
Rio de Janeiro, 10 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190577285

Vítima: GILSON DE MELO

Data do Acidente: 17/04/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE MARCOS DE OLIVEIRA ROSA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), GILSON DE MELO

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, 11 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190577285 Vítima: GILSON DE MELO

Data do Acidente: 17/04/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE MARCOS DE OLIVEIRA ROSA

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), GILSON DE MELO

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Documentação médico-hospitalar	Apresentar a cópia simples dos documentos médicos de todo tratamento realizado entre a data do acidente e a data da identificação da sequela permanente, com a identificação da vítima e do médico responsável, com data, assinatura e CRM legíveis, pois não foram entregues.
---------------------------------------	--

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,
Seguradora Líder-DPVAT
Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 22 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190577285

Vítima: GILSON DE MELO

Data do Acidente: 17/04/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE MARCOS DE OLIVEIRA ROSA

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), GILSON DE MELO

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

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, 05 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190577285

Vítima: GILSON DE MELO

Data do Acidente: 17/04/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE MARCOS DE OLIVEIRA ROSA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), GILSON DE MELO

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\$ 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: GILSON DE MELO

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 237

Agência: 000005979-0

Conta: 000003854-7

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.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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: 71949259587 4 - Nome completo da vítima: Gilson De Melo

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

5 - Nome completo: Gilson De Melo 6 - CPF: 71949259587
7 - Profissão: Lavador 8 - Endereço: Povo Santa Rosa do Bomiro S, N casa
11 - Bairro: zona rural 12 - Cidade: Povo Rudondo 13 - Estado: SE 14 - CEP: 49.880-000
15 - E-mail: marconduglenc@gmail.com 16 - Tel (DDD): 79.99189207

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☐ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 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: Bradesco

AGÊNCIA: CONTA: (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 5979 0 CONTA: 3854 7 (Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT 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

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 (nascido)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

35 - Nome legível de quem assina a 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, 24.09.19

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

Exclusivo para Banco Bradesco S.A. sem custo de emissão, administração e manutenção.

NUMERO

CONTA

5919 0 0003854 7

551

AUTHORIZED SIGNATURE

Fone Fácil Bradesco 4002-0022 / 0800 570-0022

Acesso ao Exterior +55 11 4002-0022

SAC 0800 704-8363 (Deleat) / 0800 727-9696 (C-Atendimento)

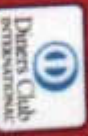
Ouvidoria: 0800 727-9635

Banco Bradesco

Banco24Horas

ATM

pulse



NO EXTERIOR



6504 9510 8052 8104

VALID THRU

09/24

GILSON DE MELO



**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vitimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3190577285
Nome do(a) Examinado(a): Gilson de Melo
Endereço do(a) Examinado(a): Povoado Santa Rosa do Ermirio, S/N Casa
Zona Rural Poco Redondo SE CEP: 49810-000
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / SE] 1.088.483
Data local do acidente: [17/04/2019]
Data local do exame: [25/10/2019] Aracaju [SE]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:
FRATURA DE DIÁFISE E EPÍFISE DISTAL DA FÍBULA (MALÉOLO) A DIREITA.
- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.
Tratamento: O QUADRO FOI TRATADO COM IMOBILIZAÇÃO GESSADA POR 60 DIAS,
Complicações: BLOQUEIO MODERADO DA ARTICULAÇÃO DO TORNOZELO, RESTRIÇÃO DOS MOVIMENTOS.
Data da Alta: 18/04/2019
- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:
AO EXAME FÍSICO FOI EVIDENCIADO EM MEMBRO INFERIOR DIREITO COM MARCHA CLAUDICANTE
(++/4+) COM APOIO DE MULETAS, FORÇA MUSCULAR DO PÉ DIMINUÍDA (+++/+5), EM VIRTUDE DA DOR, AUMENTO DO
VOLUME DO TORNOZELO EM DECORRÊNCIA DO EDEMA E CALO ÓSSEO, DOR, EDEMA, E BLOQUEIO DA ARTICULAÇÃO
DO TORNOZELO, RESTRIÇÃO DO MOVIMENTO DE FLEXÃO E EXTENSÃO DA ARTICULAÇÃO DO TORNOZELO.
AMPLITUDE DE MOVIMENTO DO TORNOZELO DORSIFLEXÃO 15° / EXTENSÃO 25°
- IV. Nexo de casualidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?
(X) Sim () Não
- V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)
(X) Sim () Não
- VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:
DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO TORNOZELO DIREITO.
Caso a resposta do item V seja ""Não"", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b"
- VII. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.
- a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).
- | | |
|---|---|
| <p>() "Vítima em tratamento"
<i>Esta avaliação médica deve ser repetida em dias</i></p> | <p>() "Sem sequela permanente"
<i>(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)</i></p> |
|---|---|
- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.
- | | |
|---|---|
| <p>Região Corporal (Sequela):
TORNOZELO - Lado Direito
% do dano: () 10% residual () 25% leve
(X) 50% médio () 75% intensa () 100% completo</p> <p>Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo</p> | <p>Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo</p> |
|---|---|
- VIII. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com Nome e CRM


Manoel Otacilio Nascimento Junior
Clínica e Auditoria Médica
CRM 1827



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 094307/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 09/09/2019 09:01 Data/Hora Fim: 09/09/2019 09:22
Delegado de Polícia: Fabio Santos Santana

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia Municipal de Poço Redondo
Data/Hora do Fato: 17/04/2019 05:00

Local do Fato

Município: Poço Redondo (SE)
Logradouro: RUA BAHIA

Bairro: Povoado Sta Rosa
Nº: 254
CEP: 49.810-000

Tipo do Local: Área Rural

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

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: GILSON DE MELO (VÍTIMA, COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: SE - Poço Redondo Sexo: Feminino Naso: 20/06/1970
Profissão: Agricultor
Estado Civil: Casado(a)
Nome da Mãe: Maria Helena de Melo Nome do Pai: Odilon dos Santos

Endereço

Município: Poço Redondo - SE
Logradouro: RUA BAHIA Nº: 254
Bairro: Povoado Sta Rosa Do Ermirio CEP: 49.810-000
Telefone: (79) 99691-4568 (Celular)

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo	Subgrupo Motocicleta/Motoneta
Descrição PAS/MOTOCICLETA	CPF/CNPJ do Proprietário 000.623.215-95
Placa IAP3180	Renavam 957887280
Número do Chassi 9C2KC08108R152427	Ano/Modelo Fabricação 2008/2008
Cor CINZA	UF Veículo Sergipe
Município Veículo Poço Redondo	Marca/Modelo honda/cg 150 titan ks
Veículo Adulterado? Não	Quantidade 1 Unidade
Situação Envolvido	

Nome Envolvido	Envolvimentos
Gilson de Melo	Possuidor

RELATO/HISTÓRICO

RELATA o noticiante que pilotava uma motocicleta pela rodovia Estadual que dá acesso ao Povoado Santa Rosa do Ermirio, quando caiu ao perder o equilíbrio e bater em um buraco; QUE devido a queda sofreu fraturas no tornozelo do pé



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

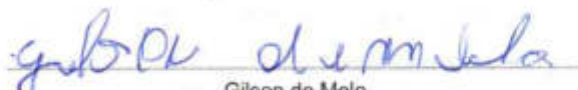
BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 094307/2019

direito, sendo socorrido por populares e conduzido a UPA POÇO REDONDO de onde foi transferido para o Hospital da cidade de Itabalana. É o relato.

ASSINATURAS


Cleber Martins da Silva
Agente de Polícia
Matrícula 4712882
Responsável pelo Atendimento


Gilson de Melo
(Comunicante / Vítima)

"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."

Exclusivo para Banco Bradesco S.A. sem custo de emissão, administração e manutenção.

NUMERO

CONTA

5979 0 0003854 7

551

AUTHORIZED SIGNATURE

Fone Falei Bradesco 4002-0022 / 0800 570-0022

Acesso ao Exterior +55 11 4002-0022

SAC 0800 704-8363 (Deleat) / 0800 727-9696 (C-Atendimento)

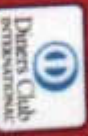
Ouvidoria: 0800 727-9635

Banco Bradesco

Banco24Horas

ATM

pulse



NO EXTERIOR



6504 9510 8052 8104

VALID THRU

09/24

GILSON DE MELO



Banes

08:38



**PREFEITURA MUNICIPAL
DE POÇO REDONDO**

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Ficha de Assistência à Saúde

Ato

Nº DE
INSC.

73705

UPA24h

UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO
DONA ZULMIRA SOARES

Edilson de Melo

DATA:
17/04/19

DATA DE NASCIMENTO: 20/06/1970 SEXO: M

FAM: Edilson dos Santos
MÃE: Maria Helena de Melo

RESIDÊNCIA: Rua Bahia - Santa Rosa

REFERÊNCIA:

RESPONSÁVEL: Agente de Saúde

QUADRO AUXILIAR ANAMNESE

☒ HANSENÍASE
☐ HEMORRAGIA
☐ HEMOFILIA
☐ HIPERTENSÃO

HANSENÍASE

HEMORRAGIA

HEMOFILIA

HIPERTENSÃO

☐ PSICOPATIA
☐ TUBERCULOSE
☐ TIPO DE SANGUE

PSICOPATIA

TUBERCULOSE

TIPO DE SANGUE

ANAMNESE - EXAME - DIAGNÓSTICO - CONDUTAS

ASSINATURA

17/04 PA 100x70 mmHg
Pte. refere história de acidente
por queda de moto. Queixas de
dor em MID. Refere outros queixas
de exome: enjame, tontura, aver-
bado, hálito bucal e fadiga -
estas simultaneamente, gargalo S,
uma moderada e por a mobilização
da bacia de MID.
Futura em 163 bacia de MID?
Urgência ortopédica
Atendimento 1º 9h
Mobilização 9h30m

Realizada imobilização e transferida a Heliporto
para avaliação do ortopedista.

BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA:

01/11/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:

1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: GILSON DE MELO

BANCO: 237

AGÊNCIA: 05979-0

CONTA: 000000003854-7

Nr. Autenticação

BRADESCO00111201905000000000023705979000000003854168750 PAGO

GILSON DE MELO
POV SANTA ROSA DO ERMÍRIO, S/Nº - ÁREA RURAL
POCO REDONDO / SE CEP: 49810000 (AQ: 430)

Urgência: MONOFÁSICO
Clas/Sec: RES MTC B1 / RESIDENCIAL - BAIXA RENDA
Roteiro: 12-459-390-1405 Referência: Ago / 2019
Medidor: W1026781651 Emissão: 20/08/2019

energisa
ENERGISA SERGIPE-DISTRIB. ENERGIA SA
Rua Min Apolônio Sales, 81 - Inácio Barbosa
Aracaju / SE - CEP 49040-150
CNPJ 13.017.852/0001-63 Insc. Est. 270.797.406
Nota Fiscal: Conta de Energia Elétrica PDH 220.226
Ced. por Sist. Automático: 00002168479

Atendimento ao Cliente: **08000 79 0196** Acesso: www.energisa.com.br

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/CNPJ/RANI
Ago / 2019	20/08/2019	19/09/2019	719.492.595-87 Insc. Est.

UC (Unidade Consumidora): **3/316967-9**

Canal de contato

- Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 10.438, de 26 de abril de 2002

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data: 19/07/19 Leitura: 9726	Data: 20/08/19 Leitura: 9782	1	56	32

Demonstrativo

CD	Descrição	Quantidade	Tarifa	Valor Base Calc.	Alq. (R\$/kWh)	Base Calc. Fixa (R\$)	Coeficiente (R\$/kWh)	Coeficiente (R\$/kWh)
0001	Consumo até 30kWh-BR	30,000	0,180390	5,40	0,00	0,00	5,40	0,22
0001	Consumo - 31 a 100kWh-BR	38,000	0,318020	11,48	0,00	0,00	11,48	0,47
0001	Adic. S. Amarela			0,17	0,00	0,00	0,17	0,01
0001	Adic. S. Verde			0,94	0,00	0,00	0,94	0,01
0010	Subsídio			19,14	0,00	0,00	19,14	0,75
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS								
0007	CONTRIB. ILLUM. PÚBLICA			9,78	0,00	0,00	9,78	0,00
0004	JUROS DE MORA 09/2019			0,19	0,00	0,00	0,19	0,00
0008	MULTA 09/2019			0,42	0,00	0,00	0,42	0,00
0009	BÔNUS (IMPULSO) 10.438/2002 07/2019			-9,80	0,00	0,00	-9,80	0,00
0009	ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 09/2019			0,02	0,00	0,00	0,02	0,00
0008	Devolução Subsídio			-19,14	0,00	0,00	-19,14	0,00

CCI Código de Classificação do Item: TOTAL: 27,60 0,00 0,00 37,21 0,32 1,51
Tarifa de Tributos: A44304Wb 0,176856 A44104Wb 0,302182

Medida adotada: meses (X/Mês)	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
02	27/08/2019	R\$ 27,60

Histórico de Consumo (kWh)

80	70	60	50	40	30	20	10	00	90	80	70	60	50	40	30	20	10	00
Ago/19	Sep/19	Out/19	Nov/19	Dez/19	Jan/20	Fev/20	Mar/20	Abr/20	Mai/20	Jun/20	Jul/20							

RESERVADO AO FISCO

86be.ea24.c700.4e8c.2ec6.20ac.c5b3.1bdf.

Indicadores de Qualidade 8/2019-MONTE ALEGRE

	Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
DC MENSAL	11,58	2,52	NOMINAL 127
DC TRIMESTRAL	32,19		
DC ANUAL	48,28		
FC MENSAL	7,67	1,00	CONTINUAÇÃO LIMITE INFERIOR 117 LIMITE SUPERIOR 133
FC TRIMESTRAL	15,34		
FC ANUAL	30,69		
DMC	9,39	2,52	
DICR	16,80		

Composição do Consumo

Discriminação	Valor (R\$)	%
Serviços de Dist. de Energia Elétrica	9,44	34,24
Consumo de Energia	9,44	34,24
Serviços de Transmissão	0,58	2,04
Encargos Setoriais	1,19	4,35
Impostos Diretos e Encargos	11,21	40,47
Outros Serviços	0,00	0,00
Total	29,46	100,00

Valor em EURO (Ref. 6/2019) R\$ 5,58

ATENÇÃO

- REATIVO DE VENCIMENTO: Caso a(s) fatura(s) ao lado mencionada(s) permaneça(m) em atraso, o fornecimento poderá ser suspenso a partir de 04/09/2019. Conforme Resolução 414 da ANEEL, o pagamento após essa data não elimina a possibilidade de devida suspensão do fornecimento, caso o mesmo não seja comunicado aos pontos de entrega de energia. A responsabilidade pela suspensão do fornecimento é da unidade consumidora para comprovação. Caso já tenha efetuado o pagamento da(s) fatura(s) acima, desconsidere essa mensagem.
Fatura sujeita a inclusão em órgãos de proteção ao crédito no caso de inadimplência.
- Sua unidade foi faturada como Baixa Renda, tendo um desconto de R\$19,79.
Atenção: A responsabilidade pela iluminação pública é da prefeitura do município.

Faturas em atraso

Jul/19 28,49

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL

00190.00009 03087.893008 02468.599176 3 79940000002760

PAGADOR: GILSON DE MELO - CPF/CNPJ: 719.492.595-87
POV SANTA ROSA DO ERMÍRIO, S/Nº - ÁREA RURAL - POCO REDONDO / SE CEP: 49810000

Nosso Nr.	Nr. Documento	Data de Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
30876930002468599	000315957201908	27/08/2019	R\$ 27,60	

BENEFICIÁRIO: ENERGISA SERGIPE-DISTRIB. ENERGIA SA CNPJ 13.017.852/0001-63
Rua Min Apolônio Sales, 81 - Inácio Barbosa - Aracaju / SE - CEP 49040-150

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



JOSE MARCOS DE OLIVEIRA ROSA
RUA DOS SÍLOS, 0217 / CASA A - SÍLOS
NOSSA SENHORA DA GLÓRIA / SE CEP 48900000 (AQ 432)



Ligação: SPÁSIÇO
Clas/Sec: RES/NTC 21 / RESIDENCIAL - RESIDENCIAL
Roteiro: 5-430-340-1301 Referência: Set / 2019
Medidor: E8002349123 Emissão: 10/09/2019

ENERGISA SEROPS-DISTRIB ENERGI SA
Rua N. Apolônio Sales, 21 - Inaco Barreiras
Aracaju / SE - CEP 48940-150
CNPJ 13.017.802/0001-82 Insc. Est. 270.767.438
Nota Fiscal/Conta de Energia Elétrica Nº 016.754.273
Chf. por Dth. Automática: 00009127879

Atendimento ao Cliente ENERGISA 08000 79 0196 Acesso: 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 Insc. Est.

UC (Unidade Consumidora): 3/912787-9

Canal de contato

Anterior		Atual		Constante	Consumo	Dias	
Data	Leitura	Data	Leitura				
09/09/18	9054	10/09/19	9421	1	87	32	
Demonstrativo							
CC	Descrição	Quantidade	Tarifa	Valor Base C/IC	Alíq. (R\$/kWh)	Base Calc. Fco(R\$)	Cobrança(R\$)
				Tributos Total(R\$)	ICMS(R\$)	ICSTZ	Por Consumo(R\$) 0,5745(R\$/kWh) 0,2950(R\$)
0601	Consumo em kWh	87,00	0,747030	64,98	0,08	25	13,52
0901	Adic. B. Verba			3,77	0,77	25	0,94
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS							
0807	CONTRIB. ILM. PÚBLICA			8,78	0,00	0	0,00
0804	AJ. PROS. DE MORA 09/2018			0,07	6,05	0	0,00
0805	MULTA 09/2018			0,84	0,00	0	0,00

CC: Código de Classificação do Item TOTAL 83,62 83,65 15,45 50,65 0,95 1,77
Tarifa de Tributos 0,500120

Até a última classe (kWh)	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
90	17/09/2019	R\$ 63,52

Histórico de Consumo (kWh)

89	74	58	75	73	120	172	126	79	76	75	64
Set/18	Out/18	Nov/18	Dez/18	Jan/19	Fev/19	Mar/19	Abr/19	Maio/19	Jun/19	Jul/19	Ago/19

RESERVADO AO FISCO

568a.be5q.14a4.50d3.0764.f484.ebc9.8090.

Indicadores de Qualidade		
Limites da ANEEL	Apurado	Unidade de Tensão (V)
DIMENSIONAL	8,15	3,92
OTC TRIMESTRAL	12,33	
OTC ANUAL	24,60	
FC TRIMESTRAL	5,36	
FC ANUAL	6,72	
FC TRIMESTRAL	13,45	
FC ANUAL	3,69	
DMC	12,22	
DCR		

Composição do Consumo

Discriminação	Valor (R\$)	%
Pagamento de Cust. de Energia Elétrica	19,30	30,44
Imposto de Energia	20,99	33,24
Imposto de Transmissão	1,80	2,83
Impostos Federais	2,83	4,45
Impostos Locais e Encargos	20,29	32,02
Outros Serviços	0,30	0,47
Total	63,52	100,00

Valor do Dth (R\$) 7,2917 R\$ 21,28

ATENÇÃO

Atenção: A responsabilidade pela numeração pública é da prefeitura do município.

Pagamentos em atraso

BANCO DO BRASIL PAGAR INDEPENDENTEMENTE 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 SÍLOS, 0217 / CASA A - SÍLOS - NOSSA SENHORA DA GLÓRIA / SE CEP 48900000

Nosso Nr.	Nr. Documento	Data de Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
30973930002309547	000912787201909	17/09/2019	R\$ 63,52	

BENEFICIÁRIO: ENERGISA SEROPS-DISTRIB ENERGI SA CNPJ 13.017.802/0001-82
Rua N. Apolônio Sales, 21 - Inaco Barreiras - Aracaju / SE - CEP 48940-150

Agência / Código do beneficiário: 3064-S/178003-4

Este documento é uma cópia impressa e não substitui o documento original. Para mais informações, consulte o site www.energisa.com.br

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 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 COAF**².

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

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

Pelo exposto, eu João Marcos J. O. Rosa inscrito (a) no CPF sob o Nº 020.003.625 / 00 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Gilvan De Melo inscrito (a) no CPF sob o Nº 419492595 / 87, do sinistro de DPVAT cobertura invalidadez da Vítima Gilvan De Melo, inscrito (a) no CPF sob o Nº 419492595 / 87, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

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

Endereço	<u>Rua Dos Silos</u>		Número	<u>217</u>	Complemento	<u>Escritório</u>
Bairro	<u>Brasília</u>	Cidade	<u>Br. São da Glória</u>	Estado	<u>SE</u>	CEP
Email	<u>marcoanderson@gmail.com</u>		Telefone comercial(DDD)	<u>79.99189207</u>	Telefone celular (DDD)	<u>79.99252568</u>

Br. São da Glória de 09 de 19
Local e Data

João Marcos de Oliveira Rosa
Assinatura do Declarante

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, Jose Nilton Tenorio

RG nº _____, data de expedição ____/____/____

Órgão SSP/SE, portador do CPF nº 000.623.215-95

com domicílio na cidade de Poco Redondo, no Estado de

Sergipe, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

Povoado Santa Rosa do Emílio, nº SLN

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

Pilson de Melo, cujo o condutor era

Pilson de Melo

Veículo: PASIMOTOCICLETA Modelo: HONDA/CG 150 TITAN KS Ano: 2008

Placa: IAP 3180 Chassi: 9C2KC08108R 152427

Data do Acidente: 12/04/2019

Local e Data: Poco Redondo SE, 12. Setembro de 2019

x Jose Nilton Tenorio

Assinatura do Declarante

Assinatura do Condutor

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

Selo TJSE: 201 9 29563 006934

Acesse: www.tjse.jus.br/X/P46048

Reconheço como verdadeira (s) a (s) firma (s) de Jose Nilton Tenorio

em testemunho da verdade.

1º Ofício da Comarca de Poco Redondo/SE: 12.09.2019

Bel. Marco Aurélio Modesto Maron
Notário Titular

ART. 100, § 1º, III, do CC
INSCRIÇÃO DE NOTAS
PROTESTOS E FISCAL

Município de
Poço Redondo
Cuidando do nosso povo!
ESTADO DE SERGIPE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

RECEITUÁRIO

Nome: _____

Relatório médico

Paciente gilson de Melo relato
queda de moto há 5 meses, com
fratura em pé direito, realizou
tratamento fixatório, do qual
está de alto definitivo.


Dra. Ingrid Xavier de Assis
Médica
CRM/SE 6026

Ass. e Carimbo / CRM

23, 09, 19

Data

48 anos

08:38



**PREFEITURA MUNICIPAL
DE POÇO REDONDO**

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Ficha de Assistência a Saúde

Nº DE
INSC.

73705

UNIDADE DE SAÚDE:

UPA24hUNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO
DONA ZULMIRA SOARES

NOME:

Gilson de Melo

DATA:

17/04/19

APELLIDO:

DATA DE NASCIMENTO: 20/06/1970 SEXO: M

FILIAÇÃO:

PAI:

Odilon dos Santos

MÃE:

Maria Helena de Melo

ENDEREÇO:

Rua Bahia - Santa Rosa

REFERÊNCIA:

PROFISSÃO:

Agricultor

RESPONSÁVEL:

QUADRO AUXILIAR ANAMNESE

ALERGIA ☒
CARDIOPATIA ☐
DIABETES ☐
EPILEPSIA ☐

HANSENIASE ☐
HEMORRAGIA ☐
HEMOFILIA ☐
HIPERTENSÃO ☐

PSICOPATIA ☐
TUBERCULOSE ☐
TIPO DE SANGUE ☐

ANAMNESE - EXAME - DIAGNÓSTICO - CONDUTAS

ASSINATURA

17/04

PA

100x70 mmHg

Pte refer história de acidente
por queda de moto. Queixa de
dor em MID. Alega outros queixas
de, exome: cefaleia, tontura, ausen-
tado, náusea, vômito e fadiga -
sentos simultaneamente, Glasgow 15,
hemia moderada e boa mobilização
em 1/3 distal de MID.

ND: Fatura em 1/3 distal de MID?

O Urgência ortopédica

O Ataque de 10/11

O Imobilização

Dr. Manoel Guedes Souza
CRMSE-2563Assinatura
9:30h

Realizada imobilização e transferida ao
para avaliação do ortopedista.

Assinatura
do

MS/DATASUS HOSPITAL REG DR PEDRO GARCIA MORENO

No. DO BE: 648737 DATA: 17/04/2019 HORA: 14:36 USUARIO: APSCARVALHC
CNS: SETOR: 04-ORTOPEDIA

IDENTIFICACAO DO PACIENTE
NOME : GILSON DE MELO DOC....: 1088483
IDADE.....: 48 ANOS NASC: 20/06/1970 SEXO...: MASCULI
ENDEREC...: RUA BAHIA NUMERO: 255
COMPLEMENTO...: CASA BAIRRO:
MUNICIPIO.....: POCO REDONDO UF: SE CEP....: 49810-0
NOME PAI/MAE...: ODILON DOS SANTOS /MARIA HELENA DE MELO
RESPONSAVEL...: O PROPRIO TEL....: 99889-4
PROCEDENCIA...: POCO REDONDO - SE
ATENDIMENTO...: FRATURA
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: *Fx Tornozelo D* DATA PRIMEIROS SINTOMAS: *17/04*

Cl. Tale Bot

ANOTACOES DA ENFERMAGEM: *Indic cirurgico*

Dr. Ricardo Fonseca
Ortopedia e Traumatologia
CRM 4694-TCO 45345

DIAGNOSTICO: CID:

PRESCRICAO HORARIO DA MEDICACAO
Rx Tornozelo D AP 6P
Rx Tornozelo D AP 6P

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. PA

Gilvane Souto Melo
ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSAVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

Gilvan Bezerra do Nascimento
Téc. Radiologia Médica
CRTR 0053
150/642

RECEITUÁRIO

Nome: _____

Relatório médico

Paciente: Gilson de Melo Rolato
quando do parto há 5 meses, sepu-
do parto em pé direito, reali-
zou tratamento fisioterápico, do
qual está de alta definitiva. Re-
fere dificuldade para deambular
após acidente motorístico.

392


Dr. [Illegible]
CRM: [Illegible]

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE SERGIPE
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
COORDENADORIA DE POLÍCIA
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

CARTERA DE IDENTIDADE




Wagner do - WOC PR.

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 1.088.483 2. VJA DATA DE EMISSÃO 24/03/2018

NOME GILSON DE MELO

PAISADO COLINA DOS SANTOS

MARIA HELENA DE MELO

NATURALIDADE

PODO RECONHECER

CT. CAGEM. NR 024 LV 9-014U PL 012V

DATA DE NASCIMENTO 20/06/1970

CPF 71947259567

OUT. DIST. P. A. EXATISSIMO COM. RESERVADO-BH

LEI Nº 7.112 DE 20/06/73

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

SE

NOME
JOSE MARCOS DE OLIVEIRA ROSA

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSORAUF
21233829 SSP SE

CPF
020.003.675-00

DATA NASCIMENTO
28/11/1985

FILIAÇÃO
JOSE LUIZ ROSA
LUIZETE SANTOS DE OLIVEIRA ROSA

PERMISSÃO
ACC
CAT. HAB.
AB

1ª REGISTRO
04659447376

VALIDADE
07/01/2024

1ª HABILITAÇÃO
02/06/2009

OBSERVAÇÕES
SEM OBSERVAÇÃO;

Jose Marcos de Oliveira Rosa
ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
ARACAJU, SE

DATA DE EMISSÃO
08/01/2019

Luciana Cândida Dêda Chagas de Melo
Luciana Cândida Dêda Chagas de Melo
DIRETORA PRESIDENTE
ASSINATURA DO EMISSOR

SERGIPE

1749963409

1749963409

1749963409

1749963409

CONTRARY

SE Nº 014563351080 BILHETE DE SEGURO DPV

Journal of Management Inquiry 20(6) 798-817
© The Author(s) 2011
Reprints and permissions: <http://www.sagepub.com/journalsPermissions.nav>

0092 08 045 900 9001 04



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190577285

Cidade: Poço Redondo

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: GILSON DE MELO

Data do acidente: 17/04/2019

Seguradora: SINAF PREVIDENCIAL CIA. DE SEGUROS

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DE DIÁFISE E EPÍFISE DISTAL DA FÍBULA (MALÉOLO) A DIREITA.

Descrição do exame físico: AO EXAME FÍSICO FOI EVIDENCIADO EM MEMBRO INFERIOR DIREITO COM MARCHA CLAUDICANTE (++)/4+ COM APOIO DE MULETAS, FORÇA MUSCULAR DO PÉ DIMINUÍDA (+++/+5), EM VIRTUDE DA DOR, AUMENTO DO VOLUME DO TORNOZELO EM DECORRÊNCIA DO EDEMA E CALO ÓSSEO, DOR, EDEMA, E BLOQUEIO DA ARTICULAÇÃO DO TORNOZELO, RESTRIÇÃO DO MOVIMENTO DE FLEXÃO E EXTENSÃO DA ARTICULAÇÃO DO TORNOZELO.
AMPLITUDE DE MOVIMENTO DO TORNOZELO DORSIFLEXÃO 15° / EXTENSÃO 25°

Resultados terapêuticos: EVOLUIU COM ESTABILIZAÇÃO DAS LESÕES DO PONTO DE VISTA MÉDICO LEGAL.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU MÉDIO DO TORNOZELO DIREITO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 25/10/2019

Conduta mantida:

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

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

Por este instrumento particular, eu (nome completo) Gilson de Melo,
(nacionalidade) Brasileiro, (profissão) Camareiro, portador da cédula
de identidade RG nº 1.088.483, emitido pela SSP / (UF) SE,
inscrito sob o CPF nº 719.492.595-87, residente na (endereço
completo) Rua Bahia - Povoado Sta Rosa do Luminio 24 na cidade de
Poco Redondo, (UF) SE, CEP 49810-000, nomeio e
constituo meu procurador, (nome do representante) Jose Marcos do R. Rosa
(nacionalidade) Brasileiro, (profissão) Consultor, portador da cédula
de identidade RG nº 21233829, emitido pela SSP / (UF) SE,
inscrito sob o CPF nº 020.003.675-00, residente na (endereço
completo) Rua Dom Silveira, na cidade de
N. Sr. da Glória, (UF) SE, CEP 49.680-000, a quem confiro
amplios e gerais poderes para, tratar, requerer, assinar papéis e
documentos que se faça necessário para fins de **SOLICITAÇÃO DO
SEGURO DPVAT** da vítima (nome da vítima) Gilson de Melo,
junto à **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT**.

(local e data) Poco Redondo - SE, 12.02.2019



(assinatura) X Gilson de Melo

(RG) 1.088.483

Selo TJSE: 201	<u>9</u>	29563	<u>006957</u>
Acesse: www.tjse.jus.br/X/46462			
Reconheço como verdadeira (s) a (s) firma (s) de <u>Gilson de Melo</u>			
em testemunho da verdade.			
1º Ofício da Comarca de Poco Redondo/SE <u>12/02/2019</u>			
<u>Jose Marcos do R. Rosa</u>			
Bel. Marco Aurélio Modesto Maron			
Notário Titular			

OBS: (a assinatura deve ser reconhecida por AUTENTICIDADE)

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0352450/19

Vítima: GILSON DE MELO

CPF: 719.492.595-87

Seguradora: SINAF PREVIDENCIAL CIA. DE SEGUROS

Data do acidente: 17/04/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: GILSON DE MELO

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

GILSON DE MELO : 719.492.595-87

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: 10/10/2019
Nome: JOSE MARCOS DE OLIVEIRA ROSA
CPF: 020.003.675-00

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 10/10/2019
Nome: JOSE MARINO GOYA ARAUJO
CPF: 221.365.090-04

JOSE MARCOS DE OLIVEIRA ROSA

JOSE MARINO GOYA ARAUJO

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0352450/19

Número do Sinistro: 3190577285

Vítima: GILSON DE MELO

CPF: 719.492.595-87

Seguradora: SINAF PREVIDENCIAL CIA. DE SEGUROS

Data do acidente: 17/04/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: GILSON DE MELO

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 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: 17/10/2019
Nome: JOSE MARCOS DE OLIVEIRA ROSA
CPF: 020.003.675-00

JOSE MARCOS DE OLIVEIRA ROSA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 17/10/2019
Nome: JOSE MARINO GOYA ARAUJO
CPF: 221.365.090-04

JOSE MARINO GOYA ARAUJO