
Rio de Janeiro, 28 de Novembro de 2018

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3180346059
Vítima: ANTONIO RESENDE BISPO
Data do Acidente: 28/04/2015
Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), ANTONIO RESENDE BISPO

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

Autorização de pagamento
DUT

Sendo assim, favor entrar em contato com um dos canais relacionados a seguir para as informações necessárias.

Ponto de atendimento, onde o seu pedido do Seguro DPVAT foi entregue, ou site www.seguradoralider.com.br ou 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 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.

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 Novembro de 2018

Aos Cuidados de: ANTONIO RESENDE BISPO

Nº Sinistro: 3180346059
Vítima: ANTONIO RESENDE BISPO
Data do Acidente: 28/04/2015
Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180346059**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 dias, a partir do recebimento pela seguradora de toda a documentação necessária**.

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 13640267



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 entre 16 e 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

027465018

CPF da Vítima

430.453.195-15

Nome completo da vítima

Antonio Rezende Bispo

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo		CPF titular da conta	Profissão
Antonio Rezende Bispo		430.453.195-15	sem profissão
Endereço		Número	Complemento
Rua Sessenta e um		19	
Bairro	Cidade	Estado	CEP
Centro	Marã Senhora do Socorro	Sergipe	49160-000
Email			Telefone (DDD)
			(79) 30237644

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.

4912

D/V

CONTA

NRO.

000 20616

D/V

1

(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.

Marã do Socorro, 24 de julho de 2018
Local e Data

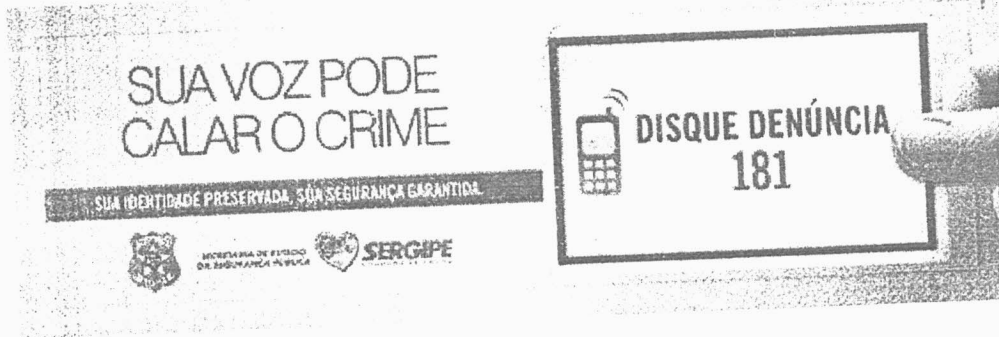
Antonio Rezende Bispo
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



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

POLÍCIA CIVIL



05ª DELEGACIA METROPOLITANA

RUA 24, JOÃO ALVES FILHO FONE:() 3254-1538

RPO - Registro Policial de Ocorrência 2015/06523.0-005884

DELEGACIA RESPONSÁVEL

Nome: 05ª DELEGACIA METROPOLITANA

Endereço: RUA 24, JOÃO ALVES FILHO FONE:() 3254-1538

SHISLEY
CORRETORA

26 JUL 2015

DPVAT/SE

FATO

Data e Hora do Fato: 28/04/2015 - 06:00 até 28/04/2015 - 06:00

Endereço: AVENIDA COLETORA "A" - CONJUNTO MARCOS FREIRE I Número: SINº Complemento: CONJUNTO MARCOS FREIRE I CEP: 49160-000

Bairro: CONJUNTO MARCOS FREIRE I Cidade: NOSSA SENHORA DO SOCORRO - SE Circunscrição: 05ª

Tipo de local: VIA PUBLICA Meio Empregado: OUTRO

VÍTIMA-NOTICIANTE

Nome: ANTONIO REZENDE BISPO

Nome do pai: MANOEL BISPO DOS SANTOS Nome da mãe: MARIA DE LOURDES SOARES

Pessoa: Física CPF/CGC: 436.451.195-15 RG: 8900167 UF: SE Órgão expedidor: SSP-SE

Naturalidade: MALHADOR Data de nascimento: 30/12/1966 Sexo: Masculino Cor da cútis: Parda

Profissão: PINTOR Estado civil: Solteiro Grau de instrução: 1º Grau Completo

Endereço: RUA OLIVEIRA RIBEIRO Número: 229 Complemento: BAIRRO SANTO ANTÔNIO

CEP: 49.160-000 Bairro: MARCOS FREIRE I Cidade: ARACAJU UF: SE

Proximidades: Telefone: (079) 9921-0327

PERÍCIAS E ATENDIMENTO HOSPITALAR

Perícia: IML Guia de Exame

Descrição: lesão corporal - ANTONIO REZENDE BISPO

HISTÓRICO

Relata o noticiante que na manhã do dia 28.04.2015, por volta das 06h14min, conduzia o Ciclomotor BULL, de cor Vermelha, Ano 2011/2012, Chassi nº LTEPCBLB8B1001294, de propriedade do senhor JAILTON DOMINGOS DOS SANTOS, pela Avenida Coletora "A", imediações da Madeireira São Francisco, Conjunto Marcos Freire I, quando foi atropelado por um Caminhão não identificado o qual após o acidente evadiu-se do local; Que devido ao acidente, foi socorrido por uma ambulância da SAMU, e conduzido para o Hospital de Urgência de Sergipe, onde foi constatado uma Fratura no Punho da Mão esquerda, que foi medicado e liberado, sendo marcado uma cirurgia a ser realizada no dia 20.05.2015, a qual ainda não foi realizada. Diante do exposto solicita as devidas providências que o caso requer.

Data e hora da comunicação: 14/12/2015 às 11:59

Última Alteração: 14/12/2015 às 11:59

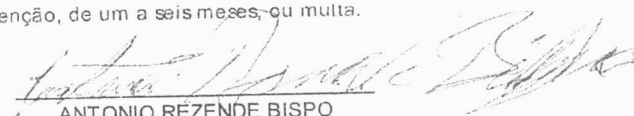
OBS.: As informações noticiadas pelo declarante/vítima são de sua inteira responsabilidade, cabendo, inclusive, a responsabilização

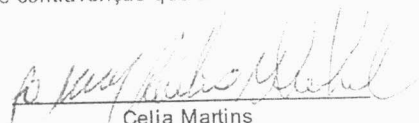
Antonio Rezende Bispo

14/12/2015

Departamento da Polícia Civil - Boletim de Ocorrência

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: Pen - detenção, de um a seis meses, ou multa.


ANTONIO RÉZENDE BISPO
Responsável pela comunicação


Celia Martins
Responsável pelo preenchimento



RELATÓRIO 0732 / 2015 REFERENTE À OCORRÊNCIA

NÚMERO: 1504280077 / SR – SAMU

O SAMU 192 SERGIPE foi acionado às 06h14min do dia 28 de Abril de 2015, para atendimento de vítima identificada como **Antônio Rezende**, com relato de **colisão moto x caminhão**, no Conjunto Marcos Freire I, município de Nossa Senhora do Socorro.

A equipe da **Unidade de Suporte Básico – Socorro**, removeu a vítima para **Hospital de Urgência de Sergipe - HUSE** no município de Aracaju, onde deixou o paciente aos cuidados da equipe.

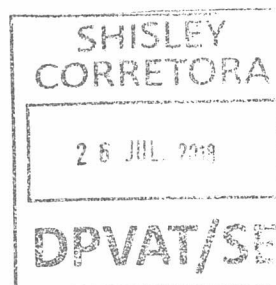
Aracaju, 23 de Junho de 2015

Maria Roberta Santana Barreto
CRM/SE - 3699
Coordenadora Médica
SAMU - 192 Sergipe

Maria Roberta Santana Barreto

Coordenadora Médica

SAMU 192 SERGIPE



DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda via de conta.

Balanco para simples pagamento da nota fiscal/conta de energia elétrica - Nº 005.057.905



ENERGISA SERGIPE-DISTRIB.ENERGIA SA
Rua Min Apolonio Sales, 81 - Inacio Barbosa
Aracaju / SE - CEP 49040-150
CNPJ 13.017.462/0001-63 Insc.Est. 270.767.436

DADOS DO CLIENTE

MARIA JOSE JESUS SANTOS
RUA SESSENTA E UM 0019
NOSSA SENHORA DO SOCORRO

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

3/278995-6

REFERÊNCIA	APRESENTAÇÃO	CONSUMO	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
JUL/2018	12/07/2018	277	19/07/2018	R\$ 260,39

Acesso: www.energisa.com.br



DESTAQUE BOM

MARIA JOSE JESUS SANTOS

Roteiro: 05-020-820-3865

83620000002-1 60390049000-5 02789952018-6 07100020019-7

VENCIMENTO

TOTAL A PAGAR

MATRÍCULA

19/07/2018

R\$ 260,39

278995-2018-07-1





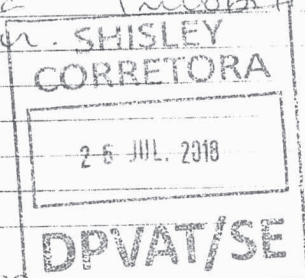
RELATÓRIO MÉDICO

NOME DO PACIENTE: Antonio Rezende Bispo
DATA DA ENTRADA: 28/04/2015
DATA DA SAÍDA: 28/04/2015

INTERNAMENTO: PS (x) ENFERMARIA () UTI ()

HISTÓRICO CLÍNICO:

Paciente vítima de acidente motorizado, deu entrada no HUSF com fratura da primeira metacarpo do polegar esquerdo. Indicada imobilização gessada antebra- quio palmar.



HISTÓRICO CIRÚRGICO:

Não houve no HUSF

EXAMES COMPLEMENTARES:

Rx punho esquerdo em 2 posições

MÉDICOS ASSISTENTES:

Dr Henrique Costa - CRM 4623
Dra Marlyna Rebeca B Silva - CRM 3174

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

ARACAJU, 26 de novembro de 2015

Assinatura

MÉDICO DO SETOR DE AVALIAÇÃO DE PRONTUÁRIO

Outros dados de identificação

1220

MS/LATASUS HOSPITAL GOVERNADOR JOAO AVES REIHO NUCLEO HOSPITALAR DE EPIDEMIOLOGICA
HUSE
No. DO BE: 1171431 DATA: 28/04/2015 HORA: 07:43 USUARIO: CMSLEITE
CNS: SETOR: 06-SUTURA

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME : ANTONIO RESENDE DOC....:
IDADE.....: 48 ANOS NASC: 00/00/0000 SEXO...: MASCULI
ENDERECO.....: NUMERO:
COMPLEMENTO.....: BAIRRO: MARCOS FREIRE II
MUNICIPIO.....: NOSSA SENHORA DO SOCORRO UF: SE CEP....: -
NOME PAI/MAE...: /
RESPONSAVEL...: SOCORRIDO PELA SAMU TEL....:
PROCEDENCIA...: MARCOS FREIRE II
ATENDIMENTO...: ACIDENTE MOTOCICLISTICO (MOTOS)
CASO POLICIAL.: NAO PLANO DE SAUDE.....: NAO TRAUMA: SIM
ACID. TRABALHO: NAO VEIO DE AMBULANCIA: SIM

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:

ANOTACOES DA ENFERMAGEM:

HUSE
RADIOLOGIA - LEITO
EXAME(S) REALIZADO(S)
Data: 28/04/2011
Hora: 8:10
Tecnico:

DIAGNOSTICO: CID: Hora: Tecnico:

PRESCRICAO HORARIO DA MEDICACAO

02.55

ENCAMINHADO AO AMBULATORIO

Henrique Costa
Cirurgia Geral - R1
CRM - SE 4623

DATA DA SAIDA: / /
ALTA: [X] DECISAO MEDICA [] A PEDIDO [] EVASAO [] DESISTENCIA
[] ENCAMINHADO AO AMBULATORIO
INTERNACAO NO PROPRIO HOSPITAL (SETOR):

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

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSAVEL ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

Rx: fratura do 1º metacarpiano
do polegar esquerdo.

Cx: similitude geral (rate
antebraquial) com o polegar
em extensão.

Ⓟ



Lactise

consultas e exames

Relatório Médico.

O Sr. Antônio Rozendo Bispo, 51 anos de idade, pilotou uma motocicleta em 28/04/2015, quando foi atropelado por um caminhão e caiu no asfalto.

Solicitado pelo SAMU e atendido no HUVE e diagnosticado - Fratura da base do 1º metacarpo c/ luxação do polegar F C10.502.2 (Fratura luxação de Bennett), foi imobilizado em tala gessada, depois substituído por gesso e fixado.

Obs. Este receituário não vale como recibo de honorários médicos.

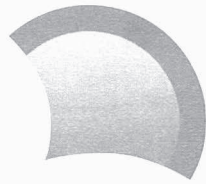
Rua Bahia, 975 - B. Siqueira Campos - Aracaju/SE

www.lactise.com.br

Fone: (79) 3253-7200

WhatsApp: (79) 98112-1117 / 99105-3815 / 98875-6772

MARQUE LOGO SEU PRÓXIMO ATENDIMENTO, TRABALHAMOS POR ORDEM DE PAGAMENTO.



Lactise

consultas e exames

por 3 m.
Aguardou cirurgia neste
período, mas não conseguiu.
Apesar do tratamento pro-
curou sequelas abaixo relaciona-
das:

- (a) Limitação da mobilidade
do polegar E.
- (b) Dor ao esforço físico.
- (c) Perda de força no punho E
- (d) Deformidade local.

ESTE RECEITUÁRIO É UMA COTESTIN DA LACTISE

Obs. Este receituário não vale como recibo de honorários médicos.

Rua Bahia, 975 - B. Siqueira Campos - Aracaju/SE

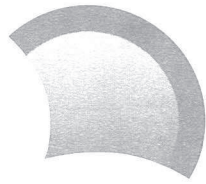
www.lactise.com.br

Fone: (79) 3253-7200

WhatsApp: (79) 98112-1117 / 99105-3815 / 98875-6772

MARQUE LOGO SEU PRÓXIMO ATENDIMENTO, TRABALHAMOS POR ORDEM DE PAGAMENTO.

2



Lactise
consultas e exames

Perda funcional do membro superior e de 25%.

Aracaju 10/07/
julho 2018

Dr. Masayuki Ishi
Ortopedia e Traumatologia
CRM-SE 1276

ESTE RECEITUÁRIO É UMA COTESTESIA DA LACTISE

Obs. Este receituário não vale como recibo de honorários médicos.

Rua Bahia, 975 - B. Siqueira Campos - Aracaju/SE

www.lactise.com.br

Fone: (79) 3253-7200


WhatsApp: (79) 98112-1117 / 99105-3815 / 98875-6772

MARQUE LOGO SEU PRÓXIMO ATENDIMENTO, TRABALHAMOS POR ORDEM DE PAGAMENTO.


3

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE SERGIPE
SECRETARIA DA SEGURANCA PUBLICA
COORDENADORIA GERAL DE PERICIAS
INSTITUTO DE IDENTIFICACAO "DR. CARLOS MENEZES"




POLEGAR DIREITO



CARTeira DE IDENTIDADE

ASSINATURA DO TITULAR



VALIDA EM TODO O TERRITORIO NACIONAL

REGISTRO GEN: 899.016

NOME: ANUNIO REZATE RIBEIRO

DATA DE EXPEDICAO: 14/07/2009

2 VIDA

SEXO: MASCULINO

NATURALIDADE: MINEIRO-SE

DATA DE NASCIMENTO: 07/12/1966

DTM: ORIGEM: CI. NEZEM. NR. 3002 LV. ALF. P. CIV

CIT: CARI. ZIF. DIST. PALMAREM. OLIMARINHA. RE

CPF: 456.451.195-15

RG: 122288364

PIS: 122288364

CPF: 456.451.195-15

RG: 122288364

PIS: 122288364

CPF: 456.451.195-15

RG: 122288364

PIS: 122288364

SHISLEY
CORRETORA

20 JUL. 2019

DPVAT/SE