
Rio de Janeiro, 20 de Fevereiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190150614

Vítima: WASHINGTON REIS DE SANTANA

Data do Acidente: 15/11/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), WASHINGTON REIS DE SANTANA

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, 26 de Fevereiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190150614

Vítima: WASHINGTON REIS DE SANTANA

Data do Acidente: 15/11/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), WASHINGTON REIS DE SANTANA

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Foi verificado que o dano pessoal evoluiu sem sequela definitiva, razão pela qual não foi caracterizada a invalidez permanente coberta pelo 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 orientações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

Nome completo da vítima:

978.430.485-72 Washington Reis de Santana

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

Nome completo:

Profissão:

Endereço:

CPF:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

Estado:

CEP:

Tel. (DDD):

E-mail:

x

Rua Belem

Estância

Sergipe

978.430.485-72

227

Casa

49300-000

3015-1533

(79) 99847-1533

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

RENDA MENSAL:

☒ 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

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (104)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Caixa Econômica Federal

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora 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.

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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

☒ 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.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima:

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

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não

Se tinha filhos, informar quantos:

Vivos:

Falecidos:

Vítima deixou nascituro (vai nascer)?

☐ Sim ☐ Não

Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim ☐ Não

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data: Estância, SE, 08/01/2018

Nome: Washington Reis de Santana

CPF: 978.430.485-72

TESTEMUNHAS

1º Nome:

CPF:

Assinatura

2º Nome:

CPF:

Assinatura

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

CAIXA

CONTA CORRENTE



6036
603689 0010 66673 1567

VALID THRU
10/24

WASHINGTON REIS SANTANA
0060 001 00021458-8

MasterCard

débito

17 JAN 2019

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

Nome completo da vítima:

978.430.485-72 Washington Reis de Santana

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

Nome completo:

Profissão:

Endereço:

CPF:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

Estado:

CEP:

Tel. (DDD):

E-mail:

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

RENDA MENSAL:

☒ 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

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (104)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Caixa Econômica Federal

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora 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.

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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

☒ 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.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima:

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

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data: Estância, 15/08/2018

Nome: Washington Reis de Santana

CPF: 978.430.485-72

TESTEMUNHAS

1º Nome:

CPF:

Assinatura

2º Nome:

CPF:

Assinatura

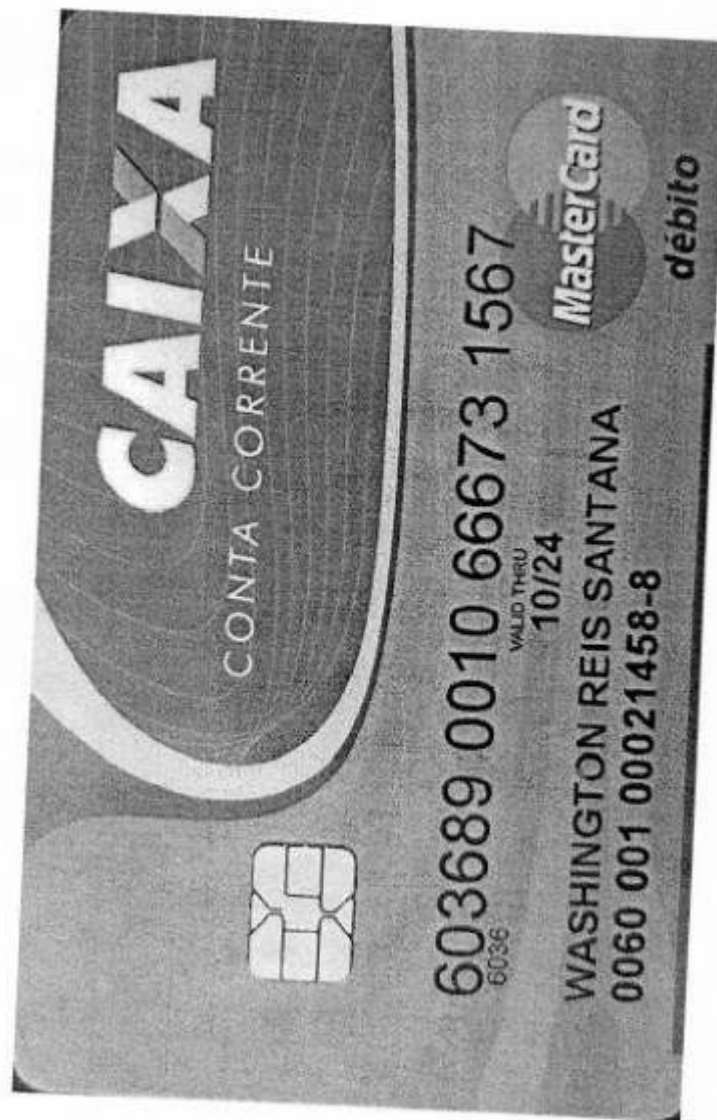
(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



17 JAN 2019



PROJETO ACORDE - ESTÂNCIA

FONE:()

RPO - Registro Policial de Ocorrência 2018/10484.0-000691

DELEGACIA RESPONSÁVEL

Nome: PROJETO ACORDE - ESTÂNCIA

Endereço: FONE:()

FATO

Data e Hora do Fato: 15/11/2018 - 03:00 até 15/11/2018 - 03:00

Endereço: AV JORNALISTA AUGUSTO GOMES Número: Complemento: CEP: 49200-000

Bairro: CIDADE NOVA Cidade: ESTANCIA - SE Circunscrição: PROJETO ACORDE - ESTÂNCIA

Tipo de local: VIA PUBLICA Meio Empregado: OUTRO

VÍTIMA-NOTICIANTE

Nome: WASHINGTON REIS DE SANTANA

Nome do pai: WELLINGTON SILVA DE SANTANA Nome da mãe: ALZIRA ALVES DOS REIS

Pessoa: Física CPF/CGC: 978.410.485-72 RG: 221734197 UF: RJ Órgão expedidor: SSP-RJ

Naturalidade: ESTANCIA Data de nascimento: 11/10/1979 Sexo: Masculino Cor da cútis: Branca

Profissão: SERVIDOR PÚBLICO Estado civil: Solteiro Grau de instrução: 2º Grau Completo

Endereço: RUA BELÉM Número: 227 Complemento:

CEP: 49.200-000 Bairro: CIDADE NOVA Cidade: ESTANCIA UF: SE

Proximidades: Telefone: 79 9 9822-6922

HISTÓRICO

Relata o noticiante que na data em epigrafe estava conduzindo sua motocicleta de marca(HONDA/CBX 250 TWISTER, Chassi nº9C2MC35003R109208, Renavam nº00799416916, placa nºJOW0842, ano 2003, cor verde e de propriedade do noticiante)o qual seguia pela Av. calazans com destino a sua residência e ao entrar na Av. Jornalista augusto gomes na avenida principal do bairro cidade nova, viu 03 cachorros, ao desviar perdeu o controle da motocicleta e acabou colidindo com o poste e caiu no chão;Que não sabe informar quem o ajudou, mais segundo informações pessoas populares chamou o SAMU o qual encaminhou diretamente ao HJSE- Hospital de Urgência de Sergipe;Que o noticiante chegou com dor localizada em ombro direito, constatando fratura de clavícula com rachaduras, além de escoriações em todo o corpo, sendo submetido a fisioterapia a pedido médico, conforme relatório médico;Que o noticiante no momento do acidente portava CNH;Que o noticiante contratou o serviços da Aliança Seguros DPVAT;Que o noticiante deseja o BO para fins do DPVAT.

Data e hora da comunicação: 28/12/2018 às 09:56

Última Alteração: 26/12/2018 às 09:51.

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 - Provoocar 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.

WASHINGTON REIS DE SANTANA
Responsável pela comunicação

Elisângela Santos Silva
Responsável pelo preenchimento

17 JAN 2019



PROJETO ACORDE - ESTÂNCIA

FONE:()

RPO - Registro Policial de Ocorrência 2018/10484.0-000691

DELEGACIA RESPONSÁVEL

Nome: PROJETO ACORDE - ESTÂNCIA

Endereço: FONE:()

FATO

Data e Hora do Fato: 15/11/2018 - 03:00 até 15/11/2018 - 03:00

Endereço: AV JORNALISTA AUGUSTO GOMES Número: Complemento: CEP: 49200-000

Bairro: CIDADE NOVA Cidade: ESTANCIA - SE Circunscrição: PROJETO ACORDE - ESTÂNCIA

Tipo de local: VIA PUBLICA Meio Empregado: OUTRO

VÍTIMA-NOTICIANTE

Nome: WASHINGTON REIS DE SANTANA

Nome do pai: WELLINGTON SILVA DE SANTANA Nome da mãe: ALZIRA ALVES DOS REIS

Pessoa: Física CPF/CGC: 978.410.485-72 RG: 221734197 UF: RJ Órgão expedidor: SSP-RJ

Naturalidade: ESTANCIA Data de nascimento: 11/10/1979 Sexo: Masculino Cor da cútis: Branca

Profissão: SERVIDOR PÚBLICO Estado civil: Solteiro Grau de instrução: 2º Grau Completo

Endereço: RUA BELÉM Número: 227 Complemento:

CEP: 49.200-000 Bairro: CIDADE NOVA Cidade: ESTANCIA UF: SE

Proximidades: Telefone: 79 9 9822-6922

HISTÓRICO

Relata o noticiante que na data em epigrafe estava conduzindo sua motocicleta de marca(HONDA/CBX 250 TWISTER, Chassi nº9C2MC35003R109208, Renavam nº00799416916, placa nºJOW0842, ano 2003, cor verde e de propriedade do noticiante)o qual seguia pela Av. calazans com destino a sua residência e ao entrar na Av. Jornalista augusto gomes na avenida principal do bairro cidade nova, viu 03 cachorros, ao desviar perdeu o controle da motocicleta e acabou colidindo com o poste e caiu no chão;Que não sabe informar quem o ajudou, mais segundo informações pessoas populares chamou o SAMU o qual encaminhou diretamente ao HJSE- Hospital de Urgência de Sergipe;Que o noticiante chegou com dor localizada em ombro direito, constatando fratura de clavícula com rachaduras, além de escoriações em todo o corpo, sendo submetido a fisioterapia a pedido médico, conforme relatório médico;Que o noticiante no momento do acidente portava CNH;Que o noticiante contratou o serviços da Aliança Seguros DPVAT;Que o noticiante deseja o BO para fins do DPVAT.

Data e hora da comunicação: 28/12/2018 às 09:56

Última Alteração: 26/12/2018 às 09:51.

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 - Provoocar 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.

WASHINGTON REIS DE SANTANA
Responsável pela comunicação

Elisângela Santos Silva
Responsável pelo preenchimento

17 JAN 2019

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

Nome completo da vítima:

978.430.485-72 Washington Reis de Santana

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

Nome completo:

Profissão:

Endereço:

CPF:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

Estado:

CEP:

Tel. (DDD):

E-mail:

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

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR

☐ ATÉ R\$1.000,00

☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (104)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Caixa Econômica Federal

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora 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.

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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

☒ 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.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima:

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

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data: Estância, 15/08/2018

Nome: Washington Reis de Santana

CPF: 978.430.485-72

TESTEMUNHAS

1º Nome:

CPF:

Assinatura

2º Nome:

CPF:

Assinatura

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

Nome completo da vítima:

978.430.485-72 Washington Reis de Santana

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

Nome completo:

Profissão:

Endereço:

CPF:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

Estado:

CEP:

Tel. (DDD):

E-mail:

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

RENDA MENSAL:

☒ 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

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (104)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Caixa Econômica Federal

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora 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.

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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

☒ 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.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima:

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

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data: Estância, 15/08/2018

Nome: Washington Reis de Santana

CPF: 978.430.485-72

TESTEMUNHAS

1º Nome:

CPF:

Assinatura

2º Nome:

CPF:

Assinatura

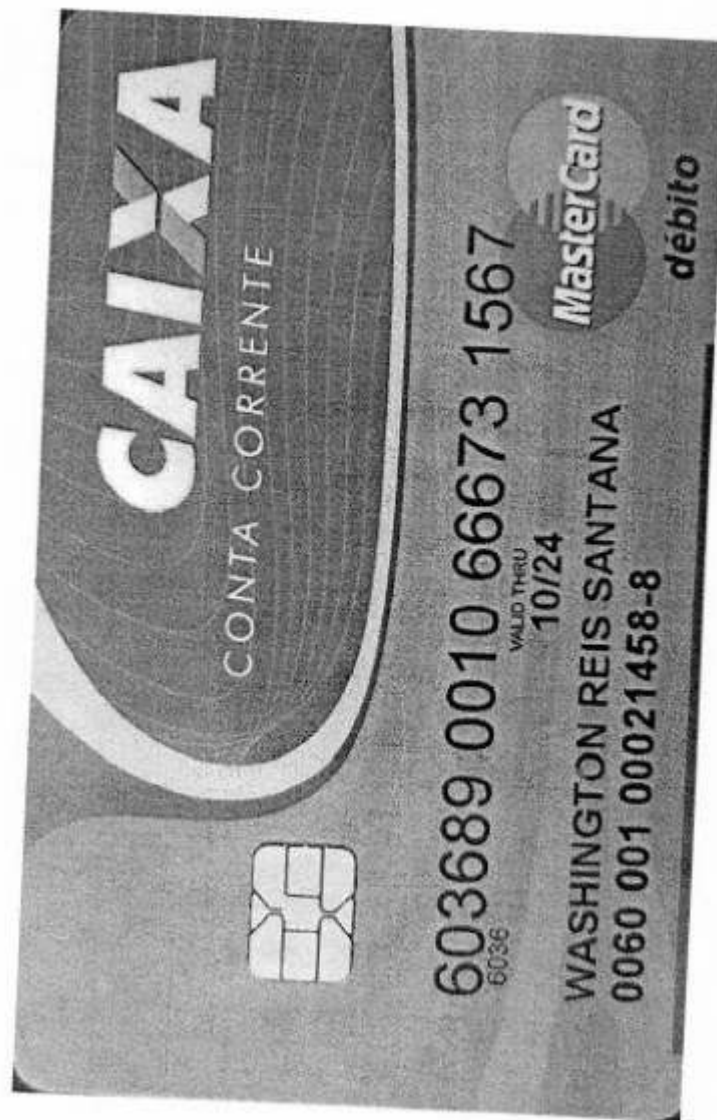
(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



17 JAN 2019

DATA DO EVENTO

HOSPITAL GOVERNADOR JOAO ALVES FILHO

DATA: 15/11/2018

HORA: 04:12 USUARIO: AAOLIVEIRA

CNS:

SETOR: 06-SUTURA

HORA: 04:12

USUARIO: AAOLIVEIRA

NOME : WASHINGTON PEREIRA DE SOUZA
IDADE : 30 ANOS

IDADE.....: 39 ANOS
ENDERECO.....: WASHINGTON REIS DE SANTANA

DOC...: 221734197

ENDERECO..... 39 ANOS
RUA BELEM NASC: 11/10/1979

SEXO...: MASCULINO

COMPLEMENTO...: 702601212353345
MUNICIPIO...: ARACAJU

NUMERO: 227

NO 1E PAI/MAE... WELLINGTON SILVA UF: SE

CEP...: 49000-000

RESPONSAVEL...: WELLINGTON SILVA DE SANTANA / ALZIRA ALVES DOS REIS
PROCEDENCIA...: TRAZIDO PELO SAMU / O PROPRIO
ARACAJU - CARIACI TEL...: 79

TEL...: 79-99122

PROCEDENCIA...: ARACAJU - CAPITAL
ATENDIMENTO...: ACIDENTE MOTOCICLISTICO (MOTOS)
CASO POLICIAL...: NAO

875

ACID. TRABALHO: NAO PLANO DE SAUDE..... NAO

TRAUMA: NAO

VEIO DE AMBULANCIA: SIM

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

EXAMES COMPLEMENTARES: ☐ RAIO X ☐ SANGUE ☐ URINA ☐ TC
☐ LIQUOR ☐ ECG ☐ ULTRASSONOGRAFIA

SUSPEITA DE VIOLENCIA OU MAUS TRATOS: ☐ SIM ☐ NAO

DADOS CLINICOS:

DATA PRIMEIROS SINTOMAS:

DATA PRIMEIROS SINTOMAS: _____ / _____ / _____
 A - Vias areas, passivas, ausência de envolvimento. B - Sem responsabilidade. C - prinite atordal. f.c
 D - glagow 15, per

ANOTACÖES DA ENFERMAGEM:

DIAGNOSTICO:

CID:

PRESCRICAO

HORARIO DA MEDICACAO

② Radiografia de clavícula direita + views AP

17 JAN 2019

DATA DA SAIDA:

ALTA: ☐ DECISAO MEDICA ☐ A PEDIDO

HORA DA SAIDA: _____
[] DESISTENCIA

☐ ENCAMINHADO AO AMBULATORIO
INTERNACAO NO PROPRIO HOSP

INTERNACAO NO PROPRIO HOSPITAL (SETOR):

TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):

OBITO: ☐ ATÉ 48HS ☐ APÓS 48HS

☐ FAMILIA ☐ IML ☐ ANAT. PATOI

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSÁVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

Dr. Ramon R. de Ossa
Cirujano General
CRMSE 4833

NOSSA ENERGIA
 Rua Capitão Salomão, 314 - Centro Estância/SE
 CEP: 49200-000 CNPJ: 13.255.858/0001-96
 www.sulgipe.com.br

0800-284-9909
WELLINGTON SILVA DE SANTANA
 R. BELEM, 227,
 CIDADE NOVA - Estância/SE - 49.200-000

FATURA DE ENERGIA ELÉTRICA
 UC / DV
 31240 / 1

Metro: 1700243 - M

Mês de Referência	Consumo kWh	Vencimento	Valor R\$
12/2018	36	28/12/2018	9,35

DADOS CADASTRAIS

Arifa: Convencional
 NPJ/CPF: 102.014.835-72
 Grupo/Subgrupo: B - B1r Ligação Monofásico
 Classe: RESIDENCIAL - BAIXA RENDA - NIS: 0
 SEE criada pela lei nº 10.438 de 26/04/2002
 Anisio de Fornecimento (V): 127
 mites adequados de Tensão (V): 117 a 133
 LIMITES DAS TENSÕES DE FORNECIMENTO CONFORME
 NEXO I DO MÓDULO 8 DO PRODUT
CÓDIGO PARA DÉBITO AUTOMÁTICO: 031240

DADOS DE FATURAMENTO

Emissão	11/12/2018
Mês/Ano Faturamento	12/2018
Leitura atual	(11/12/2018) 2880
Leitura anterior	(12/11/2018) 2844
Próxima leitura	14/01/2019
Consumo Medido (kWh)	36
Consumo Diário (kWh)	1,24
Dias de Consumo	29
Ocorrência do Mês	Lido
Média kWh últimos 12 meses	148

IDENTIFICAÇÃO

Nota Fiscal / Série
 05 008 4104 001502 11 00 845 908 / B
 Local de Entrega: 1

COMPOSIÇÃO DA FATURA - R\$

Mês/Ano	Consumo	Obs.	Pagamento	Valor R\$
12/2018	36	Lido	Em aberto	9,35
11/2018	105	Lido	Em aberto	69,94
10/2018	70	Lido	20/10/18	
09/2018	474	Lido	30/10/18	

17 JAN 2019

NOME DO PACIENTE: WASHINGTON REIS DE SANTANA
DATA DA ENTRADA: 15/11/2018
DATA DA SAÍDA: 16/11/2018

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

INTERNAMENTO: PS ☒ ENFERMARIA () UTI ()

HISTÓRICO CLÍNICO:

Vítima de acidente de trânsito, ressusitado, localizado no ombro direito constatando fratura de clavícula pelo exame radiográfico; saiu da HUSE dia 16/11/2018 e confirmado pelo registro geral e oficial de informações.

HISTÓRICO CIRÚRGICO:

Não consta procedimento cirúrgico

EXAMES COMPLEMENTARES:

Exame radiográfico de clavícula direita e torax

17 JAN 2019

MÉDICOS ASSISTENTES:

Cirurgiã geral - DR. Ramon de Oliveira - CRM 4933

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

ARACAJU, 06 de DEZEMBRO de 2018

R. B. Oliveira
Dr. Cícero Bravo de Oliveira
CRM 940

MÉDICO DO SETOR DE ANÁLISE DE PRONTUÁRIO

DATA DO EXAME: 15/11

HOSPITAL GOVERNADOR JOAO ALVES FILHO

No. DO BE: 1814154 DATA: 15/11/2018 HORA: 04:12 USUARIO: AAOLIVEIRA
CNS: SETOR: 06-SUTURA

IDENTIFICACAO DO PACIENTE
NOME: WASHINGTON REIS DE SANTANA
IDADE: 39 ANOS NASC: 11/10/1979
ENDERECO: RUA BELEM
COMPLEMENTO: 702601212353345 BAIRRO: CIDADE NOVA
MUNICIPIO: ARACAJU UF: SE CEP: 49000-000
NOME PAI/MAE: WELLINGTON SILVA DE SANTANA /ALZIRA ALVES DOS REIS
RESPONSAVEL: TRAZIDO PELO SAMU / O PROPRIO
PROCEDENCIA: ARACAJU - CAPITAL
ATENDIMENTO: ACIDENTE MOTOCICLISTICO (MOTOS)
CASO POLICIAL: NAO PLANO DE SAUDE: NAO
ACID. TRABALHO: NAO VEIO DE AMBULANCIA: SIM TRAUMA: NAO

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

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

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

DADOS CLINICOS: *Acidente por queda de moto, vítima de queda de moto com exposição no dorso de 2hs. Lesões de pele e ferimentos no dorso. Lesões de pele e ferimentos no dorso. Lesões de pele e ferimentos no dorso.*
DATA PRIMEIROS SINTOMAS: *15/11/2018*

ANOTACOES DA ENFERMAGEM:

DIAGNOSTICO:

CID:

PRESCRICAO

HORARIO DA MEDICACAO

*1. Radiografia de clavícula direita + ímex AP
2. Análise da ortopedia*

17 JAN 2019

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

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

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSAVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

*15/11/18
05:15*

*Dr. Ramon R. de Oliveira
Cirurgia Geral
CRM 4833*

RELATÓRIO MÉDICO

NOME DO PACIENTE: WASHINGTON REIS DE SANTANA
DATA DA ENTRADA: 15/11/2018
DATA DA SAÍDA: 16/11/2018

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

INTERNAMENTO: PS ☒ ENFERMARIA () UTI ()

HISTÓRICO CLÍNICO:

Vítima de acidente de trânsito, referindo dor localizada no ombro direito constatando fratura de clavícula pelo exame radiográfico. Saiu do HUSE dia 16/11/2018 confirmado pelo registro geral e oficial de informações.

HISTÓRICO CIRÚRGICO:

Não consta procedimento cirúrgico

EXAMES COMPLEMENTARES:

Exame radiográfico de clavícula direita e torax

17 JAN 2019

MÉDICOS ASSISTENTES:

Cirurgião geral - Dr. Ramon de Oliveira - CRM 4933

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

ARACAJU, 06 de DEZEMBRO de 2018

Dr. Ciede Bravo de Oliveira
CRM 948

MÉDICO DO SETOR DE ANÁLISE DE PRONTUÁRIO



GOVERNO DE SERGIPE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

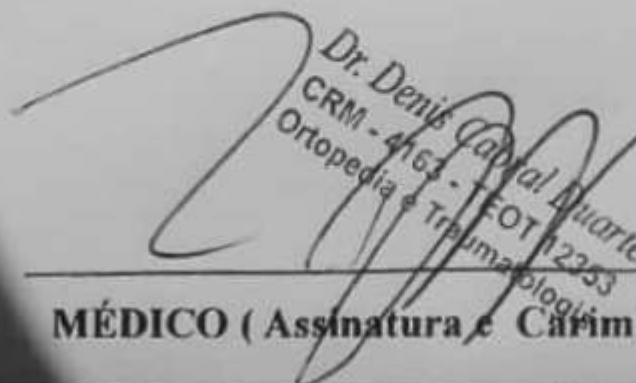


AMBULATÓRIO DE RETORNO DO HUSE

RECEITUÁRIO

PACIENTE: Washington Reis de
Gentim

Fratura de Clavícula
de H. esquerda. Alta
da Ortopedia


Dr. Denis Capral Duarte
CRM - 4163 - FOT 12253
Ortopedia e Traumatologia

DATA 17.07.19

MÉDICO (Assinatura e Carimbo)

NOME DO PACIENTE: WASHINGTON REIS DE SANTANA
DATA DA ENTRADA: 15/11/2018
DATA DA SAÍDA: 16/11/2018

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

INTERNAMENTO: PS ☒ ENFERMARIA () UTI ()

HISTÓRICO CLÍNICO:

Vítima de acidente de trânsito, ressusitado, localizado no ombro direito constatando fratura de clavícula pelo exame radiográfico; saiu da HUSE dia 16/11/2018 e confirmado pelo registro geral e oficial de informações.

HISTÓRICO CIRÚRGICO:

Não consta procedimento cirúrgico

EXAMES COMPLEMENTARES:

Exame radiográfico de clavícula direita e torax

17 JAN 2019

MÉDICOS ASSISTENTES:

Cirurgiã geral - DR. Ramon de Oliveira - CRM 4933

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

ARACAJU, 06 de DEZEMBRO de 2018

R. B. Oliveira
Dr. Cícero Bravo de Oliveira
CRM 940

MÉDICO DO SETOR DE ANÁLISE DE PRONTUÁRIO

DATA DO EXAME: 15/11

HOSPITAL GOVERNADOR JOAO ALVES FILHO

No. DO BE: 1814154
CNS:

DATA: 15/11/2018 HORA: 04:12 USUARIO: AAOLIVEIRA
SETOR: 06-SUTURA

IDENTIFICACAO DO PACIENTE
NOME: WASHINGTON REIS DE SANTANA
IDADE: 39 ANOS NASC: 11/10/1979
ENDERECO: RUA BELEM
COMPLEMENTO: 702601212353345 BAIRRO: CIDADE NOVA
MUNICIPIO: ARACAJU UF: SE CEP: 49000-000
NOME PAI/MAE: WELLINGTON SILVA DE SANTANA /ALZIRA ALVES DOS REIS
RESPONSAVEL: TRAZIDO PELO SAMU / O PROPRIO
PROCEDENCIA: ARACAJU - CAPITAL
ATENDIMENTO: ACIDENTE MOTOCICLISTICO (MOTOS)
CASO POLICIAL: NAO PLANO DE SAUDE: NAO
ACID. TRABALHO: NAO VEIO DE AMBULANCIA: SIM TRAUMA: NAO

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

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

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

DADOS CLINICOS: *Acidente por queda de moto, vítima de trauma de cabeça com fratura de base de crânio. Lesões em membros superiores e inferiores. Hematomas e lacerações. Estado de consciência preservado. Não há sinais de comprometimento vital.*
DATA PRIMEIROS SINTOMAS: *15/11/2018*

ANOTACOES DA ENFERMAGEM:

DIAGNOSTICO:

CID:

PRESCRICAO

HORARIO DA MEDICACAO

*1. Radiografia de clavícula direita + ímex AP
2. Análise da ortopedia*

17 JAN 2019

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

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

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSAVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

*15/11/18
05:15*

*Dr. Ramon R. de Oliveira
Cirurgia Geral
CRM 4833*

RELATÓRIO MÉDICO

NOME DO PACIENTE: WASHINGTON REIS DE SANTANA
DATA DA ENTRADA: 15/11/2018
DATA DA SAÍDA: 16/11/2018

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

INTERNAMENTO: PS ☒ ENFERMARIA () UTI ()

HISTÓRICO CLÍNICO:

Vítima de acidente de trânsito, referindo dor localizada no ombro direito constatando fratura de clavícula pelo exame radiográfico. Saiu do HUSE dia 16/11/2018 confirmado pelo registro geral e oficial de informações.

HISTÓRICO CIRÚRGICO:

Não consta procedimento cirúrgico

EXAMES COMPLEMENTARES:

Exame radiográfico de clavícula direita e torax

17 JAN 2019

MÉDICOS ASSISTENTES:

Cirurgião geral - Dr. Ramon de Oliveira - CRM 4933

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

ARACAJU, 06 de DEZEMBRO de 2018

Dr. Cido de Oliveira
CRM 948

MÉDICO DO SETOR DE ANÁLISE DE PRONTUÁRIO

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACAO

WASHINGTON REIS DE SANTANA

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / F
221734197 SESP RJ

CPF 978.410.485-72 DATA NASCIMENTO 11/10/1979

FLUACAO

WELLINGTON SILVA DE
SANTANA

ALZIRA ALVES DOS REIS



PERMISSAO ACC CATUB A

IF REGISTRO 05283118961

VALIDADE 07/03/2021 1ª HABILITACAO 18/08/2011

OBSERVAÇÕES A:

Washington Reis de Santana

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL ARACAJU, SE

DATA DE EMISSAO 01/04/2016

Edgard Simeão da Mota Neto
DIRETOR - PRESIDENTE

31661901170
SE017881382

ASSINATURA DO EMISSOR

DETRAN-SE (SERGIPE)

VALIDA EM TODOS
O TERRITORIO NACIONAL
1240380159

PROIBIDO PLASTIFICAR
1240380159

17 JAN 2019

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACAO

WASHINGTON REIS DE SANTANA

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / F
221734197 SESP RJ

CPF 978.410.485-72 DATA NASCIMENTO 11/10/1979

FLUACAO

WELLINGTON SILVA DE
SANTANA

ALZIRA ALVES DOS REIS



PERMISSAO ACC CATUB A

IF REGISTRO 05283118961

VALIDADE 07/03/2021 1ª HABILITACAO 18/08/2011

OBSERVAÇÕES
A:

Washington Reis de Santana

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL ARACAJU, SE

DATA DE EMISSAO 01/04/2016

Edgard Sineão da Mota Neto
DIRETOR - PRESIDENTE

31661901170
SE017881382

ASSINATURA DO EMISSOR

DETRAN-SE (SERGIPE)

VALIDA EM TODOS
O TERRITORIO NACIONAL
1240380159

PROIBIDO PLASTIFICAR
1240380159

17 JAN 2019

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - SE 000000271197 Nº 013638252778
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA CÓD. RENAVAM R.N.T.R.C. EXERCÍCIO
1 00799416316 00000000000 2018

NOME
WASHINGTON REIS DE SANTANA

CPF / CNPJ 978.410.405-72 PLACA JOW02.42

CHASSI X2M035003R133203

COMBUSTÍVEL GASOLINA

ANO FAB 2003 ANO MOD. 2003

COR PREDOMINANTE VERDE

VENC. COTA ÚNICA 1 VENC. COTAS 1

PARCELAMENTO / COTAS 2

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) 3

PRÊMIO TOTAL (R\$) 3

DATA DE PAGAMENTO 15/01/2018

SEM RESTRIÇÕES

ESTANCIA-SE

DATA 15/01/2018

DETRAN

DETRAN

17 JAN 2019

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - SE 000000271197 Nº 013638252778
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA CÓD. RENAVAM R.N.T.R.C. EXERCÍCIO
1 00799416316 00000000000 2018

NOME
WASHINGTON REIS DE SANTANA

CPF / CNPJ 978.410.405-72 PLACA JOW02.42

CHASSI X2M035003R133203

COMBUSTÍVEL GASOLINA

ANO FAB 2003 ANO MOD. 2003

COR PREDOMINANTE VERDE

VENC. COTA ÚNICA 1 VENC. COTAS 1

PARCELAMENTO / COTAS 2

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) 3

PRÊMIO TOTAL (R\$) 3

DATA DE PAGAMENTO 15/01/2018

SEM RESTRIÇÕES

ESTANCIA-SE

DATA 15/01/2018

DETRAN

DETRAN

17 JAN 2019

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190150614 **Cidade:** Estância **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: WASHINGTON REIS DE SANTANA **Data do acidente:** 15/11/2018 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 22/02/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA CLAVÍCULA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: EM TODOS OS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190150614 **Cidade:** Estância **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: WASHINGTON REIS DE SANTANA **Data do acidente:** 15/11/2018 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 26/02/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA CLAVÍCULA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: EM TODOS OS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0061255/19

Vítima: WASHINGTON REIS DE SANTANA

CPF: 978.410.485-72

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 15/11/2018

Titular do CPF: WASHINGTON REIS DE SANTANA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

WASHINGTON REIS DE SANTANA : 978.410.485-72

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: 19/02/2019
Nome: WASHINGTON REIS DE SANTANA
CPF: 978.410.485-72

WASHINGTON REIS DE SANTANA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 19/02/2019
Nome: WILLIANS SANTOS DE FREITAS
CPF: 044.100.755-43

WILLIANS SANTOS DE FREITAS

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0022168/19

Vítima: WASHINGTON REIS DE SANTANA

CPF: 978.410.485-72

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 15/11/2018

Titular do CPF: WASHINGTON REIS DE SANTANA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

WASHINGTON REIS DE SANTANA : 978.410.485-72

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: 18/01/2019
Nome: WASHINGTON REIS DE SANTANA
CPF: 978.410.485-72

WASHINGTON REIS DE SANTANA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 18/01/2019
Nome: RODRIGO SILVEIRA DE OLIVEIRA
CPF: 011.995.625-05

RODRIGO SILVEIRA DE OLIVEIRA