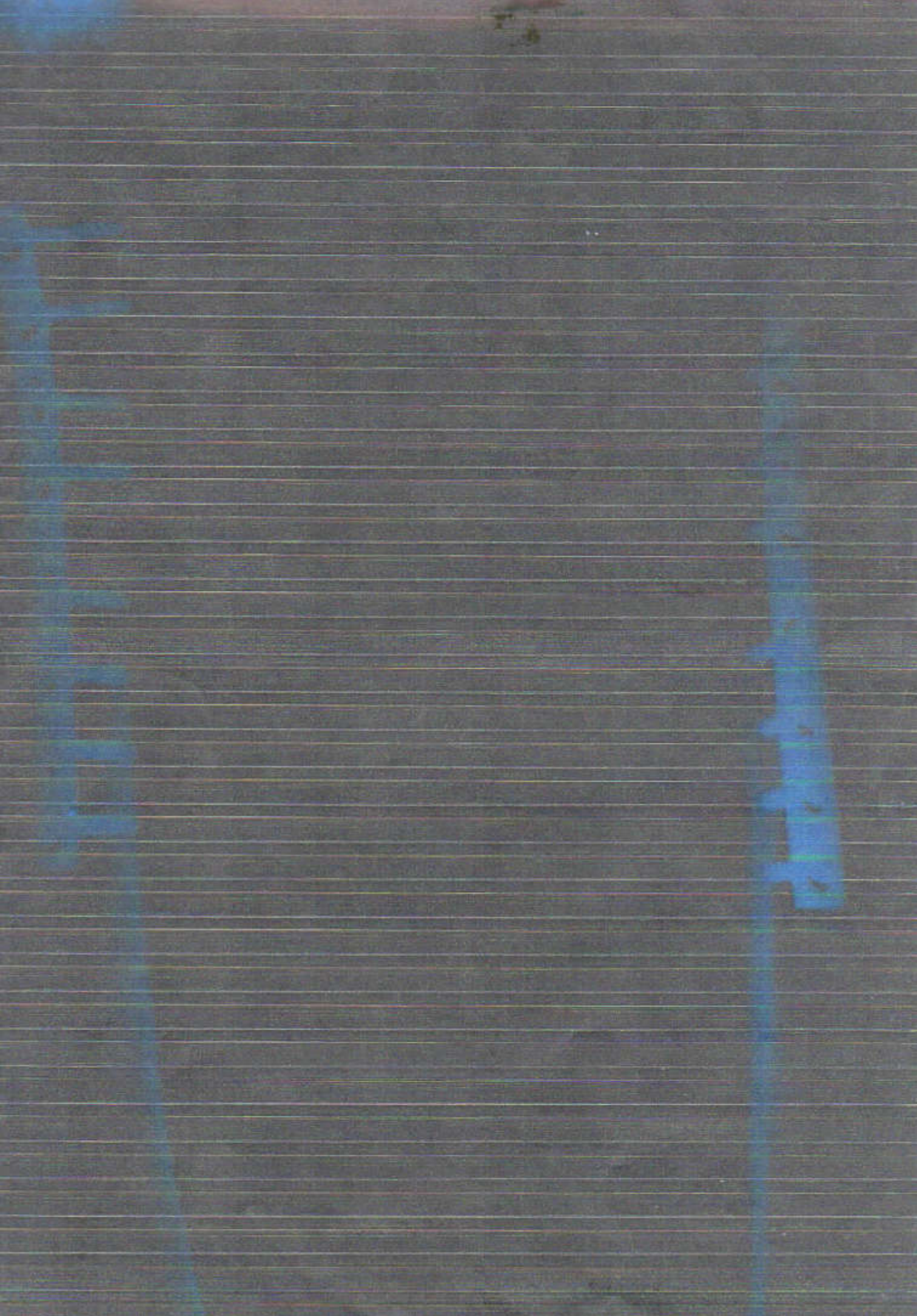




NOME : JOSE SEVERIANO DE ALMEIDA IRMÃO

SOLICITANTE : Dr (a). –

CONVÊNIO : PT

IDADE : 52 ANOS

DATA : 12/11/19

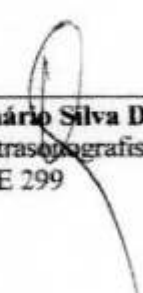
REGISTRO : 113477

DIGITADOR: Paula Anunciação

LAUDO RADIOLÓGICO

PERNA E:

Fratura não consolidada da tibia/fíbula/cavalgamento das bordas fraturadas da fíbula.
Placa de osteossíntese na tibia.
Controle.



Dr. Osmário Silva Dantas
Radiologista/Ultrasonografista
CRM/SE 299

Dr. Osmário Souza Dantas
Radiologista/Ultrasonografista
CRM/SE 3212

Solicitação de Ré – Análise

Eu: Jose Severiano De Almeida Irmão portador do RG:1.175.925 CPF: 010.345.395-40 residente no Povoado Alagoinha S/N Bairro: Area Rural Cidade: Nossa Senhora Da Gloria -SE Cep: 49.680-000. Venho pelo presente instrumento, solicitar aos senhores que seja marcado uma Perícia médica para o meu processo , pois só foi liberado **2.362,50** para as lesões que mim encontro enviei relatório médico que comprovam as lesões que foram **FRATURA DOS OSSOS DA PERNA ESQUERDA CID:S82.7** sinto muitas dores horríveis não trabalho mas , não consigo andar direito fico a merecer dos outros , por isso peço encarecidamente que marquem com urgência uma perícia para que o perito verifique e comprove o que aqui descrevo.

Certo de contar com vossa compreensão ,agradeço desde já.



JOSE SEVERIANO DE ALMEIDA IRMÃO

NOSSA SENHORA DA GLÓRIA-SE 17/12/2019

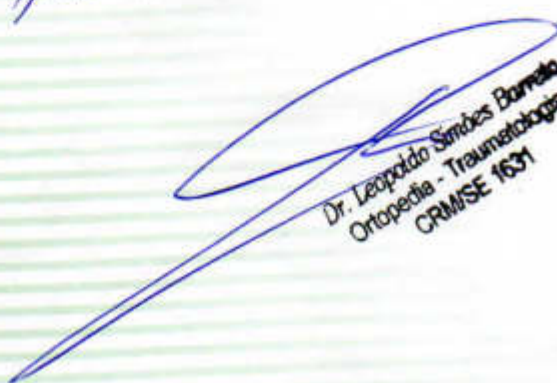
TESTEMUHAS:

Valdeide Oliveira Rosa

Vanessa Rosa Magalhães

Historico Medico

Do Sr. José Sebastião de Almeida Junior
(RG: 1175.825-SE), no seu prontuário de
primário (C), sendo tratado clinicamente
(seus dias 04/04/2019), e tendo
de alta definitiva -
(C17-284/19)


Dr. Leopoldo Simões Barreto
Ortopedia - Traumatologia
CRMSE 1637

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE SERGIPE
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
COORDENADORIA GERAL DE POLÍCIAS
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO "DR. CARLOS MENEZES"

JOÃO ALFREDO DA

CARTeira de IDENTIDADE




VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 1.175.925 2.VIA DATA DE EMISSÃO 22/07/2013

NOME JOSE SEVERIANO DE ALMEIDA IRMO

FILIAÇÃO JOAO SEVERIANO DE ALMEIDA MARIA VIEIRA DE JESUS

NATURALIDADE N.S. DA GLORIA-SE

DOC. ORIGEM CT. CASAMENTO NR 1613 LV B 04 FL. 200

DATA DE NASCIMENTO 17/09/1967

ENDEREÇO: CT. DO DIST. DA COMECA DE N.S. DA GLORIA 010.345.395-40

ASSINATURA: [Assinatura]

IDENTIFICAD: [Identificação]

EMISSÃO: [Emissão]

OFFICIAL AFRICAN NATIONAL ID CARD

IDENTIFICATION OF MEMBERS
OF THE NATIONAL ASSOCIATION
OF PROFESSIONAL AND TECHNICAL
PERSONNEL OF THE STATE



Abdullahi Ahmed Ali

IDENTIFICATION OF MEMBERS

2.019.898-2 2.716 22/05/2013

WALDETE OLIVEIRA ROSA

JOSE LUIZ ROSA

LUCIENE SANTOS DE OLIVEIRA ROSA

HESSA GENIRA DO ALPORA-GE

CT. ORIENTADO Nº 203 LV B-4 PL. 293

DATA DE REGISTRO: 01/10/1990

DATA DE EXATIDÃO: 01/10/1990

VALIDA EM TODOS OS TERRITÓRIOS NACIONAIS

2.329.554-6 2.ª VIA

07/06/2017

NOME MARIA DEBORA SANTOS COSTA OLIVEIRA

PLACOTE

LYELLIA SANTOS COSTA

INACIOS ANTONIO COSTA

NACIONALIDADE

NESEA SENHORA DA ALFRIJA-SE

DOC. IDENTIFICAD

CT. 06844. 11067201552012200005246000155435

CMRT. 20F. 0151. CM. NESEA SENHORA DA ALFRIJA/SE

068.032.235-57

17/06/1995

DATA DE NASCIMENTO



Maria Debora Santos Costa Oliveira

CARTÃO DE IDENTIDADE

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL



Nº da Conta: 2129958589
Mês de referência: 10/2019
Período: 21/09/2019 a 29/10/2019
Data de emissão: 22/10/2019

www.vivo.com.br/meuvivo

Fale conosco: Central de Relacionamento
*8486 ou www.vivo.com.br/faleconosco

Telefônica Brasil S.A.
Avenida Barão de Marim, 304
CEP: 49010-340 - Aracaju - SE
I.E.: 27.106.814-0
CNPJ Matriz: 02.558.157/0001-82
CNPJ Filial: 02.558.157/0025-30

MARIA DEBORA SANTOS COSTA
AV 26 DE SETEMBRO: 217
SILOS
49680-000 MOSSA SENHORA DA GLORIA - SE

Vencimento
06/11/2019

Total a Pagar - R\$
53,10

Seus Números Vivo
79-99925-2568

Caso você tenha mais linhas, consulte o detalhamento da sua conta.

Aproveite os benefícios do Vivo
Valoriza no App Meu Vivo.

O que está sendo cobrado

	Quantidade de Plano/Pacote	Quantidade de Números Vivo	Valor R\$ Plano/Pacote	Incluído Plano/Pacote	Utilizado Minutos/Unidades	Valor Total R\$
Serviços Contratados						
VIVO CONTROLE DIGITAL 3GB - ILUM	1	1	51,99	-	-	51,99
VIVO CONTROLE SERV DIGITAL II	1	1	0,00	-	-	-
Subtotal						51,99
Outros Lançamentos						
Encargos Financeiros						1,11
Subtotal						1,11
TOTAL A PAGAR						53,10

MENSAGEM IMPORTANTE PARA VOCÊ

O relatório detalhado está disponível em www.vivo.com.br/meuvivo e pode ser solicitado impresso, de forma permanente ou não.

App Meu Vivo. É o jeito mais prático de acessar a sua conta detalhada, 2ª via de conta, consumo de internet e muito mais! Baixe agora em vivo.com.br/app e navegue sem consumir seu pacote de dados.

Fique atento: o e-mail oficial utilizado pela Vivo para enviar a 1ª via da sua conta é contadigitalvivo@vivo.com.br. A Vivo nunca envia e-mail de extensões como "@gmail" e "@hotmail".

Agradecemos pagamentos recebidos até a emissão desta conta. Mantenha o pagamento em dia e evite a suspensão parcial/total dos serviços e a inclusão nos órgãos de proteção do crédito. Para pagamentos após o vencimento serão cobrados encargos de 2% e juros de 1% ao mês em conta futura.



Nome do Cliente

MARIA DEBORA SANTOS COSTA

Vencimento

06/11/2019

Total a Pagar - R\$

53,10

Cód. Débito Automático 2129958589-4

Nº da Conta 2129958589

Mês Referência 10/2019

846500000001

531000420012

121299585897

101961911068

Autenticação Mecânica



RECEBIMOS DO SENHOR L. S. S. 128-6 2. VITA DATA DE PROTESTADO 28/04/2016

UNESSA ROSA APARECIDO

JOSÉ CARLOS APARECIDO

MEDINEI DE OLIVEIRA ROSA

APARECIDO

DATA DE RECEBIMENTO
30/01/1998

CT. RESCIMENTO NR 27117 LV A 24 FL. 300

CR. CART. 3. OFIC. DIST. COM. NESSA SRA DA GUARUA/SE
066.201.795-17



JOSE ANANIAS DE OLIVEIRA DANTAS
BLA RUYMOND ARAUJO 21 - CENTRO
NORMA SENHORA DA BOMBA 150 CEP 49000000 (40) 440

energisa
ENERGISA SERGIPE DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S.A.
Rua Manoel de Oliveira 11 - Jd. Santa Helena
Aracaju - SE - CEP 49000-000
Fone: (13) 317 40000-00 Fax: (13) 317 40000-00
Site: www.energisa.com.br
CNPJ: 06.907.400/0001-00 Insc. Est. 070.767.400

Logradouro: MONTEFASICO
Cidade: RESMTO 91 / RESIDENCIAL - RESIDENCIAL
Roteiro: 5-490-485-3013 Referência: Out / 2019
Mês: 01/10/2019 Emissão: 10/10/2019

ENERGISA SERGIPE DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S.A.
Rua Manoel de Oliveira 11 - Jd. Santa Helena
Aracaju - SE - CEP 49000-000
Fone: (13) 317 40000-00 Fax: (13) 317 40000-00
Site: www.energisa.com.br
CNPJ: 06.907.400/0001-00 Insc. Est. 070.767.400

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

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RANI
Out / 2019	10/10/2019	08/11/2019	074.281.895-19 Insc. Est.

UC (Unidade Consumidora): 3/538677-6

Canal de contato

Contate a Ode, nossa central virtual de atendimento, ou peça ajuda com nossas redes sociais. Envie a segunda via da conta de energia e até fazer pedido de ligação. Salve nosso número e nos ajude sempre que precisar. 0800 79 0196

Anterior		Atual		Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura			
10/09/19	10188	10/10/19	10201	1	13	30
Demonstrativo						
Código Descrição						
Código Descrição Valor Base Consumo Atual kWh (R\$) Base Consumo Atual kWh (R\$) Valor Base Consumo Atual kWh (R\$)						
0001	Consumo em kWh	22.000	0.538677	18.00	0.00	0.00
0002	Adc. B. Variável	1.00	0.00	0.00	0.00	0.00
0003	Adc. B. Anual	0.18	0.00	0.00	0.00	0.00
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS						
0007	CONTRIB. LUMIN. PUBLICA	4.36	0.00	0.00	0.00	0.00
0008	JUROS DE MORA 09/2019	0.14	0.00	0.00	0.00	0.00
0009	MULTA 09/2019	0.14	0.00	0.00	0.00	0.00
0011	REST. BANDO AMAR RESIDENCIAL 09/2019	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
TOTAL						
TOTAL				25.52	0.00	0.00
Tarifa/Tributo				0.538677	0.00	0.00

Média última leitura: 9999
42
ENCARGO TOTAL A PAGAR
17/10/2019 R\$ 25,52

Histórico de Consumo (kWh)

40	31	22	14	06	40	44	44	33	27	38
Out/19	Nov/19	Dez/19	Jan/20	Fev/20	Mar/20	Abr/20	Mai/20	Jun/20	Jul/20	Ago/20

RESERVADO AO FISCO

38d1.54a5.a47f.6a7d.6960.6dd9.d316.a8a4

Indicadores de Qualidade

Fonte: ANEEL

Composição do Consumo

Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
DC (MÉDIA)	11.00	110.00
DC (MÉDIA)	11.00	110.00
DC (MÉDIA)	11.00	110.00
DC (MÉDIA)	11.00	110.00
DC (MÉDIA)	11.00	110.00
DC (MÉDIA)	11.00	110.00
DC (MÉDIA)	11.00	110.00
DC (MÉDIA)	11.00	110.00
DC (MÉDIA)	11.00	110.00
DC (MÉDIA)	11.00	110.00

Discriminação	Valor (R\$)	%
Consumo em kWh	18.00	70.54
Consumo em kWh	18.00	70.54
Consumo em kWh	18.00	70.54
Consumo em kWh	18.00	70.54
Consumo em kWh	18.00	70.54
Consumo em kWh	18.00	70.54
Consumo em kWh	18.00	70.54
Consumo em kWh	18.00	70.54
Consumo em kWh	18.00	70.54
Consumo em kWh	18.00	70.54

ATENÇÃO

Pagamentos em atraso

PARA O DEBÍTO DE PAGAMENTO, O CLIENTE DEVE PAGAR O VALOR DE R\$ 25,52 EM 17/10/2019. O VALOR DE R\$ 25,52 DEVE SER PAGADO EM 17/10/2019. O VALOR DE R\$ 25,52 DEVE SER PAGADO EM 17/10/2019. O VALOR DE R\$ 25,52 DEVE SER PAGADO EM 17/10/2019.

Set/19 25,78

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0432677/19

Número do Sinistro: 3190676788

Vítima: JOSE SEVERIANO DE ALMEIDA IRMAO

CPF: 010.345.395-40

Seguradora: BRASIL VEICULOS CIA DE SEGUROS

Data do acidente: 04/04/2019

Titular do CPF: JOSE SEVERIANO DE ALMEIDA IRMAO

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 20/12/2019
Nome: JOSE MARCOS DE OLIVEIRA ROSA
CPF: 020.003.675-00

JOSE MARCOS DE OLIVEIRA ROSA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 20/12/2019
Nome: JOSE MARINO GOYA ARAUJO
CPF: 221.365.090-04

JOSE MARINO GOYA ARAUJO

Rio de Janeiro, 06 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190676788

Vítima: JOSE SEVERIANO DE ALMEIDA IRMAO

Data do Acidente: 04/04/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE MARCOS DE OLIVEIRA ROSA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOSE SEVERIANO DE ALMEIDA IRMAO

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, 20 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190676788

Vítima: JOSE SEVERIANO DE ALMEIDA IRMAO

Data do Acidente: 04/04/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE MARCOS DE OLIVEIRA ROSA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOSE SEVERIANO DE ALMEIDA IRMAO

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\$ 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 SEVERIANO DE ALMEIDA IRMAO

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 104

Agência: 000003303

Conta: 0000013337-7

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

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

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

www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 03 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190676788

Vítima: JOSE SEVERIANO DE ALMEIDA IRMAO

Data do Acidente: 04/04/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE MARCOS DE OLIVEIRA ROSA

Assunto: REANÁLISE DO PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOSE SEVERIANO DE ALMEIDA IRMAO

Após revisão da Análise Médica Documental ou perícia em 02/01/2020, verificou-se que a lesão permanente apresentada já foi adequadamente indenizada, nos termos da Lei nº 6.194, de 1974, não tendo sido identificado agravamento da invalidez permanente da vítima, ou nova lesão permanente decorrente do mesmo acidente de trânsito.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 010.345.395-40 4 - Nome completo da vítima: Jose Sereniano de Almeida Lomão

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

5 - Nome completo: Jose Sereniano de Almeida Lomão 6 - CPF: 010.345.395-40
7 - Profissão: barbeiro 8 - Endereço: Rua da Lagoinha 9 - Número: 516 10 - Complemento: Casa
11 - Bairro: Area Rural 12 - Cidade: Nossa Senhora da Glória 13 - Estado: SC 14 - CEP: 49680-000
15 - E-mail: Marcondesgloria@gmail.com 16 - Tel.(DDD): 79-99918-9207

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

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 8303 CONTA: 13337 7

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (já nasceu)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo): Tamara Rosa Aragão

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo): 066.201.795-17

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo): Tamara Rosa Aragão

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo):

38 - 1ª Nome: Maria Julia Costa Moreira CPF: 068.032.265-57

38 - 1ª Nome: Maria Julia Costa Moreira Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome: Valdileide Oliveira Rosa CPF: 020.161.835-75

39 - 2ª Nome: Valdileide Oliveira Rosa Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Nossa Senhora da Glória, 03.12.2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 29/11/2019 08:44 Data/Hora Fim: 29/11/2019 09:28
Delegado de Polícia: Fabio Santos Santana

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia Regional de Nossa Senhora da Glória Aisp

Data/Hora do Fato: 04/04/2019 10:00

Local do Fato

Município: Nossa Senhora da Glória (SE)

Bairro: Povoado

Logradouro: Rodovia Estadual Rota do Sertão

CEP:49.820-000

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1095: AUTO LESÃO - ACIDENTE DE TRÂNSITO	Não Houve

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: JOSE SEVERIANO DE ALMEIDA IRMÃO (VÍTIMA , COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: SE - Nossa Senhora Sexo: Masculino Nasc: 17/09/1967

Profissão: Agricultor

Estado Civil: Casado(a)

Nome da Mãe: Maria Vieira de Jesus

Nome do Pai: Joao Severiano de Almeida

Endereço

Município: Nossa Senhora da Glória - SE

Logradouro: Povoado Lagoa Bonita

CEP: 49.820-000

Telefone: (79) 99896-6713 (Celular)

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo	Subgrupo Motocicleta/Motoneta
Descrição PAS/MOTOCICLETA	CPF/CNPJ do Proprietário 020.391.198-40
Placa IAG0413	Renavam 961680784
Número do Chassi 9C2KC08108R174318	Ano/Modelo Fabricação 2008/2008
Cor VERMELHA	UF Veículo Sergipe
Município Veículo Salgado	Marca/Modelo HONDA/CG 150 TITAN KS
Veículo Adulterado? Não	Quantidade 1 Unidade
Situação Meio Empregado	

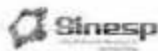
Nome Envolvido	Envolvimentos
Jose Severiano de Almeida irmão	Proprietário

RELATO/HISTÓRICO

NARRA o noticiante que na data e horário acima citados, guiava uma motocicleta pela rodovia estadual que liga a cidade de Nossa Senhora da Glória ao Povoado lagoa Bonita, quando próximo ao condomínio foi atingido por um veículo de passeio.

Delegado de Polícia Civil: Fabio Santos Santana
Impresso por: Cleber Martins da Silva
Data de Impressão: 29/11/2019 09:29
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

não identificado; Que devido a colisão veio a cair, sofrendo fratura de tibia e sendo socorrido pela SAMU e conduzido para o HUSE/ARACAJU, posteriormente transferido ao hospital de cirurgia aonde foi submetido a intervenção cirúrgica. É o relato.

ASSINATURAS


~~Jose Roberto de Melo Santos~~
Cleber Martins da Silva
Matrícula 4712882
Responsável pelo Atendimento


Jose Roberto de Almeida (irmão)
(Assinante / Vítima)

"Declaro para os devidos fins de direito que sou o(a) único(a) responsável pelas informações acima assertadas e ciente que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei origem, conforme previsto nos Artigos 339-Denunciação 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 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 010.345.395-40 4 - Nome completo da vítima: Jose Severiano de Almeida Lomão

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

5 - Nome completo: Jose Severiano de Almeida Lomão 6 - CPF: 010.345.395-40
7 - Profissão: barbeiro 8 - Endereço: Rua da Lagoinha 9 - Número: 516 10 - Complemento: Casa
11 - Bairro: Area Rural 12 - Cidade: Nossa Senhora da Glória 13 - Estado: SC 14 - CEP: 49680-000
15 - E-mail: Mascandegloria@gmail.com 16 - Tel.(DDD): 79-99918-9207

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

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 8303 CONTA: 13337 7

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (já nasceu)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo): Tamara Rosa Aragão

066.201.795-17

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo):

Tamara Rosa Aragão

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo):

38 - 1ª Nome: Maria Julia Costa Moreira CPF: 068.032.265-57

Maria Julia Costa Moreira Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome: Valdileide Oliveira Rosa CPF: 020.161.835-75

Valdileide Oliveira Rosa Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Nossa Senhora da Glória, 03.12.2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)