
Rio de Janeiro, 04 de Junho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190345963

Vítima: ANA MEIRE TAVARES SILVINO

Data do Acidente: 18/08/2016

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ANA MEIRE TAVARES SILVINO

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, 04 de Junho de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190345963

Vítima: ANA MEIRE TAVARES SILVINO

Data do Acidente: 18/08/2016

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), ANA MEIRE TAVARES SILVINO

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Autorização de pagamento incorreto(a), necessário verificar as informações e apresentar o documento com os dados corretos.

Comprovante de residência incompleto(a), necessário apresentar o documento completo sem rasuras ou abreviações.

Declaração do Proprietário do Veículo não enviado(a), não acusamos o recebimento do documento, necessário apresentar.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 24 de Julho de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190345963

Vítima: ANA MEIRE TAVARES SILVINO

Data do Acidente: 18/08/2016

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), ANA MEIRE TAVARES SILVINO

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Autorização de pagamento incorreto(a), necessário verificar as informações e apresentar o documento com os dados corretos.

Declaração do Proprietário do Veículo incorreto(a), necessário verificar as informações e apresentar o documento com os dados corretos.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 27 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190345963

Vítima: ANA MEIRE TAVARES SILVINO

Data do Acidente: 18/08/2016

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), ANA MEIRE TAVARES SILVINO

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Autorização de pagamento	Apresentar o formulário Pedido do Seguro DPVAT, disponível em nosso site, com preenchimento completo/correto de todos os campos dos Dados Cadastrais, sem abreviações e/ou rasuras, confirmando as informações bancárias de titularidade da própria vítima/beneficiário, pois o banco recusou a realização do depósito da indenização/reembolso na conta bancária inicialmente informada.
---------------------------------	---

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 28 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190345963

Vítima: ANA MEIRE TAVARES SILVINO

Data do Acidente: 18/08/2016

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), ANA MEIRE TAVARES SILVINO

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

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, 15 de Março de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190345963

Vítima: ANA MEIRE TAVARES SILVINO

Data do Acidente: 18/08/2016

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ANA MEIRE TAVARES SILVINO

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\$ 675,00

Dano Pessoal: Dedos da pé-Perda funcional completa de qualquer um dos dedos do pé 10%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 10%) 5,00%

Valor a indenizar: 5,00% x 13.500,00 = R\$ 675,00

Recebedor: **ANA MEIRE TAVARES SILVINO**

Valor: **R\$ 675,00**

Banco: **104**

Agência: **000004478**

Conta: **0000018620-4**

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



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190345963

Cidade: Neópolis

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: ANA MEIRE TAVARES SILVINO

Data do acidente: 18/08/2016

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: FERIMENTO CORTO CONTUSO EM REGIAO DORSAL DO PE ESQUERDO E ANTERIOR DO TORNOZELO ESQUERDO, COM LESÃO PARCIAL DO TENDÃO EXTENSOR DO HALUX ESQUERDO

Descrição do exame físico: DOR E DIMINUIÇÃO DA FORÇA DE EXTENSÃO DO HALUX ESQUERDO

Resultados terapêuticos: FOI REALIZADO SUTURA DE TENDÃO E PELE EM DORSO DO PE ESQUERDO ,EVOLUIU SEM INTERCORRENCIAS-ALTA MÉDICA

Sequelas permanentes: Limitação funcional do 1º pododáctilo esquerdo

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 04/03/2020

Conduta mantida:

Observações:

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
Dedos da pé-Perda funcional completa de qualquer um dos dedos do pé	10 %	Em grau médio - 50 %	5%	R\$ 675,00
Total			5 %	R\$ 675,00



Nº DO SINISTRO _____

< CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do beneficiário da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, Ana Meire Tavares Silveira
PORTADOR(A) DO RG Nº 1.017.847 EXPEDIDO POR SSP/SE EM 13/01/2015
CPF 047205285-38 /CNPJ 000000000-0000-00. PROFISSÃO Pescadora
E RENDA MENSAL DE R\$ 998,00 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA ANA MEIRE TAVARES SILVEIRA, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados não devem, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício - nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional.
- Conta Empresarial - nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA.
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéticas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

IMPORTANTE: Também não devem ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO 0866 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 023 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 00011378

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

Nepesin 05 de Abril de 2019 Ana Meire Tavares Silveira
LOCAL E DATA ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

! ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de **titularidade do BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário com 16 ou 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL
3190345963

CPF da Vítima
047.205.285-38

Nome completo da vítima
ANA MEIRE TAVARES SILVINO

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo ANA MEIRE TAVARES SILVINO		CPF titular da conta 047.205.285-38	Profissão DO LAR
Endereço RUA SÃO FRANCISCO		Número 107	Complemento CASA
Bairro CENTRO	Cidade NEÓPOLIS	Estado SE	CEP 49.980-000
Email crisliamirama27@hotmail.com			Telefone (DDD) (79)9.9808.8553

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

- RECUSO INFORMAR
 SEM RENDA
 ATÉ R\$ 1.000,00
 R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
 R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00
 R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00
 R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00
 ACIMA DE R\$ 10.000,00

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

- BRADESCO (237)
 BANCO DO BRASIL (001)
 ITAÚ (341)
 CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA NRO. **0866** D/V **023**
 CONTA NRO. **00011378** D/V **4**
 (Informar dígito se existir)
 (Informar dígito se existir)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO
 Nome _____ NRO _____
AGÊNCIA
 NRO. _____ D/V _____
CONTA
 NRO. _____ D/V _____
 (Informar dígito se existir)
 (Informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Neópolis, 23 de Dezembro de 2019
Local e Data

Ana Meire Tavares Silvino

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

PEDIDO DO SEGURO DE

Autorização de pagamento



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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3190345963 3 - CPF da vítima: 04720528538 4 - Nome completo da vítima: ANA MEIRE TAVARES SILVINO

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

5 - Nome completo: ANA MEIRE TAVARES SILVINO 6 - CPF: 04720528538
7 - Profissão: DO LAR 8 - Endereço: RUA SAO FRANCISCO 9 - Número: 107 10 - Complemento: CASA
11 - Bairro: CENTRO 12 - Cidade: NEÓPOLIS 13 - Estado: SE 14 - CEP: 49980000
15 - E-mail: crustianerama27@hotmail.com 16 - Tel.(DDD): (79)99808.8553

DADOS CADASTRAIS

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: 4478 13 CONTA: 00018620 4
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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.

INVALIDEZ PERMANENTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorçado 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

MORTE

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.

NÃO ALFABETIZADO

34 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado
35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)
36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)
37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª | Nome: _____ CPF: _____
Assinatura da testemunha
39 - 2ª | Nome: _____ CPF: _____
Assinatura da testemunha

TESTEMUNHAS

40 - Local e Data: NEÓPOLIS/SE 30-03-2020
ANA MEIRE TAVARES SILVINO
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



CAIXA
POUPANÇA

5067 2251 9412 1259
VALID DATE
03/24

ANA MEIRE TAVARES SILVINO
4478 013 00018620-4

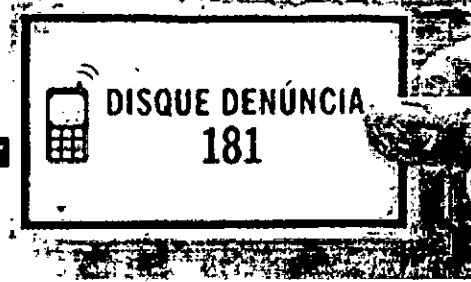
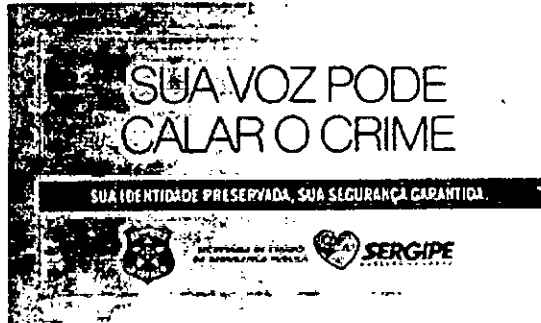


VALIDO SOMENTE NO BRASL



GOVERNO DO ESTADO DE SERGIPE
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA
SUPERINTENDÊNCIA DA POLÍCIA CIVIL

POLÍCIA DA PÍSICA
Boletim de ocorrência



DELEGACIA DE POLÍCIA DE NEÓPOLIS

PRAÇA GENEREL OLIVEIRA VALADÃO, CENTRO FONE:() (79)3344-1282

RPO - Registro Policial de Ocorrência 2017/06568.0-000229

DELEGACIA RESPONSÁVEL

Nome: DELEGACIA DE POLÍCIA DE NEÓPOLIS

Endereço: PRAÇA GENEREL OLIVEIRA VALADÃO, CENTRO FONE:() (79)3344-1282

RECEBIDO

2-0 MAI 2019

Seguradora Lider DPVAT

FATO

Data e Hora do Fato: 18/08/2016 - 14:30 até 18/08/2016 - 14:30

Endereço: PRÓXIMO AO TREVO Número: Complemento: CEP: 49980-000

Bairro: POVOADO BETUME Cidade: NEOPOLIS - SE Circunscrição: DELEGACIA DE POLÍCIA DE NEÓPOLIS

Tipo de local: VIA PUBLICA Meio Empregado: OUTRO

VÍTIMA-NOTICIANTE

Nome: ANA MEIRE SILVINO DOS SANTOS

Nome do pai: ANTONIO SILVINO FILHO Nome da mãe: FRANCISCA DAS DORES TAVARES

Pessoa: Física CPF/CGC: 047.205.285-38 RG: 10178473 UF: SE Órgão expedidor: SSP-SE

Naturalidade: NEOPOLIS Data de nascimento: 26/04/1966 Sexo: Feminino Cor da cútis:

Profissão: DONA DO LAR Estado civil: Não informado Grau de instrução:

Endereço: RUA São Francisco Número: 107 Complemento:

CEP: 49.980-000 Bairro: povado BETUME Cidade: NEOPOLIS UF: SE

Proximidades: Telefone: 79 9 9808-7896

HISTÓRICO

Relata a noticiante que estava pilotando a moto SHINERAY XY 50 Q, ano 2014, placas QKU5487, cor vermelha, nas imediações do povoado Betume, próximo ao trevo, quando perdeu o equilíbrio e caiu na pista. QUE do acidente sofreu fraturas no pé esquerdo e até o dia de hoje faz fisioterapia e anda de muletas.

Data e hora da comunicação: 16/05/2017 às 11:06

Última Alteração: 16/05/2017 às 11:06.

OBS.: As informações noticiadas pelo declarante/vítima são de sua inteira responsabilidade, cabendo, inclusive, a responsabilização penal daquele que faltar com a verdade no fornecimento das informações, nos termos do artigo 340 do Código Penal Brasileiro: Art. 340 - Provocar a ação de autoridade, comunicando-lhe a ocorrência de crime ou de contravenção que sabe não se ter verificado: Pena - detenção, de um a seis meses, ou multa.

Ana Meire Silvano dos Santos
ANA MEIRE SILVINO DOS SANTOS
Responsável pela comunicação

Aline Viviane Chagas de Lima
Aline Viviane Chagas de Lima
Responsável pelo preenchimento

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

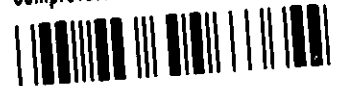
Eu, Ana Mire Soares Silvino, portador da carteira de identidade nº 1.037.847 SE e inscrito no CPF/MF sob o nº 047.205.285-38, residente e domiciliado na Rua São Francisco, N° 107 Povoado Betume Cidade Itapipissara Estado Sergipe, declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o 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 estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
- O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

Comprovação de ato declaratório



Ana Mire Soares Silvino

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

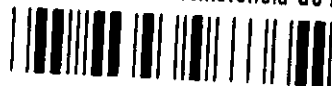
Itapipissara 25 de Abril 2019

Local e data

Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT S.A
Tel 21 3861-4600 www.seguradoralider.com.br
Rua da Assembléia, 100 - 16º Andar - Edifício City Tower
Centro - Rio de Janeiro - RJ - CEP: 20011-000



Declaracao de Inexistencia de IML



O PEDIDO DO SEGURO DPVAT
ENCONTRA-SE DIGITALIZADO NA
PASTA/ABA AUTORIZAÇÃO DE
PAGAMENTO.



MS/DATASUS HOSPITAL REGIONAL DE PROPRIA

No. DO BE: 430863 DATA: 18/08/2016 HORA: 18:49 USUARIO: FRVSANTOS
CNS: SETOR: 01-CLASSIFICACAO DE RISCO

IDENTIFICACAO DO PACIENTE
NOME: Ana MEIRE TAVARES SILVINO
IDADE: 50 ANOS NASC: 26/04/1966
SEXO: FEMININO
POV: BETUMA
BAIRRO:
MUNICIPIO: NEOPOLIS UF: SE CEP: 49980-000
PAI/MAE: ANTONIO SILVINO FILHO /FRANCISCA DAS DORES TAVARES
RESPONSAVEL: O PROPRIO
PROCEDENCIA: NEOPOLIS-SE
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: / /

Admite no joelho e/ou punho conf. conf. fac.
dunkel de joelho. P. e/ou profusos.

DIAGNOSTICO: punho e/ou joelho unilaterais.

PRESCRICAO HORARIO DA MEDICACAO

- 1) Sufamato de sódio
2) Clonazepam 0,5mg + 10 @ 20:30
3) Difenidramina 50mg (JMA)
4) ATO + AINS 2x / - A CASA.

DATA DA SAIDA: / /
ALTA: [] DECISAO MEDICA [] A PEDIDO DO DR. Adilson Nogueira L. Almeida
[] ENCAMINHADO AO AMBULATORIO
[] DESISTENCIA
[] MANUTENCAO NO PROPRIO HOSPITAL (SETOR):

PREVENCIA (UNIDADE DE SAUDE):
[] ATE 48HS [] APOS 48HS [] FAMILIA [] IML [] ANAT. PATOL

Assinatura do paciente/responsavel: Wallyson... Assinatura e carimbo do medico: Dr. Adilson Nogueira L. Almeida

BANCO DO BRASIL S.A.

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: Doc - Transferencia para conta em outro banco

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

BANCO: 001

AGÊNCIA: 1234

CONTA: 12345

DATA DA TRANSFERENCIA:

10/03/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

319034596301

VALOR TOTAL:

675,00

TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ANA MEIRE TAVARES SILVINO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 04478

CONTA: 000000018620

Número da Autenticação

6D0F09619B0610E1

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Comprovante de residência

Eu, Ana Meire Soares SilvinoRG nº 1.017.847, data de expedição 13/01/2019, Órgão SSP/SE,

CPF nº 047.205.285-38, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Rua São Francisco, Pavão do Betum</u>
Número	<u>107</u>
Apto / Complemento	<u>casa</u>
Bairro	<u>centro</u>
Cidade	<u>Neópolis</u>
Estado	<u>Sergipe</u>
CEP	<u>49.980-000</u>
Telefone de Contato	
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Neópolis, 25 Abril de 2019Assinatura do Declarante: Ana Meire Soares Silvino

JOSE CORREIA SANTOS
RUA S-D FRANCISCO, 03167 - AREA RURAL
NEOPOLIS/SE CEP 40980000 (AC 173)

Classificação RESIDENCIAL / RESIDENCIAL M. B. FÁSICO
Roteiro 17 - 570 - 780 - 7895 Referência 14 / 2017
Número de medidor ES003759765 Emissão 28/03/2017

ENERGISA
ENERGISA GERIPE - DISTRIB. ENERGISA SA
Rua Manoel Antonio Sales, 81 - Joo de Barbas
Aracaju/SE - CEP 49040-100
CNPJ 13.017.482/0001-63 Insc. Est. 270.767.436
Nota Fiscal/Conta de Energia Elétrica Nº000.702.737
Código para Débito Automático: 80001841711

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

Conta referente a **UC (Unidade Consumidora): 9/156171-1**

Canal de contato

Mar / 2017

Apresentação

28/03/2017

Data prevista da próxima leitura

27/04/2017

CPF / CNPJ / RATH

5198737520
Insc. Est.

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data 28/03/17 Leitura 15213	Data 28/03/17 Leitura 15488	1	183	33

Faturas em atraso

Demonstrativo

Descrição	Quantidade	Preço	Valor (R\$)
Consumo em kWh	183	0,43233	83,43
Adc. B. Amarelo			2,16
ICMS			32,27
PI3			1,82
COFINS			8,42
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS			
JUROS DE MORA 01/2017			0,78
JUROS DE MORA 02/2017			0,04
MULTA 01/2017			2,22
MULTA 02/2017			2,18

Histórico de Consumo (kWh)

Fev/17	175
Jan/17	183
Dez/16	179
Nov/16	220
Out/16	184
Set/16	135
Ago/16	103
Jul/16	121
Jun/16	207
Maio/16	148
Abr/16	161
Mar/16	180

Média dos últimos meses
178

	BASE	ALÍQUOTA	VALOR R\$
ICMS	128,08	25,00	32,27
PI3	1,2808	1,4171	1,82
COFINS	178,08	4,7271	8,42

VEN. DÍMMENTO TOTAL A PAGAR

04/04/2017 R\$ 134,32

d02f.74d9.fcd5.c57.a.c451.4b5e.9a01.e3e7

Indicadores de Qualidade 1/2017 CARRA END

Limites da ANEEL	Apurado	Limite de tensão (V)	Discriminação	Valor (R\$)	%	
DIC MENSAL	11,30	0,00	NORMAL	Juros de Dívidas Energisa	3,00	24,42
DIC TRIMESTRAL	22,60	0,00		Limite de Erro	2,16	28,18
DIC ANUAL	45,20	0,00	CONTRATUAL	Serviço de Iluminação	1,51	1,12
FC MENSAL	7,87	0,00		Encargos Especiais	12,06	9,74
FC TRIMESTRAL	15,74	0,00	LIC. NÍVEL INFERIOR	Impostos, Taxas e Encargos	47,74	35,54
FC ANUAL	30,89	0,00		Outros Serviços	0,00	0,00
DAM	6,18		LIC. NÍVEL SUPERIOR			
DRM	18,00					
Total				134,32	100,00	

Valor do ELS (Ref. 1/2017) R\$ 41,34

ATENÇÃO

VEN. DÍMMENTO TOTAL A PAGAR

04/04/2017 R\$ 134,32

GERIPE

Roteiro 17 - 570 - 780 - 7895
Número de medidor ES003759765

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Comprovante de residência



Eu, José Correia Santos,
RG 454521 SSP/BA, CPF 051.362.375-20, declaro,
sob as penas da lei civil e penal, que

Ana Maria Tavares Silveira, RG 10178473
SSP/SE, CPF 047.205.285-38 reside em imóvel de minha propriedade
situado a

à Rua São Francisco, Nº 107, Povoado Setúbal,
Município de Leopoldina - SE, CEP 49980-000.

DATA: 26/06/19

José Correia Santos

JOSE CORREIA SANTOS
RUA SAO FRANCISCO 00107 - AREA RURAL
NEOPOLIS/SE CEP 49223000 (AG 570)

Ligação MONOFÁSICO
C/SUB: RES MTC B1 - RESIDENCIAL - RESIDENCIAL
Razão: 17-570-780-2835 Referência: Mo/2019
Modelo: E50037597E5 Emissão: 27/05/2019

Energisa
ENERGISA SERGIPE DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S.A.
RUA MARANHÃO 1536 - JARDIM BELVISTA - NEOPOLIS/SE
Área de Serviço: NEOPOLIS/SE
CNPJ: 07.463.011/0001-00
Nota Fiscal: Cartão de Pagamento: 00001541711
Cód. para Dta. Automático: 00001541711

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

Conta referente a Mai / 2019	Apresentação 27/05/2019	Data prevista da próxima leitura 27/06/2019	CPF/ CNPJ/ RANI 051.362.375-20 Insc. Est.
--	-----------------------------------	---	--

Ud (Unidade Consumidora): 3/156171-1

Canal de contato

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura	
26/04/19	18992	27/05/19	20705	31

Demonstrativo		Quilowatts	Tarifa	Valor Base	Uso	Alta	ICMS (R\$)	Base Calc. PIS (R\$)	ICMS (R\$)	
CCI	Descrição	Quantidade	Tarifa	Valor Base	Uso	Alta	ICMS (R\$)	Base Calc. PIS (R\$)	ICMS (R\$)	
0801	Consumo em kWh	213,000	0,782930	166,82	166,82	25	40,85	163,93	1,78	8,14
0801	Adc. B. Amerela			2,89	2,89	25	0,67	2,89	0,02	0,13
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS										
0804	JUROS DE MOPA 04/2019			0,11	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
0805	MULTA 04/2019			3,20	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00

VALOR 309300916 12 JUN 19 0946 0026 5003860 RCE 170,03

CCI Código de Classificação do Item	TOTAL	170,03	166,82	41,85	166,82	1,79	8,27
Taxa de Tributos		0,530720					

Medida de Energia (kWh) 150
VENCIMENTO 03/06/2019
TOTAL A PAGAR R\$ 170,03

Histórico de Consumo (kWh)

170	153	155	143	141	171	182	178	183	228	229	229
Mai/18	Jun/18	Jul/18	Ago/18	Set/18	Out/18	Nov/18	Dez/18	Jan/19	Fev/19	Mar/19	Abr/19

0501.5975.9580.8d76.40ec.b451.f72f.c91e.

Indicadores de Qualidade 3/2019 - CARRAPICHO

	Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
DIC MENSAL	11,18	0,30	NOMINAL 127
DIC TRIMESTRAL	22,32		
DIC ANUAL	44,65	1,00	CONTRATADA 117
FIC MENSAL	7,87		LIMITE INFERIOR 133
FIC TRIMESTRAL	15,74		
FIC ANUAL	31,48		
DIC	0,08	0,30	
DIC	16,80		

Discriminação	Valor (R\$)	%
Serviços de Dist. de Energia/SE	42,20	24,82
Compra de Energia	82,20	35,41
Serviço de Transmissão	4,10	2,41
Encargos Setoriais	8,47	4,98
Impostos Diretos e Encargos	55,10	32,42
Outros Serviços	0,00	0,00
Total	170,03	100,00

Valor do EUSD (R\$) 3/2019) R\$ 64,42

ATENÇÃO

Resolução ANEEL nº 1000/2014 e Resolução ANEEL nº 631/2014
Resolução ANEEL nº 22/2018 e Resolução ANEEL nº 2.581/2014
Resolução Tarifa-Vigência 22/04/18 e Resolução ANEEL nº 2.581/2014

Pagamentos em atraso



Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sext.

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

Eu, JOSIMARA SILVINO SANTOS SILVEIRA

RG nº 3.119.047-2, data de expedição 16/10/2017

Órgão SSP/SE, portador do CPF nº 845.848.665-20

com domicílio na cidade de NEOPOLIS, no Estado de

SERGIPE, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

RUA SÃO FRANCISCO, nº 107

complemento CASA, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima

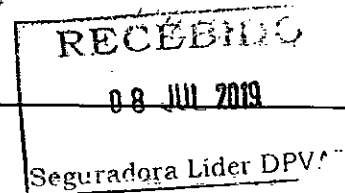
ANA MEIRE TAVARES SILVINO, cujo o condutor era

ANA MEIRE TAVARES SILVINO

Veículo: SHINERAY Modelo: XY 50 a Ano: 2014

Placa: AKU5487 Chassi: LXYXCBL05FD224353

Data do Acidente: 18/08/2016



Local e Data: Neópolis 26 de Junho de 2019.

Josimara Silvano Santos Silveira
Assinatura do Declarante

Ana Meire Tavares Silvano
Assinatura do Condutor
(caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

knustphomaveros.adm@gn.etl.com

DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

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

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

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

Declaração do proprietário do veículo



Eu, JOSIMARA SILVINO DOS SANTOS

RG nº 3.119.047-2, data de expedição 16/10/2017

Órgão SSP/SE, portador do CPF nº 845.848.665-20

com domicílio na cidade de AV. BARÃO DO RIO BRANCO; NEÓPOLIS, no Estado de

SERGIPE, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

AV. BARÃO DO RIO BRANCO, nº 0119

complemento CASA, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima

ANA MEIRE TAVARES SILVINO, cujo o condutor era

ANA MEIRE TAVARES SILVINO

Veículo: CICLOMOTO Modelo: SHINERAY XY 50 Q Ano: 2014

Placa: 2619 Chassi: LXYXCBL05F0224353

Data do Acidente: 18/08/2016

Local e Data:



Josimara Silvino dos Santos
Assinatura do Declarante

Ana Meire Tavares Silvino

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

CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO
Tabelionato de Notas, Reconhecimento de firmas
Reconheço por () Autenticidade (X) Semelhança a Físico
de Josimara Silvino dos Santos
Dou fé Neópolis, 06/08/2019
Larissa Ellen da Conceição Santos
Maria de Lourdes de França Oliveira
Oficial / Tabelião Interina

Selo Digital de Fiscalização
Tribunal de Justiça de Sergipe
2º Ofício da Comarca de Neópolis
06/08/2019 11:55
<https://www.tjse.jus.br/x/C6Z4AY>

201929591002512

CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO
NEÓPOLIS - SE
Tabelionato de Notas, Registro de Pessoas Naturais, Jurídicas e Títulos e Documentos
Larissa Ellen da Conceição Santos
Escritório Autorizado
Maria de Lourdes de França Oliveira
Oficial / Tabelião Interina

Sutura

Nome do Paciente: Ana Meire Tavares Sillimo RG: 1.017.847
 Data Nasc.: 26/04/1966 Data: 18/08/16 Hora: 15:49
 Endereço: Av. Beirão Neópolis Documentação médico-hospitalar
 Especificação: 70



CLASSIFICAÇÃO DE RISCO / ATENDIMENTO DO ENFERMEIRO

DEMANDA ESPONTÂNEA ENCAMINHAMENTO SAMU

1. Queixa principal e Anamnese:
 paciente com lesão dilacerante no dorso do pé esquerdo com lesão muscular.

2. Cronologia/Duração da Queixa: Agudo Crônico
 3. História Progressiva: DM Cardiopatias HAS Alergias
 Outros: _____ Peso: _____

4. Dados Vitais
 P.A.: _____ x _____ FC _____ Tax _____ FR _____ Glicemia _____ SPO2 _____

5. Risco: AZUL VERDE AMARELO VERMELHO
 Enfermeiro (Ass. e Carimbo): _____ Hora da Class.: _____

PRESCRIÇÃO / EVOLUÇÃO MÉDICA

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

Hora atend. Méd.: _____
 1) curativo compressivo
 2) encaminhado ao curativo
 3) RX do pé esquerdo
 4) profunda - 16,45
 5) liberar o RX

curativo medicado com
 [Handwritten notes and signatures]

Atestado de Liberação do Serviço
 CRF-MAL 3632
 C.R.E. RESC 4731

CONFERE COM O ORIGINAL

UPA NEÓPOLIS - FHS
 CNPJ: 10.430.979/0007-9
 Rua: José Odín Ribeiro, nº 7
 Centro - Neópolis/SE

6. Hipótese Diagnóstica: Ferimento do pé

7. Avaliação de risco pelo médico: AZUL VERDE AMARELO VERMELHO



ESTADO DE SÃO PAULO
SECRETARIA DE SAÚDE

**HOSPITAL REGIONAL DE PROPRIÁ
SÃO VICENTE DE PAULO**

RECEITUÁRIO

Para quem temer St.

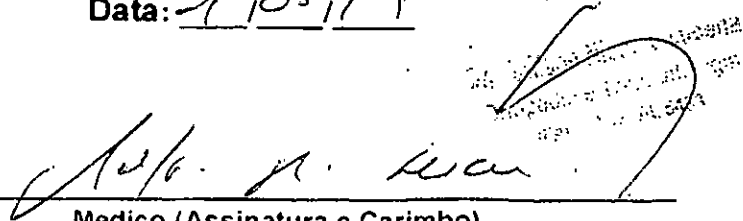
ADOSTADO

Para o exame de urina por re-
ligua das epidemias de tuberculose.

Necessita de exame por parte
de quem indicou a.

596.1 + 591.0.

Data: 27/10/17



Medico (Assinatura e Carimbo)



HOSPITAL REGIONAL DE SÃO VICENTE DE PAULO

RECEITUÁRIO

Após seus exames

7

① Clorofeniramina 500mg
1 comprimido 2x ao dia
10/11/14

② Amoxicilina 1000mg
1 comprimido 2x ao dia
10/11/14

Data: 18/04/14

Dr. Adilson Nicácio
Ortopedia e Traumatologia
CRM / AL - 5433
Rua Al. 220, Km 2 - São Amador de Melo
Aparecida - AL

Médico (Assinatura e Carimbo)



HOSPITAL REGIONAL DO OPIRAX
SÃO VICENTE DE PAULO

RECEITUÁRIO

Amélia Maria Jesus 7,

7

- ① Clonazepam 500ug — 1
7 dias 2x1 a/c 1
pi 7 2 1
- ② Nimesulida 100mg — 1
7 dias 2x1 a/c 1

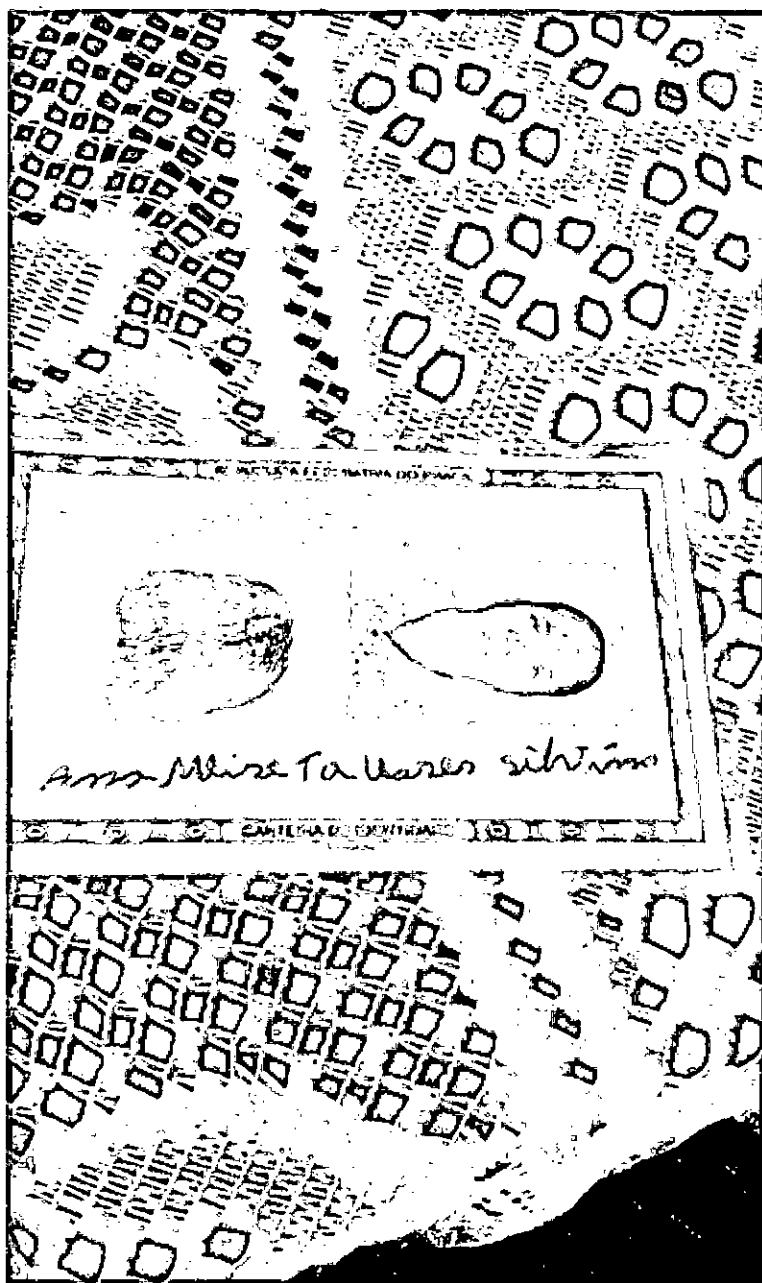
Data: 18/07/15
 Dr. Adilson Nishida
 Ortopedia e Traumatologia
 CRM / AL - 5423
 Rua Manoel de Melo
 nº 20, Km 2, São Vicente de Paulo
 Paraíba, AL

Médico (Assinatura e Carimbo)



Documentos de Identificacao





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN

DETRAN - SE Nº 012356193237
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 2 Cód. RENAVAM 01079374547 R.N.T.R.C. 00000000000 EXERCÍCIO 2016

NOME: JOSIMARA SILVINO S. SILVEIRA

CPF / CNPJ: 845.848.665-20 PLACA: QKU5487

PLACA ANT./UF: 0002619/SE CHASSI: LXYXCBL05F0224353

ESPECIE TIPO: PAS/CICLOMOTO COMBUSTÍVEL: GASOLINA

MARCA / MODELO: I/SHINERAY XY 50 Q ANO FAB: 2014 ANO MOD: 2015

CAP / POT / CIL: 2P0CV/49CC CATEGORIA: PARTIC COR PREDOMINANTE: VERMELHA

COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA VENC / COTAS
I ***** 1 *****
P ***** 2 *****
V ***** 3 *****
A *****

FAIXA I RVA. PARCELAMENTO / COTAS

PRÊMIO TARIFÁRIO (RS) IOF (RS) PRÊMIO TOTAL (RS) DATA DE PAGAMENTO
SEGURO PAGO REF. AO EXERCÍCIO 2016

OBSERVAÇÕES: SEM RESTRIÇÕES

ARACAJU-SE DATA: 26/02/2016
EDUARDO SIMÃO DA MATA PEREIRA DIRETOR-PRESIDENTE

CONTRAN

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA A PESSOAS
TRANSPORTADAS OU NAO SEGURO DPVAT

SE Nº 012356193237 BILHETE DE SEGURO DPVAT

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

www.dpvatsegurodotransito.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO: 2016 DATA EMISSÃO: 26/02/2016

VIA ** CPF / CNPJ: 845.848.665-20 PLACA: QKU5487

RENAVAM: 01079374547 MARCA / MODELO: I/SHINERAY XY 50 Q

ANO FAB: 2014 CATEG. TARIF.: 8 Nº CHASSI: LXYXCBL05F0224353

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (RS) 58,50	DENATRAN (RS) 6,50	CUSTO DO SEGURO (RS) 65,00
CUSTO DO BILHETE (RS) 4,15	IOF (RS) 0,51	TOTAL A SER PAGO PELO SEGURO (RS) 134,66

PAGAMENTO: COTA ÚNICA PARCELADO DATA DE QUITAÇÃO: 26/02/2016

SEGURODORA LÍDER - DPVAT

CHPJ 09.248.608/0001-04
www.seguradoralider.com.br



001

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0177600/19

Vítima: ANA MEIRE TAVARES SILVINO

CPF: 047.205.285-38

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 18/08/2016

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ANA MEIRE TAVARES
SILVINO

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Certidão de casamento
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

ANA MEIRE TAVARES SILVINO : 047.205.285-38

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

Outros



ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- 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.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 27/05/2019
Nome: ANA MEIRE TAVARES SILVINO
CPF: 047.205.285-38

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 27/05/2019
Nome: JULIANA MARQUES RODRIGUES
CPF: 149.018.967-09

ANA MEIRE TAVARES SILVINO

JULIANA MARQUES RODRIGUES

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0177600/19

Número do Sinistro: 3190345963

Vítima: ANA MEIRE TAVARES SILVINO

CPF: 047.205.285-38

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 18/08/2016

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ANA MEIRE TAVARES
SILVINO

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Certidão de casamento
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Outros

Outros



ANA MEIRE TAVARES SILVINO : 047.205.285-38

Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- 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.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 15/07/2019
Nome: ANA MEIRE TAVARES SILVINO
CPF: 047.205.285-38

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 15/07/2019
Nome: TANIA CRISTINA DE FARIA PINTO
CPF: 760.547.217-04

ANA MEIRE TAVARES SILVINO

TANIA CRISTINA DE FARIA PINTO

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0177600/19

Número do Sinistro: 3190345963

Vítima: ANA MEIRE TAVARES SILVINO

CPF: 047.205.285-38

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 18/08/2016

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ANA MEIRE TAVARES
SILVINO

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Declaração do Proprietário do Veículo

Outros

ANA MEIRE TAVARES SILVINO : 047.205.285-38

Autorização de pagamento

Outros



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: 15/01/2020
Nome: ANA MEIRE TAVARES SILVINO
CPF: 047.205.285-38

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 15/01/2020
Nome: Karine Gomes de Lima
CPF: 074.990.807-65

ANA MEIRE TAVARES SILVINO

Karine Gomes de Lima

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site 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, 24 de Julho de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190345963

Vítima: ANA MEIRE TAVARES SILVINO

Data do Acidente: 18/08/2016

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), ANA MEIRE TAVARES SILVINO

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Autorização de pagamento incorreto(a), necessário verificar as informações e apresentar o documento com os dados corretos.

Declaração do Proprietário do Veículo, incorreto(a), necessário verificar as informações e apresentar o documento com os dados corretos.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Priscila Nerames 27@hotmail.com



Seguradora

LÍDER

Administradora do Seguro DPVAT



ANA MEIRE TAVARES SILVINO
R S FRANCISCO, 107
PV BETUNE
CEP 49980-000 - NEOPOLIS - SE



BI829867244BR

Saiba + www.seguradoralider.com.br

Solicitar a indenização do Seguro DPVAT é simples: basta juntar os documentos necessários e entregá-los em uma seguradora consorciada, que, após constatar a sua regularidade, os encaminhará à Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT SA.

Antes de tudo, lembre-se: para dar entrada no pedido de indenização ou acompanhar o andamento do processo, não é preciso envolver intermediários. Se você é o principal interessado na indenização, cuide dela você mesmo.

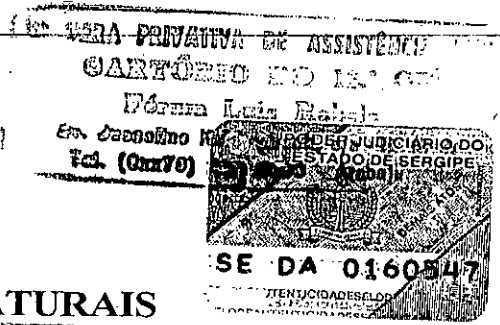
DPVAT-Como Requerer

Administradora do Seguro DPVAT

LÍDER

Seguradora





REGISTRO CIVIL DE PESSOAS NATURAIS
CERTIDÃO DE CASAMENTO

EDENILSON SANTOS SILVEIRA
JOSIMARA SILVINO DOS SANTOS

MATRÍCULA: 1100640155 2003 2 00029 196 0007604 59

NOMES COMPLETOS DE SOLTEIRO, DATAS E LOCAIS DE NASCIMENTO, NACIONALIDADE E FILIAÇÕES DOS CÔNJUGES

EDENILSON SANTOS SILVEIRA, nascido a 30/12/1977, na cidade de Aracaju/Sergipe, nacionalidade brasileira, filho de: José Silveira e Maria Eluzia Santos Silveira.
JOSIMARA SILVINO DOS SANTOS, nascida a 08/04/1984, na cidade de Penedo/AL, nacionalidade brasileira, filha de: Miraldo Silva dos Santos e Ana Meire Silvino dos Santos.

DATA DE REGISTRO DO CASAMENTO (POR EXTENSO)

DIA MÊS ANO

Quatorze de maio de dois mil três	14	05	2003
-----------------------------------	----	----	------

REGIME DE BENS DO CASAMENTO

Comunhão Parcial de Bens

NOME QUE PASSA A USAR APÓS O CASAMENTO

JOSIMARA SILVINO SANTOS SILVEIRA

OBSERVAÇÕES/AVERBAÇÕES

Averba-se o Divórcio de ordem da MM. Juíza de Direito da 1ª Vara Privativa de Assistência Judiciária da Comarca de Aracaju/SE, Drª Jocelaine Costa Ramires de Oliveira, Proc. Nº 201130100311, sentença datada de 20/04/2011, dispensado o prazo recursal. A mulher voltará a usar o nome de solteira: **JOSIMARA SILVINO DOS SANTOS**
Livro B-29, fls. 196, Nº 7.604.

Nome do Ofício: 12º OFÍCIO – REGISTRO CIVIL DE PESSOAS NATURAIS

Oficiala Substituta: Terezinha Gonçalves

Município: ARACAJU/SE - Endereço: Av. Juscelino Kubitscheck, s/n,

Bairro 18 do Forte - C.E.P.: 49.070.460 - Tel: (79) 32345431

O conteúdo da certidão é verdadeiro. Dou fé.
Aracaju/SE, 29 de abril de 2011.

Terezinha Gonçalves
Terezinha Gonçalves
Registradora Civil

EDILANE FERRERA CRUZ
AV BARAO DO RIO BRANCO, 0119 - CENTRO
NEOPOLIS / SE - CEP 49950000 (AC: 570)

Localizacao MONOFASICA
Cis/Sbc. RES MTC B1 / RESIDENCIAL - RESIDENCIAL
Roteiro: 16 - 570 - 160 - 2360 Referencia Jul/2019
Medidor N5033702492 Emissao 25/07/2019

ENERGISA SERGIPE DISTRIBUICAO DE ENERGIA S/A
Rua Min Apolonia Sales, 81 - Insc. o 238623
Aracaju SE - CEP 45045-152
CNPJ 13.017.462/0001-63 Insc Est 270.757.426
Nota Fiscal/Conta de Energia Elétrica Nº 015.500.484
Cód. para Déb. Automático: 000020201917

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

Conta referente a: **Apresentação** Data prevista da próxima leitura **CPF / CNPJ / RANI**
Jul / 2019 25/07/2019 26/08/2019 674.648.555-15
Insc. Est.

UC (Unidade Consumidora): **3/202679-7**

Canal de contato

Anterior		Atual		Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura			
28/06/19	1389	25/07/19	1492		103	29

Demonstrativo							
CCI	Descrição	Quantidade	Tarifa	Valor Base Calc.	Alq. ICMS (R\$)	Base Calc. Pto (R\$)	Cóti (R\$)
		Tributos Totais (R\$)	ICMS (R\$)	ICMS	Per/Cóti (R\$)	(1,0245%)	(4,9955%)
0801	Consumo em kWh	103,000	0,775040	79,81	75,31	25	18,83
0801	Adic. B. Amarela			1,93	1,93	25	0,49
							0,93
							0,02
							0,02

CCI Código de Classificação do Item TOTAL: 01,24 01,24 20,31 81,24 0,89 4,05
Tarifa Tributos: 0,530720

Média últimos meses (kWh) **VENCIMENTO** **TOTAL A PAGAR**
70 **01/08/2019** **R\$ 81,24**

Histórico de Consumo (kWh)

0	0	0	0	0	25	101	109	102	107	106	127
Jul/18	Ago/18	Set/18	Out/18	Nov/18	Dez/18	Jan/19	Fev/19	Mar/19	Abr/19	Mai/19	Jun/19

55a3.bae7.6a55.b41e.e9ff.34ba.512f.5d24.

Indicadores de Qualidade 6/2018 - CARRAPICHO

	Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
DIC MENSAL	5,78	0,00	NOMINAL 220
DIC TRIMESTRAL	11,56		
DIC ANUAL	23,16		CONTRATADA LIMITE INFERIOR 202
FIC MENSAL	3,38	0,00	
FIC TRIMESTRAL	6,72		LIMITE SUPERIOR 231
FIC ANUAL	13,45	0,00	
DMIC	3,37		
DMCI	12,27		

Discriminacao	Valor (R\$)	%
Servicos de Dist. da Energia - VSE	20,37	25,07
Comarca de Energia	29,33	36,41
Servico de Transmissao	1,98	2,44
Encargos Setoriais	4,07	5,01
Impostos Diretos e Encargos	25,24	31,07
Outros Servicos	0,20	0,25
Total	81,24	100,00

Valor do EUSD (Ref: 6/2018) R\$ 31,05

ATENCAO

REAVISO DE VENCIMENTO: Caso a(s) fatura(s) ao lado relacionada(s) permaneça(m) em atraso, o fornecimento poderá ser suspenso a partir de 02/08/2019. Conforme Resolução 412 da ANEEL, o pagamento após essa data não elimina a possibilidade de devota suspensão do fornecimento, caso o mesmo não seja comunicado às contas após não estejamos na unidade consumidora para comprovação. Caso já tenha efetuado o pagamento da(s) fatura(s) acima, desconsidere esta mensagem. Fatura sujeita a inclusão em órgãos de proteção ao crédito no caso de inadimplimento. Atenção: A responsabilidade pela luminária pública é da prefeitura do município. - Leitura confirmada

Faturas em atraso

Jun/19 103,00

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL

00190.00009 03087.893008 02035.655170 1 79680000008124


PAGADOR: EDILANE FERRERA CRUZ - CPF/CNPJ: 674.548.555-15
AV BARAO DO RIO BRANCO, 0119 - CENTRO - NEOPOLIS / SE CEP. 49950000

Nosso Nr	Nr Documento	Data de Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
30878930002035655	000202678201907	01/08/2019	R\$ 81,24	

BENEFICIARIO: ENERGISA SERGIPE DISTRIBUICAO DE ENERGIA S/A

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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



Josimara Silvino dos Santos
ASSINATURA CATÓLICA

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 3.119.047-2 2.VIA. DATA DE EXPEDIÇÃO 16/10/2017

NOME JOSIMARA SILVINO DOS SANTOS

FILIAÇÃO ANA MEIRE SILVINO DOS SANTOS
MIRALDO SILVA DOS SANTOS

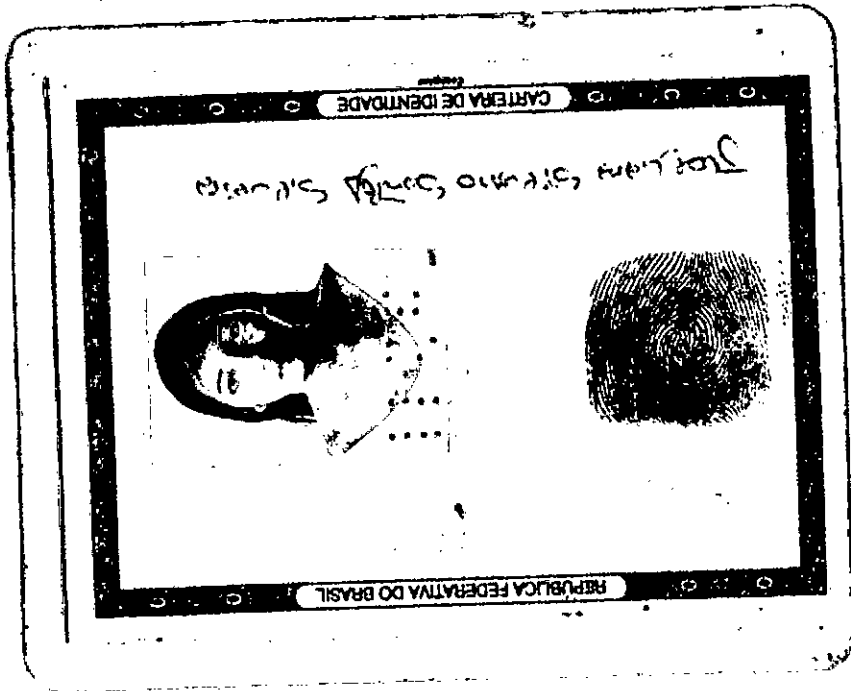
NATALIDADE FENEDO-AL DATA DE NASCIMENTO 08/04/1984

DOC ORIGEM CDS - DIVORCIADA

CT. CASAMENTO NR 7604 LV 109 FL 196
CART. 12. OF. DIST. COM. ARCANILVA
845.848.665-20

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 3.119.047-2 2.VIA DATA DE EXPEDIÇÃO 15/12/2015

NOME JOSIMARA SILVINO SANTOS SILVEIRA

FILIAÇÃO MIRALDO SILVA DOS SANTOS
ANA NETRE SILVINO DOS SANTOS

NATURALIDADE FENEDO-AL DATA DE NASCIMENTO 08/04/1984

DOC ORIGEM CT. CASAM. NR 7602 LV B29 FL 196
CPF CART. 12. OF. DIST. COM. ARAÇUAÍ/SE
845.848.665-20

SIGNATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.118 DE 29/08/83



**ESTADO DE SERGIPE
PODER JUDICIÁRIO**

**1ª Vara Privativa de Assistência Judiciária da Comarca de Aracaju
Av. Visconde de Maracaju, s/nº, 18 do Forte**

Ação : DIVÓRCIO LITIGIOSO

Processo: 201130100311

Requerente: **EDENILSON SANTOS SILVEIRA**

Requerido: **JOSIMARA SILVINO SANTOS SILVEIRA**

TERMO DE AUDIÊNCIA

Aos vinte (20) dias do mês de abril do ano de dois mil e onze (2011), às 09 h 00 min, na Sala de Audiências, presente a Juíza de Direito Substituta, Drª. JOCELAINÉ COSTA RAMIRES DE OLIVEIRA, foi declarada aberta a Audiência de Conciliação, Instrução e Julgamento; apregoadas as partes e seus respectivos Advogados, ao pregão responderam: o autor, acompanhado pela Defensora Pública, Bela. MARIA VILMA SIQUEIRA MENEZES, presente o requerido, acompanhado por sua Advogada, Bela. JORDANA AMARAL DA COSTA OLIVEIRA, OAB/SE nº 5984, presente a Representante do Ministério Público, Drª. CARMEM LÚCIA BUARQUE DE GUSMÃO. Aberta a audiência foi proposta a conciliação, sendo rejeitada. No entanto, as partes acordaram em transformar o pedido em Consensual, observadas as seguintes cláusulas: 1ª – Não há bens a serem partilhados; 2ª – Da união adveio o nascimento de 01 (um) filho, BRUNNO RAFAEL SILVINO SILVEIRA, nascido em 10/07/2003, certidão de fls. 04, que ficará sob a guarda da genitora, podendo o genitor exercer o direito de visitas aos finais de semanas, durante suas folgas e metade das férias escolares; 3ª – O divorciando pagará pensão alimentícia no equivalente a 20% (vinte por cento) dos seus rendimentos percebidos a qualquer título, abatidos os descontos obrigatórios, incidindo sobre a pensão férias, 13º salário e verbas rescisórias, além do salário família, que deverá ser depositada em conta bancária já do conhecimento da fonte pagadora, em nome da genitora do menor, Sra. JOSIMARA SILVINO SANTOS SILVEIRA; 4ª – Para o caso do divorciando passar a não ter vínculo empregatício a pensão será o equivalente a 20% (vinte por cento) do salário mínimo vigente que deverá ser depositado até o último dia de cada mês; 5ª – O divorciando compromete-se também a pagar metade do valor com as despesas de material escolar e fardamento para seu filho; 6ª - As partes renunciam mutuamente a alimentos por terem condições de manterem-se; 7ª - A divorcianda voltará a usar o nome de solteira, JOSIMARA SILVINO DOS SANTOS. Pedem homologação. Em seguida a MM. Juíza, depois de verificar que foram satisfeitas as formalidades e cumpridas os requisitos legais, observando a Emenda Constitucional nº 66, atualmente em vigor, esclareceu-lhes as consequências de manifestação de vontade. Convencida, afinal, que ambos livremente e sem hesitações desejam o divórcio. Seguiram-se os debates orais, com a palavra da Assistente da parte autora, da ré presente e finalmente da Promotora de Justiça, todos considerando que foram cumpridas as exigências legais e obedecidos os tramites processuais, requer por conseguinte a decretação do Divórcio Judicial. Foi pedido a dispensa do prazo recursal pelas partes. Após, se pronunciou o Ministério Público nos seguintes termos: Postulam os ora requerentes o Divórcio Litigioso, porém resolveram transformar em Divórcio Consensual, alegando, em síntese, terem contraído matrimônio em 14/05/2003, sob regime da Comunhão Parcial de Bens, certidão de fls. 05. Que dessa união adveio o nascimento de 01 (um) filho, BRUNNO RAFAEL SILVINO SILVEIRA, nascido em 10/07/2003, certidão de fls. 04. Que os cônjuges não possuem bens a partilhar. As cláusulas do acordo atendem às exigências legais, tendo sido observadas as questões atinentes à guarda, direito de visitas e pensão alimentícia para o filho menor, não

há bens a partilhar e a definição do nome da divorcianda. Aos autos foram acostados os documentos essenciais à propositura da ação. Durante a instrução processual foram dispensados os depoimentos das partes, tendo sido dispensado o depoimento testemunhal, por força da Emenda Constitucional nº 66. Assim sendo, analisando o caso sub judice verificamos que foram atendidas todas as exigências legais, de acordo com a Emenda Constitucional nº 66 deu nova redação ao art. 226 parágrafo sexto da CF. Ante o exposto, opinamos pela homologação do acordo e decretação do Divórcio do Casal". Em seguida, a MM. Juíza proferiu a seguinte sentença: Vistos etc... EDENILSON SANTOS SILVEIRA, qualificado na inicial, fls. 02/03, promove Divórcio Litigioso em face de JOSIMARA SILVINO SANTOS SILVEIRA porém resolveram transformar em Consensual, alegando, em síntese, terem contraído matrimônio em 14 de maio de 2003 sob regime da Comunhão Parcial de Bens, certidão de fls. 05. Que dessa união adveio o nascimento de 01 (um) filho, BRUNNO RAFAEL SILVINO SILVEIRA, nascido em 10/07/2003, certidão de fls. 04. Que os cônjuges não possuem bens a partilhar. Atendidas as exigências legais, tendo sido definidas as questões relativas a guarda, direito de visitas e pensão alimentícia do filho, não há bens a partilhar e a definição do nome da divorcianda. Na instrução, houve a dispensa da oitiva de testemunhas, tendo em vista que se destinariam apenas a comprovar o lapso temporal de separação do casal, o que não mais é exigido por conta da recente alteração do art. 226, § 6º da Constituição Federal, as partes desejam a extinção do vínculo matrimonial que ainda as une. O Ministério Público, após verificar que ficaram resguardados os interesses das partes, lançou parecer favorável a homologação. No essencial relatei. Decido. A prova documental confirma as alegações da inicial, arrimado na Emenda Constitucional nº 66, que deu nova redação ao art. 226, § 6º da Constituição Federal, homologo o acordo firmado pelos divorciandos e que consta do termo de Audiência nesta data realizada, decreto o Divórcio. Determino, face a dispensa do prazo recursal, que este termo de audiência, contendo a sentença, sirva como mandado de averbação, junto ao Cartório do Registro Civil do 12º Ofício desta Comarca de Aracaju/SE, fazendo as devidas anotações no Livro B-29, fls. 196, sob o nº de ordem 7604, constando o nome de solteira da divorcianda, JOSIMARA SILVINO DOS SANTOS, observando-se tratar-se de JUSTIÇA GRATUITA. Oficie-se a fonte pagadora, Empresa SACEL SERVIÇO DE VIGILÂNCIA E TRANSPORTES DE VALORES LTDA, situada à Av. Marginal, nº 815, bairro Rosa Elze, São Cristóvão/SE, para que proceda ao desconto no percentual de 20% (vinte por cento) dos rendimentos do requerido, percebidos a qualquer título, abatidos os descontos obrigatórios, incidindo sobre a pensão férias, 13º salário e verbas rescisórias, além do salário família, a título de alimentos definitivos, conforme transação feita pelas partes, depositando em conta bancária já do conhecimento da fonte pagadora, em nome da genitora do menor, sra. JOSIMARA SILVINO SANTOS SILVEIRA. Publicada em audiência a presente sentença. Dou os presentes por intimados. Nada mais.


JOCELAINE COSTA RAMIRES DE OLIVEIRA
Juíza de Direito Substituta

Cópia

CARMEMLÚCIA BUARQUE DE GUSMÃO
Promotora de Justiça


Requerente: _____

Defensora Pública: _____

Requerida: _____

Advogada: _____

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0177600/19

Número do Sinistro: 3190345963

Vítima: ANA MEIRE TAVARES SILVINO

CPF: 047.205.285-38

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 18/08/2016

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ANA MEIRE TAVARES
SILVINO

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Declaração de Inexistência de IML

Documentos de identificação

Outros

ANA MEIRE TAVARES SILVINO : 047.205.285-38

Autorização de pagamento

Outros



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: 17/02/2020
Nome: ANA MEIRE TAVARES SILVINO
CPF: 047.205.285-38

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 17/02/2020
Nome: Alexandre Tavares Belfort
CPF: 024.208.707-86

ANA MEIRE TAVARES SILVINO

Alexandre Tavares Belfort

Rio de Janeiro, 27 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3190345963

Vítima: ANA MEIRE TAVARES SILVINO

Data do Acidente: 18/08/2016

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), ANA MEIRE TAVARES SILVINO

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Autorização de pagamento	Apresentar o formulário Pedido do Seguro DPVAT, disponível em nosso site, com preenchimento completo/correto de todos os campos dos Dados Cadastrais, sem abreviações e/ou rasuras, confirmando as informações bancárias de titularidade da própria vítima/beneficiário, pois o banco recusou a realização do depósito da indenização/reembolso na conta bancária inicialmente informada.
---------------------------------	---

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190345963

Cidade: Neópolis

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: ANA MEIRE TAVARES SILVINO

Data do acidente: 18/08/2016

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: FERIMENTO CORTO CONTUSO EM REGIAO DORSAL DO PE ESQUERDO E ANTERIOR DO TORNOZELO ESQUERDO, COM LESÃO PARCIAL DO TENDÃO EXTENSOR DO HALUX ESQUERDO

Descrição do exame físico: DOR E DIMINUIÇÃO DA FORÇA DE EXTENSÃO DO HALUX ESQUERDO

Resultados terapêuticos: FOI REALIZADO SUTURA DE TENDÃO E PELE EM DORSO DO PE ESQUERDO ,EVOLUIU SEM INTERCORRENCIAS-ALTA MÉDICA

Sequelas permanentes: Limitação funcional do 1º pododáctilo esquerdo

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 04/03/2020

Conduta mantida:

Observações:

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Dedos da pé-Perda funcional completa de qualquer um dos dedos do pé	10 %	Em grau médio - 50 %	5%	R\$ 675,00
		Total	5 %	R\$ 675,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190345963

Cidade: Neópolis

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: ANA MEIRE TAVARES SILVINO

Data do acidente: 18/08/2016

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 28/02/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMA CORTO CONTUSO NO PÉ ESQUERDO COM LESÃO MUSCULAR.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: XSOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VIGÊNCIA DESTAS INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

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 pés	50 %	Em grau leve - 25 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190345963

Cidade: Neópolis

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: ANA MEIRE TAVARES SILVINO

Data do acidente: 18/08/2016

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 21/02/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMA CORTO CONTUSO NO PÉ ESQUERDO COM LESÃO MUSCULAR.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: XSOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VIGÊNCIA DESTAS INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

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 pés	50 %	Em grau leve - 25 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0177600/19

Número do Sinistro: 3190345963

Vítima: ANA MEIRE TAVARES SILVINO

CPF: 047.205.285-38

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 18/08/2016

Titular do CPF: ANA MEIRE TAVARES
SILVINO

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Certidão de casamento
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Outros

ANA MEIRE TAVARES SILVINO : 047.205.285-38

Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- 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.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 15/07/2019
Nome: ANA MEIRE TAVARES SILVINO
CPF: 047.205.285-38

ANA MEIRE TAVARES SILVINO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 15/07/2019
Nome: TANIA CRISTINA DE FARIA PINTO
CPF: 760.547.217-04

TANIA CRISTINA DE FARIA PINTO

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0177600/19

Vítima: ANA MEIRE TAVARES SILVINO

CPF: 047.205.285-38

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 18/08/2016

Titular do CPF: ANA MEIRE TAVARES
SILVINO

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Certidão de casamento
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

ANA MEIRE TAVARES SILVINO : 047.205.285-38

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- 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.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 27/05/2019
Nome: ANA MEIRE TAVARES SILVINO
CPF: 047.205.285-38

ANA MEIRE TAVARES SILVINO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 27/05/2019
Nome: JULIANA MARQUES RODRIGUES
CPF: 149.018.967-09

JULIANA MARQUES RODRIGUES

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0177600/19

Número do Sinistro: 3190345963

Vítima: ANA MEIRE TAVARES SILVINO

CPF: 047.205.285-38

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 18/08/2016

Titular do CPF: ANA MEIRE TAVARES
SILVINO

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Declaração de Inexistência de IML

Documentos de identificação

Outros

ANA MEIRE TAVARES SILVINO : 047.205.285-38

Autorização de pagamento

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: 17/02/2020
Nome: ANA MEIRE TAVARES SILVINO
CPF: 047.205.285-38

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 17/02/2020
Nome: Alexandre Tavares Belfort
CPF: 024.208.707-86

ANA MEIRE TAVARES SILVINO

Alexandre Tavares Belfort

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0177600/19

Número do Sinistro: 3190345963

Vítima: ANA MEIRE TAVARES SILVINO

CPF: 047.205.285-38

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 18/08/2016

Titular do CPF: ANA MEIRE TAVARES
SILVINO

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Declaração do Proprietário do Veículo

Outros

ANA MEIRE TAVARES SILVINO : 047.205.285-38

Autorização de pagamento

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: 15/01/2020
Nome: ANA MEIRE TAVARES SILVINO
CPF: 047.205.285-38

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 15/01/2020
Nome: Karine Gomes de Lima
CPF: 074.990.807-65

ANA MEIRE TAVARES SILVINO

Karine Gomes de Lima

Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e

Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.

Número do Sinistro: **3190345963**

Nome do(a) Examinado(a): **ANA MEIRE TAVARES SILVINO**

Endereço do(a) Examinado(a): **R S FRANCISCO, 107 - Neópolis - SE - CEP 49980-000**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSP /SE**] **1017847**

Data e local do acidente: [**18/08/2016**] **NEOPOLIS- SERGIPE**

Data e local do exame: [**04/03/2020**] **Propriá** [**SE**]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

FERIMENTO CORTO CONTUSO EM REGIAO DORSAL DO PE ESQUERDO E ANTERIOR DO TORNOZELO ESQUERDO, COM LESÃO PARCIAL DO TENDÃO EXTENSOR DO HALUX ESQUERDO

II. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

DOR E DIMINUIÇÃO DA FORÇA DE EXTENSÃO DO HALUX ESQUERDO

III. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

[] Sim [] Não

IV. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

FOI REALIZADO SUTURA DE TENDÃO E PELE EM DORSO DO PE ESQUERDO ,EVOLUIU SEM INTERCORRENCIAS- ALTA MÉDICA

V. Existe seqüela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)?

[] Sim [] Não

VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

Limitação funcional do 1º pododáctilo esquerdo

Caso a resposta do item V seja “Não”, concluir utilizando apenas as opções no item VII “a”. Caso a resposta seja “Sim”, valorar o dano permanente no item VII “b”.

VII. Segundo previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

() "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em ____ dias

() "Sem sequela permanente" (Não

existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

b) Havendo dano corporal segmentar, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

1º pododáctilo esquerdo

% do dano: () 10% residual () 25% leve
(X) 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

VIII. * Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal.



Kleberton César
Ortopedia-Fixador Externo
CRM 2481 TEOT 10304

Kleberton Cesar Siqueira Santana - CRM: 2481 - SE