

# 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

**Valoração 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

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

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

DETRAN

CONTRAN

CS 0000004677510 Nº 013269142616  
DETRAN SE CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEICULO  
1 01069041731 000000000000 2016  
MARIA RENAI VA SANTOS  
533.403.105-72 QKT6059  
QKT6059/SE 9C2JB0100GR025068

PAS/MOTOCICLETA/ GASOLINA  
HONDA/POP 110I 2015 2016  
2P710CV/109CC PARTIC VERMELHA

PAGO  
FAIXA 12VA  
PREMIO TARIFARIO (R\$) 81,29  
DETRAN (R\$) 9,03  
CUSTO DO SEGURO (R\$) 90,32

SEGURO PAGO REF. AO EXERCICIO 2016

DOCUMENTO DE DEPÓSITO CANCELAMENTO  
AL. FIDUC. BANCO HUBER S/A  
NOSSA SENHORA DA GLORIA-S 04/07/2017

SE Nº 013269142616 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT  
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO  
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br  
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCICIO DATA EMISSAO  
2016 04/07/2017

VA 533.403.105-72 PLACA QKT6059  
RENAVAM 1069041731 MARCA/MODELO HONDA/POP 110I  
ANO FAB. 2015 CAT. TRF 9 Nº CHASSI 9C2JB0100GR025068

PRÊMIO TARIFÁRIO

PAGAMENTO  
X COTA ÚNICA  
PREMIO TARIFARIO (R\$) 81,29  
DETRAN (R\$) 9,03  
CUSTO DO SEGURO (R\$) 90,32  
CUSTO DO BILHETE (R\$) 4,15  
IDF (R\$) 0,70  
TOTAL DO BILHETE (R\$) 185,50  
DATA DE COTAÇÃO 03/07/2017

SEGURODORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 00.319.000/0001-04

INVESTPREV

24 SET 2019



## DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou entre em contato através de um dos números abaixo:

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

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

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

Eu, Maria Renalva Santos  
RG nº 643.950, data de expedição 02/06/2011  
Órgão SSP/SE, 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 Jose Batista Sobrinho, nº 53  
complemento Casa, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo  
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima  
Everaldo Jose Dos Santos, cujo o condutor era  
Everaldo Jose Dos Santos  
Veículo: PAS/MOTOCICLETA Modelo: HONDA POP 110 I Ano: 2015-2016  
Placa: ARKT6059 Chassi: 9C2J B0100GR025668  
Data do Acidente: 18/06/2019



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

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:  
Reconheço por autenticidade a firma indicada de MARIA RENALVA SANTOS  
que confere c/c o padrão reg. nesta serventia. Dou fé.  
Nossa Senhora da Glória/SE, 20 de setembro de 2019

EDERALDO ALVES DA SILVA (Escrivente)  
20/09/2019 09:57:22 Valor Total R\$ 8,94  
Selo TJSE: 201929674019715, Acesse:  
<https://www.tjse.jus.br/x/4NQ9B3>



AA041087

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

**INFORMAÇÕES 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 SUSEP<sup>1</sup> nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF<sup>2</sup>**.

<sup>1</sup> Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

<sup>2</sup> Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Jose Marcos De Oliveira Rosa inscrito (a) no CPF sob o Nº 020.003.625/00 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Erivaldo Jose Dos Santos inscrito (a) no CPF sob o Nº 011.897.885/35 do sinistro de DPVAT cobertura Imobiliz da Vítima Erivaldo Jose 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 Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço	<u>Rua Das Silas</u>		Número	<u>217</u>	Complemento	<u>Casa - A</u>
Bairro	<u>Silas</u>	Cidade	<u>Nossa Senhora da Glória</u>	Estado	<u>SE</u>	CEP
Email	<u>Marcosdegloria@gmail.com</u>		Telefone comercial(DDD)	<u>79-99925-2568</u>	Telefone celular (DDD)	<u>79-99918-9207</u>

**INVESTPREV**

24 SET 2019

N.ª da Glória de Setembro de 2019

Local e Data

Jose Marcos de Oliveira Rosa  
Assinatura do Declarante

## DATA

HOSPITAL DE EMERGENCIAS DE SERGIPE - HUSE

No. 70 BR: 7492  
CNS:

DATA: 18/06/2015 HORA: 20:04  
UNIC: 13-ORR0303DIA

USUARIO: CSSOUZA

CIS:

REF: 13-0157251A

## IDENTIFICATION OF FACTORS

NOME.....	EMERSON JOSE DOS SANTOS	DOC....	
IDADE.....	27 ANOS NASC: 28/08/1981	SEXO...:	MASCULINO
ENDERECO.....	CONT ANTONIO FRANCISCO DE SOUZA RUAD	NUMERO:	153
COMPLEMENTO.....	BARRIO: CENTRO		
MUNICIPIO.....	NOSSA SENHORA DA GLORIA	UF: SE	CEP...: -
NOME PAI/MAE...	JOSE REINALDO DOS SANTOS		(MARIA RENALDO SANTOS
RESPONSAVEL...	BARBOSA MENDES	TEL....:	79-9989828
PROCEDENCIA...	NOSSA SENHORA DA GLORIA-SE		80
ASSIDUO...	ACIDENTE MOTOCICLISTICO (MOTOS)		
USO SOLICIA...	NAO	PLANO DE SAUDE...:	NAO
USO...	NAO	VEICULO DE AMBULANCIA:	NAO

DATA PRIMEIROS SINTOMAS:

ENCLAVES DE ENFERMAGEM:

HORARIO DA MEDICACAO

INVESTPREV

24 SET 2019

DATA DE SAÍDA: \_\_\_\_\_ HORA DA SAÍDA: \_\_\_\_\_  
 LUGAR: [ ] HOSPITAL MÉDICA [ ] A. PÉDULO [ ] EVASÃO [ ] DESISTÊNCIA  
 ENTREGUE AO AMBULATÓRIO  
 TRANSFERÊNCIA AO PRÓPRIO HOSPITAL (SEMPRE): \_\_\_\_\_

1. ☐ GEN. MED. 2. ☐ GEN. SURG. 3. ☐ GEN. MED. 4. ☐ GEN. SURG. 5. ☐ GEN. MED. 6. ☐ GEN. SURG. 7. ☐ GEN. MED. 8. ☐ GEN. SURG. 9. ☐ GEN. MED. 10. ☐ GEN. SURG. 11. ☐ GEN. MED. 12. ☐ GEN. SURG. 13. ☐ GEN. MED. 14. ☐ GEN. SURG. 15. ☐ GEN. MED. 16. ☐ GEN. SURG. 17. ☐ GEN. MED. 18. ☐ GEN. SURG. 19. ☐ GEN. MED. 20. ☐ GEN. SURG. 21. ☐ GEN. MED. 22. ☐ GEN. SURG. 23. ☐ GEN. MED. 24. ☐ GEN. SURG. 25. ☐ GEN. MED. 26. ☐ GEN. SURG. 27. ☐ GEN. MED. 28. ☐ GEN. SURG. 29. ☐ GEN. MED. 30. ☐ GEN. SURG. 31. ☐ GEN. MED. 32. ☐ GEN. SURG. 33. ☐ GEN. MED. 34. ☐ GEN. SURG. 35. ☐ GEN. MED. 36. ☐ GEN. SURG. 37. ☐ GEN. MED. 38. ☐ GEN. SURG. 39. ☐ GEN. MED. 40. ☐ GEN. SURG. 41. ☐ GEN. MED. 42. ☐ GEN. SURG. 43. ☐ GEN. MED. 44. ☐ GEN. SURG. 45. ☐ GEN. MED. 46. ☐ GEN. SURG. 47. ☐ GEN. MED. 48. ☐ GEN. SURG. 49. ☐ GEN. MED. 50. ☐ GEN. SURG. 51. ☐ GEN. MED. 52. ☐ GEN. SURG. 53. ☐ GEN. MED. 54. ☐ GEN. SURG. 55. ☐ GEN. MED. 56. ☐ GEN. SURG. 57. ☐ GEN. MED. 58. ☐ GEN. SURG. 59. ☐ GEN. MED. 60. ☐ GEN. SURG. 61. ☐ GEN. MED. 62. ☐ GEN. SURG. 63. ☐ GEN. MED. 64. ☐ GEN. SURG. 65. ☐ GEN. MED. 66. ☐ GEN. SURG. 67. ☐ GEN. MED. 68. ☐ GEN. SURG. 69. ☐ GEN. MED. 70. ☐ GEN. SURG. 71. ☐ GEN. MED. 72. ☐ GEN. SURG. 73. ☐ GEN. MED. 74. ☐ GEN. SURG. 75. ☐ GEN. MED. 76. ☐ GEN. SURG. 77. ☐ GEN. MED. 78. ☐ GEN. SURG. 79. ☐ GEN. MED. 80. ☐ GEN. SURG. 81. ☐ GEN. MED. 82. ☐ GEN. SURG. 83. ☐ GEN. MED. 84. ☐ GEN. SURG. 85. ☐ GEN. MED. 86. ☐ GEN. SURG. 87. ☐ GEN. MED. 88. ☐ GEN. SURG. 89. ☐ GEN. MED. 90. ☐ GEN. SURG. 91. ☐ GEN. MED. 92. ☐ GEN. SURG. 93. ☐ GEN. MED. 94. ☐ GEN. SURG. 95. ☐ GEN. MED. 96. ☐ GEN. SURG. 97. ☐ GEN. MED. 98. ☐ GEN. SURG. 99. ☐ GEN. MED. 100. ☐ GEN. SURG. 101. ☐ GEN. MED. 102. ☐ GEN. SURG. 103. ☐ GEN. MED. 104. ☐ GEN. SURG. 105. ☐ GEN. MED. 106. ☐ GEN. SURG. 107. ☐ GEN. MED. 108. ☐ GEN. SURG. 109. ☐ GEN. MED. 110. ☐ GEN. SURG. 111. ☐ GEN. MED. 112. ☐ GEN. SURG. 113. ☐ GEN. MED. 114. ☐ GEN. SURG. 115. ☐ GEN. MED. 116. ☐ GEN. SURG. 117. ☐ GEN. MED. 118. ☐ GEN. SURG. 119. ☐ GEN. MED. 120. ☐ GEN. SURG. 121. ☐ GEN. MED. 122. ☐ GEN. SURG. 123. ☐ GEN. MED. 124. ☐ GEN. SURG. 125. ☐ GEN. MED. 126. ☐ GEN. SURG. 127. ☐ GEN. MED. 128. ☐ GEN. SURG. 129. ☐ GEN. MED. 130. ☐ GEN. SURG. 131. ☐ GEN. MED. 132. ☐ GEN. SURG. 133. ☐ GEN. MED. 134. ☐ GEN. SURG. 135. ☐ GEN. MED. 136. ☐ GEN. SURG. 137. ☐ GEN. MED. 138. ☐ GEN. SURG. 139. ☐ GEN. MED. 140. ☐ GEN. SURG. 141. ☐ GEN. MED. 142. ☐ GEN. SURG. 143. ☐ GEN. MED. 144. ☐ GEN. SURG. 145. ☐ GEN. MED. 146. ☐ GEN. SURG. 147. ☐ GEN. MED. 148. ☐ GEN. SURG. 149. ☐ GEN. MED. 150. ☐ GEN. SURG. 151. ☐ GEN. MED. 152. ☐ GEN. SURG. 153. ☐ GEN. MED. 154. ☐ GEN. SURG. 155. ☐ GEN. MED. 156. ☐ GEN. SURG. 157. ☐ GEN. MED. 158. ☐ GEN. SURG. 159. ☐ GEN. MED. 160. ☐ GEN. SURG. 161. ☐ GEN. MED. 162. ☐ GEN. SURG. 163. ☐ GEN. MED. 164. ☐ GEN. SURG. 165. ☐ GEN. MED. 166. ☐ GEN. SURG. 167. ☐ GEN. MED. 168. ☐ GEN. SURG. 169. ☐ GEN. MED. 170. ☐ GEN. SURG. 171. ☐ GEN. MED. 172. ☐ GEN. SURG. 173. ☐ GEN. MED. 174. ☐ GEN. SURG. 175. ☐ GEN. MED. 176. ☐ GEN. SURG. 177. ☐ GEN. MED. 178. ☐ GEN. SURG. 179. ☐ GEN. MED. 180. ☐ GEN. SURG. 181. ☐ GEN. MED. 182. ☐ GEN. SURG. 183. ☐ GEN. MED. 184. ☐ GEN. SURG. 185. ☐ GEN. MED. 186. ☐ GEN. SURG. 187. ☐ GEN. MED. 188. ☐ GEN. SURG. 189. ☐ GEN. MED. 190. ☐ GEN. SURG. 191. ☐ GEN. MED. 192. ☐ GEN. SURG. 193. ☐ GEN. MED. 194. ☐ GEN. SURG. 195. ☐ GEN. MED. 196. ☐ GEN. SURG. 197. ☐ GEN. MED. 198. ☐ GEN. SURG. 199. ☐ GEN. MED. 200. ☐ GEN. SURG. 201. ☐ GEN. MED. 202. ☐ GEN. SURG. 203. ☐ GEN. MED. 204. ☐ GEN. SURG. 205. ☐ GEN. MED. 206. ☐ GEN. SURG. 207. ☐ GEN. MED. 208. ☐ GEN. SURG. 209. ☐ GEN. MED. 210. ☐ GEN. SURG. 211. ☐ GEN. MED. 212. ☐ GEN. SURG. 213. ☐ GEN. MED. 214. ☐ GEN. SURG. 215. ☐ GEN. MED. 216. ☐ GEN. SURG. 217. ☐ GEN. MED. 218. ☐ GEN. SURG. 219. ☐ GEN. MED. 220. ☐ GEN. SURG. 221. ☐ GEN. MED. 222. ☐ GEN. SURG. 223. ☐ GEN. MED. 224. ☐ GEN. SURG. 225. ☐ GEN. MED. 226. ☐ GEN. SURG. 227. ☐ GEN. MED. 228. ☐ GEN. SURG. 229. ☐ GEN. MED. 230. ☐ GEN. SURG. 231. ☐ GEN. MED. 232. ☐ GEN. SURG. 233. ☐ GEN. MED. 234. ☐ GEN. SURG. 235. ☐ GEN. MED. 236. ☐ GEN. SURG. 237. ☐ GEN. MED. 238. ☐ GEN. SURG. 239. ☐ GEN. MED. 240. ☐ GEN. SURG. 241. ☐ GEN. MED. 242. ☐ GEN. SURG. 243. ☐ GEN. MED. 244. ☐ GEN. SURG. 245. ☐ GEN. MED. 246. ☐ GEN. SURG. 247. ☐ GEN. MED. 248. ☐ GEN. SURG. 249. ☐ GEN. MED. 250. ☐ GEN. SURG. 251. ☐ GEN. MED. 252. ☐ GEN. SURG. 253. ☐ GEN. MED. 254. ☐ GEN. SURG. 255. ☐ GEN. MED. 256. ☐ GEN. SURG. 257. ☐ GEN. MED. 258. ☐ GEN. SURG. 259. ☐ GEN. MED. 260. ☐ GEN. SURG. 261. ☐ GEN. MED. 262. ☐ GEN. SURG. 263. ☐ GEN. MED. 264. ☐ GEN. SURG. 265. ☐ GEN. MED. 266. ☐ GEN. SURG. 267. ☐ GEN. MED. 268. ☐ GEN. SURG. 269. ☐ GEN. MED. 270. ☐ GEN. SURG. 271. ☐ GEN. MED.



DESO: Rua Campo da Bola, 333, 13 de Julho, Aracaju-SE, 55020-000  
 CEP: 55020-000 Fone: (79) 3211-0011 Fax: (79) 3211-0012

FATURA MENSAL \*

Matrícula  
505033.2

Nome do Cliente: **MARIA RENALVA SANTOS**

Endereço: **RUA JOSE BATISTA SOBRINHO, NUM. 153, No DA DESO 11, N. SENHORA DA GLORIA, 49680-000**

Código de Cliente: **704004/00282** Data de Vencimento: **06/09/2019** Número de Fatura: **A18G673330** Serviço - Descrição: **RES: 1**

Ítem	Valor	Descrição
Leit. Anterior	105	
Leit. Atual	209	
Consumo Faturado (m³)	14	
Média de Consumo (m³)	14	
Quantidade de Leituras		
Data de Leit. Anterior	07/08/19	
Data de Faturação	30	
Multa Aplicada (%)	11.40	
Provisão para Prov. Leit.	06/10/19	

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

HISTÓRICO DE CONSUMO

Período	Consumo (m³)
06/19	00012
07/19	00012
08/19	00014
09/19	00015
10/19	00011
11/19	00020

PROVISÃO DE TRIBUTOS (R\$)

COT. IAG: 0.70 PAG. P: 1.24

Serviço	Valor
AGUA	71.50
ESGOTO	0.00
080 MULTA P/IMPONTUALIDADE	1.10
091 JUROS DE MORA	1.28
091 JUROS DE MORA	0.85
094 ATUALIZACAO MONETARIA	0.18
094 ATUALIZACAO MONETARIA	0.11

09/2019 VENCIMENTO: 15/09/2019 TOTAL A PAGAR R\$ 74.98

SETEMBRO AMARELO: MÊS DA PREVENÇÃO AO SUICÍDIO. SUA VIDA É A MELHOR ESCOLHA!

A falta de pagamento dessa fatura 50 (trinta) dias após seu vencimento implicará na interrupção do fornecimento de serviços - art 91, Decreto Lei nº 27.686/2010.

CANAL DE ATENDIMENTO: 0800 079 0195 - SAC: 4020-0195  
 AGÊNCIA VIRTUAL: [www.deso-se.com.br/agenciavirtual](http://www.deso-se.com.br/agenciavirtual)

Qualidade da Água Distribuída (Decreto Federal nº 5.440/2005 - Art.5º inciso I)

Parâmetro	Turbidez	Cor	Cloro	Flor	Coliformes Totais	Coliformes Fe
Nº Máximo de Amostras Exigidas	50	50	50		50	
Nº de Amostras Analisadas	50	50	50		50	50
Qº Máximo de Amostras em Conformidade com Norma	41	44	54		55	58



**DESO**  
 COMPANHIA DE SANEAMENTO DE SERGIPE

Matrícula: 505033.2

Data de Vencimento: 15/09/2019

Data de Faturação: 09/2019 9

TOTAL A PAGAR R\$ 74.98

826400000004 749800418206 505033209204 191505033214



INVESTPREV

24 SET 2019

JOSE MARCOS DE OLIVEIRA ROSA  
RUA DOS SILOS, 0217 / CASA A - SILOS  
NOSSA SENHORA DA GLORIA / SE CEP 4980000 (AO 432)



Ligação SPASCO  
Cl/Seg RES NTC 21 / RESIDENCIAL-RESIDENCIAL  
Roteiro 5-430-340-7381 Referência Set/2019  
Medidor E8003349123 Emissão 10/09/2019

ENERGISA SERGIPE/DISTRIB ENERGIA SA  
Rua Min. Apolinário Sales, 21 - Início Barreira  
Aracaju/SE - CEP 49040-190  
CNPJ 13.017.802/0001-83 Insc Est 270.767-438  
Nota Fiscal/Conta de Energia Elétrica Nº 016.754.372  
Cid. sem Dst. Automático 0000912379

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

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RANI
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: 09/08/18 Leitura: 5054	Data: 10/09/19 Leitura: 5421	1	367	32

Demonstrativo									
CD	Descrição	Quantidade	Tarifa	Valor Base	Cat	Alc	Impostos	Base Calc	Porcentagem
0801	Consumo em kWh	37.000	0,741530	30,08	50,08	25	13,52	50,08	0,26
0801	Adc B Yamaha			2,77	3,77	25	0,94	3,77	0,00
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS									
0807	CONTRIB LUM PUBLICA			8,78	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0804	J.FROS DE NOVA 08/2019			0,57	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0805	MULTA 08/2019			0,54	0,00	0	0,00	0,00	0,00

CCI Código de Classificação do Item	TOTAL	53,52	53,52	13,45	50,08	0,26	1,77
Tarifa de Tributos	53,52						

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

Histórico de Consumo (kWh)											
99	74	88	75	73	123	172	128	78	76	75	54
Ser/18	Out/18	Nov/18	Dez/18	Jan/19	Fev/19	Mai/19	Abr/19	Mar/19	Jun/19	Jul/19	Ago/19

RESERVADO AO FISCO  
568a.be50.14a4.50d3.0764.f484.ebc9.8090.

Indicadores de Qualidade				Comparação de Consumo		
Limites de ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)		Discriminação	Valor (R\$)	%
DC MENSAL	8,15	3,82	NOMINAL	Remun. de Det. de Energia/SE	13,35	20,84
DC TRIMESTRAL	12,23			Contrib. de Energia	20,39	32,04
DC ANUAL	24,46		CONTRATADA	Contrib. de Transmissão	1,80	2,83
FC MENSAL	8,72	1,00		Encargos Gerais	26,62	41,77
FC TRIMESTRAL	13,08			Impostos Diretos e Encargos	25,28	39,70
FC ANUAL	26,16			Subs. Serviços	0,22	0,35
CMC	3,53	0,00	LIMITE SUPERIOR			
DIGM	12,22		133			
				Total	63,52	100,00

**ATENÇÃO**

Atenção: A responsabilidade pela iluminação pública é da Prefeitura do Município.

**Faturas em atraso**

**INVESTPREV**

24 SET 2019

BANCO DO BRASIL		PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL		
00190.00009 03087.893008 02808.547174 8 80150000006352				
PAGADOR: JOSE MARCOS DE OLIVEIRA ROSA - CPF/CNPJ: 020.003.676-00				
RUA DOS SILOS, 0217 / CASA A - SILOS - NOSSA SENHORA DA GLORIA / SE CEP 4980000				
Nosso Nr	Nr Documento	Data de Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
3067293000280547	000912767201909	17/09/2019	R\$ 63,52	
BENEFICIÁRIO: ENERGISA SERGIPE/DISTRIB ENERGIA SA CNPJ 13.017.802/0001-83				
Rua Min. Apolinário Sales, 21 - Início Barreira - Aracaju/SE - CEP 49040-190				
Agência / Código do beneficiário: 3064-3/TT8003-4				

# 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: 011.892.885-35 4 - Nome completo da vítima: Everaldo Jose Dos Santos

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

5 - Nome completo: Everaldo Jose Dos Santos 6 - CPF: 011.892.885-35  
7 - Profissão: Barnador 8 - Endereço: Rua Jose Batista Salbunho 9 - Número: 153 10 - Complemento: Casa  
11 - Bairro: Centro 12 - Cidade: Nossa Senhora da Glória 13 - Estado: SC 14 - CEP: 49680-000  
15 - E-mail: Marcondesgloria@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: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)  
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)  
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)  
☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)  
Nome do BANCO: Brasil  
AGÊNCIA: 0612 2 CONTA: 15114 9

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

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

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

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

Peio motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do 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: ☐ 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 (ou nascidos)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

INVESTPREV

24 SET 2019

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

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

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

38 - 1ª | Nome: CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Nossa Senhora da Glória, 20.09.2019

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  
POLÍCIA 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 Polícia: 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)

Logradouro: próximo a ABB

Bairro: Centro

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

Complemento: RUA D

Nº: 153

CEP: 49.680-000

Telefone: (79) 9981-4972 (Celular)

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 Polícia 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 - SE



BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº 098696/2019

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 cirurgica. É o relato.

ASSINATURAS

Jose Benito de Melo Santos  
Agente de Polícia  
Matrícula 471286-558  
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 e ciente que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei origem, conforme previsto nos Artigos 339-Denúncia Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."

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: 011.892.885-35 4 - Nome completo da vítima: Everaldo Jose Dos Santos

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

5 - Nome completo: Everaldo Jose Dos Santos 6 - CPF: 011.892.885-35  
7 - Profissão: Barnador 8 - Endereço: Rua Jose Batista Salbunho 9 - Número: 153 10 - Complemento: Casa  
11 - Bairro: Centro 12 - Cidade: Nossa Senhora da Glória 13 - Estado: SC 14 - CEP: 49680-000  
15 - E-mail: Marcondesgloria@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: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)  
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)  
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)  
☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)  
Nome do BANCO: Brasil  
AGÊNCIA: 0612 2 CONTA: 15114 9

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

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

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

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

Peio motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do 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: ☐ 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 (ou nascos)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido: 35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido: 36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido: 37 - (\*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido:

38 - 1ª | Nome: CPF: Assinatura da testemunha  
39 - 2ª | Nome: CPF: Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Nossa Senhora da Glória, 20.09.2019

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

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



---

**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

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, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

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

Atenciosamente,



# 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:

Osvaldo Brito Santos

MATRÍCULA:

1100256

IDADE:

37 anos

CONVÊNIO:

SUS

DIAGNÓSTICO PRE-OPERATÓRIO:

Fratura de rádio distal

CIRURGIA REALIZADA:

Redução cirúrgica com fixação

CIRURGIÃO:

Dr. Roberto Lima

ANESTESIOLOGISTA:

Sra. Patricia

AUXILIAR:

AUXILIAR:

AUXILIAR:

ANESTESIA UTILIZADA:

DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO

EQUIPAMENTOS

☐ B. E. 7 BIPOLAR

☐ TRÉPANO ELÉTRICO

☐ SERRA ELÉTRICA

☐ MICROSCÓPIO CIRÚRGICO

☐ FONTE DE LUZ / FIBRA ÓTICA

DESCRIÇÃO DO ATO CIRÚRGICO:

Osteíte dorsal

Integridade

Fratura

Fratura - Omeia

Redução cirúrgica com fixação

Síntese de ferimento

Purificação

Dr. Roberto Lima  
Ortopedia Traumatologia

CRM 1173

ASSINATURA DO CIRURGIÃO

03/07/19

DATA

MOD. 042-HCAL

# 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

**Seguradora:** ALFA SEGURADORA

**Data do acidente:** 18/06/2019

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** EVERALDO JOSE DOS SANTOS

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

Documentação médico-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](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

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

### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 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

**Seguradora:** ALFA SEGURADORA

**Data do acidente:** 18/06/2019

**Titular do CPF:** EVERALDO JOSE DOS SANTOS

**CPF de:** Próprio

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

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

### 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](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

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

### Portador da documentação apresentada

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

JOSE MARCOS DE OLIVEIRA ROSA

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

JOSE MARINO GOYA ARAUJO