



**Poder Judiciário  
Do Estado de Sergipe**

**POÇO REDONDO DA COMARCA DE POÇO REDONDO**  
**AV. 31 DE MARÇO, Bairro Centro, Poço Redondo/SE, CEP 49810000**  
**Horário de Funcionamento: 07:00 às 13:00**

**Dados do Processo**

Processo: 202086000760

Número Único: 0000753-06.2020.8.25.0059

Classe: Procedimento Comum

Situação: Andamento

Processo Origem: \*\*\*\*\*

Distribuição: 10/06/2020

Competência: Poço Redondo

Fase: POSTULACAO

Processo Principal: \*\*\*\*\*

**Assuntos**

- DIREITO PROCESSUAL CIVIL E DO TRABALHO - Partes e Procuradores - Assistência Judiciária Gratuita
- DIREITO CIVIL - Responsabilidade Civil - Seguro Obrigatório - Invalidez

**Dados das Partes**

Requerente: GILSON DE MELO

Endereço:

Complemento:

Bairro:

Cidade: POCO REDONDO - Estado: SE - CEP: 49810000

Requerente: Advogado(a): JOSÉ JEOVANY DA SILVA 12367/AL

Requerido: SEGURADORA LÍDER DO CONSÓRCIO DO SEGURO DPVAT S.A.

Endereço: Rua Senador Dantas

Complemento: 5º ANDAR

Bairro: CENTRO

Cidade: RIO DE JANEIRO - Estado: RJ - CEP: 20010000

Requerido: Advogado(a): KELLY CHRYSTIAN SILVA MENENDEZ 2592/SE



**Poder Judiciário  
Do Estado de Sergipe**

**POÇO REDONDO DA COMARCA DE POÇO REDONDO  
AV. 31 DE MARÇO, Bairro Centro, Poço Redondo/SE, CEP 49810000  
Horário de Funcionamento: 07:00 às 13:00**

**Processos Apenasdos:**

--

**Processos Dependentes:**

--



**Poder Judiciário  
Do Estado de Sergipe**

**POÇO REDONDO DA COMARCA DE POÇO REDONDO**  
**AV. 31 DE MARÇO, Bairro Centro, Poço Redondo/SE, CEP 49810000**  
**Horário de Funcionamento: 07:00 às 13:00**

**PROCESSO:**

202086000760

**DATA:**

05/08/2020

**MOVIMENTO:**

Juntada

**DESCRIÇÃO:**

Juntada de Petição Avulsa do Advogado/Procurador/Defensor/Promotor KELLY CHRYSTIAN SILVA MENENDEZ (2592-SE) ao processo eletrônico. Protocolizado sob nº 20200804173504529 às 17:35 em 04/08/2020.

**LOCALIZAÇÃO:**

Secretaria

**PUBLICAÇÃO:**

Não

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

---

Rio de Janeiro, 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

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

---

Rio de Janeiro, 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:

<b>Documentação médica-hospitalar</b>	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



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

---

Rio de Janeiro, 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



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

---

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - N° do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:  
2 - N° do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:  
71949259587 Gilson De Mello

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

5 - Nome completo: Gilson De Mello 6 - CPF: 71949259587  
7 - Profissão: Jardineiro 8 - Endereço: Rua Santa Rosa, 100 Bairro: 9 - Número: 5, N.º Lote: 10 - Complemento: casa  
11 - Bairro: Zona rural 12 - Cidade: Poco Fundo 13 - Estado: SE 14 - CEP: 49.830-000  
15 - E-mail: marcelodigleria@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:

<input type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00

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

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção):  
 Bradesco (237)  Itaú (341)  
 Banco do Brasil (001)  Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA:  CONTA:   
 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos):

Nome do BANCO: Bradesco

AGÊNCIA:  0 CONTA:  3854  7  
 (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.

## 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 atende 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:	<input type="checkbox"/> Solteiro	<input type="checkbox"/> Casado (no Civil)	<input type="checkbox"/> Divorciado	<input type="checkbox"/> Separado Judicialmente	<input type="checkbox"/> Viúvo	24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima:	26 - Vítima deixou companheiro(a):	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:		
28 - Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar teve filhos? <input type="checkbox"/> Vivos: <input type="checkbox"/> Falecidos:	30 - Vítima deixou nascituro (não nascer)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: <input type="checkbox"/> Falecidos:	33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	

Estou ciente de que a Seguradora 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.

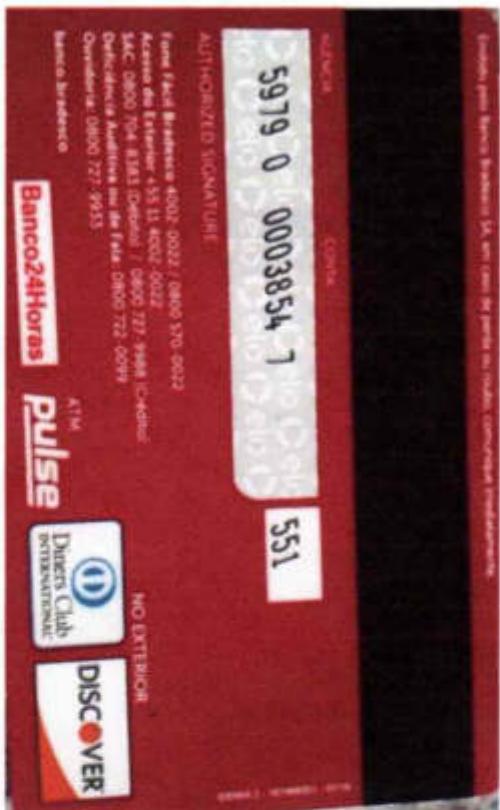
34	35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido	38 - 1º   Nome: _____ CPF: _____ Assinatura da testemunha
NÃO ALFABETIZADO	36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido	39 - 2º   Nome: _____ CPF: _____ Assinatura da testemunha
	37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido	40 - Local e Data: <i>gr. Gto Da Glória 24.09.19</i> Assinatura da testemunha

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

p. 8

41- Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

*gilson de mello*  
43 - Assinatura do Procurador (se houver)



**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e  
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas 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 (MALEÓLO) 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 OSSEO, 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 causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

Sim  Não

- V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)

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 (\*).

"Vítima em tratamento"

"Sem sequela permanente"

Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

Região Corporal (Sequela):

**TORNOZELO - Lado Direito**

% do dano:  10% residual  25% leve  
 50% médio  75% intensa  100% completo

% do dano:  10% residual  25% leve  
 50% médio  75% intensa  100% completo

Região Corporal (Sequela):

Região Corporal (Sequela):

% do dano:  10% residual  25% leve  
 50% médio  75% intensa  100% completo

% do dano:  10% residual  25% leve  
 50% médio  75% intensa  100% completo

- 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 Otacílio Nascimento Júnior*

Manoel Otacílio Nascimento Júnior  
Clínica e Auditoria Médica  
CRM 1827



GOVERNO DO ESTADO DE SERGIPE  
PÓLICIA 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 Nasc: 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  
Bairro: Povoado Sta Rosa Do Ermírio  
Telefone: (79) 99691-4568 (Celular)

Nº: 254

CEP: 49.810-000

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 Ermírio, quando caiu ac perdeu o equilíbrio e bater em um buraco; QUE devido a queda sofreu fraturas no tornozelo do pé



Delegado de Polícia Civil: Fabio Santos Santana  
Impresso por: Cleber Martins da Silva  
Data de impressão: 09/09/2019 09:23  
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: 094307/2019

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

ASSINATURAS

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

  
gilson de melo  
Gilson de Melo  
(Comunicante / Vítima)

"Declaro para os devidos fins de direito que sou eu(a) unico(a) responsável pelas informações acima apresentadas 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."

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - N° do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:  
2 - N° do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:  
71949259587 Gilson De Mello

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

5 - Nome completo: Gilson De Mello 6 - CPF: 71949259587  
7 - Profissão: Jardineiro 8 - Endereço: Rua Santa Rosa, 100 Bairro: 9 - Número: 5, N.º Lote: 10 - Complemento: casa  
11 - Bairro: Zona rural 12 - Cidade: Poco Fundo 13 - Estado: SE 14 - CEP: 49.830-000  
15 - E-mail: marcelodigleria@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:

<input type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00

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

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção):  
 Bradesco (237)  Itaú (341)  
 Banco do Brasil (001)  Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA:  CONTA:   
 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos):

Nome do BANCO: Bradesco

AGÊNCIA:  0 CONTA:  3854  7  
 (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.

## 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 atende 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:	<input type="checkbox"/> Solteiro	<input type="checkbox"/> Casado (no Civil)	<input type="checkbox"/> Divorciado	<input type="checkbox"/> Separado Judicialmente	<input type="checkbox"/> Viúvo	24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima:	26 - Vítima deixou companheiro(a):	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:		
28 - Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar teve filhos? <input type="checkbox"/> Vivos: <input type="checkbox"/> Falecidos:	30 - Vítima deixou nascituro (não nascer)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: <input type="checkbox"/> Falecidos:	33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	

Estou ciente de que a Seguradora 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.

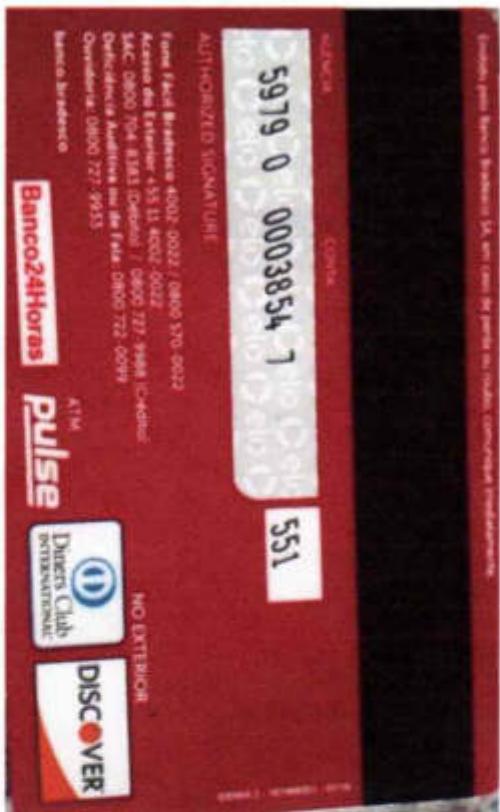
34	35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido	38 - 1º   Nome: _____ CPF: _____ Assinatura da testemunha
NÃO ALFABETIZADO	36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido	39 - 2º   Nome: _____ CPF: _____ Assinatura da testemunha
	37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido	40 - Local e Data: <i>gr. Gto Da Glória 24.09.19</i> Assinatura da testemunha

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

p. 13

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

*gilson de mello*  
43 - Assinatura do Procurador (se houver)





**PREFEITURA MUNICIPAL  
DE POÇO REDONDO  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

68 anos

08:38

Ficha de Assistência a Saúde

*Até*

Nº DE  
INSC.

73705

**UPA 24h**

UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO  
DONA ZULMIRA SOARES

*Cidlen de Melo*

DATA:

17/04/19

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

*Cidlen dos Santos  
Maria Helena de Melo*

*Rua Bahia - Santa Rosa*

REFERÊNCIA:

*Supervisor.* RESPONSÁVEL:

**QUADRO AUXILIAR ANAMNESE**

<input checked="" type="checkbox"/>	HANSERIASE
<input type="checkbox"/>	HEMORRAGIA
<input type="checkbox"/>	HEMOFILIA
<input type="checkbox"/>	HIPERTENSÃO

<input type="checkbox"/>	PSICOPATIA
<input type="checkbox"/>	TUBERCULOSE
<input type="checkbox"/>	TIPO DE SANGUE

**ANAMNESE - EXAME - DIAGNÓSTICO - CONDUTAS**

ASSINATURA

10/04 PA 100x70 mmf rose  
 Ptx retiro histológico de cistos  
 no quebra be mbs. Quixar se  
 los en MID. Depois outros quebra  
 los exame: supurativo, lúpico, over-  
 bido, hiperplasia bronquica e foliculo-  
 necto comitante, lesões IS,  
 una moderada e los a moulzosa  
 a fistol de MID.  
 P. Fistula es 163 fistol de MID?  
 C. Urgência ortopédica  
 C. Ataque no dia 99 16h rose  
16h 9:30h  
 M. Antônio Guedes Soares  
 DATA: 26-03

Realizado imobilizado e transferido a Ilheus  
 para a realização da ortopedia.

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: 00000003854-7

---

Nr. Autenticação

BRADESCO1112019050000000002370597900000003854168750 PAGO

Atendimento ao Cliente: 08000 79 0196 | Site: www.energisa.com.br

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPV / CNPJ / RANI
Ago / 2019	20/08/2019	19/09/2019	719.492.996-87 - Insc. Est:

UC (Unidade Consumidora): 3/316967-9

Canal de contato:

- Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEB foi criada pela Lei nº 10.438, de 28 de abril de 2002.

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
19/07/19   9726	20/08/19   9792	1	88	32

Demonstrativo									
CD:	Descrição	Quantidade	Tarifa	Valor Base Calc.	Alt. Icms(RB)	Base Calc. Icms(RB)	Outros(RB)	Valor Total(RB)	ICMS(RB)
0801	Consumo ac 30A/mês-BR	30.000	0.198390	5.95	0.00	0	0.00	5.95	0.24
0801	Consumo - 31 a 100A/mês-BR	38.000	0.318020	11.48	0.00	0	0.00	11.48	0.47
0801	Adc. B Almoxar		0.17	0.00	0	0.00	0.17	0.00	0.01
0801	Adc. B Vermelha		0.04	0.00	0	0.00	0.04	0.00	0.00
0810	Subsídio		0.14	0.00	0	0.00	0.14	0.14	0.00
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS:									
0807	CONTROLE ILUM. PÚBLICA		0.76	0.00	0	0.00	0.00	0.00	0.00
0804	JUROS DE MORA 09/2019		0.19	0.00	0	0.00	0.00	0.00	0.00
0805	MULTA 08/2019		0.42	0.00	0	0.00	0.00	0.00	0.00
0899	BONUS/TAIPU/UEI 10439/7002/07/2019		-0.00	0.00	0	0.00	0.00	0.00	0.00
0899	ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 09/2019		0.02	0.00	0	0.00	0.00	0.00	0.00
0808	Desvios/Subsídio		-0.19	0.00	0	0.00	0.00	0.00	0.00

CCO Código de Classificação do Item TOTAL: 27,60 | 0,00 | 0,00 | 27,21 | 0,32 | 1,51  
Tarifa e/ou Tributos AN420AWh: 0,176850; AN 100A/mês: 0,30018C

Media ultimas meses (R\$/mês)	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
02	27/08/2019	R\$ 27,60

Histórico de Consumo (kWh)

80 | 80 | 80 | 80 | 80 | 79 | 80 | 80 | 80 | 80 | 80 | 80 | 74 | 80  
Ago/19 Set/19 Out/19 Nov/19 Dez/19 Jan/19 Fev/19 Mar/19 Abr/19 Mai/19 Jun/19 Jul/19

RESERVADO AO FISCO

66be.ea24.c700.4e8c.2ec6.20ac.c5b3.1bdf.

Indicadores de Qualidade 07/2019-MONTE ALTO/SC			Composição do Consumo		
Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)	Discriminação	Valor (R\$)	%
DI/MENSAL	11,50	2,52	NOMINAL	2,20	71,98
DI/TRIMESTRAL	23,10		C27	9,44	53,24
DI/ANUAL	45,20			3,99	8,94
FC/MENSAL	7,87	1,00	CONTRATADA	1,15	4,75
FC/TRIMESTRAL	15,34		LIMITE INFERIOR	11,20	70,47
FC/ANUAL	30,69		LIMITE SUPERIOR	0,00	0,00
DNC	9,39	2,52		29,43	100,00
DORI	19,82				

Valor do Euro/USD (Ref: 07/2019) R\$0,56

ATENÇÃO

- REAVISO DE VENCIMENTO: Caso a(s) fatura(s) acima referenciada(s) permaneça(m) em atraso, o fornecimento poderá ser suspenso a partir de 04/09/2019. Confirme Prestação=14 da ANEEL. O pagamento após esta data não elimina a possibilidade de devida suspensão do fornecimento, caso o mesmo não seja comunicado ao cliente pago, não estarão na unidade consumidora para comprovação. Caso já tenha efetuado o pagamento da(s) fatura(s) acima, desconsiderar essa mensagem.

Fatura sujeita a inclusão em órgãos de proteção ao crédito no caso de inadimplemento. Sua unidade foi faturada como Banco Renda, tem um desconto de R\$12,79

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: T18 482.955-67  
POV SANTA ROSA DO ERMIRO, S/N / - ÁREA RURAL - POCO REDONDO / SE CEP: 49810000

Nosso N°	Nº Documento	Data de Vencimento	Valor do Documento	Venc./Paga
30878930002468599	000318967201908	27/08/2019	R\$ 27,60	

BENEFICIÁRIO: ENERGISA SÉRGIPE-DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A CNPJ 13.317.483/0001-03  
Rua Min. Apolinário Sales, 81 - Inácio Barreto - Aracaju / SE - CEP 49040-150

Agencia / Código do beneficiario: 3064-8/178003-4

JOSE MARCOS DE OLIVEIRA ROSA  
RUA DOS SLOS, 02171 - CASA A - SLOS  
NOSSA SENHORA DA GLORIA / SE CEP: 48660000 (AG: 420)

Ligeiro SFASCO  
Cia/Seb: RBS MTC 21 / RESIDENCIAL-RESIDENCIAL  
Roteiro: 5-400 - 240 - 7381  
Medidor: ER002349123

Referência Set/2019  
Emissão: 12/09/2019



ENERGISA SERVIÇOS DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA  
Rua Min. Agenor Sales, 21 - Início-Bairro  
Ananindeua/SE - CEP: 48640-160  
CNPJ: 12.207.402/0001-45 - insc Est: 270.767-428  
Nota Fiscal/Carta de Energia Elétrica N°016.754.373  
Cód. para Dib. Automatizado: 98039527279

Atendimento ao Cliente ENERGISA 08000 79 0196 [www.energisa.com.br](http://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
Date 09/09/18	Leitura 9054	Date 10/09/19	Leitura 9021	
<b>Demonstrativo</b>				
CC: Código de Classificação do item				
0001 Consumo em kWh	87.000 (7.747,00)	50,08	93,08 25 13,92 50,08 0,36 1,83	
0001 Adic. B Vermatua		3,77	3,77 25 3,77 3,77 0,07 0,12	
<b>LANÇAMENTOS E SERVIÇOS</b>				
0007 CONTRIB. IUM PÚBLICA		8,78	0,00 0 0,00 0,00 0,00 0,00	0,00
0004 APROS. DE. MORA 08/2019		0,07	4,65 0 6,65 0,00 0,00 0,00	0,00
0005 MULTA 08/2019		0,84	0,00 0 0,00 0,00 0,00 0,00	0,00

CC: Código de Classificação do item TOTAL 83,82 53,85 15,45 51,03 0,36 1,77  
Tributos e Encargos: 0,586729

Média Últimos meses (R\$)	<b>VENCIMENTO</b>	<b>TOTAL A PAGAR</b>
90	<b>17/09/2019</b>	<b>R\$ 63,52</b>

**Histórico de Consumo (kWh)**  
89 | 74 | 58 | 78 | 73 | 120 | 172 | 126 | 78 | 79 | 78 | 64  
Set/18 Out/18 Nov/18 Dez/18 Jan/19 Feb/19 Mar/19 Abr/19 Mai/19 Jun/19 Jul/18 Ago/18

RESERVADO AO FISCO

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

Indicadores de Qualidade		Composição do Consumo	
Limites da ANEEL	Apurado	Limites de Tensão (V)	Discriminadas
DC MENSAL	9,15	9,02	Tensões de Cef. de Energia 19,30 30,64
DC TRIMESTRAL	12,35	MÍNIMA: 127	Tensões de Cef. de Energia 20,95 22,04
DC ANUAL	26,60	CONTRATADA 100	Tensões de Cef. de Energia 1,00 2,00
FC MENSAL	2,38	UNITE SUPERIOR 117	Encargos Fiscais 2,00 4,17
FC TRIMESTRAL	6,72	UNITE SUPERIOR 117	Encargos Fiscais 25,20 39,20
FC ANUAL	10,45	UNITE SUPERIOR 117	Outros Encargos 0,00 0,00
DMC	3,83	0,00	Total 63,82 100,00
DCR	12,22		

Versão: B2020 Rel: 7/2019/082120

### ATENÇÃO

AVISO: A responsabilidade pela manutenção da rede é da prestadora de serviços.

### Debitos em atraso

BANCO DO BRASIL PAGAR IMPROPRIAMENTE NO BANCO DO BRASIL

00190.00009 03087.693008 02808.547174 8 80150000006352

PAGADOR: JOSE MARCOS DE OLIVEIRA ROSA - CEP/CNPJ: 020.003.676-00  
RUA DOS SLOS, 02171 - CASA A - SLOS - NOSSA SENHORA DA GLORIA / SE CEP: 48660000

Nº do Nro	Nº Documento	Data de Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
32670920002306547	0006127672010909	17/09/2019	R\$ 63,52	

BENEFICIARIO: ENERGISA SERVIÇOS DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA CNPJ 13.217.483/0001-83  
Rua Min. Agenor Sales, 21 - Bairro Bemteus - Altamira/SE - CEP: 48940-160

Agencia / Código do beneficiario: 3064-3/179003-4

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

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 nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu marcos D. O. Rosa inscrito (a) no CPF sob o Nº 020.003.625,00  
 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Gilson De Souza inscrito  
 (a) no CPF sob o Nº 419492595,87, do sinistro de DPVAT cobertura invalidez da Vítima  
Gilson De Souza, inscrito (a) no CPF sob o Nº 319492595,87, 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>Excutain</u>
Bairro	<u>Brasília</u>	Cidade	<u>DF</u>	Estado	<u>50000-000</u>
Email	<u>marcosduforia@gmail.com</u>	Telefone comercial(DDD)	<u>61</u>	Telefone celular (DDD)	<u>999999999</u>

19/09/19 de 09 de 19  
 Local e Data

marcos de Oliveira Rosa

Assinatura do Declarante

## 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, José 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) Rua do Poço Santa Rosa do Crimírio, nº 511,

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

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

Cilson de Julo, cujo o condutor era

Cilson de Julo.

Veículo: MOTOCICLETA Modelo: HONDA/CG 150 TITANS Ano: 2008

Placa: IAP 3180 Chassi: 9G2KC08108R152427

Data do Acidente: 12/10/19

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

x José Nilton Tenorio

Assinatura do Declarante

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

Selo TJSE: 201	<u>9</u>	<u>29563</u>	<u>006937</u>
Acesse: <a href="http://www.tjse.jus.br/">www.tjse.jus.br/</a> X/ <u>PY6UZQ</u>			
Recopile como verdadeira (s) a (s) firma (s) de <u>José Nilton</u>			
em testemunho da verdade.			
1º Ofício da Comarca de Poco Redondo/SE <u>10/09/2019</u>			
Bel. Marco Aurélio Modesto Maron			
Notário Titular			

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

**RECEITUÁRIO**

Nome: \_\_\_\_\_

Relatório médico

Paciente galho de Melo subato  
quedo de mato há 5 meses, com  
fratura em pé direito, realizou  
tratamento fisioterápico, do qual  
está de alto definitivo.

Dr. Henrique de Almeida  
Médico  
CRM/SE 6025

Ass. e Carimbo / CRM

23/09/19

Data



**PREFEITURA MUNICIPAL  
DE POÇO REDONDO  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

48 anos

08:38

Ficha de Assistência a Saúde

Nº DE  
INSC.

73705

UNIDADE DE SAÚDE:

**UPA 24h**

UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO  
DONA ZULMIRA SOARES

NOME:

*Edison de Melo*

DATA:

*17/04/19*

APELIDO:

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

FILIAÇÃO:

PAI: *Edilson dos Santos*

MÃE: *Mariz. Helena de Melo*

ENDEREÇO:

*Rua Bahia - Santa Rosa*

REFERÊNCIA:

PROFISSÃO:

*Desempregado.*

RESPONSÁVEL:

~~ALÉRGICO~~  
CARDIOPATIA  
DIABETES  
EPILEPSIA

**QUADRO AUXILIAR ANAMNESE**

MANGENIASE  
HEMORRAGIA  
HEMOFILIA  
HIPERTENSÃO

PSICOPATIA  
TUBERCULOSE  
TIPO DE SANGUE

17/04

PA 100x70 mmHg  
Pte refre histórico de cinturão  
por quedas de nobs. Queda de 11  
faz em MID. Fazem outros queixas  
do exame: epímero, lumbos, dor  
lado, hérnia, bocagiga e fistula-  
mento comummente, fergos, TS,  
fimose moderada e faz a mobilização  
em 1/3 distal de MID.

ND: Fatura em 1/3 distal de MID?

Oligocondroite

Oligocondroite  
Oligocondroite

Dr. Mirella Queiros Souza  
CRMSE 2963

Assinatura  
1:30h

Realizado imobilização e transferido ao Habege  
para avaliação da ortopedista.

1660

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  
 ENDERECC...: 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:

*Rx Tonozel D*

DATA PRIMEIROS SINTOMAS: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

*(L. T. de Bo)*

ANOTACOES DA ENFERMAGEM:

*Indice cirurgico*

Dr. Ricardo Fonseca  
 Ortopedia e Traumatologia  
 CRM 4694 TECI 15345

DIAGNOSTICO:

CID:

PRESRICAO

HORARIO DA MEDICAC

*Rx Tonozel D APT+P*

*Rx Pene D APT+P*

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

*Juliano Souto Melo*  
 ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSAVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

Gilvan Bezerra do Nascimento  
 Téc. Radiologia Méc.  
 CRTR 0053

850/642



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

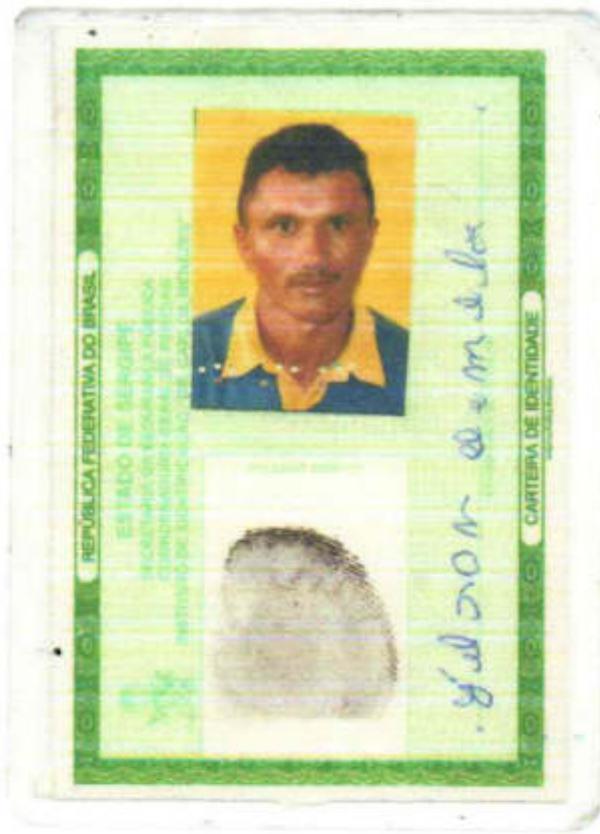
RECEITUÁRIO

Name:

## Relatório médico

Poente gelon de helo sulato  
quido de metis hó Smur, repun-  
do pratiros em pé deués, reu-  
zou tristamente frouzópés, do-  
quel este de alto dypntrico Re-  
frou dificulde para duombular  
após ocedente metaciclistico.

265





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN

CE	000002317907	Nº 014563351080
9	CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO	
1	VIA - CÓD. RENAVAM	EXERCÍCIO
1	1 00957887280	2018
0	NOME	
0	JOSE NILTON TENORIO	
8	RG: 000.623.215-95 PLACA: IAP3180	
8	PLACA ANTO - UF:	CHASSI:
0	IAP3180/SE	9C2KC08108R152427
4	CATEGORIA:	COMBUSTÍVEL
0	PAS/MOTOCICLETA/	GASOLINA
2	VEÍCULA - MARCA:	ANO/FAB. / ANO/REG.
HONDA/CG 150 TITAN KS	2008 / 2008	
2	CAP. PREDOMINANTE	CATEGORIA
2P0CV/149CC	PARTIC	CINZA
1	VALORES:	VEN. COT. UNICA
P	PAGO	100%
V	PAGO UNICA	2%
A	* 100%	3%
PRÉMIO TOTAL PAGO: 81,29		
PRÉMIO TOTAL PAGO: 4,15		
DATA DE PAGAMENTO: 10/12/2018		
DATA DE PAGAMENTO: 30/11/2018		
SEM RESTRIÇÕES FINANCEIRAS		
OBSERVAÇÕES		
MOTOR: EC00E15152427		
LOCAL: POCO REDONDO - SAO PAULO		
DATA: 10/12/2018		
INSCRIÇÃO DE VENDA/USO DE MEIO		
FIRME-SE - PRES. PNF		

SEGURADO: CERTIFICADO DE DANOS PESSOAL CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, DIFERENTES DA CARGA, A PESSOA TRANSPORTADAS OU NÃO, SISTEMA DPVAT

SE Nº 014563351080 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](http://www.seguradoralider.com.br)  
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO	DATA EMISSÃO	
2018	10/12/2018	
VIA	CPF / CNPJ	PLACA
**	000.623.215-95	IAP3180
RENAVAM	ANOS / MESES	HONDA/CG 150 TITAN KS
957887280		
ANO/FAB.	CHASSI	
2008	9	9C2KC08108R152427
PRÉMIO TARIFÁRIO		
PRÉMIO	DETRAN/UF	CUSTO DO SEGURO IN
81,29	9,03	90,32
CUSTO DE SEGURO IN	100% PNF	TOTAL PREÇO TOTAL PNF
4,15	0,70	185,50
PAGAMENTO		
<input checked="" type="checkbox"/> COTA ÚNICA	<input type="checkbox"/> PAGAMENTO	DATA DE PAGAMENTO
		30/11/2018

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 05.245.998/0001-04



# 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 CALÓ 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
<b>Total</b>			<b>12,5 %</b>	<b>R\$ 1.687,50</b>

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

Por este instrumento particular, eu ( nome completo ) Gilson de Mello .  
( nacionalidade ) Brasileiro , ( profissão ) Tanadez , 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 de Luminio 24 na cidade de  
Poco Redondo , ( UF ) SE , CEP 49810-000 , nomeio e  
constituo meu procurador , ( nome do representante) Jose marcos da C. 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 100 Silos , na cidade de  
N. Sra Da Glória , ( UF ) SE , CEP 49.680-000 , a quem confiro  
amplos e gerais poderes para , tratar , requerer, assinar papéis e  
documentos que se faça necessário para fins de **SOLICITAÇÃO DO  
SEGURO DPVAT** da vítima ( nome da vítima ) Gilson de Mello ,  
junto à SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT .

( local e data ) Poco Redondo - SE, 12.09.2012



( assinatura ) X Gilson de Mello

( RG ) 1.088.483

Selo TJSE: 201 <u>9</u> 29563 <u>006957</u>
Acesse: <a href="http://www.tjse.jus.br/X/4ETK9Z">www.tjse.jus.br/X/4ETK9Z</a>
Reconheço como verdadeira (s) a (s) firma (s) de <u>Gilson de Mello</u>
1º Ofício da Comarca de Poco Redondo/SE <u>12/09/2012</u>
Notário Titular <u>Bel. Marco Aurélio Modesto Maron</u>

OBS: ( a assinatura deve ser reconhecida por AUTENTICIDADE )

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0352450/19

**Vítima:** GILSON DE MELO

**Data do acidente:** 17/04/2019

**CPF:** 719.492.595-87

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** GILSON DE MELO

**Seguradora:** SINAF PREVIDENCIAL CIA. DE SEGUROS

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

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

### JOSE MARCOS DE OLIVEIRA ROSA : 020.003.675-00

Comprovante de residência  
Declaração Circular SUSEP 445/12  
Documentos de identificação  
Procuração

### 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](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: 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

**Data do acidente:** 17/04/2019

**CPF:** 719.492.595-87

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** GILSON DE MELO

**Seguradora:** SINAF PREVIDENCIAL CIA. DE SEGUROS

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

Documentação médica-hospitalar

## ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](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: 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