



**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  
Classe: Procedimento Comum Senhora da Glória  
Situação: Andamento Fase: POSTULACAO  
Processo Origem: \*\*\*\*\* 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: 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 Apenasdos:**

--

**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 SEGUROS  
IRMAO

## 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

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

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

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPH/CPH/CPH
"Out / 2019	10/10/2019	06/11/2019	020.003.675-00

UC (Unidade Consumidora): 3/912787-9

Canal de contato:

Confira a sua nova rede social virtual do WhatsApp!  
Este pode te auxiliar com informações sobre o seu uso,  
enviar e receber via da conta de internet  
e vários outros serviços.

Seu novo número é o mesmo sempre que precisar:  
73 99101-0716

5/6/162

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias				
Data 10/09/19	Lerda 6421	Data 10/10/19	Lerda 6502					
<b>Demonstrativo</b>								
CCI Descrição Quantidade Tarifa/Preço Custo Básico (R\$) Custo Fijo (R\$) Custo P/Consumo (R\$) Custo P/Consumo (R\$) Total Total (R\$) Custo Fijo (R\$) Fator Custo (R\$) Custo P/Consumo (R\$)								
0011 Consumo kWh	00000 0.755530	66,75	00,75 25	12,00	00,75	0,00	2,70	
0011 Adm B. Vantagem		3,21	3,21 25	0,00	3,21	0,00	0,14	
0001 Adm B. Amort.		0,64	0,64 25	0,16	0,64	0,00	0,02	
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS								
0007 CONTROLE/IMP. PÚBLICA		0,78	0,00 0	0,00	0,00	0,00	0,00	
0004 DURAS DE MORA 08/2019		0,04	0,00 0	0,00	0,00	0,00	0,00	
0005 MULTAS/08/2019		1,00	0,00 0	0,00	0,00	0,00	0,00	
0001 REST. BAND. ANAR. RESIDENCIAL 08/2019		0,07	0,00 0	0,00	0,00	0,00	0,00	

CCI: Código de Classificação de item TOTAL 80,61 70,75 17,87 70,70 0,63 2,92  
Taxas e Encargos 0,630720

**VENCIMENTO** 17/10/2019 **TOTAL A PAGAR** R\$ 80,51

Histórico de Consumo (kWh)

74	109	176	173	120	172	125	78	179	75	54	17
Out/19	Nov/19	Dez/19	Jan/19	Fev/19	Mar/19	Abi/19	Maio/19	Jun/19	Jul/19	Agosto/19	Set/19

RESERVADO AO FISCO

7c58.c680 aaeef.17a8 26de.123e.3e3e.d825.

Indicadores de Qualidade		
Límites da ANEEL	Apurado	Límite de Tensão (V)
DESEJAVEL	8,15	8,00
DETRIMENTAL	12,22	NOMINAL
DESEJAVEL	24,60	12,00
DESEJAVEL	37,77	20,00
DETRIMENTAL	88,72	20,00
FIACIAL	0,40	CONTRATADA
DESEJAVEL	0,40	LIMITE SUPERIOR
DESEJAVEL	0,40	LIMITE INFERIOR
DESEJAVEL	0,00	12,00

Composição do Consumo

Discretinhas	Valor (R\$)	%
serviços de internet Empressa	19,00	23,75
Centrais de Energia	25,74	31,64
serviços de telecomunicação	1,00	1,25
energias elétricas	16,15	20,19
Impostos Diretos e Indiretos	3,15	3,90
Outros Serviços	0,00	0,00
Total	80,50	100,00

Valor de R\$0,00 (R\$ 0,00) R\$ 80,50

ATENÇÃO	Fatores em atraso
Atenção: A apresentação não informa o endereço da unidade de abastecimento.	

**BANCO DO BRASIL** PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL  
00190-00009 03067-893008 03406-857171 1 80450000008051

PAGADOR: JOSE MARCOS DE OLIVEIRA ROSA - CPF/CNPJ: 022.029.678-00  
RUA DOS SLOS 22177 CASA 4 SLOS-NOSSA SENHORA DA GLORIA / SE CEP: 49960-000

Numero	NP Documento	Data de Vencimento	Valor do Documento	Vencimento
00078930003406851	000912787101010	17/10/2019	R\$ 80,50	

BENEFICIÁRIO: ENERGISA SERVIÇOS DE ENERGIA SA CNPJ 13.217.462/0001-00

Rua Min. Augusto de Lima, 51 - Centro - Ribeirão Preto / SP - CEP: 14000-120

Agência / Celular do beneficiário: 3264-5173/0054

# 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)

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

A Circular SUSEP<sup>1</sup> nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF<sup>2</sup>.

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

Pelo exposto, eu José Mancos De Oliveira Rosa

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

José Severiano De Almeida Irmão inscrito (a) no CPF sob o Nº 010.345.395 / 40

do sinistro de DPVAT cobertura JLVAZ1DFZ da Vítima José Severiano de Almeida Irmão

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 Lider-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 Das Silos</u>	Número:	<u>212</u>	Complemento:	<u>Bara - A</u>	
Bairro:	<u>Silos</u>	Cidade:	<u>Torre Serrana da Glória</u>	Estado:	<u>SE</u>	
E-mail:	<u>Mancosdegloria@gmail.com</u>				CEP:	<u>49680-000</u>
					Tel.(DDD):	

Local e Data: Nossa Senhora da Glória ; 03.10.2019

por: José Mancos de Oliveira Rosa

Assinatura do Declarante



MS/DATASUS

HOSPITAL GOVERNADOR JOAO ALVES FILHO

No. DO BE: 1885531

DATA: 04/04/2019 HORA: 12:51 USUARIO: ACFERREIRA  
CNS: SETOR: 06-SUTURAAv. Getúlio  
X  
R  
3

IDENTIFICACAO DO PACIENTE  
 NOME: JOSE SEVERIANO DE ALMEIDA IRMAO  
 IDADE: 51 ANOS NASC: 17/09/1967  
 ENDERECO: POU LAGOA BONITA  
 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...: 79/99688-75  
 PROCEDENCIA: NOSSA SENHORA DO SOCORRO  
 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: [ ] RAIO X [ ] SANGUE [ ] URINA [ ] TC  
 [ ] LIQUOR [ ] ECG [ ] ULTRASSONOGRAFIA

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

DADOS CLINICOS:

DATA PRIMEIROS SINTOMAS: / /

Este paciente de 51 anos de idade (homem em idade) com escoce cefálico, náo perdeu consciente, refug trauma ósseo do tórax (bala no tórax).  
 ANOTACOES DA ENFERMAGEM: ECG (bala no tórax).  
 ECG: Normocriante g. Morb. (bala é óssea e óssea em dia).

DIAGNOSTICO: óssea - Bala óssea. CID: F82 D40

PRESCRICAO

HORARIO DA MEDICACAO

- 1- Refrig. ap + SF oral (X)
- 2- Andar de arco pedreiro
- 3- Alta de lugar com d

13:10

DATA DA SAIDA: / /

REALIZADO EM: 13/04/2019

ALTA: [ ] DECISAO MEDICA [ ] A PEDIDO [ ] EVASAO

DATA DA SAIDA: : [ ] DESISTENCIA

[ ] ENCAMINHADO AO AMBULATORIO

INTERNACAO NO PROPRIO HOSPITAL (SETOR: UNICO EM RADIOLOGIA)

TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):

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

[ ] FAMILIA [ ] IML [ ] ANAT. PATO

Órgão Funcional  
OFTALMICO  
CPA 2013

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSAVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

Rx de perna e joelho E em 2P  
 → Rx fort B/DP + I + Dofazipar  
 → Rx fort B/DP + I + Dofazipar

HUSE

HOSPITAL DE URGENCIA DE SERGIPE

001939  
DEPARTAMENTO DE URGENCIA  
ESTRADA DA SAUDE, 11

Fundação  
Hospitälar  
de Saúde

DATA: 01/01/87  
Paciente: Dr. José da Silva  
Sexo: Masculino  
Idade: 30  
Profissão: Advogado  
Endereço: Rua 100, nº 100, Centro, Aracaju  
CEP: 49000-000  
Data: 01/01/87

## FICHA DE ATENDIMENTO

### ACOLOMENHO / IDENTIFICAÇÃO / CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

NOME DO PACIENTE (Sem abreviações):

REGISTRO:

IDADE: \_\_\_\_\_ ETNIA: \_\_\_\_\_

DATA: \_\_\_\_\_

DATA DE NASCIMENTO: \_\_\_\_\_ NOME DA MÃE: \_\_\_\_\_

HORA: \_\_\_\_\_

Redezeado Sete

SITUAÇÃO / QUEIXA:

• Morfeo Long + Gangol 06 AJ 07/01 05:00  
- Vfho - 20 M 50

FLUXOGRAMA:

DISCRIMINADOR:

ALERGIAS (MEDICAMENTOS E ALIMENTOS):

Ap. vho, embal M 26, vho  
Hfst

VERMELHO	CARANJA	AMARELO	POUCO URGENTE	NÃO URGENTE
0 MIN	10 MIN	60 MIN	120 MIN	240 MIN

OBSERVAÇÃO:

Não abr, comb

DESTINO / ENCAMINHAMENTO:

ENF.:	COREN:	ASSINATURA:
COORDENADOR:		DATA: / / HORA: h
RECLASSIFICAÇÃO PARA A PRIORIDADE:	ENF.:	COREN:
DISCRIMINADOR 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)

NOME DO PACIENTE: José Sítemano 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 moto causando com fratura de ossos de perna esquerda de corte conservadora. Foi intervindo este dia 05/04/19 quando foi transferido para o hospital cirúrgico.

HISTÓRICO CIRÚRGICO:

EXAMES COMPLEMENTARES:

radiografias

MÉDICOS ASSISTENTES:

Dr. Fernando Tomiyoshi CRM 3730

CONDICÕES DE ALTA: MELHORADO ( ) TRANSFERIDO ( ) ÓBITO ( )

ARACAJU, 14 de Junho de 19

  
 Dr. Wanderlania Diniz  
 intensivista / Clínica Médica  
 CRM/SE 3506

2

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  
aco.....: 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  
i. Solicitado: NAO INFORMADO  
ostico.....: NAO INFORMADO  
if. Operador.: JOSEANESANTOS

INFORMACOES DE SAIDA

Realizado:  
Saida:  
nalidade:  
de Saida:  
rincipal:  
ecundario:  
ipal:  
dario:

Evolução/Prescrição Médica DATA 05/04/19

NOME: José Severino Puméida

ALA: VERDE TRAUMA 1 LEITO: CORREDOR GÊNERO:

IDADE:

DIAGNÓSTICOS: Fraturas Perna (E)

Evolução médica: Paciente estável e queixas.

CD: Fármaco TTO: curativo

	PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIO DE ADMINISTRAÇÃO
1	Dieta VO LIVRE	SND.
2	SF0,9% 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 SF0,9%, 12h/12h	02
7	Tramal 100mg + 250 ml SF0,9, IV, 8h/8h	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 = Ø 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 DIARIO 1X/DIA	14
19		
20	Dr. Henrique Almeida Ortopedia e Traumatologia CRM: 51/800 CPF: 020.918.923-52	
21		
22		
23		

Nome do Paciente:

for Seven or Eight Years

### Idade:

Sexo

### Unidade de Produção:

### Leitor:

Nº do Prontuário:

DATA: 10/04/2019  
Punt vaste h. acht h. mkt of trou - MT6.  
Aan voorbereiding en inhoude punt van voor portie  
p(B), enkel, 1/01/2019.  
GP in h1, myth. stand pmt(B), en regen  
area, M. 1/01/2019, was in juli (E)  
Door pmt(B):  $\frac{1}{1 + pmt(B)}$  (ft. van pmt)  
Vrij algem. formule  
A1 - Intern pl. th. waar  
slechts p - v.  
Want el. h. simpel 12% + cont.  
100 cont. 6% opp. 0.06 \* 12%  
  
~~Deze opgave is voorbereid voor de toetsen van de voorbereiding  
Onderwerp: Financiële toetsen  
Datum: 06/05/2019~~



## ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

**Nome do Paciente:**

José Sereino de Almeida  
M U.P: UPC 1-16 Ma

Idade:

### Sexos:

U.P.

U.P: UPC 1-16

**Matricula:**





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 fibula.

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 PERNAS ESQUERDA CID:582.7** 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:

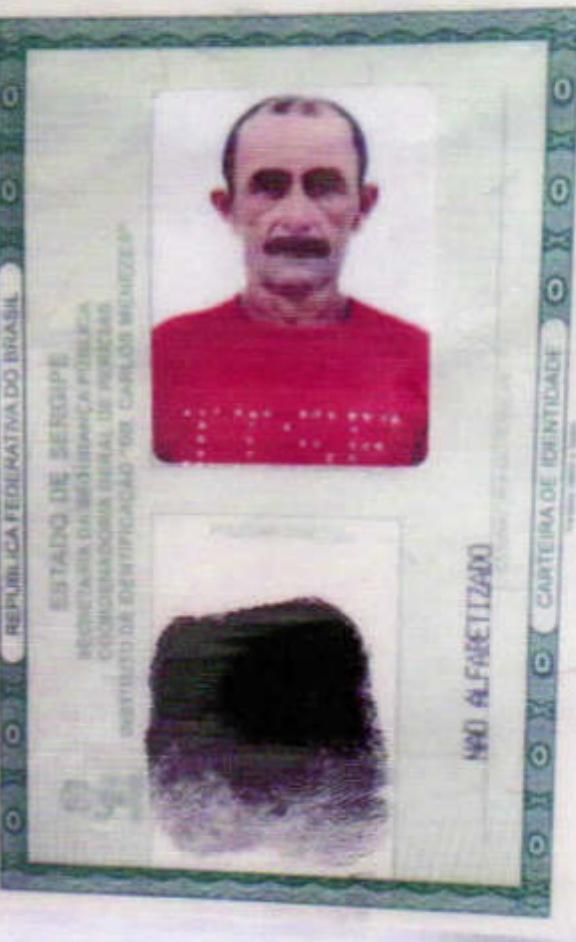
Valdilide Oliveira Rosa

Ramessa Rosa Magalhães

- Antônio Mico

Dr. Antônio Sérgio de Almeida Júnior  
(RG: 1175.825-SE), sofreu fratura de  
perna (†), no lado direito (anteriormente  
(ac. no dia 04/04/2019), e tomou  
o eito definitivo -  
(CIN: 28/11/19)

Dr. Leopoldo Simões Bonato  
Ortopedia - Traumatologia  
CRM/SE 1631



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
REGISTRO GERAL	1.175.925
2. VIA	DATA DE EXPEDIÇÃO 22/07/2013
NOME	
JOSE SEVERIANO DE ALMEIDA 1640	
FILIAÇÃO	JOAO SEVERIANO DE ALMEIDA
MARCA VIETRA DE JESUS	
NATURALIDADE	
N.S. DA GLÓRIA-SE	
DOC. ORIGINAL	
CT. CASAMENTO	NR 1613 LV B 04 FL 200
DEP. CART. DO DIST. DA COMARCA DE N.S. DA GLÓRIA	
010.345.395-40	
CARTEIRA DE IDENTIDADE	
FOTOGRAFIA	
Nº AF 112200	





274/735, 9

• 108 •

VALDILEIDE OLIVEIRA ROSA

卷之三

RUA WASHINGTON PODEROSO, 22, N. SENHORA DA GLORIA, 49680-000

TIPO DE VALOR	VALOR
090 MULTA P/IMPONTUALIDADE	37,74
091 JUROS DE MORA	0,00
094 ATUALIZACAO MONETARIA	0,76
	0,27
	0,05

10/2019 VENCIMENTO: 15/10/2019 38,82

OUÇA OS FÔSOS: DEDIQUE SEU AMOR A VOCÊ MESMA, PREVINA-SE DO CÂNCER DE MAMÁ!

A vencida de pagamento desse faturamento (URBAN) cinco dias após seu vencimento, terá sua conta interrompida de fornecimento de serviços - art. 91.

CANAIS DE ATENDIMENTO: 0800 079 0195 – SAC: 4020-0195  
AGÊNCIA VIRTUAL: [www.deso-ss.com.br/agenciavirtus](http://www.deso-ss.com.br/agenciavirtus)

Qualidade da Água Distribuída (Decreto Federal nº 5.440/2005 - Art.5º inciso I)

Parâmetro	Turíndio	Cox	Cerv	Filo	Coliformes Totais	Enterobactérias
NC Mínimo de Antecedentes Exigidos	5%	10%	40%		40	
NC de Antecedentes Antecedentes	10%	10%	10%		10	10
NC Mínimo de Antecedentes Antecedentes com Pefixa	20%	20%	20%		20	20



Maria Dolores Santos Gómez Gómez





Nº da Conta: 2129958589  
 Mês de referência: 10/2019  
 Período: 21/09/2019 a 26/10/2019  
 Data de emissão: 22/10/2019

MARIA DEBORA SANTOS COSTA  
 AV 26 DE SETEMBRO, 217  
 SILOS  
 49680-000 NOSSA SENHORA DA GLÓRIA - SE

[www.vivo.com.br/meuvivo](http://www.vivo.com.br/meuvivo)  
 Fale conosco: Central de Relacionamento  
 8486 ou [www.vivo.com.br/faleconosco](http://www.vivo.com.br/faleconosco)  
 Telefônica Brasil S.A.  
 Avenida Barão de Maruim, 304  
 CEP: 49910-340 - Aracaju - SE  
 I.E.: 27.106.814-0  
 CNPJ Matriz: 02.558.157/0001-82  
 CNPJ Fiel: 02.558.157/0025-30

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 da 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\$
<b>Serviços Contratados</b>						
VIVO CONTROLE DIGITAL 3GB - IUM	1	1	51,99	-	-	51,99
VIVO CONTROLE SERV DIGITAL II	1	1	0,00	-	-	0,00
<b>Subtotal</b>						
						51,99
<b>Outros Lançamentos</b>						
Encargos Financeiros						1,11
Subtotal						1,11
<b>TOTAL A PAGAR</b>						
						53,10

#### MENSAGEM IMPORTANTE PARA VOCÊ

O relatório detalhado está disponível em [www.vivo.com.br/meuvivo](http://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](http://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](mailto: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	Vencimento	Total a Pagar - R\$
MARIA DEBORA SANTOS COSTA	06/11/2019	53,10
Cód. Débito Automático: 2129958589-4	Nº da Conta: 2129958589	Mês Referência: 10/2019
531000420012	121299585897	101961911068

846500000001 Autenticação Mecânica







Bruna Rosa Aragão



Licenc MONDASICO  
Centro RES-MTC 811 RESIDENCIAL, RESIDENCIAL  
Riberas 1-430-467-2017 Referencia: Out 133  
Materno: 0173020611 Emisión: 10/10/2014

Atendimento ao Cliente ENERGISA 08000 79 0196

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF / CNPJ / RAN
Out / 2019	10/10/2019	08/11/2019	14.281.886-19

### UC (Unidade Consumidora)

31538677-6

**Canal de contacto**

Conheça o Giga, nossa rede social virtual da Whirlpool. Ela pode te ajudar com dicas e receitas, trocar dicas, enviar a sua sugestão via rede social de energia e até fazer parte do projeto. Visite [www.gigawhirlpool.com.br](http://www.gigawhirlpool.com.br) e nos conte sobre os seus projetos.

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Dia 12/05/13	Leritura 100188	Dia 12/05/13	Leritura 100201	
<b>Demonstrativo</b>				
		Consumo - Unid. - Vaz. Borealis - Rio Negro - Rio Cuiabá - Pará - Tocantins		
		Dez/12 - JANE/13 - MAR/13 - ABR/13 - MAI/13 - JUN/13 - JUL/13 - AGO/13 - SET/13 - OUT/13 - NOV/13 - DEZ/13		
001 - Consumo em kWh	35.000 0.558840	18.25 0.00 0 0.00 19.50 0.17 0.00		
001 - ABC B VERDE		1.00 0.00 0 0.00 0.00 0.00 0.00		
001 - ABC B AMARELO		0.18 0.00 0 0.00 0.00 0.00 0.00		
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS				
007 - CONTRIBUÍVEL		4.00 0.00 0 0.00 0.00 0.00 0.00		
004 - JUROS DE MORTE		0.14 0.00 0 0.00 0.00 0.00 0.00		
005 - MULTA	0.00/00/00	0.14 0.00 0 0.00 0.00 0.00 0.00		
001 - REST. BANCO AMAR. REFERENCIAL	10/2013	0.00 0.00 0 0.00 0.00 0.00 0.00		

CC: Código de Clasificación temática TOTAL 25.52 2.00 0.30 0.48 0.18 0.00

Mês/Ano	Consumo (kWh)	VENDE-MAIS	TOTAL A PAGAR
42		17/10/2019	R\$ 25,52
		Histórico de Consumo (kWh)	

RESERVADO AO FISCO

Authoritative. Accessible. Reliable.

Limites da ANEEL	Aparado	Limite de Tensão (V)
CRISTAL	1.00	2.00
ESTERNA	1.00	NOVATEC
ESTERNA	2.00	NOVATEC
ESTERNA	2.35	CONTROLE
ESTERNA	3.00	CONTROLE
ESTERNA	3.40	CONTROLE
ESTERNA	3.80	CONTROLE

Composição do Consumo	
Discriminação	Valor (%)
Alimentação	71,4
Residência	13,8
Transporte	7,4
Entertainment	4,2
Services	3,0
Total	100
Total	25,65

#### ANSWER

#### Preferred car storage

卷之三十一

Sat/12 26 x6

Serial 25,78

p. 29

# 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 médica-hospitalar

## ATENÇÃO

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

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

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

### Portador da documentação apresentada

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

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

---

JOSE MARCOS DE OLIVEIRA ROSA

---

JOSE MARINO GOYA ARAUJO

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, 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

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, 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, 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,



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, 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: 4 - Nome completo da vítima:  
010.345.395-40 Jose Sereiano 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:	Jose Sereiano de Almeida Júnior		6 - CPF:	010.345.395-40
7 - Profissão:	8 - Endereço:	9 - Número: 10 - Complemento:		
Barbeiro	Perecado Alagoinha	S/n Casa		
11 - Bairro:	12 - Cidade:	13 - Estado:	14 - CEP:	49680-000
Área Rural	Nossa Senhora da Glória	SE	16 - Tel.(DDD):	79-39918-9207
15 - E-mail:	17 - Nome completo do Representante Legal:			
Marcondesgloria@gmail.com				

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

18 - CPF do Representante Legal:	19 - Profissão do Representante Legal:
----------------------------------	--

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:	<input type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00

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

<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)	<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
<input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341)	Nome do BANCO: _____
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	AGÊNCIA: _____ CONTA: _____ (Informar o dígito se existir)
AGÊNCIA: 8303 CONTA: 13332 (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.

## 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:	<input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo	24 - Data do óbito da vítima:
------------------------------	---	-------------------------------

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

28 - Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:	30 - Vítima deixou nascituro (varascer)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:	33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
--	--	--	--	--	---

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

34

*Janessa Rosa Dragão*

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

*066.301.795-17*

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

*Janessa Rosa Dragão*

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

38 - 1º | Nome: *Marina Alves Souto Souza*

CPF: *069.032.265-57*

*Janilia Juliana Souto Souza*

Assinatura da testemunha

39 - 2º | 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)

p.34

FP5.001 V002/2019

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



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

ESTADO DE SERGIPE -  
DELEGACIA MUNICIPAL DE  
POÇO REDONDO - SE  
Nº 026288/2019

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

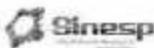
RELATO/HISTÓRICO

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 M**

DELEGACIA MUNICIPAL DE POÇO REDONDO - POÇO REDONDO - RJ DELEGACIA DE



## 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

**ASSINATURA**

~~Jose Roberto de Melo Santo  
Cleber Martins da Silva  
Matrícula 30971597  
Matrícula 4712882  
Responsável pelo Atendimento~~

Responsável pelo Atendimento:

**Jose Gonçalves de Almeida Irmão**  
(2001-2004 - Vítima)

Jose Joaquim de Almeida Irmão

**"Declaro para os devidos fins de direito que sou o(a) único(a) responsável pelas informações acima assentadas e ciente que poderá ser processado civil e criminalmente pela presente declaração que dei origem, conforme previsto nos Artigos 330-Denúncia Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."**

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 2 de 2

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos



# 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: 4 - Nome completo da vítima:  
010.345.395-40 Jose Sereiano 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:	Jose Sereiano de Almeida Júnior		6 - CPF:	010.345.395-40
7 - Profissão:	8 - Endereço:	9 - Número:		10 - Complemento:
barbeiro	Perecado Alagoinha	S/		Casa
11 - Bairro:	12 - Cidade:	13 - Estado:		14 - CEP:
Área Rural	Nossa Senhora da Glória	SE		49680-000
15 - E-mail:	16 - Tel.(DDD): 79-99718-9207			
Marcosdegloria@gmail.com				

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

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

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

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

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Bradesco (237)  Itaú (341)

Banco do Brasil (001)  Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 8303 CONTA: 13332

(informar o dígito se existir)

(informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:  CONTA:

(informar o dígito se existir)

(informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora 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.

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 Lider 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:	<input type="checkbox"/> Solteiro	<input type="checkbox"/> Casado (no Civil)	<input type="checkbox"/> Divorciado	<input type="checkbox"/> Separado Judicialmente	<input type="checkbox"/> Viúvo	24 - Data do óbito da vítima:
------------------------------	-----------------------------------	--	-------------------------------------	---	--------------------------------	-------------------------------

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

28 - Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:	30 - Vítima deixou nascituro (varascer): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:	33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> 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.

34

*Janessa Rosa Dragão*

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

*066.301.795-17*

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

*Janessa Rosa Dragão*

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

38 - 1º | Nome: *Janessa Rosa Dragão*

CPF: *066.032.265-57*

*Janessa Rosa Dragão*

Assinatura da testemunha

39 - 2º | 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)

p. 37

FPS.001 V002/2019

43 - Assinatura do Procurador (se houver)