



Poder Judiciário  
Do Estado de Sergipe

**NOSSA SENHORA APARECIDA DA COMARCA DE N. SRA.DE APARECIDA**  
**Rua Presidente Medici, Bairro Centro, N. Sra.de Aparecida/SE, CEP 49540000**  
**Horário de Funcionamento: 07:00 às 13:00**

## Dados do Processo

Processo: 202082200319  
Número Único: 0000296-38.2020.8.25.0070  
Classe: Procedimento Comum  
Situação: Andamento  
Processo Origem: \*\*\*\*\*

Distribuição: 16/10/2020  
Competência: Nossa Senhora Aparecida  
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: JOSÉ JADSON SANTOS DA MOTA

Endereço: Povoado Arari

### Complemento:

## Bairro: ZONA RURAL

Cidade: NOSSA SENHORA APARECIDA - Estado: SF - CEP: 49540000

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

Requerido: SEGUROADORA LÍDER DO CONSÓRCIO DO SEGURO DPVAT S A

Endereço: RUA SENADOR DANTAS

Complemento: 5º ANDAR

### Complemento 3

Cidade: RIO DE JANEIRO - Estado: RJ - CEP: 20031205

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



**Poder Judiciário  
Do Estado de Sergipe**

**NOSSA SENHORA APARECIDA DA COMARCA DE N. SRA. DE APARECIDA  
Rua Presidente Medici, Bairro Centro, N. Sra. de Aparecida/SE, CEP 49540000  
Horário de Funcionamento: 07:00 às 13:00**

**Processos Apenasdos:**

--

**Processos Dependentes:**

--



**Poder Judiciário  
Do Estado de Sergipe**

**NOSSA SENHORA APARECIDA DA COMARCA DE N. SRA. DE APARECIDA**  
**Rua Presidente Medici, Bairro Centro, N. Sra. de Aparecida/SE, CEP 49540000**  
**Horário de Funcionamento: 07:00 às 13:00**

**PROCESSO:**

202082200319

**DATA:**

24/11/2020

**MOVIMENTO:**

Juntada

**DESCRIÇÃO:**

Juntada de Petição Avulsa do Advogado/Procurador/Defensor/Promotor KELLY CHRYSTIAN SILVA MENENDEZ (2592-SE) ao processo eletrônico. Protocolizado sob nº 20201124121802888 às 12:18 em 24/11/2020.

**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, 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

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, 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, 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,



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

30 JAN 2019

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

 DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

 INVALIDEZ PERMANENTE

 MORTE

N° do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

076.776.325-48

Nome completo da vítima:

José Jackson Santos da Mota

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

Nome completo:

Profissão:

Barnador

Endereço:

Pocoado Arari - Rua. 01

CPF:

076.776.325-48

Número:

514

Complemento:

Casa

Bairro:

Anís Rural

Cidade:

Nossa Senhora

Estado:

SE

CEP:

49540-000

E-mail:

Marcocdegloaria@gmail.com

Tel.(DDD):

79-99918-9807

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

RENDA MENSAL:

 RECUZO 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

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider 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 Lider 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 nascituro (vai nascer)?

 Sim  Não

Vítima deixou pais/avós vivos?

 Sim  Não

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data: Nossa Senhora da Glória - 29.01.19

Nome:

CPF:

### TESTEMUNHAS

1º | Nome:

CPF:

Assinatura

2º | 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 RODO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

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



**GOVERNO DO ESTADO DE SERGIPE**  
**POLÍCIA CIVIL**  
**DELEGACIA 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**

Afecto: 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

Nº: S/N°

Bairro: ZONA RURAL

CEP: 49.540-000

Telefone: (79) 9634-3677 (Celular)

**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

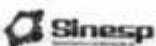
Página 1 de 2

Impresso por: Matheus Fraga Correa

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos

Data de Impressão: 25/01/2019 10:34

Protocolo nº: Não disponível



30 JAN 2019

0105 MAL 31



GOVERNO DO ESTADO DE SERGIPE  
POLÍCIA CIVIL  
DELEGACIA DISTRITAL 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, RENAVAM 01016146474 em nome de JAIME LIMA. Diante o exposto, solicita as devidas providências.

ASSINATURAS



José Jadson Santos da Mota

José Jadson Santos da Mota  
(Vítima / Comunicante)

"Declaro para os devidos efeitos que sou o(a) declarante responsável pelas informações acima assentadas e que que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei origem, conforme previsto no artigo 339-Denúncia, 340-Relato e 340-Comunicação Fato de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

30 JAN 2019

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

 DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

 INVALIDEZ PERMANENTE

 MORTE

N° do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

076.776.325-48

Nome completo da vítima:

José Jackson Santos da Mota

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

Nome completo:

Profissão:

Barnador

Endereço:

Pocoado Arari - Rua. 01

CPF:

076.776.325-48

Bairro:

Anís Rural

Cidade:

Nossa Senhora

Número:

514 Casa

E-mail:

marcoedegloria@gmail.com

Estado:

SE

CEP:

49540-000

Tel.(DDD):

79-99918-9807

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

RENDA MENSAL:

 RECUZO 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

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

CONTA:

(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

nascituro (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: Nossa Senhora da Glória - 29.01.19

Nome:

CPF:

### TESTEMUNHAS

1º | Nome:

CPF:

Assinatura

2º | 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 RODO, 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.

JTO

MS/DATASUS

HOSPITAL REG DR PEDRO GARCIA MORENO

No. DO BE: 586281  
CNS: 160509485510018DATA: 21/10/2018 HORA: 21:29 USUARIO: RSANTOS  
SETOR: 04-ORTOPEDIA

## IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME : JOSE JADSON SANTOS DA MOTA  
 IDADE: 19 ANOS NASC: 12/05/1999  
 ENDERECO: POV ARARI  
 COMPLEMENTO: CASA BAIRRO:  
 MUNICIPIO: NOSSA SENHORA APARECIDA  
 NOME PAI/MAE: ILAILSON PACHECO DA MOTA  
 RESPONSAVEL: O PROPRIO  
 PROCEDENCIA: NSA SRA APARECIDA - SE  
 ATENDIMENTO: ACIDENTE MOTOCICLISTICO  
 CASO POLICIAL: NAO PLANO DE SAUDE: NAO  
 ACID. TRABALHO: NAO VEIO DE AMBULANCIA: NAO

UF: SE CEP...: 49540-966  
 /MARIA APARECIDA DOS SANTOS  
 TEL...: 079 99966  
 TRAUMA: NAO

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

EXAMES COMPLEMENTARES:  
 Rasmussen:  RAIO X  SANGUE  URINA  TOC  
 TBC:  650  LIQUOR  ECG  ULTRASSONOGRAFIA  
 CRP:  00571

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

DADOS CLINICOS:

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

Paciente vitímo de queda de moto. Segundo desmaio ou micturio  
 glauco 15. cervical torac, abdome, quadris e alterações  
 Fratura em perna D

ANOTACOES DA ENFERMAGEM:

DIAGNOSTICO:

CID:

PRESCRICAO

HORARIO DA MEDICAO

① R-2 de perna D (2P)  
 ② Alta da cama  
 ③ Fical da ortopedia

Atendido: Pinto Neto  
 CRM-SE 4407  
 CRM-Médico

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

Jose Lucas Santos Gontijo

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: 00000006957-3

---

Nr. da Autenticação 6724C7A4E91CCE42

MARIA APARECIDA DOS SANTOS MOTA  
POV. ARARI, S/N - RUA 01 - ÁREA RURAL  
NOSSA SENHORA APARECIDA / SE CEP: 49540000 (AG. 30)  
Emissão: 16/11/2018 - Referência: Nov / 2018  
Classe/Sucess: RESIDENCIAL / BAIXA RENDA MONOFÁSICO  
Ribeiro: 9 - 120 - 310 - 214 - IP medidor: 11050133218

energisa

ENERGISA SERGIPÁ - DISTRIBUÍDORA DE ENERGIA S.A.  
Rua Min. Antônio Sales, 41 - Centro Boa Vista  
Atalaia/SE - CEP: 49940-190  
CEP: 49917-000/001-42 - Ins. Est. 270.757.426  
Nota Fiscal: Conta de Energia Elétrica N° 00000000000000000000  
Cód. para Deb. Automático: 00003428976

30 JAN 2019

Atendimento ao Cliente ENERGISA 08000 79 0196 Acesse: [www.energisa.com.br](http://www.energisa.com.br)

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/CNPJ/ RAMI
Nov / 2018	16/11/2018	14/12/2018	690.387.666-34

UC (Unidade Consumidora): 3/342897-6

Canal de contato  
- Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 10.428, de 26 de abril de 2002

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data: 17/10/18 Leitura: 6495	Data: 18/11/18 Leitura: 6501			36 20

Demonstrativo						
Consumo: 30kWh-BR						
0601 Consumo até 30kWh-BR	30.000	0.246400	7,39	7,39	25	1,85
0601 Consumo + 31 a 100kWh-BR	56.000	0.423440	23,88	23,88	29	5,91
0801 Adic. B. Vermelha			1,45	1,45	25	0,38
0801 Adic. B. Amarela			0,32	0,32	25	0,08
0610 Subsídio			33,86	33,86	25	0,88
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS						
0807 CONTRIBUÍM PÚBLICA			5,88	0,00	0	0,00
0808 Devolução Subsídio			-39,81	0,00	0	0,00
Tributo Total(R\$) (ICMSF/ICMS) PIS/Cofins(R\$) (0,0016% 2,094%)						

CC: Código de Classificação do Item TOTAL 48,42 68,37 18,89 68,37 0,55 2,53

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

Histórico de Consumo (kWh)												
E2	E3	E4	E5	E6	E7	E8	E9	E10	E11	E12	E13	E14
Nov/17	Dez/17	Jan/18	Fev/18	Mar/18	Abr/18	Maio/18	Jun/18	Jul/18	Agosto/18	Sep/18	Out/18	

RESERVADO AO FISCO  
7530.2597.5f6b.8e25.8f1a.a975.ce2c.4a22.

Indicadores de Qualidade		
Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
DIC MENSAL	11,58	4,31
DIG TRIMESTRAL	23,18	
DIC ANUAL	48,38	
PIG MENSAL	7,74	2,00
PIG TRIMESTRAL	15,48	2,00
PIG ANUAL	30,88	1,17
DIGI	6,29	0,48
DIDI	16,60	

Indicadores de Consumo	Discriminação	Valor (R\$)	%
Serviços da Dist. de Energisa/SE	8,29	17,24	
Compra de Energia	11,57	23,52	
Serviço de Transmissão	1,42	2,91	
Impostos Sobre as	1,37	4,01	
Impostos Diretos e Encargos	26,23	51,51	
Outros Serviços	0,00	0,00	
Total	48,40	100,00	

Valor do IUSO (Ref. 9/2018) R\$ 6,54

ATENÇÃO

Este boleto tem um desconto de R\$ 2,81  
que é da prefeitura do município

Faturas em atraso



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

 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)

Capital 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/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, APPLICATE PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Josejaneiro D. D. Rosa  
 inscrito (a) no CPF/CNPJ 020.003.675,00, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário  
Josejaneiro Santos da Mata inscrito (a) no CPF sob o Nº 076.776.325-48,  
 do sinistro de DPVAT cobertura Univalor da Vítima Josejaneiro Santos da Mata,  
 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 Des Góes</u>	Número:	<u>217</u>	Complemento:	<u>apto 101</u>	
Bairro:	<u>Brasilândia</u>	Cidade:	<u>Florianópolis</u>	Estado:	<u>SC</u>	
E-mail:	<u>marciomarques1981@gmail.com</u>				CEP:	<u>49.680-000</u>
					Tel.(DDD):	<u>(49) 99189207</u>

Local e Data: N. Sra da Glória 29.05.19

Josejaneiro Santos da Mata  
 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

30 JAN 2019

Eu, Jáime 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 Se  
lizipe, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

Parade Anri, Zona Rural, nº S/N,  
complemento 6151

declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima

José Jackson Santos da Mota, cujo o condutor era

José Jackson Santos da Mota.

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

Placa: QK8 2961 Chassi: 9G2KD0550ER343662

Data do Acidente: 21/10/2018

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

Jáime 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 - Escrivane

Selo TJSE: 201929608000466

Acesse: [www.tjse.jus.br/x/MJ8Z42](http://www.tjse.jus.br/x/MJ8Z42)



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL  
REGISTRO GERAL 3.779.309-8 DATA DE EXPEDIÇÃO 13/01/2014  
NOME  
FILIAÇÃO  
JOSÉ JAILSON SANTOS DA MOTA  
ILATILSON PACHECO DA MOTA  
MARIA APARECIDA DOS SANTOS MOTA  
NATURALIDADE  
ITABAIANA-SE  
DOC ORIGEM  
CT. NASCIMENTO NR 18882 LV A-271-004  
CART. DO DIST. COM. DE RIBEIROFONTE  
076.776.325-49  
DATA DE NASCIMENTO 12/05/1999  
ASSINATURA DO DIRETOR  
LEI N° 7.118 DE 29/06/90

30 JAN 2019

30 JAN 2019

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL		MINISTÉRIO DAS CIDADES	
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO			
DETTRAN - SE	00000000000000000000000000000000	0135538941780	EXERCÍCIO
1	01016146974	000000000	2018
PLACA/ANIT/UF	009.385.379-30	PLACA	OK02461
EXPIRAÇÃO	902018	COMBUSTÍVEL	
MARCA/NO. P/OD	PAS/MOTOCICLETA/NEINHUMA	ALCO/GASOL	
CAP/POVOL	HONDA/NXR150 BROS ES	ANO FAB.	2014
CATEGORIA	2P / 14CV / 149CC	COM PRÉDULANTE	PRETA
DATA UNICA	1	VEIC/COTAS	
FAIXA IDUA	PARCELAGEM/ COTAS -	1*	***
PREMIO TARIFASIO (R\$)	100 (R\$)	2*	***
PREMIO TARIFASIO (R\$)	100 (R\$)	3*	***
MEMO TOTAL (R\$)		DATA DE PAGAMENTO	
***	***	PAGO	***
***	***	QISSEU (R\$)	***
SEM RESTRIÇÕES		DOCUMENTO DE IDENTIDADE	
NOSSA SENHORA DO ÚLTIMO DIA		DATA	
Nelson Sálim		DATA	19/01/2019
Bento Ribeiro		DATA	

SEGURUO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMÓVEIS DE UTEIS, BEMESTRE, EQUIPOS DE CARGA/ ACESSÓRIOS, TRANSPORTADAS OU NÃO, SEGURO DPVAT					
SE N° 0135538941780 BILHETE DE SEGURO DPVAT					
ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA					
WWW.SEGURADORAALIDER.COM.BR					
SAC DPVAT 0800 022 1204					
Expedição	Data Emissão				
2018	9/01/2018				
PLACA	OK02461				
CPF / CEP	009.385.375-30				
MARCA / MODELO	HONDA/NXR150 BROS ES				
ANO FAB	2014				
GTIN	9C2KD05500ER343662				
PRÉMIO TARIFÁRIO					
FMS (R\$)	81,29	DEVIATRAN (R\$)	9,03	CUSTO DO SEGURO (R\$)	90,32
QUINTO DO BILHETE (R\$)	4,15	10F (R\$)	0,70	TOTAL RISCO DESBOL (R\$)	185,50
COTA UNICA	<input type="checkbox"/>	PAGAMENTO	<input type="checkbox"/>	PARCELADO	<input type="checkbox"/>
SEGURADORA LÍDER - DPVAT					
CNPJ 052248-600/0001-04					

# 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
<b>Total</b>			<b>17,5 %</b>	<b>R\$ 2.362,50</b>

30 JAN 2019

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

Por este instrumento particular, eu ( nome completo ) José Jadson Santos da Mota ( nacionalidade ) Brasileiro, ( profissão ) Braceadeiro, 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 ) Rorando Drari S/N, na cidade de Nossa Senhora Aparecida, ( UF ) SE, CEP 49540-000, nomeio e constituo meu procurador, ( nome do representante ) cláudia Marcondes P. Rosa ( nacionalidade ) Brasileira, ( profissão ) Consultor, portador da cédula de identidade RG nº 21233289, emitido pela SSP / (UF) SE, inscrito sob o CPF nº 020.003.675-00, residente na ( endereço completo ) Rua das Gerais 6-217, na cidade de Nossa Senhora da Glória, ( UF ) SE, CEP 49690-000, 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 ) José Jadson Santos da Mota junto à **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT**.

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

( assinatura )

José Jadson Santos da Mota

( RG ) 3.779.309-8

**CARTÓRIO DO OFÍCIO ÚNICO DE N. S. APARECIDA**

Reconheço e dou fé como verdadeira, por AUTENTICIDADE, a firma de  
JOSÉ JADSON SANTOS DA MOTA

Nossa Senhora Aparecida/SE 29 de janeiro de 2019

Maria Virginia de Jesus Barreto - Escrivane

Selo TJSE: 201929608000465

Acesse: [www.tjsa.jus.br/x/6G333R](http://www.tjsa.jus.br/x/6G333R)

OBS: ( a assinatura deve ser reconhecida por AUTENTICIDADE )