
Rio de Janeiro, 11 de Julho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190417454

Vítima: MARIA IVANILDE SANTOS

Data do Acidente: 08/03/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MARIA IVANILDE 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, 25 de Julho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190417454

Vítima: MARIA IVANILDE SANTOS

Data do Acidente: 08/03/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), MARIA IVANILDE SANTOS

Informamos que o pagamento da indenização o Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um tornozelo 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: **MARIA IVANILDE SANTOS**

Valor: **R\$ 1.687,50**

Banco: **104**

Agência: **000000059**

Conta: **00000656373-6**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 02 de Agosto de 2019

Aos Cuidados de: **MARIA IVANILDE SANTOS**

Nº Sinistro: **3190417454**
MARIA IVANILDE SANTOS

Data do Acidente: **08/03/2019**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: REANÁLISE DE PROCESSO - CONDUTA MANTIDA

Senhor(a),

Em atendimento à sua solicitação, foi feita a reanálise médica do seu pedido de indenização por invalidez permanente, cadastrado sob o **número de sinistro 3190417454**.

Como a documentação apresentada não indica a existência de novas lesões permanentes ou de agravamento daquelas já indenizadas em decorrência do acidente sofrido, o seu pedido de reanálise foi encerrado e o valor indenizado mantido, conforme legislação vigente.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 14651622



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 417.552.605-63 Nome completo da vítima: MARIA IYANILDE SANTOS

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

Nome completo: MARIA IYANILDE SANTOS CPF: 417.552.605-63
Profissão: AUX. SERVIÇO GERAL Endereço: R. 15 DE AGOSTO Número: 18 Complemento: -
Bairro: BRASILIA Cidade: NOSSA SENHORA DA GLÓRIA Estado: SE CEP: 49680-000
E-mail: mariaivanildegloria@gmail.com Tel.(DDD): 19 9934 5884

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

RENDA MENSAL:
☐ RECUSO INFORMAR ☒ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: 0059 CONTA: 00656373 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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.

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 Líder 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

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____
Grau de Parentesco com a vítima: _____ Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não
Vivos: _____ Falecidos: _____

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.

Impressão
digital da
vítima ou
beneficiário
não alfabetizado

Local e Data: Nossa Senhora da Glória/SE 02/04/19
Nome: _____
CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Maria Ivanilde Santos
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____
CPF: _____
Assinatura: _____

2ª Nome: _____
CPF: _____
Assinatura: _____

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



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

BOLETIM DE Ocorrência

Nº: 055254/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 24/05/2019 10:01 Data/Hora Fim: 24/05/2019 10:14

Delegado de Polícia: Samuel Souza de Brito Oliveira

DADOS DA Ocorrência

Afeto: Delegacia Regional de Nossa Senhora da Glória Aisp

Data/Hora do Fato: 08/03/2019 17:30

Local do Fato

Município: Nossa Senhora da Glória (SE)
Logradouro: Rua 15 de agosto

Bairro: Centro
Nº: 18
CEP: 49.680-000

Tipo do Local: Residência

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1617: Acidentes diversos - trauma	Não Houve

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: MARIA IVANILDE SANTOS (COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira

Naturalidade: SE - Laranjeiras

Sexo: Feminino

Nasc: 17/01/1968

Profissão: Encarregado de Serviços Gerais

Escolaridade: Ensino Médio Completo

Estado Civil: Solteiro(a)

Nome da Mãe: Lenilde Teles dos Santos

Nome do Pai: Jose Alfredo Gomes Santos

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 417.552.605-63

Endereço

Município: Nossa Senhora da Glória - SE
Logradouro: Rua 15 de agosto
Bairro: Centro
Telefone: (79) 9984-5884 (Celular)

Nº: 18
CEP: 49.680-000



OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Nenhum Objeto Informado

RELATO/HISTÓRICO

Relata a noticiante que em 08 de março, por volta das 17:30 conduzia sua motocicleta Honda Biz, placa IAC-7443, Chassi 9C2IA04207R056406, quando nas proximidades de sua casa localizada na Rua 15 de agosto, em Nossa Senhora da Glória, tentou frear mas havia umas piçarras no calçamento, se desequilibrou, caiu ao chão e precisou ser encaminhada, em princípio, ao Hospital de Glória e em seguida foi levada ao Hospital de Itabaiana onde precisou operar o tornozelo esquerdo que havia quebrado, na operação foi colocado seis parafusos e duas placas de platina e ficou internada por três dias em decorrência do acidente. Registra o fato para acionamento do seguro DPVAT

André Luiz Bastos Nery
Bel. André Luiz Bastos Nery
Delegado de Polícia Civil



Delegado de Polícia Civil: Samuel Souza de Brito Oliveira
Impressão por: André Luiz Bastos Nery
Data de Impressão: 24/05/2019 10:14
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 2

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 055254/2019

ASSINATURAS

Escrivão de Polícia Civil

André Luiz Bastos Nery
Responsável pelo Atendimento

+ Maria Ivanilde Santos

Maria Ivanilde Santos
(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 329-Denúnciação, 330-Denúnciação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."

Bel. André Luiz Bastos Nery
Escrivão de Polícia Civil



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 417.552.605-63 Nome completo da vítima: MARIA IYANILDE SANTOS

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

Nome completo: MARIA IYANILDE SANTOS CPF: 417.552.605-63
Profissão: AUX. SERVIÇO GERAL Endereço: R. 15 DE AGOSTO Número: 18 Complemento: -
Bairro: BRASILIA Cidade: NOSSA SENHORA DA GLÓRIA Estado: SE CEP: 49680-000
E-mail: mariaivanildegloria@gmail.com Tel.(DDD): 19 9934 5884

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

RENDA MENSAL:
☐ RECUSO INFORMAR ☒ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: 0059 CONTA: 00656373 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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.

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 Líder 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

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____
Grau de Parentesco com a vítima: _____ Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não
Vivos: _____ Falecidos: _____

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.

Impressão
digital da
vítima ou
beneficiário
não alfabetizado

Local e Data: Nossa Senhora da Glória/SE 02/04/19
Nome: _____
CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Maria Ivanilde Santos
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

Nega alergias

MS/DATASUS

HOSPITAL REGIONAL DE NOSSA SENHORA DA GLORIA

No. DO BE: 406814

DATA: 08/03/2019

HORA: 17:41

USUARIO: LMBSILVA

CNS: 898002755052084

SETOR: 04-SALA DE PROCEDIMENTOS

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME : MARIA IVANILDE SANTOS DOC...:
IDADE.....: 51 ANOS NASC: 17/01/1968 SEXO...: FEMININO
ENDERECO.....: RUA 15 DE AGOSTO NUMERO: 18
COMPLEMENTO...: CASA BAIRRO: BRASILIA
MUNICIPIO.....: NOSSA SENHORA DA GLORIA UF: SE CEP....: 4968 -
NOME PAI/MAE...: JOSE ALFREDO GOMES SANTOS /LENILDE TELES DOS SANTOS
RESPONSAVEL...: O PROPRIO TEL...:
PROCEDENCIA...: NOSSA SENHORA DA GLORIA-SE
ATENDIMENTO...: ACIDENTE MOTOCICLISTICO (MOTOS)
CASO POLICIAL..: NAO PLANO DE SAUDE.....: NAO TRAUMA: NAO
ACID. TRABALHO: NAO VEIO DE AMBULANCIA: NAO

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

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

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

DADOS CLINICOS:

DATA PRIMEIROS SINTOMAS: / /

Mojo, nega entrar queixas. Refere ser alergica a Benzot-
ANOTACOES DA ENFERMAGEM:

DIAGNOSTICO:

Fratura pé E (Fratura?)

CID:

PRESCRICAO

HORARIO DA MEDICACAO

1) Coto proloano 01 amp

2) Dipirona 01 amp IM

3) Sol Rx do pé E

Lo Rx do pé E: Fratura em região distal da fíbula

DATA DA SAIDA: / /

HORA DA SAIDA: :

ALTA: [] DECISAO MEDICA [] A PEDIDO [] EVASAO [] DESISTENCIA
[] ENCAMINHADO AO AMBULATORIO

INTERNACAO NO PROPRIO HOSPITAL (SETOR):

TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):

OBITO: [] ATE 48HS [] APOS 48HS [] FAMILIA [] IML [] ANAT. PATOL

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSAVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

Dr. Sydney Correia Leão

CRM-SE 4403
Clínica Geral/Patologia

HD - Fratura /; Lenilide E

Col: 1) Encaminho a paciente ao orto de dista. - 1A Dr. R...

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: 18/07/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MARIA IVANILDE SANTOS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00059

CONTA: 000000656373-6

Nr. da Autenticação 7D2FA88CABF169A0

MARIA IVANILDE SANTOS
RUA QUINZE DE AGOSTO, 000 - CENTRO
NOSSA SENHORA DA GLÓRIA / SE CEP 48800000 (AG. 430)



Ligação: MONOFÁSICO
Cia/Sbc: RES MTC B1 / RESIDENCIAL - RESIDENCIAL
Rotômetro: 5-430-370-1820 Referência: Abr/2019
Medidor: E5012190680 Emissão: 08/04/2019

ENERGISA SERGIPE DISTRIB. ENERGISA SA
Rua Vinícius Sales, 81 - Inácio Barbosa
Aracaju / SE - CEP 42040-150
CNPJ: 12.017.462/0001-65 Insc. Est. 270.767.438
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica Nº 012-582.903
Cód. para Débito Automático: 0000388558

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

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RANI
Abr/2019	08/04/2019	09/05/2019	417.562.805-63 INC. EST.

UC (Unidade Consumidora): 3/888556-8

Canal de contato

Declaração de Quitação Anual de Débitos:
Conforme previsto na Lei 12.067 de 29 de julho de 2009,
informamos a quitação dos débitos referentes aos fatura-
mentos regulares de energia elétrica desta unidade
consumidora vencidos no ano de 2018 e nos anos ante-
riores. Esta declaração substitui, para a comprovação
do cumprimento das obrigações do consumidor, as qui-
tações dos faturamentos mensais dos últimos do ano
a que se refere, e dois anos anteriores.

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data 11/03/18	Leitura 7550	Data 08/04/19	Leitura 7558	
		1	108	28

Demonstrativo

CCI	Descrição	Quantidade	Taxa de	Valor Base Calc.	Aut. Taxa (R\$)	Taxa Calc. Propri.	CCI (R\$)
			Taxas Tarifas ICMS/IR/IOF				
0501	Consumo em kWh	108,000	0,746000	80,57	0,00	0,00	80,57
0507	CONTRIB. ILLUM. PÚBLICA			11,31	0,00	0,00	0,00
0509	PARCELAMENTO DEB. 02/14			27,22	0,00	0,00	0,00

CCI: Código de Classificação do Item	TOTAL: R\$	130,03	27,33	20,33	81,33	0,88	4,00
Tarifa de Tributos	0,514700						

Médias últimos meses (kWh)	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
157	15/04/2019	R\$ 130,03

Histórico de Consumo (kWh)

188	147	182	137	155	133	139	146	162	143	131	157
Abr/18	Mar/18	Jun/18	Jul/18	Ago/18	Set/18	Out/18	Nov/18	Dez/18	Jan/19	Fev/19	Mar/19

RESERVADO AO FISCO

6998.f7d9.bb50.fb9a.18d2.81b2.f7a8.669e.

Indicadores de Qualidade

2/2018 - NOSSA SENHORA DA GLÓRIA

	Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
DIC/MENSAL	6,15	0,00	
DIC TRIMESTRAL	12,30		
DIC ANUAL	24,60		
RIC/MENSAL	0,36	0,00	
RIC TRIMESTRAL	0,72		
RIC ANUAL	1,44		
DMC	0,03	0,00	
DICR	0,03		

Composição do Consumo

Discriminação	Valor (R\$)	%
Serviços de Dist. de Energia/SE	11,31	8,69
Contribuição de Energia	11,31	8,69
Serviço de Transmissão	2,00	1,54
Encargos Setoriais	4,70	3,61
Impostos Diretos e Encargos	1,00	0,77
Outros Serviços	1,00	0,77
Total	130,03	100,00

Fonte: E-SE Ref: 2/2018/RS151

ATENÇÃO

- REAVISO DE VENCIMENTO: Caso a(s) fatura(s) a(s) todo relacionada(s) permaneça(m) em atraso, o fornecimento poderá ser suspenso a partir de 30/04/2019. Conforme Resolução 474 da ANEEL, o pagamento após estas datas não elimina a possibilidade de perda suspenso do fornecimento, caso o mesmo não seja comunicado ou as contas pagas não estejam na unidade consumidora para comprovação. Caso o cliente efetue o pagamento da(s) fatura(s) acima, desconsidera-se esta mensagem.

Faturas em atraso

Mar/19 168,19

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, Erivan Ferreira De Souza
RG nº 2.042.092-7, data de expedição 15/05/2015
Órgão SSP/SE, portador do CPF nº 000.454.555-97,
com domicílio na cidade de São Cristóvão, no Estado de
Sergipe, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Avenida Saneamento, nº 341,
complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima
Maria Ivanilde Santos, cujo o condutor era
Maria Ivanilde Santos.
Veículo: PAS/Motoneta Modelo: Honda/Biz 125 Ano: 2007
Placa: IAC7443/SE Chassi: 9C2JA04207R056406
Data do Acidente: 08/03/2019

AJU 01 JUL. 2019

Local e Data: _____

Erivan Ferreira de Souza

Assinatura do Declarante

1º OFÍCIO

Maria Ivanilde Santos

Assinatura do Condutor

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

SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAL
DO 1º OFÍCIO DE ARACAJU



Tabelião - Bel. Luiz de Santana
e-mail: extra.1aracaju@tjse.jus.br

Marcelo Soares de Santana
Escrivente Compromissado

Reconheço por autenticidade a firma de ERIVAN FERREIRA DE SOUSA dou fé em
test: _____ da veridade.

Aracaju 01 de julho de 2019



Marcelo Soares de Santana - O Escrevente Compromissado

Selo TJSE: 201929507031423 - Acesse: www.tjse.jus.br/x/HT776K

Praça Camerino, 205 - São José - Aracaju - Sergipe - Cep: 49015-060 - Tel.: (79) 3025-9400

4 - Hospitais / Serviços / Prestou atendimento:

08/03/2015 - 1º ATENDIMENTO HOSPITALAR REGIONAL DE
N.º 99 OLIVEIRA

2º ATENDIMENTO HOSPITALAR REGIONAL DE
ITAPORANGA

5 - Descrição das perdas funcional / Invalidez permanente / Pós-tratamento realizados:

- Perda total sequela permanente do braço direito a partir
do sustentar de peso no MIE
- Perda total sequela permanente do braço de tração motor
do MIE
- Perda total para poder exercer as funções do MIE, como
trabalho doméstico e manual. Com perda de força.
- Perda total sequela permanente para trabalhar em
MIE
- Perda total para poder exercer as funções de força em
MIE

6 - Alta definitiva do tratamento:

1. 06/03/15. Perda total para poder exercer as

7 - Data do Exame do Paciente

1. 30/07/2019. Exame físico e exames complementares

8 - Segue Exame Anexo

Exame físico
Perda total para poder exercer as
funções de força em MIE por
falta de força

9 - Médico responsável pela avaliação após análise da documentação do primeiro atendimento médico /
Internação hospitalar / Histórico do paciente / Exame Físico / Exames Complementares:

Nome do Médico		Renato Teixeira		Nº do CRM	1450	Fone:	(079) 3211-5368	
Endereço	Rua Itaporanga, Bairro Getulio Vargas		Número	598	Cidade	Aracaju	Estado	Sergipe

Atenção: As sequelas das lesões sofridas só poderam ser determinadas após decorridos 60, 90,
180... 1 ano ou mais tempo da alta definitiva

30/07/2019

Data

Renato Teixeira CRM 1450
Ortopedia - Traumatologia

Assinatura e Carimbo

CARTEIRA DE IDENTIDADE

Maria Irmãilde Santos



ESTADO DE SERGIPE
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
COORDENADORIA GERAL DE FISCALIA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO DE CARLOS MENDES

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

REGISTRO GERAL

902.746 2.VIA

DATA DE
EXPIRAÇÃO

09/11/2016

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

NOME

MARIA IRMÃILDE SANTOS

FILIAÇÃO

JOSE ALFREDO GOMES SANTOS
LENILDE TELES DOS SANTOS

NATURALIDADE

LARANJEIRAS-SE

DOC ORIGEM

CT. NASCIM. NR 23361 LV AMO FL 47
CERT. OF. COM LARANJEIRAS/SE
417.552.605-63

DATA DE NASCIMENTO
17/01/1968



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190417454 **Cidade:** Nossa Senhora da Glória **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARIA IVANILDE SANTOS **Data do acidente:** 08/03/2019 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 02/08/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO TORNOZELO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSO).
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO TORNOZELO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida: Sim

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO TORNOZELO ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações: REANÁLISE CONCLUÍDA E NÃO VISUALIZADO DOCUMENTAÇÃO MÉDICA-HOSPITALAR NOVA QUE EVIDENCIE AGRAVAMENTO DE SEQUELA JÁ INDENIZADA ANTERIORMENTE SEGUNDO LEI VIGENTE. CONDUTA MANTIDA.

OBS: VITIMA JÁ INDENIZADA EM TORNOZELO ESQUERDO EM 50%.

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190417454 **Cidade:** Nossa Senhora da Glória **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARIA IVANILDE SANTOS **Data do acidente:** 08/03/2019 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 15/07/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA BIMALEOLAR DO TORNOZELO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSO). ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO TORNOZELO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO TORNOZELO 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 completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0230347/19

Vítima: MARIA IVANILDE SANTOS

CPF: 417.552.605-63

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

Data do acidente: 08/03/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: MARIA IVANILDE SANTOS

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação

MARIA IVANILDE SANTOS : 417.552.605-63

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- 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.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 08/07/2019
Nome: MARIA IVANILDE SANTOS
CPF: 417.552.605-63

MARIA IVANILDE SANTOS

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 08/07/2019
Nome: MARIA MORGANA ANDRADE NASCIMENTO
CPF: 842.887.445-04

MARIA MORGANA ANDRADE NASCIMENTO