



**Poder Judiciário  
Do Estado de Sergipe**

**NOSSA SENHORA APARECIDA DA COMARCA DE N. SRA.DE APARECIDA**  
**Rua Presidente Medici, Bairro Centro, N. Sra.de Aparecida/SE, CEP 49540000**  
**Horário de Funcionamento: 07:00 às 13:00**

**Dados do Processo**

Processo: 202082200312	Distribuição: 09/10/2020
Número Único: 0000290-31.2020.8.25.0070	Competência: Nossa Senhora Aparecida
Classe: Procedimento Comum	Fase: POSTULACAO
Situação: Andamento	Processo Principal: *****
Processo Origem: *****	

**Assuntos**

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

**Dados das Partes**

Requerente: SAMUEL DOS SANTOS MOURA

Endereço:

Complemento:

Bairro:

Cidade: NOSSA SENHORA APARECIDA - Estado: SE - CEP: 49540000

Requerente: Advogado(a): JOSÉ JEOVANY DA SILVA 12367/AL

Requerido: SEGURADORA LÍDER DO CONSÓRCIO DO SEGURO DPVAT S.A.

Endereço: RUA SENADOR DANTAS

Complemento: 5º ANDAR

Bairro: CENTRO

Cidade: RIO DE JANEIRO - Estado: RJ - CEP: 20031205

Requerido: Advogado(a): KELLY CHRYSTIAN SILVA MENENDEZ 2592/SE



**Poder Judiciário  
Do Estado de Sergipe**

**NOSSA SENHORA APARECIDA DA COMARCA DE N. SRA.DE APARECIDA  
Rua Presidente Medici, Bairro Centro, N. Sra.de Aparecida/SE, CEP 49540000  
Horário de Funcionamento: 07:00 às 13:00**

**Processos Apensados:**

--

**Processos Dependentes:**

--



**Poder Judiciário  
Do Estado de Sergipe**

**NOSSA SENHORA APARECIDA DA COMARCA DE N. SRA.DE APARECIDA**  
Rua Presidente Medici, Bairro Centro, N. Sra.de Aparecida/SE, CEP 49540000  
Horário de Funcionamento: 07:00 às 13:00

**PROCESSO:**

202082200312

**DATA:**

18/01/2021

**MOVIMENTO:**

Juntada

**DESCRIÇÃO:**

Juntada de Petição Avulsa do Advogado/Procurador/Defensor/Promotor KELLY CHRYSTIAN SILVA MENENDEZ (2592-SE) ao processo eletrônico. Protocolizado sob nº 20210118094300591 às 09:43 em 18/01/2021.

**LOCALIZAÇÃO:**

Secretaria

**PUBLICAÇÃO:**

Não

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 061.542.135-06 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: Jariodon 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 (Informar o dígito se existir) x CONTA: 15690 (Informar o dígito se existir) 6

AGÊNCIA: (Informar o dígito se existir) CONTA: (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 (ainda nascendo)? ☐ 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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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



**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)**

<b>Grupo Veículo</b>	<b>Subgrupo</b> Motocicleta/Motoneta
<b>Descrição</b> HONDA POP 100	<b>CPF/CNPJ do Proprietário</b> 061.542.135-06
<b>Placa</b> QKS0819	<b>Renavam</b> 01057199289
<b>Ano/Modelo Fabricação</b> 2015/2015	<b>Cor</b> VERMELHA
<b>Marca/Modelo</b> HONDA POP 100	<b>Veículo Adulterado?</b> 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 ciente que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei origem, conforme previsto nos Artigos 339-Denúncia Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."



# 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. Sta. 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 (Informar o dígito se existir) X CONTA: 15690 (Informar o dígito se existir) 6

AGÊNCIA: (Informar o dígito se existir) CONTA: (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 (ainda nascendo)? ☐ 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. Sta. 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

# 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 Prox. mês: 06/11/19

**HISTÓRICO DE CONSUMO**

PERÍODO	CONSUMO (m³)
08/19	00008
07/19	00008
06/19	00008
05/19	00008
04/19	00007

**PREVISÃO DE TRIBUTOS (R\$)**

COFINS: 2,95      PASEP: 0,64

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

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 ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA	0,04
094 ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA	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 CÂNCER 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/agencyvirtual**
**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 (AG. 432)

**energisa**

Ligação: BFÁSICO  
Cid/Sec: RES MTO 21 / RESIDENCIAL - RESIDENCIAL  
Rotação: 5-430-340-7391 Referência: Nov/2019  
Medidor: E8003942123 Emissão: 09/11/2019

ENERGISA SERGIPE-OUTRS ENERGISA SA  
Rua Min Apolônio Sales, 91 - Inácio Sá Gomes  
Aracaju/SE - CEP: 49040-150  
CNPJ: 13.017.462/0001-63 - Ins. Est. 370.787.426  
Nota Fiscal/Contrato Energisa Nº: 429.553  
Cód. parâmetro 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 nossa atendimento virtual no WhatsApp? Ele pode te ajudar com informações sobre o serviço, 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							
CDI	Descrição	Quantidade	Tarifa	Valor Base	Desc. Atq. 1000(R\$)	Desc. Cat. 1000(R\$)	Outros(R\$)
0801	Consumo em kWh	110,000	0,763490	84,08	90,05	25	27,71
2301	Adc. E. America			1,80	1,80	25	0,48
0801	Adc. E. Vermelho			1,82	1,82	25	0,48
	LANÇAMENTOS E SERVIÇOS						
0227	CONTRIB LUM PUBLICA			11,50	0,00	0	0,00
0254	JUROS DE MORSA 10/2019			0,28	0,00	0	0,00
0805	MULTA 10/2019			1,41	0,00	0	0,00
0809	ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 10/2019			0,21	0,00	0	0,00

CDI Código de Classificação do item: TOTAL 108,22 94,57 23,94 94,57 0,92 4,10  
Tarifa de Transmissão: 0,520120

Média últimos meses (kWh)	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
82	18/11/2019	R\$ 108,22

Histórico de Consumo (kWh)

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

RESERVADO AO FISCO

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

Indicadores de Qualidade

AV2019-NOSSA SENHORA DA

	Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
DQ TRIMESTRAL	9,15	7,30	
DQ ANUAL	12,30		
DQ TRIMESTRAL	24,80		
DQ ANUAL	2,35	0,00	
DQ TRIMESTRAL	2,35		
DQ ANUAL	12,35	0,00	
DMC	9,85		
DICI	12,32		

Composição do Consumo

Discriminação	Valor (R\$)	%
Serviço de Out. do Energisa/SE	23,94	21,99
Serviço de Energia	24,15	22,42
Serviço de Transmissão	4,22	3,94
Serviço de Distribuição	4,65	4,29
Proteção Direta e Emergência	42,47	39,26
Outros Serviços	0,00	0,00
<b>Total</b>	<b>108,22</b>	<b>100,00</b>

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

ATENÇÃO

Atenção! A responsabilidade pela iluminação pública é de competência do município.  
- Leitura confirmada

Faturas em atraso

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://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/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 COAF<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. <sup>2</sup> CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu 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>condomínio</u>
Bairro: <u>Brasília</u>	Cidade: <u>Gr. Sta. da Glória</u>	Estado: <u>SE</u>
E-mail: <u>marcondelgria@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 dias  
apresenta fratura de costela.  
Foi tratado conservadoramente  
e no momento está em alta  
ortopedica CID: S62

28.11.19

Dr. Saulo Lélis  
Ortopedia Traumatologia  
CRM 434 - 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  
ONSAVEL...: 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 ☐

DOENÇA 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

bpm

°C

lpm

RISCO:

VERMELHO ☐

AMARELO ☐

VERDE ☐

AZUL ☐

OBSERVAÇÃO:

Ass. Enfermeiro(s) Carimbo

ATENDIMENTO MÉDICO

PRESCRIÇÃO MÉDICA:

EVOLUÇÃO MÉDICA

REGISTRO DE ENFERMAGEM

2564 01  
2563 0  
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 COMPLETADOS: [X] RAIO X [ ] SANGUE [ ] URINA [ ] TC  
[ ] LIQUOR [ ] ECG [ ] ULTRASSONOGRAFIA

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

DADOS CLINICOS:

DATA PRIMEIROS SINTOMAS: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Doente 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







## RELATÓRIO DE TRANSFERÊNCIA

UNIDADE DE ORIGEM

HOSPITAL REGIONAL GOV. JOÃO ALVES FILHO - N. S<sup>ra</sup> 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  
Osteo-cito

- 100 cm de curas  
(HUSE)

Ficou 5º HUSE + 52  
com dor.

- Ambulatório de Retorno  
(HUSE)

3234 - 3412

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

Avenida 13 de Junho, nº 776 - Centro - Itapetina-SE - Fone: (79) 3432-9200



# HOSPITAL DR PEDRO GARCIA MORENO FILHO

## Receituário

P/ Samuel dos S. Almeida

Prescrição:

- 100.000.000.000  
(HUSE)

Prescrição 5.º ROTEIRO FSE  
Com Lembrete

- Ambulatório de Retorno  
(HUSE)

3234 - 3412

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

Avenida 13 de junho, nº 776 - Centro - Itabiana-SE - Fone: (79) 3432-9290



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

1413392797

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

1413392797

PROIBIDO PLASTIFICAR

1413392797

NOME  
SAMUEL DOS SANTOS MOURA

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

CPF  
061.542.135-06

DATA NASCIMENTO  
31/03/1993

FUNÇÃO  
TUIO CARLOS MENDES  
MOURA  
MARIA CLEODICE DOS  
SANTOS MOURA

PERMISSÃO  
0000000000

ACC  
0000000000

CAT. HAB.  
AB

Nº REGISTRO  
05481638711

VALIDADE  
23/02/2022

1ª HABILITAÇÃO  
02/05/2012

OBSERVAÇÕES  
SEM OBSERVAÇÃO;

Assinatura do Portador  
Samuel dos Santos Moura

LOCAL  
ARACAJU, SE

DATA DE EMISSÃO  
08/03/2017

Assinatura do Emissor  
LUIZ DE AZEVEDO COSTA NETO  
DIRETOR - PRESIDENTE

48454609351  
SE019077092

SERGIPE

**SERGIPE**



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DENATRAN

DETRAN - SE 000005291655 N.º 014275554945  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

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

NOME SAMUEL DOS SANTOS FIGUEIRA  
CPF/CNPJ 061.542.135-06 PLACA QKS0819

PLACA ANT / UR 061.542.135-06 QKS0819 / BR  
CIVILIDADE BRASILEIRA

ESPÉCIE 2010  
PAS/MOTOCICLETA / ANO FAB 2015 ANO MOD 2015  
MARCA / MODELO HONDA / POP100  
CATEGORIA PARTIC COM PREDOMINANTE VERMELHA

1 PAGO COTA ÚNICA VENC COTAS 1  
2 PAGO COTA ÚNICA VENC COTAS 2  
3 PAGO COTA ÚNICA VENC COTAS 3

PREMIO TARIFARIO (R\$) 101 (R\$) PREMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO 17/10/2018  
SEGURO PRÉVIO REF AD EXERCÍCIO 2018  
OBSERVAÇÕES  
AL.FIDUC. - ADM. DE CONS. NAL. HONDA LT  
RUA LUIZ CARLOS PARA TRANSFERÊNCIA

SÃO MIGUEL DO IGUAÇU 17/10/2018  
LOCAL EMISSÃO  
LICENCIAMENTO DE VEÍCULO  
DIRETORIA SUPERINTENDENTE

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

SE N.º 014275554945 BILHETE DE SEGURO DPVAT

MOTOR: HB02ELF472954

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

VA 061.542.135-06 PLACA QKS0819  
RENAVAM 1057199289 MARCA / MODELO HONDA / POP100  
ANO FAB 2015 CAT. IVEI 9 N.º CHASSI 9C2HB0210FRA72954

PREMIO TARIFÁRIO  
FNS (R\$) 81,29 DENATRAN (R\$) 9,03 CUSTO DO SEGURO (R\$) 90,32

CUSTO DO BILHETE (R\$) 4,15 COTA ÚNICA 0,70 DATA DE OUTUBRO 17/10/2018  
PAGAMENTO PARCELADO

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) Samuel dos Santos Moura

( 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 TJS: 201929610001546  
Acesse: [www.tjse.jus.br/x/616Q7C](http://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 49.680-000, nomeio e  
constituo meu procurador, ( nome do representante ) Jose Marcos de O. Rocha  
( nacionalidade ) Brasileiro, ( profissão ) Escritor, 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  
São Miguel 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](http://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](http://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