSOR/UF
35790229 SSP SE

CPF
061.542.135-06 DATA NASCIMENTO
31/03/1993

FILIAÇÃO
LUIZ CARLOS MENDES
MOURA
MARIA CLEODICE DOS
SANTOS MOURA

PERMISSÃO
ACC CAT. HAB.
AD

Nº REGISTRO
03481638711 VALIDADE
23/02/2022 1ª HABILITAÇÃO
02/05/2012

OBSERVAÇÕES

SEM OBSERVAÇÃO;

Samuel dos Santos Moura

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
ARACATU, SE

DATA DE EMISSÃO
08/03/2017

Luiz de Assis Costa Neto
LUIZ DE ASSIS COSTA NETO
DIRETOR - PRESIDENTE

48454609351
SE019077092

ASSINATURA DO EMISSOR

SERGIPE

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CIDADES

DENATRAN

DETRAN - SE 000005291655 Nº 014275554945
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

1 VA COD RENAVAM 01057199289 R.A.T.R.C. 000000000000 EXERCÍCIO 2018

NOME

6 SAMUEL DOS SANTOS FIGUEIRA
7
8
9
0

CNPJ / CNPJ

061.542.135-06

PLACA

QKS0819

PLACA ANT / UR

QKS0819/84

CLASSE

9C2HBO210FR472954

ESPÉCIE 2010

PAS/MOTOCICLETA/

COMBUSTÍVEL

BRASILEIRA

MARCA / MODELO

HONDA/POP100

ANO FAB 2015

ANO MOD 2015

CAP / POT / CL

2P0CV/97CC

CATEGORIA

PARTIC

CON PREDOMINANTE

VERMELHA

COTA ÚNICA

PAGO

PAIX LEVA

PARCELAMENTO / COTAS

PRELIMINAR

SEGURO

AL.FIDUC.

ADM.DE CONS.NAL.HONDA LT

ADM. UNICO PARA TRANSFERENCIA

SÃO MIGUEL DO

LOCAL

17/10/2018

DATA

17/10/2018

17/10/2018

17/10/2018

17/10/2018

17/10/2018

17/10/2018

17/10/2018

17/10/2018

17/10/2018

17/10/2018

17/10/2018

17/10/2018

17/10/2018

17/10/2018

17/10/2018

17/10/2018

17/10/2018

17/10/2018

17/10/2018

17/10/2018

17/10/2018

17/10/2018

17/10/2018

17/10/2018

17/10/2018

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

SE Nº 014275554945 BILHETE DE SEGURO DPVAT

MOTOR: H802ELF472954

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 2018 DATA EMISSÃO 17/10/2018

CNPJ / CNPJ 061.542.135-06

PLACA QKS0819

RENAVAM 1057199289

MARCA / MODELO HONDA/POP100

ANO FAB 2015

ANO MOD 2015

Nº CHASSI 9C2HBO210FR472954

PREMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$) 81,29

DEMATRAN (R\$) 9,03

CUSTO DO SEGURO (R\$) 90,32

CUSTO DO BILHETE (R\$) 4,15

IOF (R\$) 0,70

TOTAL SEGURO (R\$) 185,50

PAGAMENTO

COTA ÚNICA

PARCELADO

DATA DE QUITAÇÃO 17/10/2018

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 08.248.608/0001-04

PBT 25



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

Por este instrumento particular, eu (nome completo) Samuel dos Santos Moura
(nacionalidade) Brasileiro, (profissão) Servidor, portador da cédula
de identidade RG nº 35790229, emitido pela SSP / (UF) SE,
inscrito sob o CPF nº 061.542.135-06, residente na (endereço
completo) Rua Jogaio do Vento, na cidade de
São Miguel do Aleixo (UF) SE, CEP 49, nomeio e
constituo meu procurador, (nome do representante) Jose Marcos de O. Rocha
(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 Gileos, na cidade de
S. Gra. Da Gloria, (UF) SE, CEP 49.680-000, 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) Samuel dos Santos Moura
junto à **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT**.

(local e data) São Miguel do Aleixo

(assinatura)

(RG) 35790229

CARTÓRIO DO OFÍCIO ÚNICO
SÃO MIGUEL DO ALEIXO

Prça Domicio José das Graças, 238 - Centro
São Miguel do Aleixo/SE - CEP: 49535-000 - Fone: (79) 99989-9940
Tabelião: GLAUBER JUNHO ANDRADE DE RESENDE

Reconheço por AUTENTICIDADE a firma de SAMUEL DOS
SANTOS MOURA em 12/11/2019 e dou fé. Em testemunho
verdade. Marcos Garcia Lima, Escrevente.
São Miguel do Aleixo/SE
Emol. R\$ 7,73; FERD R\$ 1,47; Total R\$ 9,20
Selo TJSE: 201929610001546
Acesso: www.tjse.jus.br/x/616Q7C.



Marcos Garcia Lima
Escrevente

(assinatura reconhecida por AUTENTICIDADE)

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

Por este instrumento particular, eu (nome completo) Samuel dos Santos Moura
(nacionalidade) Brasileiro, (profissão) Advogado, portador da cédula
de identidade RG nº 35790229, emitido pela SSP / (UF) SE,
inscrito sob o CPF nº 061.542.135-06, residente na (endereço
completo) Rua Japão do Vendo, na cidade de
São Miguel do Aleixo (UF) SE, CEP 49, nomeio e
constituo meu procurador, (nome do representante) Jose Marcos de O. Rocha
(nacionalidade) Brasileiro, (profissão) Advogado, 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, na cidade de
S. do Aleixo, (UF) SE, CEP 49.680-000, a quem confiro
amplios 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) Samuel dos Santos Moura
junto à **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT**.

(local e data) São Miguel do Aleixo

(assinatura) Samuel dos Santos Moura

(RG) 35790229

ARTÓRIO DO OFÍCIO ÚNICO
SÃO MIGUEL DO ALEIXO

Praca Domício José das Graças, 238 - Centro
SÃO MIGUEL DO ALEIXO/SE - CEP: 49655-000 - Fone: (71) 9099-9645
TABELÃO: GLAUBER JUNHO ANDRADE DE REZENDE

Reconheço por AUTENTICIDADE a firma de SAMUEL DOS
SANTOS MOURA em 12/11/2019 e dou fé. Em testemunho
verdade: Marcos Garcia Lima, Escrevente.
São Miguel do Aleixo/SE.
Emol. R\$ 7,73; FERD R\$ 1,47; Total R\$ 9,24.
Selo TJSE: 201929610001546.
Acesse: www.tjse.jus.br/x/616Q7C.



Marcos Garcia Lima
Escrevente

(assinatura conhecida por AUTENTICIDADE)

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0052085/20

Vítima: SAMUEL DOS SANTOS MOURA

CPF: 061.542.135-06

CPF de: Próprio

Data do acidente: 07/10/2019

Titular do CPF: SAMUEL DOS SANTOS MOURA

Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

JOSE MARCOS DE OLIVEIRA ROSA : 020.003.675-00

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

SAMUEL DOS SANTOS MOURA : 061.542.135-06

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 06/02/2020
Nome: JOSE MARCOS DE OLIVEIRA ROSA
CPF: 020.003.675-00

JOSE MARCOS DE OLIVEIRA ROSA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 06/02/2020
Nome: JOSE MARINO GOYA ARAUJO
CPF: 221.365.090-04

JOSE MARINO GOYA ARAUJO

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200063869 **Cidade:** São Miguel do Aleixo **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: SAMUEL DOS SANTOS MOURA **Data do acidente:** 07/10/2019 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 11/02/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO COLO DO 4º E 5º METACARPO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR PG. 4
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DA MÃO ESQUERDA.

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 RESIDUAL DA MÃO ESQUERDA.

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de uma das mãos	70 %	Em grau residual - 10 %	7%	R\$ 945,00
Total			7 %	R\$ 945,00