

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190547161 **Cidade:** Poço Redondo **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: EVERALDO JOSE DOS SANTOS **Data do acidente:** 18/06/2019 **Seguradora:** ALFA SEGURADORA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 26/09/2019

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO RÁDIO DIREITO.
FRATURA DO PLANALTO TIBIAL ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO. ALTA MÉDICA. P8,10

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO.
LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO JOELHO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO.
APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO JOELHO ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

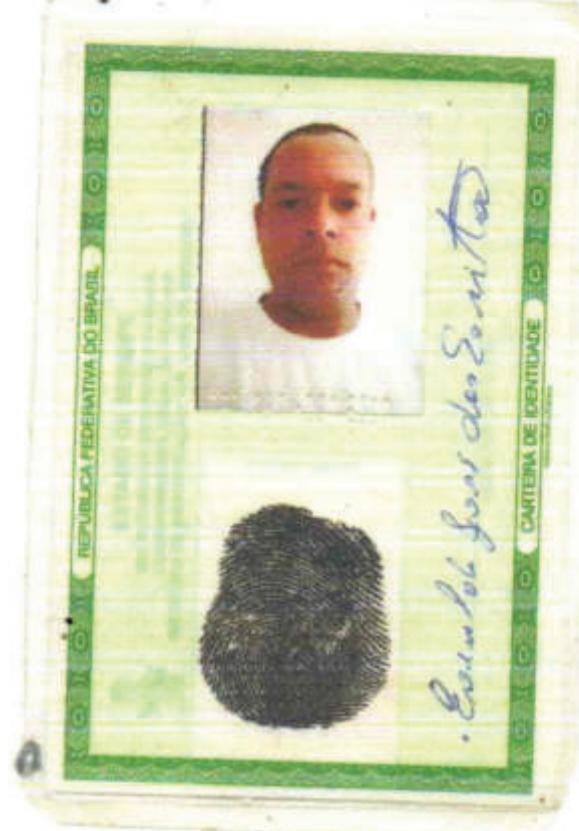
| DANOS CORPORAIS COMPROVADOS | Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74) | Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74) | % Apurado | Indenização pelo dano |
|---|---|---|------------------|------------------------------|
| Perda funcional completa de um dos membros superiores | 70 % | Em grau leve - 25 % | 17,5% | R\$ 2.362,50 |
| Perda completa da mobilidade de um joelho | 25 % | Em grau médio - 50 % | 12,5% | R\$ 1.687,50 |
| Total | | | 30 % | R\$ 4.050,00 |

| | | | |
|--|--|----------------------------------|--------------|
| CS | | 00000000000000000000000000000000 | 013269142616 |
| DETRAN - SE CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEICULO | | | |
| 5 | | 6 | |
| 4 | | 5 | |
| 3 | | 4 | |
| 2 | | 3 | |
| 1 | | 2 | |
| 7 | | | |
| 8 | | | |
| 9 | | | |
| 10 | | | |
| 11 | | | |
| 12 | | | |
| 13 | | | |
| 14 | | | |
| 15 | | | |
| 16 | | | |
| 17 | | | |
| 18 | | | |
| 19 | | | |
| 20 | | | |
| 21 | | | |
| 22 | | | |
| 23 | | | |
| 24 | | | |
| 25 | | | |
| 26 | | | |
| 27 | | | |
| 28 | | | |
| 29 | | | |
| 30 | | | |
| 31 | | | |
| 32 | | | |
| 33 | | | |
| 34 | | | |
| 35 | | | |
| 36 | | | |
| 37 | | | |
| 38 | | | |
| 39 | | | |
| 40 | | | |
| 41 | | | |
| 42 | | | |
| 43 | | | |
| 44 | | | |
| 45 | | | |
| 46 | | | |
| 47 | | | |
| 48 | | | |
| 49 | | | |
| 50 | | | |
| 51 | | | |
| 52 | | | |
| 53 | | | |
| 54 | | | |
| 55 | | | |
| 56 | | | |
| 57 | | | |
| 58 | | | |
| 59 | | | |
| 60 | | | |
| 61 | | | |
| 62 | | | |
| 63 | | | |
| 64 | | | |
| 65 | | | |
| 66 | | | |
| 67 | | | |
| 68 | | | |
| 69 | | | |
| 70 | | | |
| 71 | | | |
| 72 | | | |
| 73 | | | |
| 74 | | | |
| 75 | | | |
| 76 | | | |
| 77 | | | |
| 78 | | | |
| 79 | | | |
| 80 | | | |
| 81 | | | |
| 82 | | | |
| 83 | | | |
| 84 | | | |
| 85 | | | |
| 86 | | | |
| 87 | | | |
| 88 | | | |
| 89 | | | |
| 90 | | | |
| 91 | | | |
| 92 | | | |
| 93 | | | |
| 94 | | | |
| 95 | | | |
| 96 | | | |
| 97 | | | |
| 98 | | | |
| 99 | | | |
| 100 | | | |
| 101 | | | |
| 102 | | | |
| 103 | | | |
| 104 | | | |
| 105 | | | |
| 106 | | | |
| 107 | | | |
| 108 | | | |
| 109 | | | |
| 110 | | | |
| 111 | | | |
| 112 | | | |
| 113 | | | |
| 114 | | | |
| 115 | | | |
| 116 | | | |
| 117 | | | |
| 118 | | | |
| 119 | | | |
| 120 | | | |
| 121 | | | |
| 122 | | | |
| 123 | | | |
| 124 | | | |
| 125 | | | |
| 126 | | | |
| 127 | | | |
| 128 | | | |
| 129 | | | |
| 130 | | | |
| 131 | | | |
| 132 | | | |
| 133 | | | |
| 134 | | | |
| 135 | | | |
| 136 | | | |
| 137 | | | |
| 138 | | | |
| 139 | | | |
| 140 | | | |
| 141 | | | |
| 142 | | | |
| 143 | | | |
| 144 | | | |
| 145 | | | |
| 146 | | | |
| 147 | | | |
| 148 | | | |
| 149 | | | |
| 150 | | | |
| 151 | | | |
| 152 | | | |
| 153 | | | |
| 154 | | | |
| 155 | | | |
| 156 | | | |
| 157 | | | |
| 158 | | | |
| 159 | | | |
| 160 | | | |
| 161 | | | |
| 162 | | | |
| 163 | | | |
| 164 | | | |
| 165 | | | |
| 166 | | | |
| 167 | | | |
| 168 | | | |
| 169 | | | |
| 170 | | | |
| 171 | | | |
| 172 | | | |
| 173 | | | |
| 174 | | | |
| 175 | | | |
| 176 | | | |
| 177 | | | |
| 178 | | | |
| 179 | | | |
| 180 | | | |
| 181 | | | |
| 182 | | | |
| 183 | | | |
| 184 | | | |
| 185 | | | |
| 186 | | | |
| 187 | | | |
| 188 | | | |
| 189 | | | |
| 190 | | | |
| 191 | | | |
| 192 | | | |
| 193 | | | |
| 194 | | | |
| 195 | | | |
| 196 | | | |
| 197 | | | |
| 198 | | | |
| 199 | | | |
| 200 | | | |
| 201 | | | |
| 202 | | | |
| 203 | | | |
| 204 | | | |
| 205 | | | |
| 206 | | | |
| 207 | | | |
| 208 | | | |
| 209 | | | |
| 210 | | | |
| 211 | | | |
| 212 | | | |
| 213 | | | |
| 214 | | | |
| 215 | | | |
| 216 | | | |
| 217 | | | |
| 218 | | | |
| 219 | | | |
| 220 | | | |
| 221 | | | |
| 222 | | | |
| 223 | | | |
| 224 | | | |
| 225 | | | |
| 226 | | | |
| 227 | | | |
| 228 | | | |
| 229 | | | |
| 230 | | | |
| 231 | | | |
| 232 | | | |
| 233 | | | |
| 234 | | | |
| 235 | | | |
| 236 | | | |
| 237 | | | |
| 238 | | | |
| 239 | | | |
| 240 | | | |
| 241 | | | |
| 242 | | | |
| 243 | | | |
| 244 | | | |
| 245 | | | |
| 246 | | | |
| 247 | | | |
| 248 | | | |
| 249 | | | |
| 250 | | | |
| 251 | | | |
| 252 | | | |
| 253 | | | |
| 254 | | | |
| 255 | | | |
| 256 | | | |
| 257 | | | |
| 258 | | | |
| 259 | | | |
| 260 | | | |
| 261 | | | |
| 262 | | | |
| 263 | | | |
| 264 | | | |
| 265 | | | |
| 266 | | | |
| 267 | | | |
| 268 | | | |
| 269 | | | |
| 270 | | | |
| 271 | | | |
| 272 | | | |
| 273 | | | |
| 274 | | | |
| 275 | | | |
| 276 | | | |
| 277 | | | |
| 278 | | | |
| 279 | | | |
| 280 | | | |
| 281 | | | |
| 282 | | | |
| 283 | | | |
| 284 | | | |
| 285 | | | |
| 286 | | | |
| 287 | | | |
| 288 | | | |
| 289 | | | |
| 290 | | | |
| 291 | | | |
| 292 | | | |
| 293 | | | |
| 294 | | | |
| 295 | | | |
| 296 | | | |
| 297 | | | |
| 298 | | | |
| 299 | | | |
| 300 | | | |
| 301 | | | |
| 302 | | | |
| 303 | | | |
| 304 | | | |
| 305 | | | |
| 306 | | | |
| 307 | | | |
| 308 | | | |
| 309 | | | |
| 310 | | | |
| 311 | | | |
| 312 | | | |
| 313 | | | |
| 314 | | | |
| 315 | | | |
| 316 | | | |
| 317 | | | |
| 318 | | | |
| 319 | | | |
| 320 | | | |
| 321 | | | |
| 322 | | | |
| 323 | | | |
| 324 | | | |
| 325 | | | |
| 326 | | | |
| 327 | | | |
| 328 | | | |
| 329 | | | |
| 330 | | | |
| 331 | | | |
| 332 | | | |
| 333 | | | |
| 334 | | | |
| 335 | | | |
| 336 | | | |
| 337 | | | |
| 338 | | | |
| 339 | | | |
| 340 | | | |
| 341 | | | |
| 342 | | | |
| 343 | | | |
| 344 | | | |
| 345 | | | |
| 346 | | | |
| 347 | | | |
| 348 | | | |
| 349 | | | |
| 350 | | | |
| 351 | | | |
| 352 | | | |
| 353 | | | |
| 354 | | | |
| 355 | | | |
| 356 | | | |
| 357 | | | |
| 358 | | | |
| 359 | | | |
| 360 | | | |
| 361 | | | |
| 362 | | | |
| 363 | | | |
| 364 | | | |
| 365 | | | |
| 366 | | | |
| 367 | | | |
| 368 | | | |
| 369 | | | |
| 370 | | | |
| 371 | | | |
| 372 | | | |
| 373 | | | |
| 374 | | | |
| 375 | | | |
| 376 | | | |
| 377 | | | |
| 378 | | | |
| 379 | | | |
| 380 | | | |
| 381 | | | |
| 382 | | | |
| 383 | | | |
| 384 | | | |
| 385 | | | |
| 386 | | | |
| 387 | | | |
| 388 | | | |
| 389 | | | |
| 390 | | | |
| 391 | | | |
| 392 | | | |
| 393 | | | |
| 394 | | | |
| 395 | | | |
| 396 | | | |
| 397 | | | |
| 398 | | | |
| 399 | | | |
| 400 | | | |
| 401 | | | |
| 402 | | | |
| 403 | | | |
| 404 | | | |
| 405 | | | |
| 406 | | | |
| 407 | | | |
| 408 | | | |
| 409 | | | |
| 410 | | | |
| 411 | | | |
| 412 | | | |
| 413 | | | |
| 414 | | | |
| 415 | | | |
| 416 | | | |
| 417 | | | |
| 418 | | | |
| 419 | | | |
| 420 | | | |
| 421 | | | |
| 422 | | | |
| 423 | | | |
| 424 | | | |
| 425 | | | |
| 426 | | | |
| 427 | | | |
| 428 | | | |
| 429 | | | |
| 430 | | | |
| 431 | | | |
| 432 | | | |
| 433 | | | |
| 434 | | | |
| 435 | | | |
| 436 | | | |
| 437 | | | |
| 438 | | | |
| 439 | | | |
| 440 | | | |
| 441 | | | |
| 442 | | | |
| 443 | | | |
| 444 | | | |
| 445 | | | |
| 446 | | | |
| 447 | | | |
| 448 | | | |
| 449 | | | |
| 450 | | | |
| 451 | | | |
| 452 | | | |
| 453 | | | |
| 454 | | | |
| 455 | | | |
| 456 | | | |
| 457 | | | |
| 458 | | | |
| 459 | | | |
| 460 | | | |
| 461 | | | |
| 462 | | | |
| 463 | | | |
| 464 | | | |
| 465 | | | |
| 466 | | | |
| 467 | | | |
| 468 | | | |
| 469 | | | |
| 470 | | | |
| 471 | | | |
| 472 | | | |
| 473 | | | |
| 474 | | | |
| 475 | | | |
| 476 | | | |
| 477 | | | |
| 478 | | | |
| 479 | | | |
| 480 | | | |
| 481 | | | |
| 482 | | | |
| 483 | | | |
| 484 | | | |
| 485 | | | |
| 486 | | | |
| 487 | | | |
| 488 | | | |
| 489 | | | |
| 490 | | | |
| 491 | | | |
| 492 | | | |
| 493 | | | |
| 494 | | | |
| 495 | | | |
| 496 | | | |
| 497 | | | |
| 498 | | | |
| 499 | | | |
| 500 | | | |
| 501 | | | |
| 502 | | | |
| 503 | | | |
| 504 | | | |
| 505 | | | |
| 506 | | | |
| 507 | | | |
| 508 | | | |
| 509 | | | |
| 510 | | | |
| 511 | | | |
| 512 | | | |
| 513 | | | |
| 514 | | | |
| 515 | | | |
| 516 | | | |
| 517 | | | |
| 518 | | | |
| 519 | | | |
| 520 | | | |
| 521 | | | |
| 522 | | | |
| 523 | | | |
| 524 | | | |
| 525 | | | |
| 526 | | | |
| 527 | | | |
| 528 | | | |
| 529 | | | |
| 530 | | | |
| 531 | | | |
| 532 | | | |
| 533 | | | |
| 534 | | | |
| 535 | | | |
| 536 | | | |
| 537 | | | |
| 538 | | | |
| 539 | | | |
| 540 | | | |
| 541 | | | |
| 542 | | | |
| 543 | | | |
| 544 | | | |
| 545 | | | |
| 546 | | | |
| 547 | | | |
| 548 | | | |
| 549 | | | |
| 550 | | | |
| 551 | | | |
| 552 | | | |
| 553 | | | |
| 554 | | | |
| 555 | | | |
| 556 | | | |
| 557 | | | |
| 558 | | | |
| 559 | | | |
| 560 | | | |
| 561 | | | |
| 562 | | | |
| 563 | | | |
| 564 | | | |
| 565 | | | |
| 566 | | | |
| 567 | | | |
| 568 | | | |
| 569 | | | |
| 570 | | | |
| 571 | | | |
| 572 | | | |
| 573 | | | |
| 574 | | | |
| 575 | | | |
| 576 | | | |
| 577 | | | |
| 578 | | | |
| 579 | | | |
| 580 | | | |
| 581 | | | |
| 582 | | | |
| 583 | | | |
| 584 | | | |
| 585 | | | |
| 586 | | | |
| 587 | | | |
| 588 | | | |
| 589 | | | |
| 590 | | | |
| 591 | | | |
| 592 | | | |
| 593 | | | |
| 594 | | | |
| 595 | | | |
| 596 | | | |
| 597 | | | |
| 598 | | | |
| 599 | | | |
| 600 | | | |
| 601 | | | |
| 602 | | | |
| 603 | | | |
| 604 | | | |
| 605 | | | |
| 606 | | | |
| 607 | | | |
| 608 | | | |
| 609 | | | |
| 610 | | | |
| 611 | | | |
| 612 | | | |
| 613 | | | |
| 614 | | | |
| 615 | | | |
| 616 | | | |
| 617 | | | |
| 618 | | | |
| 619 | | | |
| 620 | | | |
| 621 | | | |
| 622 | | | |
| 623 | | | |
| 624 | | | |
| 625 | | | |
| 626 | | | |
| 627 | | | |
| 628 | | | |
| 629 | | | |
| 630 | | | |
| 631 | | | |
| 632 | | | |
| 633 | | | |
| 634 | | | |
| 635 | | | |
| 636 | | | |
| 637 | | | |
| 638 | | | |
| 639 | | | |
| 640 | | | |
| 641 | | | |
| 642 | | | |
| 643 | | | |
| 644 | | | |
| 645 | | | |
| 646 | | | |
| 647 | | | |
| 648 | | | |
| 649 | | | |
| 650 | | | |
| 651 | | | |
| 652 | | | |
| 653 | | | |
| 654 | | | |
| 655 | | | |
| 656 | | | |
| 657 | | | |
| 658 | | | |
| 659 | | | |
| 660 | | | |
| 661 | | | |
| 662 | | | |
| 663 | | | |
| 664 | | | |
| 665 | | | |
| 666 | | | |
| 667 | | | |
| 668 | | | |
| 669 | | | |
| 670 | | | |
| 671 | | | |
| 672 | | | |
| 673 | | | |
| 674 | | | |
| 675 | | | |
| 676 | | | |
| 677 | | | |
| 678 | | | |
| 679 | | | |
| 680 | | | |
| 681 | | | |
| 682 | | | |
| 683 | | | |
| 684 | | | |
| 685 | | | |
| 686 | | | |
| 687 | | | |
| 688 | | | |
| 689 | | | |
| 690 | | | |
| 691 | | | |
| 692 | | | |
| 693 | | | |
| 694 | | | |
| 695 | | | |
| 696 | | | |
| 697 | | | |
| 698 | | | |
| 699 | | | |
| 700 | | | |
| 701 | | | |
| 702 | | | |
| 703 | | | |
| 704 | | | |
| 705 | | | |
| 706 | | | |
| 707 | | | |
| 708 | | | |
| 709 | | | |
| 710 | | | |
| 711 | | | |
| 712 | | | |
| 713 | | | |
| 714 | | | |
| 715 | | | |
| 716 | | | |
| 717 | | | |
| 718 | | | |
| 719 | | | |
| 720 | | | |
| 721 | | | |
| 722 | | | |
| 723 | | | |
| 724 | | | |
| 725 | | | |
| 726 | | | |
| 727 | | | |
| 728 | | | |
| 729 | | | |
| 730 | | | |
| 731 | | | |
| 732 | | | |
| 733 | | | |
| 734 | | | |
| 735 | | | |
| 736 | | | |
| 737 | | | |
| 738 | | | |
| 739 | | | |
| 740 | | | |
| 741 | | | |
| 742 | | | |
| 743 | | | |
| 744 | | | |
| 745 | | | |
| 746 | | | |
| 747 | | | |
| 748 | | | |
| 749 | | | |
| 750 | | | |
| 751 | | | |
| 752 | | | |
| 753 | | | |
| 754 | | | |
| 755 | | | |
| 756 | | | |
| 757 | | | |
| 758 | | | |
| 759 | | | |
| 760 | | | |
| 761 | | | |
| 762 | | | |
| 763 | | | |
| 764 | | | |
| 765 | | | |
| 766 | | | |
| 767 | | | |
| 768 | | | |
| 769 | | | |
| 770 | | | |
| 7 | | | |

| | | |
|--|------------------------------------|---|
| ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA | | |
| www.seguradoralider.com.br SAC DPVAT 0800 022 1204 | | |
| EXERCÍCIO — DATA EMISSÃO 2016 04/07/2017 | | |
| WA ** | CNPJ / CNPJ 533.403.105-72 | PLACA QKT6059 |
| RENAVAM 1069041731 | MARCA / MODELO HONDA / POP 110I | |
| ANO FAB. 2015 | CETENE 9 | Nº CHASSI 9C2JB0100GR025668 |
| PRÊMIO TARIFÁRIO | | |
| VIS (R\$) 81,29 | DEPUTADO (R\$) 9,03 | CUSTO DO SEGURO (R\$) 90,32 |
| CUSTO DO BILHETE (R\$) 4,15 | IPF (R\$) 0,70 | VALOR DO INSS DO COBRADOR (R\$) 185,50 |
| PAGAMENTO | | DATA DE QUITAÇÃO 03/07/2017 |
| SEGURADORA LÍDER - DPVAT CNPJ 00.310.688/0001-36 | | |

INVESTPREV

24 SET 2019



INVESTPREV
24 SET 2019

DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

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

Eu, Maria Renalva Santos,

RG nº 643.950, data de expedição 02/06/2011

Órgão SSP/SC, portador do CPF nº 533.403.105-72,

com domicílio na cidade de Nossa Senhora da Glória, no Estado de
Sergipe, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

Rua José Batista Sobrinho, nº 53,

complemento Passa, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

mençãoado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima

Everaldo José dos Santos, cujo o condutor era

Everaldo José dos Santos.

Veículo: BAS/MOTOCICLETA Modelo: HONDA POP 110 I Ano: 2015-2016

Placa: AKT 6059 Chassi: 9C2J80100GR025668

Data do Acidente: 18/06/2019

Local e Data: Nossa Senhora da Glória, 20/09/2019

x Maria Renalva Santos

Assinatura do Declarante

INVESTPREV

24 SET 2019

Assinatura do Condutor
(caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)



RECONHECIMENTO
Reconhecido para autenticidade a firma indicada de MARIA RENALVA SANTOS
que confere c/ o padrão reg. neste serventia. Dou fé.
Nossa Senhora da Glória/SE, 20 de setembro de 2019

FEDERAL ALVES DA SILVA (Assinante)
20/09/2019 09:57:22 Valor Total: R\$ 8,84
Selos TJSE: 201929674019715. Acesse:
<https://www.tjse.jus.br/x4NQ9B3>



AA041087

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
 CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoraslider.com.br> ou ligue para o **SAC DPVAT** 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

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 nº 9.613/96.

Pelo exposto, eu José Marcos de Oliveira Rosa inscrito (a) no CPF sob o Nº 020.003.6251.00, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Enivaldo José dos Santos inscrito (a) no CPF sob o Nº 011.897.885 / 35, do sinistro de DPVAT cobertura Invulgez da Vítima Enivaldo dos Santos, inscrito (a) no CPF sob o Nº 011.897.885 / 35, 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 Das Silos</u> | Número | <u>217</u> | Complemento |
| Bairro | <u>Silos</u> | Cidade | <u>Nossa Senhora da Glória</u> | Estado |
| Email | <u>Marcosdgloria@gmail.com</u> | Telefone comercial (DDD) | <u>79-99925-2568</u> | CEP |
| | | Telefone celular (DDD) | <u>79-99918-9207</u> | Telefone celular (DDD) |

INVESTPREV

24 SET 2019

J. Sra da Glória do de Setembro de 2019

Local e Data

2019 Marcos de Oliveira Rosa

Assinatura do Declarante

Ato

MS/DATASUS

HOSPITAL DE URGENCIAS DE SERGIPE - HUSE

Nº. DO BEB: 7491

DATA: 16/06/2015 HORA: 20:04 USUARIO: CSSOUZA
CNS:

DEPART: UG-ORTOPEDIA

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

Nome: ENGRACIO JOSE DOS SANTOS Doc...:
 Idade: 27 ANOS Sexo: MASCULINO
 Endereço: RUIZ ANTONIO FRANCISCO DE SOUZA QUAD Número: 163
 Complemento: BAIRRO: CENTRO
 Município: NOSSA SENHORA DA GLORIA UF: SE CEP...:
 Nome Pai/Mae: JOSE RENALDO DOS SANTOS MARIA RENALDO SANTOS
 Residenciais: RESIDENCIAL TEL...: 79-9989828
 Procedencia: NOSSA SENHORA DA GLORIA-SE 80
 Atenção: ACIDENTE MOTOCICLISTICO (MOTOS)
 CASO POLICIA: NAO PLANO DE SAUDE: NAO TRAUMA: NAO
 CASO TRABALHO: NAO VELHO DE AMBULANCIA: NAO

PA: [] X S: [] A: [] T: [] TEP: [] P: [] PESO: []

EXAMES COMPLEMENTARES: [] BAIO X [] SANGUE [] URINA [] TC
 [] LECOUR [] ECG [] ULTRASSONOGRAFIA

ORIENTACAO DE ADMISSAO DO PACIENTE: [] SIM [] NAO

DATA ADMISSAO:

DATA PRIMEIROS SINTOMAS:

06/06/2015 *06/06/2015*
20:00 *20:00*
 ANOTACOES DE ESFERMAGEM: *Canjuru*

06/06/2015 *06/06/2015*

CID:

HORARIO DA MEDICACAO

INVESTPREV

24 SET 2019

DATA DE SAIDA:

HORA DA SAIDA: :

ALERTA: [] MORTALHO MEDICO [] A PENDO [] UTI/EPAC

[] DESISTENCIA

ENTREGUE AO AMBULANCA/RES

ENTREGUE NO PRÓPRIO HOSPITAL (RESERVA):

INVESTIGACAO AVULSA DE BOMBEIROS

ESTADO: [] FED. [] REG. [] FAMILIA [] IML [] ANAT. PATOL

INVESTIGACAO AVULSA DE BOMBEIROS

INSTITUICAO E CARTINHO DO MEDICO

FATURA MENSAL *

Matrícula
505033.2

| Número da Conta | | FATURA MENSAL * | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|-----------------|--|---------------------|-----------|-----------------------|-------------|-------|--------|-----------------------|----------------------------|--------------------------------|-------------------|------|---------------------------|------|---------------------------|------|--------------------------|------|----|----|--|----|-----|--|----|----|----|--|----|-----|---------------------------------------|--|--|--|--|--|--|
| MARIA RENALVA SANTOS | | *** ANO ATÉ 2019 DE LORIOL *** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Endereço | | ***, ***.***-*** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| RUA JOSE BATISTA SOBRINHO, NUM. 153, Nº DA DESO 11, N. SENHORA DA GLÓRIA, 49680-000 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Impressão da Fatura/Extrato | Data da Leitura | Notificação | Descrição - Período | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 704004/00282 | 06/09/2019 | A18G673330 | RES: 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Leitura Anterior: 195 Leitura Atual: 209 Consumo Calculado (m3): 14 Multa de Mora (m3): 14 Data Inicial de Leitura: 07/08/19 Data de Leitura: 07/08/19 Data de Faturamento: 06/10/19 Multa de Mora (m3): 0,40 Prévia de Prazo: 18/09/19 | | HISTÓRICO DE CONSUMO 06/19 00012 07/19 00012 08/19 00018 09/19 00015 06/19 00011 07/19 00020 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | PRÉVIA DE TRIBUTAÇÃO (R\$) CVR INI: R. 70 PAS/PT: 1,24 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <table border="1"> <thead> <tr> <th>Serviço</th> <th>Valor</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ÁGUA</td> <td>71,50</td> </tr> <tr> <td>ESGOTO</td> <td>0,00</td> </tr> <tr> <td>080 MULTA P/IMPONTUALIDADE</td> <td>1,10</td> </tr> <tr> <td>091 JUROS DE MORA</td> <td>1,26</td> </tr> <tr> <td>094 ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA</td> <td>0,85</td> </tr> <tr> <td>094 ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA</td> <td>0,18</td> </tr> <tr> <td></td> <td>0,11</td> </tr> </tbody> </table> | | | | Serviço | Valor | ÁGUA | 71,50 | ESGOTO | 0,00 | 080 MULTA P/IMPONTUALIDADE | 1,10 | 091 JUROS DE MORA | 1,26 | 094 ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA | 0,85 | 094 ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA | 0,18 | | 0,11 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Serviço | Valor | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ÁGUA | 71,50 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ESGOTO | 0,00 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 080 MULTA P/IMPONTUALIDADE | 1,10 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 091 JUROS DE MORA | 1,26 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 094 ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA | 0,85 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 094 ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA | 0,18 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 0,11 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Data Referência | | TOTAL A PAGAR (R\$) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 09/2019 | | VENCIMENTO: 15/09/2019 74,98 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| SETEMBRO AMARELO: MÊS DA PREVENÇÃO AO SUICÍDIO. SUA VIDA É A MELHOR ESCOLHA! | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>A Falta de pagamento dessa fatura 30 (trinta) dias após seu vencimento implicará na interrupção do fornecimento de serviços - art. 91, Decreto-Lei nº 27.665/2010.</p> <p>CANAL DE ATENDIMENTO: 0800 079 0195 - SAC: 4020-0195 AGÊNCIA VIRTUAL: www.deso-se.com.br/agenciavirtual</p> <p>Qualidade da Água Distribuída (Decreto Federal nº 5.440/2005 - Art.5º Inciso I)</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Parâmetro</th> <th>Tensão</th> <th>Cor</th> <th>Cloro</th> <th>Fior</th> <th>Calor/Resíduos Totais</th> <th>Substâncias</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Nº Mínimo de Amostras Exigidas</td> <td>50</td> <td>48</td> <td>50</td> <td></td> <td>50</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Nº de Amostras Aprovadas</td> <td>50</td> <td>50</td> <td>50</td> <td></td> <td>50</td> <td>70%</td> </tr> <tr> <td>Nº Mínimo de Amostras com Conformidade com Norma: 2,0000</td> <td>41</td> <td>44</td> <td>54</td> <td></td> <td>50</td> <td>70%</td> </tr> <tr> <td>Percentual de Conformidade com Norma:</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> | | | | Parâmetro | Tensão | Cor | Cloro | Fior | Calor/Resíduos Totais | Substâncias | Nº Mínimo de Amostras Exigidas | 50 | 48 | 50 | | 50 | | Nº de Amostras Aprovadas | 50 | 50 | 50 | | 50 | 70% | Nº Mínimo de Amostras com Conformidade com Norma: 2,0000 | 41 | 44 | 54 | | 50 | 70% | Percentual de Conformidade com Norma: | | | | | | |
| Parâmetro | Tensão | Cor | Cloro | Fior | Calor/Resíduos Totais | Substâncias | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nº Mínimo de Amostras Exigidas | 50 | 48 | 50 | | 50 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nº de Amostras Aprovadas | 50 | 50 | 50 | | 50 | 70% | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nº Mínimo de Amostras com Conformidade com Norma: 2,0000 | 41 | 44 | 54 | | 50 | 70% | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Percentual de Conformidade com Norma: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Preencher para Autenticação do Cliente | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  DESO COMPANHIA DE SANEAMENTO DE SERGIPE | | Dados da Fatura Matrícula: 505033.2 Data: 15/09/2019 Notificação: 09/2019 9 TOTAL A PAGAR (R\$): 74,98 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

826400000004 749800418206 505033209204 191505033214



INVESTPREV

24 SET 2019

JOSE MARCOS DE OLIVEIRA ROSA
RUA DOS SLOS, 02171 CASA A - SLOS
NOSSA SENHORA DA GLORIA / SE CEP: 48810020 (AD: 402)

Logradouro: SFLASCO
Cidade: RES MTC 21 / RESIDENCIAL - RESIDENCIAL
Número: 5-480-340-7381 Referência: Set/2019
Medidor: E000248122 Emissão: 10/09/2019

energisa

ENERGISA SERGIPÉ DISTRIBUÍDORA DE ENERGIA S/A
Rua Min. Apolônio Sales, 21 - Início Barreiros
Aracaju/SE - CEP 49904-180
CNPJ 12.017.402/0001-40 - Insc. Est. 270.767-438
Nota Fiscal Cód. de Energia Elétrica: N018.754.372
Cód. para Dib. Automatiz. 00009127279

Atendimento ao Clíente ENERGISA 08000 79 0196 www.energisa.com.br

| Conta referente a | Apresentação | Data prevista da próxima leitura | CPF/ CNPJ/ RAM |
|-------------------|--------------|----------------------------------|----------------|
| Set / 2019 | 10/09/2019 | 10/10/2019 | 020.003.676-00 |

UC (Unidade Consumidora): 3/912787-9

Canal de contato:

| Anterior | Atual | Constante | Consumo | Dias |
|---|------------------|------------------|------------------|--------------------------|
| Data 09/08/19 | Leritura 9554 | Data 10/09/19 | Leritura 9421 | |
| Demonstrativo | | | | |
| CCI: Descrição Quantidade Tarifa U. Valor Bruto Custo Adm. Imposto Base Custo Pto(R\$) Custo Adm. Tributos Total(R\$) ICMS(R\$) ICMS Custo Pto(R\$) Pto(Outras R\$) (0,7140%) (0,2852%) | | | | |
| 0801 Consumo em kWh | 67.000 0,747520 | 50,00 | 50,00 | 25 13,32 50,50 0,38 1,85 |
| 0801 Adic. B. Viagem | | 2,77 | 2,77 | 25 0,91 3,77 0,02 0,02 |
| LANÇAMENTOS E SERVIÇOS | | | | |
| 0807 CONTRIB LUM PÚBLICA | | 8,78 | 0,00 | 0 0,00 0,00 0,00 0,00 |
| 0804 JUROS DE MORA 08/2019 | | 9,87 | 0,00 | 0 0,00 0,00 0,00 0,02 |
| 2805 MULTA 08/2019 | | 0,64 | 0,00 | 0 0,00 0,00 0,00 0,00 |

CCI: Código de Classificação do Item TOTAL: 63,52 R\$ 63,52 15,45 52,81 0,38 1,77
Tarifa M/ Taxas: 0,581720

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

| |
|---|
| Histórico de Consumo (kWh) |
| 99 74 58 75 73 125 172 128 78 79 75 54 Set/18 Out/18 Nov/18 Dez/18 Jan/19 Feb/19 Mar/19 Abr/19 Mai/19 Jun/19 Jul/19 Ago/18 |

RESERVADO AO FISCO
568a.be59.14a4.50d3.0764.f484.abc9.8090.

| Indicadores de Qualidade | | Composição do Consumo | |
|--------------------------|---------|-----------------------|--------------------|
| Límites do ANEEL | Apurado | Limite de Tensão (V) | Disciplinadas |
| INC. MENSAL | 8,35 | 9,02 | 12,32 20,94 |
| INC. TRIMESTRAL | 12,20 | MÍNIMA: | 12,39 22,28 |
| INC. ANUAL | 24,60 | 127 | 12,39 22,28 |
| FC. MENSAL | 9,28 | 1,00 CONTRATADA | 12,25 24,17 |
| FC. TRIMESTRAL | 8,52 | LIMITE INFERIOR: | 12,25 28,20 59,00 |
| FC. ANUAL | 18,45 | 117 | 12,25 28,20 59,00 |
| DMC | 3,53 | LIMITE SUPERIOR: | 12,25 28,20 59,00 |
| DCRI | 12,44 | 9,00 | Total 63,52 100,00 |

| | |
|--|-------------------|
| ATENÇÃO | Faturas em atraso |
| Atenção: A responsabilidade pelo cumprimento da cláusula é da profissão do beneficiário. | |

INVESTPREV

24 SET 2019

BANCO DO BRASIL PAGAR INDEPENDENTEMENTE NO BANCO DO BRASIL
00190.00009 03087.693008 02808.547174 8 80150000008352

PAGADOR: JOSE MARCOS DE OLIVEIRA ROSA - CPF/CNPJ: 021.201.615-02
RUA DOS SLOS, 02171 CASA A - SLOS - NOSSA SENHORA DA GLORIA / SE CEP: 48810020

| Nossa N. | Nº Documento | Data de Vencimento | Valor do Documento | Valor Taxa |
|-------------------|-----------------|--------------------|--------------------|------------|
| 32671820000808547 | 000912787201809 | 17/09/2019 | R\$ 63,52 | |

BENEFICIÁRIO: ENERGISA SERGIPÉ DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A CNPJ 13.017.402/0001-82
Rua Min. Apolônio Sales, 21 - Início Barreiros - Aracaju/SE - CEP 49904-180

Agenzia / Código do beneficiário: 3064-3/178003-4

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:

011.897.885-35 Everaldo José dos Santos

4 - Nome completo da vítima:

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

| | | | | | |
|--------------------|--------------------------|--|------------------|-------------------------|-------------------|
| 5 - Nome completo: | Everaldo José dos Santos | | 6 - CPF: | 011.897.885-35 | |
| 7 - Profissão: | Barnader | | 8 - Endereço: | 9 - Número: | 10 - Complemento: |
| 11 - Bairro: | Centro | | 12 - Cidade: | Nossa Senhora da Glória | |
| 13 - Estado: | SC | | 14 - CEP: | 49680-000 | |
| 15 - E-mail: | Marcosdigloria@gmail.com | | 16 - Tel. (DDD): | 79-99918-9202 | |

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"/> RECUSO 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: CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

 CONTA CORRENTE (Todos os bancos)Nome do BANCO: BrasilAGÊNCIA: CONTA:

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider a crédito 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 IMI - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

| | | | | | | |
|--|---|--|--|---|---|-------------------------------|
| 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): | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> 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: <input type="checkbox"/> Falecidos: | 30 - Vítima deixou nascituro (se necessário? <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: <input type="checkbox"/> 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 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
INVESTPREV

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

24 SET 2019

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

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

38 - 1º | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, *Nossa Senhora da Glória, 20.09.2019*
Conselho de Juiz

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



INVESTPREV

24 SET 2019

C / Corrente



GOVERNO DO ESTADO DE SERGIPE
PÓLICIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE POÇO REDONDO - POÇO REDONDO - SE



BOLETIM DE OCORRÊNCIA

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 19/09/2019 11:31 Data/Hora Fim: 19/09/2019 11:53
Delegado de Policia: Fabio Santos Santana

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia Municipal de Poço Redondo
Data/Hora do Fato: 18/06/2019 16:30

Local do Fato

Município: Nossa Senhora da Glória (SE) Bairro: Centro
Logradouro: proximo a ABB
CEP: 49.680-000

Tipo do Local: Via Pública

| Natureza | Meio(s) Empregado(s) |
|---|----------------------|
| 1095: Auto lesão - Acidente de trânsito | Não Houve |

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: EVERALDO JOSE DOS SANTOS (VÍTIMA, COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: SE - Aracaju Sexo: Masculino Nasc: 18/09/1981
Profissão: Agricultor
Estado Civil: Solteiro(a)
Nome da Mãe: Maria Renalva Santos
Nome do Pai: Jose Eraldo dos Santos

Endereço

Município: Poço Redondo - SE
Logradouro: COSTA ANTONIO FRANCISCO DE SOUSA N°: 153
Complemento: RUA D CEP: 49.680-000
Telefone: (79) 9981-4972 (Celular)

INVESTPREV

24 SET 2019

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

| | |
|---|---|
| Grupo Veículo | Subgrupo Motocicleta/Motoneta |
| Descrição PAS/MOTOCICLETA | CPF/CNPJ do Proprietário 533.403.105-72 |
| Placa QKT6059 | Renavam 106904173 |
| Número do Chassi 9C2JB0100GR025668 | Ano/Modelo Fabricação 2015/2016 |
| Cor VERMELHA | UF Veículo Sergipe |
| Município Veículo Nossa Senhora da Glória | Marca/Modelo HONDA/POP110I |
| Veículo Adulterado? Não | Quantidade 1 Unidade |
| Situação Envolvido | |

| Nome Envolvido | Envolvimentos |
|--------------------------|---------------|
| Everaldo Jose dos Santos | Possuidor |

RELATO/HISTÓRICO

RELATA o noticiante que conduzia uma motocicleta pertencente a pessoa de MARIA RENALVA SANTOS pelo local acima



Delegado de Policia Civil: Fabio Santos Santana
Impresso por: Cleber Martins da Silva
Data de Impressão: 19/09/2019 11:54
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 2

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos



GOVERNO DO ESTADO DE SERGIPE
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE POÇO REDONDO - POÇO REDONDO

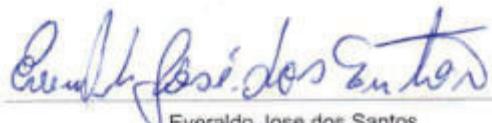


BOLETIM DE OCORRÊNCIA

citado, quando perdeu o controle vindo a cair após atropelar o cachorro que cruzou a via de forma inesperada. Que sofreu fratura no braço direito e perna esquerda, sendo socorrida por populares e conduzido ao HUSE ARACAJU, logo em seguida foi transferido ao HOSPITAL DE CIRURGIA, aonde foi submetida a intervenção cirúrgica. É o relato.

ASSINATURAS


Everaldo Jose dos Santos
Agente de Polícia
Matrícula 471289-6598
Nascimento 29/09/1964
Responsável pelo Atendimento


Everaldo Jose dos Santos
(Vítima / Comunicante)

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

INVESTPREV

24 SET 2019

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:

011.897.885-35 Everaldo José dos Santos

4 - Nome completo da vítima:

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

| | | | | | |
|--------------------|--------------------------|--|------------------|-------------------------|-------------------|
| 5 - Nome completo: | Everaldo José dos Santos | | 6 - CPF: | 011.897.885-35 | |
| 7 - Profissão: | Barnader | | 8 - Endereço: | 9 - Número: | 10 - Complemento: |
| 11 - Bairro: | Centro | | 12 - Cidade: | Nossa Senhora da Glória | |
| 13 - Estado: | SC | | 14 - CEP: | 49680-000 | |
| 15 - E-mail: | Marcosdigloria@gmail.com | | 16 - Tel. (DDD): | 79-99918-9202 | |

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"/> RECUSO 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: CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

 CONTA CORRENTE (Todos os bancos)Nome do BANCO: BrasilAGÊNCIA: CONTA:

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider a crédito 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 IMI - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

| | | | | | | |
|---|---|--|-------------------------------------|---|--------------------------------|---|
| 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): | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não | 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: | | |
| 28 - Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim | 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: <input type="checkbox"/> Falecidos: | 30 - Vítima deixou nascituro (se necessário)? <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: <input type="checkbox"/> Falecidos: |
| <input type="checkbox"/> Não | | | | | | 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim |

Estou ciente de que a Seguradora Lider 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
 Preenchida
 digitalmente
 ou assinada
 por meio de
 dispositivo
 de identificação
 eletrônica

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

24 SET 2019

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

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

38 - 1º | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, *Nossa Senhora da Glória, 20.09.2019*
Conselho de Juiz

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Renato de Oliveira
43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)



INVESTPREV

24 SET 2019

C / Corrente

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, 27 de Novembro de 2019

**Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3190547161**

Vítima: EVERALDO JOSE DOS SANTOS

Data do Acidente: 18/06/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE MARCOS DE OLIVEIRA ROSA

Assunto: REANÁLISE DO PEDIDO DO SEGURO DPVAT

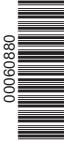
Senhor(a), EVERALDO JOSE DOS SANTOS

Após revisão da Análise Médica Documental ou perícia em 25/11/2019, verificou-se que a lesão permanente apresentada já foi adequadamente indenizada, nos termos da Lei nº 6.194, de 1974, não tendo sido identificado agravamento da invalidez permanente da vítima, ou nova lesão permanente decorrente do mesmo acidente de trânsito.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para você



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, 26 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190547161

Vítima: EVERALDO JOSE DOS SANTOS

Data do Acidente: 18/06/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE MARCOS DE OLIVEIRA ROSA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), EVERALDO JOSE DOS SANTOS

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

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, 30 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190547161 **Vítima: EVERALDO JOSE DOS SANTOS**

Data do Acidente: 18/06/2019 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: JOSE MARCOS DE OLIVEIRA ROSA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), EVERALDO JOSE DOS SANTOS

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\$ 4.050,00 |

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

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um joelho 25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: EVERALDO JOSE DOS SANTOS

Valor: R\$ 4.050,00

Banco: 001

Agência: 000000612-2

Conta: 0000015114-9

Tipo: CONTA CORRENTE

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,



BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 24/10/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 4.050,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: EVERALDO JOSE DOS SANTOS

BANCO: 001

AGÊNCIA: 00612-2

CONTA: 000000015114-9

Nr. da Autenticação C400BEA3EC71B17A



HOSPITAL DE CLÍNICAS "DR. AUGUSTO LEITE"
RELATÓRIO DO ATO CIRÚRGICO

UNIDADE:

PACIENTE:

Orvaldo José da Costa

MATRÍCULA:

1100256

EDAD:

37 anos

CONVÉNIO:

SUS

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO:

Fractura de radio dianteira

CIRURGIA REALIZADA:

Redutora cirúrgica com fixação

CIRURGIA:

Dr. Roberto Lima

AUXILIAR:

ANESTESIOLOGISTA:

Dra. Fabrícia

AUXILIAR:

AUXILIAR:

ANESTESIA UTILIZADA:

DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO:

EQUIPAMENTOS

B. E. BIPOLAR

TRÉPANO ELÉTRICO

SERRA ELÉTRICA

MICROSCÓPIO CIRÚRGICO

FONTE DE LUZ / FIBRA ÓTICA

DESCRIÇÃO DO ATO CIRÚRGICO:

Orvaldo Costa

Intervenção

Fratura

Envolvimento

Redutora cirúrgica com fixação

Síntese de ferimento

Fixação

Dr. Roberto Lima
Ortopedia Traumatologia

CRM 1173

ASSINATURA DO CIRURGIAO

03/07/19

DATA

MOD. 042-HCAL

INVESTPREV

24 SET 2019

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0329359/19

Número do Sinistro: 3190547161

Vítima: EVERALDO JOSE DOS SANTOS

CPF: 011.897.885-35

CPF de: Próprio

Data do acidente: 18/06/2019

EVERALDO JOSE DOS SANTOS

Seguradora: ALFA SEGURADORA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Documentação médica-hospitalar

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: 18/11/2019
Nome: JOSE MARCOS DE OLIVEIRA ROSA
CPF: 020.003.675-00

JOSE MARCOS DE OLIVEIRA ROSA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 18/11/2019
Nome: JOSE MARINO GOYA ARAUJO
CPF: 221.365.090-04

JOSE MARINO GOYA ARAUJO

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0329359/19

Vítima: EVERALDO JOSE DOS SANTOS

CPF: 011.897.885-35

CPF de: Próprio

Data do acidente: 18/06/2019

EVERALDO JOSE DOS SANTOS

Seguradora: ALFA SEGURADORA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médica-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

EVERALDO JOSE DOS SANTOS : 011.897.885-35

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: 24/09/2019
Nome: JOSE MARCOS DE OLIVEIRA ROSA
CPF: 020.003.675-00

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 24/09/2019
Nome: JOSE MARINO GOYA ARAUJO
CPF: 221.365.090-04

JOSE MARCOS DE OLIVEIRA ROSA

JOSE MARINO GOYA ARAUJO