



**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

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

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, retorno 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



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:

Januário

8 - Endereço:

Rod. N. S. Aparecida Por Logan Novo S/N

9 - Número:
56 10 - Complemento:
linda

11 - Bairro:

Zona rural

12 - Cidade:

JN. Sra. Aparecida

13 - Estado:

SC

14 - CEP:

49.540-000

15 - E-mail:

marcosduylera@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:

- | | | |
|---|--|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR | <input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 |
| <input type="checkbox"/> SEM RENDA * | <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 | <input type="checkbox"/> 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)

AGÊNCIA:

1124

X

CONTA: **15690**

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

(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 Lider 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 Lider 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 nascituro (vai nascer)? 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 Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte áqueles 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)

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

CPF:

Assinatura da testemunha

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

39 - 2º | Nome:

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

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

SC Sra. da Glória / 13.11.19

Samuel dos Santos Moura

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

p. 5

FPS.001 V002/2019

TESTEMUNHAS



Ourocard





GOVERNO DO ESTADO DE SERGIPE
PÓLICIA CIVIL
DELEGACIA REGIONAL DE NOSSA SENHORA DA GLÓRIA AISP - NOSSA
SENHORA DA GLÓRIA - SE

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 117556/2019

DADOS DO RÉGISTRO

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)

Bairro: Centro

Logradouro: Estrada do Povoado Patos

CEP: 49.535-000

Tipo do Local: Via Pública

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

EN VOLVIDO(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

Nº: SN

Logradouro: RUA SETE

Complemento: RUA 4

Bairro: AREA RURAL

CEP: 49.540-000

Telefone: (79) 9972-8957 (Celular)

Nome Civil: DESCONHECIDO 1 (SUPÓSTO 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

Página 1 de 2

Impresso por: Gessica Lorene Oliveira Alves

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos

Data de Impressão: 07/11/2019 14:49

Protocolo nº: Não disponível



Samuel dos Santos Souza



GOVERNO DO ESTADO DE SERGIPE
PÓLICIA CIVIL
DELEGACIA REGIONAL DE NOSSA SENHORA DA GLÓRIA AISP - NOSSA
SENHORA DA GLÓRIA - SE

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 888155856

Responsável pelo Atendimento

SAMUEL DOS SANTOS MOURA

(Comunicante / Vítima)

"Declaro para os devidos fins de direito que sou o(a) único(a) responsável pelas informações acima assentadas e tentei que poderrei responder civil e criminalmente pela prisânia declaração que dei origem, conforme previsto nos Artigos 339-Denúncia do Calúnio e 340-Comunicação Falas 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:	8 - Endereço:	9 - Número:	10 - Complemento:	
Januodon	Rod. N. S. Aparecida Por Logan Novato SIN	56	rua	
11 - Bairro:	12 - Cidade:	13 - Estado:	14 - CEP:	49.540-000
Zona rural	JN. Sra. Aparecida	SC	Tel. (DDD):	49.99189207
15 - E-mail:	marcosduylera@gmail.com			

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:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA *	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> 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)

AGÊNCIA: 1124 X CONTA: 15690 6

(Informar o dígito se excluir)

(Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(Informar o dígito se excluir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider 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 Lider 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:	<input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> 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? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:	30 - Vítima deixou nasceu? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:	33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
--	--	--	--	--	---

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte áqueles 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 - 1^a | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2^a | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: JN. Sra. Da Glória, 13.11.19

Samuel dos Santos Moura

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

p.9

FPS.001 V002/2019

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS



Ourocard



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



OITUBRO ROSA - Basta no faturamento o dia 10 de outubro

RUA: Rua Campeão de Bello, 211, 12º Jérlio, Aracaju-SE, 49020-300
CNPJ: 13.216.111/0001-40 - INSC. EST: 21.711.000-2

FATURA MENSAL +
*** ANEXO AVISO DE CORTE ***

Multas

359447,5

Nº da Conta:

LUIS CARLOS MENEZES MOURA

Endereço:

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

Quantidade/Referência	Data de Leitura	Hora:	Comprado / Economiz.
532001/00192	09/10/2019	A17N160132	RES: 1
Lect. Anterior	208		HISTÓRICO DE CONSUMO
Lect. Atual	217		
Consumo Faturado (x5)	10		RLF (nº)
Média de consumo (x3)	8		08/19 00006
Correspondência da Leitura			06/19 00008
Data de Lect. Anterior	09/09/19		07/19 00004
Dias de Consumo	30		08/19 00008
Média diária (x3)	0,26		06/19 00009
Previsão para PROX. MÊS: 06/11/19			04/19 00007
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES			
			PREVISÃO DE TRIBUTOS (R\$)
			COFINS: 2,95 IPI: 0,64 PASEP: 0,64

38,86

Serviços	Valor
ÁGUA	37,74
ESBOTO	0,00
080 MULTA P/IMPONTUALIDADE	0,76
091 JUROS DE MORA	0,21
091 JUROS DE MORA	0,10
094 ATUALIZAÇÃO MONETARIA	0,04
094 ATUALIZAÇÃO MONETARIA	0,01

10/2019	VENCIMENTO: 18/10/2019	TOTAL A PAGAR R\$
		38,86

OITUBRO ROSA: DECLARE SEU AMOR A VOCÊ MESMA! PREVINA-SE DO CÂNCER DE MAMÁ!

A falta de pagamento dessa fatura 30 (trinta) dias após seu vencimento implicará na interrupção do fornecimento de serviços – art. 81, Decreto-Lei nº 27.565/2010.

CANAL DE ATENDIMENTO: 0800 079 0195 – SAC: 4020-0195
AGÊNCIA VIRTUAL: www.deso-se.com.br/ageuclavirtual

Qualidade da Água Distribuída (Decreto Federal nº 5.440/2003 – Art. 5º Inciso I)

Parâmetro	Turbidez	Cor	Clore	Fílos	Calcareos Total	Economia Gás
Nº Mínimo de Amostras Exigidas	17	30	17	17		
Nº de Amostras Analisadas	30	36	30	30	36	
% Mínimo de Amostras em Conformidade com Padrão Estabelecido	30	36	33	33	34	

Poder Autônomo de Venda

JOSE MARCOS DE OLIVEIRA ROSA
RUA DOS SÍLOS, 01177 CASA A - SÍLOS
NOSSA SENHORA DA GLÓRIA/SE CEP: 49980000 (AG. 420)



Unidade: BIFÁSICO
Cadastrado: RES MTC 21 / RESIDENCIAL - RESIDENCIAL
Referência: Nov/2019
Medidor: E80093491228
Emissão: 08/11/2019

ENERGIA SERGIPANERJ ENERGIA SA
Av. Min. Abdias Salim, 91 - Recife - Pernambuco
Aracaju/SE - CEP: 49904-150
CNPJ 13.017.452/0001-63 - insc. Est. 207.787.406
Nota Fiscal/Contrato Energia Elétrica N°014.429.559
Cód. para DB: Automatizada: 00998127879

Atendimento ao Cliente ENERGISA 08000 79 0196 Acesse: 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 Consumidor):

3/912787-9

Canal de contato:

Conheça a Energisa, nossa plataforma virtual de atendimento. Ela pode te ajudar com informações sobre sua conta, enviar a segurança via SMS, enviar a energia e até fazer pedido de reabastecimento. Salve nosso número e nos chame sempre que precisar: 75 98101-0715.

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias							
01/10/19	08/11/19	8629	118	28							
Demonstrativo											
Quantidade: Tarifa: I Valor Base: Custo: ICMS: ICMS(RF) Iteve: Custo: Fazenda: Custo(RF)											
0801 Cons. em kWh	119.000 0,769490	40,26	90,95 25 33,71	90,35 1,99 4,10							
2801 Adic. B. Ampeia		1,80	1,80 25 0,48	1,80 0,00 0,18							
0801 Adic. B. Vermeia		1,82	1,82 25 0,48	1,80 0,02 0,00							
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS											
0827 CONTROLE PÚBLICA	11,68	0,00	0 0,00 0,00 0,00	0,00							
0834 JURISDIÇÃO 10/2019	0,28	0,00	0 0,00 0,00 0,00	0,00							
0835 MULTA 01/2019	1,11	0,00	0,02 0,00 0,00 0,00	7,00							
0839 ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 10/2019	0,21	0,00	0 0,00 0,00 0,00	0,00							
CCO: Código de Classificação Tarifária TOTAL: 108,72 I 94,57 I 23,54 I 04,67 I 0,37 I 4,18											
Média últimos meses (kWh)											
VENCIMENTO 18/11/2019 TOTAL A PAGAR R\$ 108,22											
Histórico de Consumo (kWh)											
88 76 72 120 172 129 78 79 75 54 57 60	Nov/18	Dez/18	Jan/19	Fev/19	Mari/19	Abri/19	Mai/19	Jun/19	Jul/19	Ago/19	Sep/19
RESERVADO AO FISCO											
b254.4a91 aa39.f858.85f5.6e0e.f40c.1017.											

Indicadores de Qualidade 2019 NOSSA SENHORA DA

Límites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
DI/MENSAL	± 15	1,00
DI/ TRIMESTRAL	± 20	NOMINAL
DI/ ANUAL	± 80	107
FI/ MENSAL	± 35	0,00 CONTRATADA
FI/ TRIMESTRAL	± 55	LIMITADAS
FI/ ANUAL	± 145	LIMITADAS
DMC	± 285	0,00 LIMITE SUPERIOR
DCRI	± 2,0	0,00

Composição do Consumo

Discriminação	Valor (R\$)	%
Serviços de Outras Empresas	23,80	21,69
Comunicação	39,18	36,43
serviço de Transporte	4,26	3,90
Encargos Sociais	4,88	4,50
Indústria, Comércio e Construção	40,47	36,76
Outros Serviços	0,00	0,00
Total	108,22	100,00

ATENÇÃO

Atenção: A responsabilidade por consumo excessivo é da unidade de consumo.

Faturas em atraso

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

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

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APlicar PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu José Marcos de Oliveira Rosa

inscrito (a) no CPF/CNPJ 020.003.675 / 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 univalis 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:

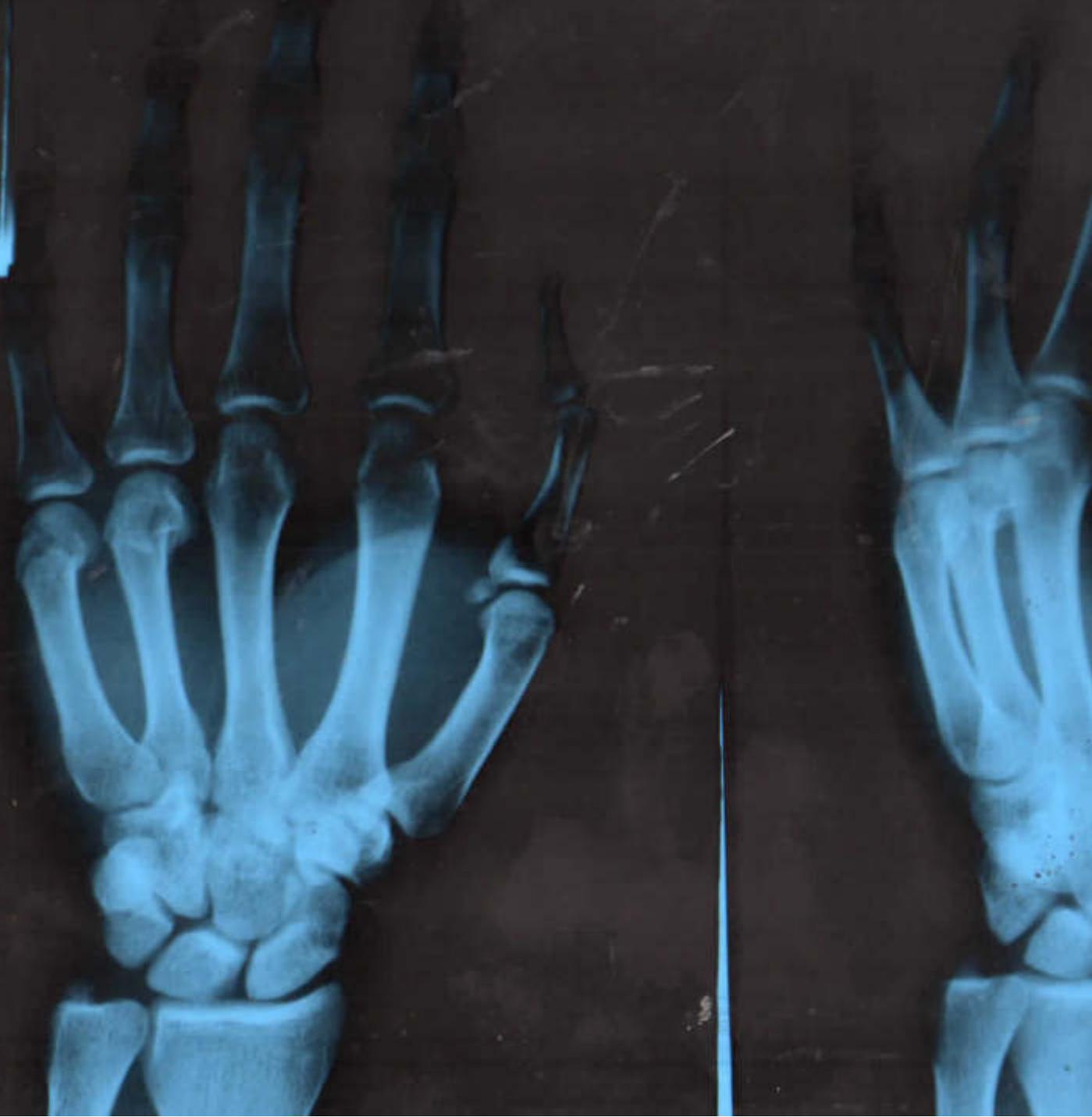
Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider-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 Bilos</u>	Número:	<u>217</u>	Complemento:	<u>Setorario</u>
Bairro:	<u>Brasília</u>	Cidade:	<u>DF</u>	Estado:	<u>SC</u>
E-mail:	<u>marcondesfaria@gmail.com</u>	CEP:	<u>29.680-000</u>	Tel.(DDD):	<u>79.99189207</u>

Local e Data: gr. 003 Da Glória 13-11-19

José Marcos de Oliveira Rosa
Assinatura do Declarante





HOSPITAL DR PEDRO GARCIA MORENO FILHO

Receituário

Deleito de dia

Ravalle Samuel dos Santos
meus informe de acidente
de moto (sic) he os meus
apresente fratura de costela.
Foi tratado com medicament
e no momento estou de alta
ortopedica

CAB:562

28.11.19

Dr. Souza Lelis
Ortopedista
CRM-PE 134 - ROE 2875

SUS HOSPITAL REGIONAL DE NOSSA SENHORA DA GLORIA
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
.....: 26 ANOS NASC: 31/03/1993 SEXO...: MASCULINO
RECO....: Povoado ALGOA DO VAEADO, NUMERO: 0
EMENTO...: CASA BAIRRO: ZONA RURAL
CIPIO....: SAO MIGUEL DO ALEIXO UF: SE CEP...: 49535-000
PAI/MAE..: LUIZ CARLOS MENEZES MOURA /MARIA CLAUDICE DOS SANTOS LI
NSAVEL...: O PROPRIO TEL...: 79 9972-8
DENCIA...: SAO MIGUEL DO ALEIXO-SE 57
IMENTO...: ACIDENTE MOTOCICLISTICO (MOTOS)
POLICIAL.: NAO PLANO DE SAUDE....: NAO TRAUMA: NAO
TRABALHO: NAO VEIO DE AMBULANCIA: NAO

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

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

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

CLINICOS: DATA PRIMEIROS SINTOMAS: ___/___/___

ACOES DA ENFERMAGEM:

DIAGNOSTICO:	CID:
PRESCRICAO	HORARIO DA MEDICACAO
<i>Linfoma pulmão E, AP, ótimo</i> <i>Lesão moto E, AP, ótimo</i> <i>CD Olmp. IIIM</i>	<i>Dr. Rafael Norio Makibara</i> Médico CRM-SE 6169

DATA SAIDA: 08/10/19 HORA DA SAIDA: 15:40
: [] DECISAO MEDICA [] A PEDIDO [] EVASAO [] DESISTENCIA
X ENCAMINHADO AO AMBULATORIO
RNACAO NO PROPRIO HOSPITAL (SETOR): _____

REFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):
: [] ATÉ 48HS [] APÓS 48HS [] FAMILIA [] IML [] ANAT. PATH

NATURA DO PACIENTE/RESPONSAVEL ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

QUEIXA:

PROFISSÃO:

ANAMNÉSE DE ENFERMAGEM:

HORÁRIO:

HPO:

ALERTA/ORIENTADO LITARGICO OBNUBILADO TORPOROSO COMATOSO OUTROS

ORLA PREGRESSA:

DIABETES HIPERTENSÃO ARTERIAL CARDIOPATIA AVC OUTROS
QUAIS:

ALERGIAS / INTOLERÂNCIA:

SIM NÃO

MEDICAMENTO EM USO

SIM NÃO

QUAIS:

QUAIS:

SINAIS VITAIS:

Glicose	Pressão Arterial	Frequência Cardíaca	Temperatura	Frequência Respiratória	Saturação de Oxigênio	Peso
mg/dl	/ mmHg	batm	°C	lpm	%	kg

RISCO:

VERMELHO	AMARELO	VERDE	AZUL
----------	---------	-------	------

OBSERVAÇÃO:

Ass. Entomologista: ...

ATENDIMENTO MÉDICO

PRESCRIÇÃO MÉDICA:

EVOLUÇÃO MÉDICA

REGISTRO DE ENFERMAGEM

2564

01

2563

01



Anderson Soárez de Lima
Supervisor Técnico
em Radiologia 5787

HORÁRIO DE SAÍDA:

Assinatura e Carimbo

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

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME : SAMUEL DOS SANTOS MOURA
 IDADE.....: 26 ANOS NASC: 31/03/1993
 ENDERECO....: POV LAGOA DO VEADO
 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 COMPLEMENTARES: [] RAIO X [] SANGUE [] URINA [] TC
 6/4 [] LIQUOR [] ECG [] ULTRASSONOGRAFIA

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

DADOS CLINICOS:

DATA PRIMEIROS SINTOMAS: ___/___/___

Paciente vítima de acidente de moto com dor e edema em mão

ANOTACOES DA ENFERMAGEM:

Rx = Rx do colo ao n° e 5º mto
 Sem dano

DIAGNOSTICO:

CID:

PRESCRICAO

HORARIO DA MEDICACAO

<i>Frato mto e mto</i>	<i>Imobilizado gesso</i>
<i>Atra com nino</i>	

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. PATO
 Dr. Vinicius Sobral
 Ortopedia e Traumatologia
 CRM: 188 ROE 3911
 ASSINATURA E CRIMBO DO MEDICO

Assinatura do paciente/Responsável





RELATÓRIO DE TRANSFERÊNCIA

UNIDADE DE ORIGEM

HOSPITAL REGIONAL GOV. JOÃO ALVES FILHO - N. S^{RA} DA GLÓRIA/SE

UNIDADE PARA REFERÊNCIA

Hospital Regional de Itabaiana

ENDEREÇO DA UNIDADE DE REFERÊNCIA

ESTAMOS ENCAMINHANDO O PACIENTE

Manuel dos Santos Maia

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 coluna fractal moto x moto e trauma em mão esquerda.

à radiografia evidência de fratura ou possivel fratura em ponte

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 não quebrado e ponte dental de fôlge proximal de 5º dito não quebrado

MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO

Ortética da entesófago

DATA DO ENCAMINHAMENTO

08.10.19

*Dr. Rafael Noronha Marinho
Médico
CRM-SE-6169*

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO

HOSPITAL DR PEDRO GARCIA MORENO FILHO

Receituário

R) Samuel dos S. Menezes

Receituário:

- Se cir de quad
(Huse).

Fresque 5º ROR € 52

Coxa branca -

- Ambulatório de retomos
(Huse)

3234-3412

Dr. Saulo Lélis
Ortopedia e Traumatologia

CRM-SE 3724 ROE 2875

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

HOSPITAL DR PEDRO GARCIA MORENO FILHO

Receituário

R) Samuel dos S. Meirelles

Receituário:

- Se. cir de crânio
(HUC)

Frete em 5º ROR 452

com desconto

- Acubuloterapia de retângulo
(HUC)

3234-3412

Dr. Saulo Lélis
Ortopedia e Traumatologia
CRA-SE 3774 - ROE 2875

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

NOME
SAMUEL DOS SANTOS MOURA

DOC. IDENTIDADE / ÓRGÃO EMISOR(NF)
35790229 SSP SE

CPF
061.542.135-06 DATA NASCIMENTO
31/03/1993

PAI(NA) /
LUIZ CARLOS MENNEMES
MOURA
MARIA CLEODICE DOS
SANTOS MOURA

PERMISSÃO
ACC CAT/NA
AB

Nº REGISTRO
05481638711 VALADE
23/02/2022 1ª INSCRIÇÃO
02/05/2012

OBSERVAÇÕES:

SEM OBSERVAÇÃO:

Samuel dos Santos Moura

ASSINATURA DO PORTADOR

DATA DE EMISSÃO
08/03/2017

LOCAL
ARACAJU, SE

48454609351
SE019077092

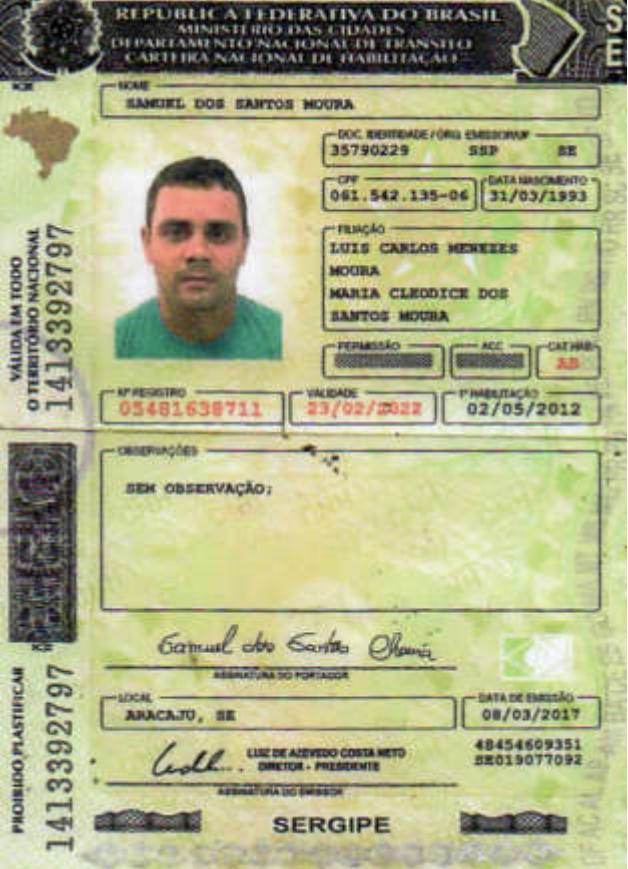
Luz de Azevedo Costa Neto
DIRETOR - PRESIDENTE

ASSINATURA DO EMISSOR

SERGIPE

VALIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL
1413392797

PROIBIDO PLASTIFICAR
1413392797





SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.240.000/0001-04

20

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

Por este instrumento particular, eu (nome completo) Samuel dos Santos Moura (nacionalidade) Brasileiro, (profissão) Jogador, 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 Jogo do Vento, na cidade de Sao Miguel do Aleixo (UF) SE, CEP 49, nomeio e constituo meu procurador, (nome do representante) Jose Maria De O. Rosa (nacionalidade) Brasileiro, (profissão) Consultor, portador da cédula de identidade RG nº 21233829, emitido pela SSP / (UF) SE, inscrito sob o CPF nº 020.003.675-00, residente na (endereço completo) Rua Dos Gilos, na cidade de Sao Joaquim, (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) Sao Miguel do Aleixo



(assinatura) Samuel dos Santos Moura

RG 1 35790229

CARTÓRIO DO OFÍCIO ÚNICO
SÃO MIGUEL DO ALEIXO

Praca Domício José das Graças, 238 - Centro
São Miguel do Aleixo/SE - CEP: 49926-010 - Fone: (79) 99989-9840
Tabelião: Gleuber 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, Escrivente.
São Miguel do Aleixo/SE.
Emol. R\$ 7,73; FERD R\$ 1,47; Total R\$ 9,84.
Selo TJSE: 201929610001546.
Acesse: www.tjse.jus.br/x/616Q7C.



Marcos Garcia Lima
Escrivente

(conhecida por AUTENTICIDADE)

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

Por este instrumento particular, eu (nome completo) Samuel dos Santos Moura,
(nacionalidade) Brasileiro, (profissão) Jurado, 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 Vento, na cidade de
São Miguel do Aleixo (UF) SE, CEP 49.680-000, nomeio e
constitue meu procurador, (nome do representante) Geovane Marcos da C. Roca
(nacionalidade) Brasileiro, (profissão) funcionário, 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 Guilos, na cidade de
São Miguel do Aleixo, (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



Praca Domício José das Graças, 238 - Centro
São Miguel do Aleixo/SE - CEP: 48350-001 - Fone: (79) 99999-9843
TABELIÃO: GLAIBER 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\$ 9,84.
Selo TJSE: 201929610001546.
Acesse: www.tjse.jus.br/x/6Y6Q7C.



Marcos Garcia Lima
Escrevente (documento 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

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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

JOSE MARCOS DE OLIVEIRA ROSA

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

Valorização 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