
Rio de Janeiro, 04 de Fevereiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190082534

Vítima: JOSE JADSON SANTOS DA MOTA

Data do Acidente: 21/10/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE MARCOS DE OLIVEIRA ROSA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOSE JADSON SANTOS DA MOTA

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, 17 de Fevereiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190082534

Vítima: JOSE JADSON SANTOS DA MOTA

Data do Acidente: 21/10/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE MARCOS DE OLIVEIRA ROSA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOSE JADSON SANTOS DA MOTA

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 2.362,50

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

Graduação: Em grau leve 25%

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

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

Recebedor: **JOSE JADSON SANTOS DA MOTA**

Valor: **R\$ 2.362,50**

Banco: **104**

Agência: **000004470**

Conta: **000006957-3**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

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

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

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

www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

Nome completo da vítima:

076.776.325-48

Jose Jackson Santos da Mota

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

Nome completo:

Profissão:

Endereço:

CPF:

Bairro:

Número:

Complemento:

E-mail:

Cidade:

Estado:

CEP:

Tel. (DDD):

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

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR

☐ ATÉ R\$1.000,00

☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

4470

CONTA:

6957

3

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (no Civil)

☐ Divorciado

☐ Separado judicialmente

☐ Viúvo

Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima:

Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim

☐ Não

Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos?

☐ Sim

☐ Não

Se tinha filhos, informar quantos:

Vivos:

Falecidos:

Vítima deixou nasoturo (vai nascer)?

☐ Sim

☐ Não

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.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data:

Nome:

CPF:

Nossa Senhora da Glória, 29.01.19

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome:

CPF:

Assinatura

2ª | Nome:

CPF:

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

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

30 JAN 2019



GOVERNO DO ESTADO DE SERGIPE
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DISTRITAL DE NOSSA SENHORA APARECIDA - NOSSA SENHORA
APARECIDA - SE

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 000852/2019-A01

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 25/01/2019 10:28 Data/Hora Fim: 25/01/2019 10:33
Delegado de Polícia: Eurico César Souza Nascimento

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia Distrital de Nossa Senhora Aparecida

Data/Hora do Fato: 21/10/2018 18:00

Local do Fato

Município: Nossa Senhora Aparecida (SE)
Logradouro: POVOADO ARARI

Bairro: Povoado

CEP: 49.540-000

Tipo do Local: Área Rural

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

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: JOSÉ JADSON SANTOS DA MOTA (VÍTIMA, COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: SE - Itabaiana Sexo: Masculino Nasc: 12/05/1999

Profissão: Agricultor

Estado Civil: Solteiro(a)

Nome da Mãe: Maria Aparecida dos Santos Mota

Nome do Pai: Ilailson Pacheco da Mota

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 076.776.325-48

RG - Carteira de Identidade: 37793098

Endereço

Município: Nossa Senhora Aparecida - SE

Logradouro: POVOADO ARARI

Bairro: ZONA RURAL

Telefone: (79) 9634-3677 (Celular)

Nº: S/Nº

CEP: 49.540-000

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo	Subgrupo Motocicleta/Motoneta
CPF/CNPJ do Proprietário 009.385.575-30	Placa QKO2461
Renavam 01016146474	Número do Chassi 9C2KD0550ER343662
Ano/Modelo Fabricação 2014/2014	Cor PRETA
Marca/Modelo HONDA/NXR150 BROS ES	Veículo Adulterado? Não
Quantidade 1 Unidade	Situação Envolvido

Nome Envolvido	Envolvimentos
José Jadson Santos da Mota	Possuidor

RELATO/HISTÓRICO

Delegado de Polícia Civil: Eurico César Souza Nascimento
Impresso por: Matheus Fraga Correa
Data de Impressão: 25/01/2019 10:34
Protocolo nº: Não disponível

30 JAN 2019

2105 MAR 3 2



GOVERNO DO ESTADO DE SERGIPE
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DISTRIITAL DE NOSSA SENHORA APARECIDA - NOSSA SENHORA
APARECIDA - SE

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 000852/2019-A01

Relata o noticiante que no dia 21/10/18 por volta das 18 horas estava indo de motocicleta com seu primo para o Povoado Arari em Nossa Senhora Aparecida; QUE, seu primo conduzia a motocicleta e o mesmo vinha como garupa; QUE, ao passarem por uma curva que vai do referido povoado ao Povoado Lages, se desequilibraram e caíram; QUE, a motocicleta caiu sobre sua perna direita, vindo a fratura-la conforme laudo médico; QUE, o mesmo fora levado pela SAMU até o Hospital Regional de Itabaiana; QUE, a motocicleta em questão é uma HONDA/NXR150 BROS ES, COR PRETA, PLACA QKO 2461, ANO 2014/14, CHASSI 9C2KD0550E343662, RENAVAL 01016146474 em nome de JAIME LIMA. Diante do exposto, solicita as devidas providências.

ASSINATURAS



José Jadson Santos da Mota

José Jadson Santos da Mota
(Vítima / Comunicante)

Declaro para os devidos fins o direito que sou o(a) signatário(a) responsável pelas informações acima assentadas e ciente que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que do(a) origem, conforme previsto no art. 339-Denúncia, 340 e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro.



Delegado de Polícia Civil: Eurico César Souza Nascimento
Impresso por: Matheus Fraga Correa
Data de Impressão: 25/01/2019 10:34
Protocolo nº: Não disponível

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

Nome completo da vítima:

076.776.325-48

Jose Jackson Santos da Mota

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

Nome completo:

Profissão:

Endereço:

CPF:

Bairro:

Número:

Complemento:

E-mail:

Cidade:

Estado:

CEP:

Tel. (DDD):

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

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR

☐ ATÉ R\$1.000,00

☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

4470

CONTA:

6957

3

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (no Civil)

☐ Divorçado

☐ Separado judicialmente

☐ Viúvo

Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima:

Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim

☐ Não

Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos?

☐ Sim

☐ Não

Se tinha filhos, informar quantos:

Vivos:

Falecidos:

Vítima deixou nasoturo (vai nascer)?

☐ Sim

☐ Não

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.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data:

Nome:

CPF:

Nossa Senhora da Glória, 29.01.19

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome:

CPF:

Assinatura

2ª | Nome:

CPF:

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

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

30 JAN 2019

Ats

AS/DATASUS

HOSPITAL REG DR PEDRO GARCIA MORENO

No. DO BE: 586281

DATA: 21/10/2018

HORA: 21:29

USUARIO: RSANTOS

CNS: 160509485510018

SETOR: 04-ORTOPEDIA

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME : JOSE JADSON SANTOS DA MOTA

IDADE.....: 19 ANOS

NASC: 12/05/1999

DOC...: 37793

ENDERECO.....: POV ARARI

SEXO...: MASCULINO

COMPLEMENTO...: CASA

BAIRRO:

NUMERO:

MUNICIPIO.....: NOSSA SENHORA APARECIDA

UF: SE

CEP...: 49540-

NOME PAI/MAE...: ILAILSON PACHECO DA MOTA

/MARIA APARECIDA DOS SANTOS

RESPONSAVEL...: O PROPRIO

TEL...: 079 99

PROCEDENCIA...: NSA SRA APARECIDA - SE

966

ATENDIMENTO...: ACIDENTE MOTOCICLISTICO

CASO POLICIAL...: NAO

PLANO DE SAUDE....: NAO

TRAUMA: NAO

ACID. TRABALHO: NAO

VEIO DE AMBULANCIA: NAO

PA: [X mmHg]

PULSO: []

TEMP.: []

PESO: []

EXAMES COMPLEMENTARES:

☒ RAIO X☐ SANGUE☐ URINA☐ TC☐ LIQUOR☐ ECG☐ ULTRASSONOGRAFIA

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

DADOS CLINICOS:

DATA PRIMEIROS SINTOMAS: ____/____/____

Paciente vitima de queda de moto. Logo depois se machucou
 glaxos 15. cervical, torax, abdome, quadril e alteraçoes
 Fratura em perna D

ANOTACOES DA ENFERMAGEM:

DIAGNOSTICO:

CID:

PRESCRICAO

HORARIO DA MEDICACAO

① R-X de perna D (2P)

② Alta da c. geral

③ Alta da ortopedia

Aloisio Pinto Neto
 Médico
 CRM-SE 4407

DATA DA SAIDA: ____/____/____

ALTA: [] DECISAO MEDICA [] A PEDIDO

[] EVASAO

HORA DA SAIDA: ____:____

[] ENCAMINHADO AO AMBULATORIO

[] DESISTENCIA

INTERNACAO NO PROPRIO HOSPITAL (SETOR): _____

TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE): _____

OBITO: [] ATE 48HS [] APOS 48HS

[] FAMILIA

[] IML

[] ANAT. PA

Assinatura do paciente/responsavel

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSAVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 11/02/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE JADSON SANTOS DA MOTA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 04470

CONTA: 000000006957-3

Nr. da Autenticação 6724C7A4E91CCE42

MARIA APARECIDA DOS SANTOS MOTA
POV ARARI 301 RUA 21 - AREA RURAL
NOSSA SENHORA APARECIDA / SE CEP 48540000 (AG. 30)
Emissão: 16/11/2018 Referência: Nov / 2018
Classif/Subcl: RESIDENCIAL / BAIXA RENDA MONOFÁSICO
Roteiro: 9 - 120 - 310 - 214 Nº medidor: N1050133218

energisa

ENERGISA SERGIPE DISTRIB. ENERGIA SA
Rua Min. Antônio Sales, 81 - Inova Barroza
Aracaju/SE - CEP 49060-150
CNPJ 13.017.802/0001-03 Insc. Est. 270.797.426
Nota Fiscal/Conta de Energia Elétrica Nº 000 510 2018
Cód. para Deb. Automático: 00003428976

30 JAN 2019

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

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/CNPJ/ RAN
Nov / 2018	16/11/2018	14/12/2018	660.367.666-34

UC (Unidade Consumidora): 3/342897-6

Canal de contato
- Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 13.438, de 26 de abril de 2002

Anterior		Atual		Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura			
17/10/18	8495	16/11/18	8591	1	36	30

Demonstrativo		Tributos		Tributos		Tributos	
CC	Descrição	Quantidade	Valor	Base Calc.	Valor	Base Calc.	Valor
0601	Consumo até 30 kWh-BR	30,000	0,246400	7,39	7,39	25	1,85
0601	Consumo - 31 a 100 kWh-BR	58,000	0,423440	23,85	23,85	29	5,91
0601	Adic. B. Vermelho			1,46	1,46	25	0,38
0601	Adic. B. Amarelo			0,32	0,32	25	0,08
0610	Subsídio			33,56	33,56	25	0,39
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS							
0807	CONTRIB. ILM. PÚBLICA			8,88	0,00	0	0,00
0808	Devolução Subsídio			-23,81	0,00	0	0,00
TOTAL				48,42	86,37	18,59	86,37

Média últimos meses (kWh) 57
VENCIMENTO 23/11/2018
TOTAL A PAGAR R\$ 48,42

Histórico de Consumo (kWh)											
62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73
Nov/17	Dez/17	Jan/18	Fev/18	Mar/18	Abr/18	Mai/18	Jun/18	Jul/18	Agô/18	Set/18	Out/18

RESERVADO AO FISCO
7530.2597.5f8b.8e25.8f1a.a975.ce2c.4a22.

Indicadores de Qualidade				Composição do Consumo		
Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)		Discriminação	Valor (R\$)	%
DC MENSAL	11,55	NOMINAL	127	Serviços de Dist. de Energia-SE	8,39	17,32
DC TRIMESTRAL	23,10			Compra de Energia	11,57	23,87
DC ANUAL	46,20			Grupo de Transmissão	1,20	2,48
FC MENSAL	7,74	CONTRATADA	117	Encargos Setoriais	1,37	2,82
FC TRIMESTRAL	15,48			Impostos Diretos e Encargos	2,26	4,66
FC ANUAL	30,96			Outros Serviços	0,00	0,00
DMC	6,39	LIMITE SUPERIOR	133	Total		
DIOM	16,60				48,40	100,00

Valor do BLS (Ref. 9/2018) R\$ 6,00

ATENÇÃO
Faturas em atraso

JOSE MARCOS DE OLIVEIRA ROSA
RUA DOS SÍLOS, 52177 CASA A - SÍLOS
NOSSA SENHORA DA GLÓRIA / SE CEP: 49880000 (AQ: 430)
Emissão: 10/01/2019 Referência: Jan / 2019
Classe/Subclasse: RESIDENCIAL / RESIDENCIAL BIFÁSICO
Roteiro: 5-430-340-7381 Nº medidor: 88003340123

energisa
ENERGISA SERGIPE DISTRIBUIÇÃO ENERGIA S.A.
Rua Min. Apolônio Sales, 81 - Pólo Banguê
Aracaju / SE - CEP: 49040-250
CNPJ: 13.017.882/0001-62 Insc. Est. 270.767.808
Nota Fiscal: Conta de Energia Elétrica Nº 005.899.590
Cód. para Deb. Automático: 80009127879

3 C JAN 2019

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

Conta referente a Jan / 2019 Apresentação 10/01/2019 Data prevista da próxima leitura 07/02/2019 CPF / CNPJ / RANI 020.003.675-00

UC (Unidade Consumidora): 3/912787-9

Canal de contato

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data 10/12/18	Data 10/01/19			
Leitura 8875	Leitura 8848	1	73	31

CC	Descrição	Quantidade	Tarifa	Valor	Base Calc.	Alig.	Impostos	Base Calc.	Potência	Código
0801	Consumo em kWh	73,000	0,742780	54,22	54,22	25	13,55	54,22	0,95	2,98
0807	CONTRIB. ILLUM. PÚBLICA			8,48	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
0804	JUROS DE MORA 12/2018			0,08	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
0805	MULTA 12/2018			1,15	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00

CC: Código de Classificação do Item TOTAL 63,92 54,22 13,55 54,22 0,95 2,98

Média últimos meses (kWh) 53
VENCIMENTO 17/01/2019
TOTAL A PAGAR R\$ 63,92

Histórico de Consumo (kWh)
83 | 87 | 92 | 88 | 84 | 70 | 56 | 85 | 58 | 74 | 88 | 75
Jan/18 Feb/18 Mar/18 Abr/18 Mai/18 Jun/18 Jul/18 Ago/18 Set/18 Out/18 Nov/18 Dez/18

RESERVADO AO FISCO
4549.7430.237a.e519.2269.493a.ef01.6b2c.

Indicadores de Qualidade

11/2015 - ADESA SENHOR DO BOIS

Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)	
DIMENSIONAL	6,15	2,17	NOMINAL - 127
OC. TRIMESTRAL	12,30		
OC. ANUAL	24,60		
OC. BENSIM	2,43		
FC TRIMESTRAL	8,95	2,00	CONTRATADA LIMITE INFERIOR 117 LIMITE SUPERIOR 133
FC ANUAL	17,90		
DANC	3,83	1,52	
DICR	12,22		

Composição do Consumo

Descrição	Valor (R\$)	%
Serviços de Dist. de Energia/SE	13,84	21,34
Compra de Energia	18,75	29,33
Serviço de Transmissão	1,95	3,03
Encargos Setoriais	2,21	3,45
Impostos Diretos e Encargos	29,35	45,94
Outros Serviços	0,00	0,00
Total	63,92	100,00

Valor de EUSD (Ref. 11/2015) R\$ 20,90

Valor de EUBO (Rel. 11/2018) R\$ 23,99

ATENÇÃO
Atenção: A responsabilidade pela leitura, emissão e entrega do faturamento é de responsabilidade do cliente.

Faturas em atraso

VENCIMENTO 17/01/2019
TOTAL A PAGAR R\$ 63,92

Atenção: 5-430-340-7381
Matrícula: 912787-2019-01-5
83810000000-6 83920049000-6 09127872019-7 01500430010-6



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

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

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/BIBLIOTECABWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu JOSE MARCOS DE O. RIBEIRA
inscrito (a) no CPF/CNPJ 020.003.675/00 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

JOSE JOAQUIM SANTOS DA MOTA inscrito (a) no CPF sob o Nº 076.776.325/48

do sinistro de DPVAT cobertura invalididade da Vítima JOSE JOAQUIM SANTOS DA MOTA

inscrito (a) no CPF sob o Nº 076.776.325/48 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 Saneiros</u>		Número: <u>217</u>	Complemento: <u>CEP</u>
Bairro: <u>Basilio</u>	Cidade: <u>St. da Gloria</u>	Estado: <u>SE</u>	CEP: <u>49.680-000</u>
E-mail: <u>marcmotadefaria@gmail.com</u>			Tel. (DDD): <u>79.99189207</u>

Local e Data: St. da Gloria 29.01.19

JOSE MARCOS DE OLIVEIRA RIBEIRA
Assinatura do Declarante

DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

30 JAN 2019

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, Jaime Lima

RG nº 3140093-0, data de expedição 19/10/2018

Órgão SSP/SE, portador do CPF nº 009.385.575.30

com domicílio na cidade de Nossa Senhora Aparecida, no Estado de Sergipe

onde resido na (Rua/Avenida/Estrada) Passeio Anni, Zona Rural, nº SIN

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

Jose Jackson Santos da Costa, cujo o condutor era

Jose Jackson Santos da Costa

Veículo: PAS/MOTOCICLETA Modelo: HONDA/NXR/150 BROS Ano: 2014

Placa: QK8 2461 Chassi: 9C2KTD0550ER343662

Data do Acidente: 21/10/2018

Local e Data: Nossa Senhora Aparecida/SE, 29/01/2019.

Jaime Lima

Assinatura do Declarante

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

CARTÓRIO DO OFÍCIO ÚNICO DE N. S. APARECIDA

Reconheço e dou fé como verdadeira, por AUTENTICIDADE, a firma de

JAIME LIMA,

Nossa Senhora Aparecida/SE 29 de janeiro de 2019

Maria Virginia de Jesus Barreto

Maria Virginia de Jesus Barreto - Escrevente

Selo TJSE: 201929608000466

Acesse: www.tjse.jus.br/x/MJBZ42

ESTADO DE SERGIPE

SECRETARIA DE DEFESA PÚBLICA

COORDENADORIA GERAL DE PESSOAS

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO DE CARLOS SENEZ



Jose Jádson Santos da Mota

CARTEIRA DE IDENTIDADE

TERMINO VÁLIDA 4 ANOS

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL

5.779.309-8

DATA DE
EXPEDIÇÃO

13/01/2014

NOME

JOSE JADSON SANTOS DA MOTA

FILIAÇÃO

ILATILSON PACHECO DA MOTA

MARIA APARECIDA DOS SANTOS MOTA

NATURALIDADE

ITABAIANA-SE

DATA DE NASCIMENTO

12/05/1999

DOC ORIGEM

CT. NASCIMENTO NR 18882 LV A 27 EM 04/01/2014

CPF

CART.D.O DIST.COM.DE RIBEIRO

076.776.325-48

ASSINATURA DO DIR

LEI Nº 7.116 DE 2008

30 JAN 2019

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

01015146974	00000000000	2018
-------------	-------------	------

JAIME LIMA

009.385.573-30
PLACA ANT/UF
0K02461
PLACA

PK02461/EE 19C2KD0550ER343662

MOTOCICLETA/NENITUNA	MARCA/MODELO	ALCO/GASOL	ANO/FAB	ANO MOD
A/NXR150 BENZ				

14CV/149CC	CATEGORIA	2014	2014
	PARTIC	CON PREDOMINANTE	PREF

COTA UNICA	VENECOSTA UNICA	VENECOSTAS
1*		
COPIA LPA A		

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13</																																																																																							

DATE	TIME	LOCATION	OBSERVERS
		PAGE 8	

DOCUMENTOS DE FOMENTO DE LA INDUSTRIA
LOCAL PARA TRANSFERENCIA
RESTRICCIÓNES

LOCAL: SENHORA DO PRECIPUA-9 DATA: 19/01/2018

OUR CAMPAIGN NOW
ELECTS PRESIDENT

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS-PESSOAS CAUSADOS POR VEÍCULOS
E AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA, APESOS
DE TRANSPORTADAS OU NÃO. SEGURO DPVAT

SE Nº 013558941780 BILHETE DE SEGURO PRIVAT

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

www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0500 022 1204

EXERCÍCIO	DATA EMISSÃO
2018	9/01/2018

PLACA
QK02461

R150 BROS ES
- N° CHASSE -

ER343662

	CUSTO DO SEGURO (R\$)	90,32
--	-----------------------	-------

TOTAL A SER PAGO SEGUNDO PRE
185.50

DATA DE QUITAÇÃO
15/01/2018

SEGURO LÍDER - DPVAT

NPJ 05-243,608,0001-04

JUL-2017

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190082534 **Cidade:** Nossa Senhora Aparecida **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE JADSON SANTOS DA MOTA **Data do acidente:** 21/10/2018 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 05/02/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DA TÍBIA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE.
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Documentos complementares:
Observações:

DANOS

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

31 JAN 2019

PROCURAÇÃO PARTICULAR PARA FINS ESPECÍFICOS DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Por este instrumento particular, eu (nome completo) Jose Jadsom Santos da Mota
(nacionalidade) Brasileiro, (profissão) Brasileiro, portador da cédula
de identidade RG nº 3.779.309-8, emitido pela SSP / (UF) SE,
inscrito sob o CPF nº 076.776.325-48, residente na (endereço
completo) Rovendo Aguiar SLN, na cidade de
Nossa Senhora Aparecida, (UF) SE, CEP 49540-000, nomeio e
constituo meu procurador, (nome do representante) Jose Jadsom de A. Rosa
(nacionalidade) Brasileiro, (profissão) Consultor, portador da cédula
de identidade RG nº 21233829, emitido pela SSP / (UF) SE,
inscrito sob o CPF nº 000.003.675-00, residente na (endereço
completo) Rua dos Silos 6º 217, na cidade de
Nossa Senhora da Glória (UF) SE, CEP 49680-000, 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) Jose Jadsom Santos da Mota
junto à **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT**.

(local e data) Nossa Senhora Aparecida; 29 de janeiro de 2019

(assinatura) Jose Jadsom Santos da Mota



OBS: (a assinatura deve ser reconhecida por AUTENTICIDADE)