



**Poder Judiciário
Do Estado de Sergipe**

1ª VARA CÍVEL E CRIMINAL DE NOSSA SENHORA DA GLÓRIA DA COMARCA DE N. SRA. DA GLÓRIA
Rua Floriano Peixoto, Bairro Centro, N. Sra. Da Glória/SE, CEP 49680000
Horário de Funcionamento: 07:00 às 13:00

Dados do Processo

Processo: 202077001608	Distribuição: 03/11/2020
Número Único: 0002508-98.2020.8.25.0048	Competência: 1ª Vara Cível e Criminal de Nossa Senhora da Glória
Classe: Procedimento Comum	Fase: POSTULACAO
Situação: Andamento	Processo Principal: *****
Processo Origem: *****	

Assuntos

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

Dados das Partes

Requerente: JOSE SEVERIANO DE ALMEIDA IRMAO
Endereço: POVOADO ALAGOINHAS
Complemento:
Bairro: ZONA RURAL
Cidade: NOSSA SENHORA DA GLORIA - Estado: SE - CEP: 49680000
Requerente: Advogado(a): JOSÉ JEOVANY DA SILVA 12367/AL
Requerido: SEGURADORA LÍDER DO CONSÓRCIO DO SEGURO DPVAT S.A.
Endereço: RUA SENADOR DANTAS
Complemento:
Bairro: CENTRO
Cidade: RIO DE JANEIRO - Estado: RJ - CEP: 20010000
Requerido: Advogado(a): KELLY CHRYSTIAN SILVA MENENDEZ 2592/SE



**Poder Judiciário
Do Estado de Sergipe**

1ª VARA CÍVEL E CRIMINAL DE NOSSA SENHORA DA GLÓRIA DA COMARCA DE N. SRA. DA GLÓRIA
Rua Floriano Peixoto, Bairro Centro, N. Sra. Da Glória/SE, CEP 49680000
Horário de Funcionamento: 07:00 às 13:00

Processos Apensados:

--

Processos Dependentes:

--



Poder Judiciário
Do Estado de Sergipe

1ª VARA CÍVEL E CRIMINAL DE NOSSA SENHORA DA GLÓRIA DA COMARCA DE N. SRA. DA GLÓRIA
Rua Floriano Peixoto, Bairro Centro, N. Sra. Da Glória/SE, CEP 49680000
Horário de Funcionamento: 07:00 às 13:00

PROCESSO:

202077001608

DATA:

30/11/2020

MOVIMENTO:

Juntada

DESCRIÇÃO:

Juntada de Petição Avulsa do Advogado/Procurador/Defensor/Promotor KELLY CHRYSTIAN SILVA MENENDEZ (2592-SE) ao processo eletrônico. Protocolizado sob nº 20201130152003030 às 15:20 em 30/11/2020.

LOCALIZAÇÃO:

Secretaria

PUBLICAÇÃO:

Não

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: 13/12/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE SEVERIANO DE ALMEIDA IRMAO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03303

CONTA: 000000013337-7

Nr. da Autenticação 21431B20328CD1DB

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190676788 **Cidade:** Poço Redondo **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE SEVERIANO DE ALMEIDA **Data do acidente:** 04/04/2019 **Seguradora:** BRASIL VEICULOS CIA DE IRMAO SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 09/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE TÍBIA E FÍBULA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE). ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DE MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações: PÁG 6_CIRURGIA

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda 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

JOSE MARCOS DE OLIVEIRA ROSA
RUA DOS SÍLOS, 22177 - CASA A - SÍLOS -
NOSSA SENHORA DA GLÓRIA / SE - CEP: 43082-000 (AV. 430)



Ligação: SPASCO
Código: RES NTC B1 / RES GENCL - RESIDENCIAL
Roteiro: S-430-340-7281 Referência: Out / 2019
Monitor: E000048123 Emissão: 10/10/2019

ENERGISA SEROPRE-OSTRE ENERGISA SA
Rua Min. Antônio Sales, 51 - Inácio Barbosa - Aracaju / SE - CEP: 43040-150
CNPJ: 10.017.462/0001-40 - Ins. Est: 270.767.408
Nota Fiscal: Contrato de Energia Elétrica N° 117.807.011
Cód. para Dto. Automático: 00009127879

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

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPM CMPS/ RABO
* Out / 2019	10/10/2019	08/11/2019	020.000.675-00 Insc. Est.

UC (Unidade Consumidora): 3/912787-9

Canal de contato

Contate a Ode, nossa rede de atendimento via WhatsApp?
É a melhor forma de ajudar com informações sobre o seu fôc,
enviar a fatura e pagar via da conta de energia,
e verificar o status de sua ligação.
Envie o seu número e nós chamaremos sempre que precisar.
79 95121-0715

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data 10/05/19	Leitura 8421	Data 10/10/19	Leitura 9509	58

Demonstrativo

CC	Descrição	Quantidade	Tarifa	Valor Base Calc. (R\$)	Valor Base (R\$)	Valor Base (R\$)	Valor Base (R\$)	Valor Base (R\$)	Valor Base (R\$)
0801	Consumo em kWh	88.000	0,755590	66,70	66,70	25	12,69	66,70	0,60
0801	Adic. B. Verificação			0,31	0,31	25	0,31	0,31	0,14
0801	Adic. B. Amortiz.			0,64	0,64	25	0,64	0,64	0,03
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS									
0801	CONTRIB. LUM. PÚBLICA			0,78	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0804	DIÚROS DE MORA DE 2019			0,04	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0805	MULTA DE 2019			1,08	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0801	REST. BANDO AMAR. RESIDENCIAL DE 2019			-0,01	0,00	0	0,00	0,00	0,00

CC: Código de Classificação de Item	TOTAL	80,51	70,70	17,81	70,70	0,63	2,92
Tarifa - Tributos		-2,850722					

Adiça. Tributos (R\$)	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
R\$	17/10/2019	R\$ 80,51

Histórico de Consumo (kWh)

74	89	76	75	120	112	128	76	79	75	54	87
Out/18	Nov/18	Dez/18	Jan/19	Fev/19	Mar/19	Abr/19	Ma/19	Jun/19	Jul/19	Ago/19	Set/19

RESERVADO AO FISCO
7c58.c680.aaf.17a8.26de.123e.3e3e.d825.

Indicadores de Qualidade	Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
DEMONSTRATIVO	8,75	0,00	NOMINAL
DEMONSTRATIVO	12,00	0,00	CONTRATADA
DEMONSTRATIVO	24,00	0,00	LIMITE INFERIOR
DEMONSTRATIVO	3,75	0,00	LIMITE SUPERIOR
DEMONSTRATIVO	6,75	0,00	
DEMONSTRATIVO	12,00	0,00	
DEMONSTRATIVO	24,00	0,00	
DEMONSTRATIVO	3,75	0,00	
DEMONSTRATIVO	6,75	0,00	

Composição do Consumo

Discriminação	Valor (R\$)	%
Serviços de Dist. de Energia/SE	10,00	12,39
Consumo de Energia	40,51	50,20
Serviços de Transmissão	1,00	1,24
Energia Elétrica	1,00	1,24
Impostos Diretos e Encargos	27,00	33,57
Outros Serviços	0,00	0,00
Total	80,51	100,00

Valor do B.O. (Ref. 6/2019) R\$ 15,30

ATENÇÃO
Atenção: A responsabilidade pelo cumprimento público e da qualidade do serviço é da concessionária de energia elétrica.

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL

00190.00009 03087.893008 03406.857171 1 80450000008051

PAGADOR: JOSE MARCOS DE OLIVEIRA ROSA - CPF/CNPJ: 122.000.675-00

RUA DOS SÍLOS, 22177 - CASA A - SÍLOS - NOSSA SENHORA DA GLÓRIA / SE - CEP: 43082-000

Número do Documento: 000912787201910 Data de Vencimento: 17/10/2019 Valor do Documento: R\$ 80,51 Valor Pago:

BENEFICIÁRIO: ENERGISA SEROPRE-OSTRE ENERGISA SA CNPJ: 10.017.462/0001-40

Rua Min. Antônio Sales, 51 - Inácio Barbosa - Aracaju / SE - CEP: 43040-150

Agência / Grupo de Percepção: 0294-S/173003-4

p. 6



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/BIBLIOTECASWEB/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 Oliveira Rosa

inscrito (a) no CPF/CNPJ 000.003.675 / 00 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Jose Severiano De Almeida Lima inscrito (a) no CPF sob o Nº 010.345.395 / 40

do sinistro de DPVAT cobertura ILUVAZ 1 DEZ da Vítima Jose Severiano de Almeida Lima

inscrito (a) no CPF sob o Nº 010.345.395 / 40, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço: <u>Rua Dos Silos</u>	Número: <u>217</u>	Complemento: <u>Casa - 1</u>
Bairro: <u>Silos</u>	Cidade: <u>Nova Senhora da Glória</u>	Estado: <u>SE</u>
E-mail: <u>marcosdegloia@gmail.com</u>	CEP: <u>49680-000</u>	Tel.(DDD): _____

Local e Data: Nova Senhora da Glória ; 03.10.2019

Jose Marcos De Oliveira Rosa

Assinatura do Declarante



Al Galop
+
Rx
3

MS/DATASUS HOSPITAL GOVERNADOR JOAO ALVES FILHO
No. DO BE: 1885531 DATA: 04/04/2019 HORA: 12:51 USUARIO: ACFERREIRA
CNS: SETOR: 06-SUTURA

IDENTIFICACAO DO PACIENTE
NOME : JOSE SEVERIANO DE ALMEIDA IRMAO DOC....
IDADE.....: 51 ANOS NASC: 17/09/1967 SEXO...: MASCULINO
ENDERECO.....: POV LAGOA BONITA NUMERO:
COMPLEMENTO.....: BAIRRO: ZONA RURAL
MUNICIPIO.....: NOSSA SENHORA DA GLORIA UF: SE CEP....: 49680-000
NOME PAI/MAE...: JOAO SEVERIANO DE ALMEIDA /MARIA VIEIRA DE JESUS
RESPONSAVEL....: O PROPRIO TEL....: 79/996881
PROCEDENCIA....: NOSSA SENHORA DO SOCORRO 75
ATENDIMENTO....: ACIDENTE MOTOCICLISTICO (MOTOS)
CASO POLICIAL..: NAO PLANO DE SAUDE.....: NAO TRAUMA: NAO
ACID. TRABALHO: NAO VEIO DE AMBULANCIA: NAO

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

EXAMES COMPLEMENTARES: [] RAO X [] SANGUE [] URINA [] TC
[] LIQUOR [] ECG [] ULTRASSONOGRAFIA

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

DADOS CLINICOS: DATA PRIMEIROS SINTOMAS: ___/___/___

Leto vítima de acidente de moto (colis
em casa) em escale capotei, não ficou
de pé - refre trauma isolado de
ANOTACOES DA ENFERMAGEM: ECG (batem no cora)
ECG IS Normalizado normal. Refere dor no
DIAGNOSTICO: Alter - Bone normal CID: F42.0 Depressão

PRESCRICAO HORARIO DA MEDICACAO

1- Rofenil a p 15F200ml 1x 13:10
2- Analgesico do tipo paracetamol
3- Alvo de eufria analg

DATA DA SAIDA: / /
ALTA: [] DECISAO MEDICA [] A PEDIR [] EVASAO [] DESISTENCIA
[] ENCAMINHADO AO AMBULATORIO
INTERNAÇÃO NO PROPRIO HOSPITAL (SETOR) [] ENCAMINHADO EM RADIOLOGIA

TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):
OBITO: [] ATE 48HS [] APOS 48HS [] FAMILIAR [] IML [] ANAT. PATO

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSAVEL ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

Rx de perna e joelho E em 2 P
→ Rx joelho B DP + 1 + obliquos
→ Rx fêmur B DP + 1
p.9
Dr. Francisco Hora
Coloproctologista - CRM 2593

HUSE

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE SERGIPE

Fundação
Hospitalar
de Saúde

FICHA DE ATENDIMENTO

ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO - SISTEMA DE MANEJO ESTER

NOME DO PACIENTE (Sem abreviações):

REGISTRO:

IDADE:

ETNIA:

DATA: ____/____/____

DATA DE NASCIMENTO

NOME DA MÃE:

HORA:

SITUAÇÃO / QUEIXA:

• Morfe - 10 - 8 + 9 em 06 AD *15:00*

• Vlh - 20 *15:00*

FLUXOGRAMA:

DISCRIMINADOR:

ALERGIAS (MEDICAMENTOS E ALIMENTOS):

VERMELHO

LARANJA

AMARELO

MUITO URGENTE

URGENTE

POUCO
URGENTE

NÃO URGENTE

0 MIN

10 MIN

60 MIN

120 MIN

240 MIN

OBSERVAÇÃO:

DESTINO / ENCAMINHAMENTO:

ENF.:

COREN:

ASSINATURA:

COORDENADOR:

DATA: ____/____/____

HORA: ____ h

RECLASSIFICAÇÃO PARA A PRIORIDADE:

DISCRIMINADOR

ENF.:

COREN:

às ____ h ____ min.

CONFIRMADA. IDENTIFICAÇÃO COM O PACIENTE / FAE / PULSEIRA? (S/N)

COLOCADA PULSEIRA? (S/N)

EM QUAL MEMBRO? (PULSO E / PULSO D / TORNOZELO E / TORNOZELO D)

RELATÓRIO MÉDICO

NOME DO PACIENTE: José Sertaniano de Almeida Lima
DATA DA ENTRADA: 01/04/19
DATA DA SAÍDA: 05/04/19

Obs.: Dados obtidos mediante análise do prontuário, sem ter contato profissional com o paciente, isto é, a responsabilidade do atendimento cabe aos médicos que o assistiram.

INTERNAMENTO: PS () ENFERMARIA () UTI ()

HISTÓRICO CLÍNICO:

Último de acidente de trânsito cursando com fraturas de ossos de perna esquerda de condilo conservadora. Ficou internado até dia 05/04/19 quando foi transferido para o hospital cirúrgico.

HISTÓRICO CIRÚRGICO:

EXAMES COMPLEMENTARES:

radiografias

MÉDICOS ASSISTENTES:

Dr. Leonardo Tomiyoshi CRM 3730

CONDIÇÕES DE ALTA: MELHORADO () TRANSFERIDO (X) ÓBITO ()

ARACAJU, 14 de junho de 19

Dr. Wanderlândia Diniz
Atendimentista / Clínica Médica
CRM/SE 3506

HOSPITAL GOVERNADOR JOAO ALVES FILHO

=====

FICHA DE INTERNACAO
IDENTIFICACAO DO PACIENTE

Definitivo...: 186830
 o do CNS.....: 0000000000000000
: JOSE SEVERIANO DE ALMEIDA IRMAO
 ento.....: Tipo :
 de Nascimento: 17/09/1967 Idade: 51 anos
: MASCULINO
 nsavel.....: JOAO SEVERIANO DE ALMEIDA
 da Mae.....: MARIA VIEIRA DE JESUS
 eco.....: POV LAGOA BONITA 700505935217554
 o.....: ZONA RURAL Cep.: 49680-000
 one.....: 7996885775
 ipio.....: 2804508 - - SE
 nalidade.....: BRASILEIRO
 alidade.....: SERGIPE

DADOS DA INTERNACAO

de Entrada...: 4 - EMERGENCIA No. do BE: 1885531
 ca.....: 030 - UPC - MASC. POS CIRURGICA
: 030.0010
 da Internacao: 05/04/2019
 da Internacao: 11:34
 o Solicitante: 601.390.135-04 - LUCIANA HORA GOIS
 d. Solicitado: NAO INFORMADO
 ostico.....: NAO INFORMADO
 if. Operador.: JOSEANESANTOS

INFORMACOES DE SAIDA

Realizado:
 Saída:
 alidade:
 de Saída:
 rincipal:
 ecundario:
 ipal:
 dario:

EVOLUÇÃO/PRESCRIÇÃO MÉDICA DATA 05/04/19

NOME: José Severino Almeida

ALA: VERDE TRAUMA 1 LEITO: CORREDOR GÊNERO: IDADE:

DIAGNÓSTICOS: Fraturas por trauma (F)

EVOLUÇÃO MÉDICA: Paciente estável, sem alterações.
CD: Aumentar TIO: iniciado

	PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIO DE ADMINISTRAÇÃO
1	Dieta VO LIVRE	SND.
2	SFO, 9% 500ML EV 8/8HS	500 500 500
3	Keflin 1g, IV, 6h/6h OU Kefazol 1g, IV, 8h/8h SUSP	-
4	Ranitidina, 02 mL + 18 mL AD, IV, 12h/12h OU Omeprazol 40mg, IV, às 6:00	06
5	Dipirona, 02 mL + 08 mL AD, IV, 6h/6h	12 18 24 06
6	Profenid, 01 ampola IV + 100mL SFO, 9%, 12h/12h	02
7	Tramal 100mg + 250 ml SFO, 9, IV, 8h/8h SOS	SOS
8	Clexane 40mg SC, 1x/dia OU Heparina 5.000UI SC, 2x/dia	20
9	Bromoprida, 02 mL + 18 mL AD, IV, 8h/8h, se náuseas ou vômitos SOS	SOS
10	Glicemia capilar, 6h/6h, se diabético	
11	Insulina regular, conforme glicemia:	
12	<200 = 0 251 – 300 = 4U 351 – 400 = 8U	
13	201 – 250 = 2U 301 – 350 = 6U > 400 = 10U	
14	Glicose 25%, 40ml, IV, se glicemia < 70	
15	Captopril 25mg, VO, se PAS > 180mmHg ou PAD > 110mmHg SOS	
16	CCGG + SSVV 6h/6h	
17	Gentamicina 240mg, EV, 1x/dia SUSP	-
18	CURATIVO DIÁRIO 1X/DIA	4
19		
20	Dr. Henrique Almeida Ortopedia e Traumatologia CRM 5730 CPF: 020.948.923-52	
21		
22		
23		

Nome do Paciente: Levan de Almeida Lima

Idade:

Sexo:

Unidade de Produção:

Leitor:

Nº do Prontuário:

DATA	HORA	HISTÓRICO
14	14:00	<p> Ponto Vista do ar do lado de fora - MIB. Lp. avaliação e análise de pontos de fuga portais p (B), análise p/ análise. FF do lado, análise final p (B), sem expor o ar, MIB, MIB, sem ar p (B) Por p (B): p (B) / p (B) (p. um p (B)) P (B) / p (B) / p (B) Al - Inten p/ p (B) Lp p - p. Lp p / Lp p (B) + Lp p. Lp p (B) p (B) p (B). </p>



NOME : JOSE SEVERIANO DE ALMEIDA IRMÃO

SOLICITANTE : Dr (a). –

CONVÊNIO : PT

IDADE : 52 ANOS

DATA : 12/11/19

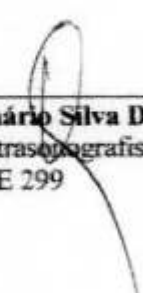
REGISTRO : 113477

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

- Histórico Médico -

Quilômetro Selma de Alencar Junior
(RG: 1175.825-SE), sofreu fratura de
perna (L), sendo tratado cirurgicamente
(seus dias 04/04/2019), e tendo
de alta definitiva -
(CRP: 284119)


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"

IDENTIFICADO

CPF ALFABETIZADO




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

CPF 010.345.395-40

IDENTIFICADO

SECRETARIA



2.019.636-2	2.316	22/05/2013
-------------	-------	------------

WALDIELE OLIVIERA ROSA

MOSE CULZ 14550

ALCANTARA SANTOS DE OLIVEIRA, ROSA.

MISSA GENOVA 1971-1972

CT. ORANGE RD. NW 203 LV B-4 FL 203

000-167-835-75

01/10/1980
CNC - LIVRECIANA

085 - DIVULGACIJA

DRY, J. F. DIST. COM. JACOBI. *Epiphyta* in *Barb. 1788*.

THE UNIVERSITY OF CHICAGO

VALIDA EM TODOS OS TERRITÓRIOS NACIONAIS

RECEITA DE VOTO 2.329.554-6 2. VOTA

DATA DE EMISSÃO 07/06/2017

NOME MARIA DEBORA SANTOS COSTA OLIVEIRA

PLACOTE DEBORA SANTOS COSTA

INSCRITOS ANTONIO COSTA

NACIONALIDADE

RESIDA SENHORA DA ALFRIJA-SE

DATA DE NASCIMENTO 17/06/1995

DOC. IDENTIFICAD. CT. 066941. 11069201552012200005246000155435

CART. ZEE. 2151. CTM. NEUSA SENHORA DA ALFRIJA/SE

066.032.235-57

Carla

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

CARTÃO DE IDENTIDADE

maria Debora Santos Costa Oliveira






Nº da Conta: 2129958589
Mês de referência: 10/2019
Período: 21/09/2019 a 20/10/2019
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
Valorize no App Meu Vivo.

O que está sendo cobrado

	Quantidade de Plano/Pacote	Quantidade de Números Vivo	Valor R\$ Plano/Pacote	Incluso 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. 590, 128-6 2. VITA DATA DE
PROTEÇÃO 28/04/2016

UNESSA ROSA APARECIDO

FILHO DE

JOSÉ CARLOS APARECIDO

MEDINEI DE OLIVEIRA ROSA

APARECIDO

DATA DE NASCIMENTO
30/01/1994

OUT. DE PROTEÇÃO

CT. NASCIMENTO NR 27117 LV A 24 FL. 300

CR. CART. 3. OFIC. DIST. COM. NESSA SPA DA GUARUÁ

066.201.795-17

128-6 2. VITA



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

CPF de: Próprio

Data do acidente: 04/04/2019

Titular do CPF: JOSE SEVERIANO DE ALMEIDA IRMAO

Seguradora: BRASIL VEICULOS CIA DE SEGUROS

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,



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 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 (vai nascer)? ☐ 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: José Severiano de Almeida Júnior

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

5 - Nome completo: José Severiano de Almeida Júnior 6 - CPF: 010.345.395-40
7 - Profissão: barbeiro 8 - Endereço: Rua da Lagoinha 9 - Número: 516 10 - Complemento: Casa
11 - Bairro: Área 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 (vai nascer)? ☐ 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): Vanessa 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): Vanessa Rosa Aragão

38 - 1ª Nome: Vanessa Rosa Aragão

38 - 1ª Nome: Vanessa Rosa Aragão

CPF: 068.032.265-57

Vanessa Rosa Aragão

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome: Waldileide Oliveira Rosa

CPF: 020.161.835-75

Waldileide 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)