

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: 004180019 CPF da vítima: 023.445.145-97 Nome completo da vítima: Genivaldo da Silva Santos

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

Nome completo: Genivaldo da Silva Santos CPF: 023.445.145-97
Profissão: Sem profissão Endereço: Rua Trinta e Oito Número: 1833 Complemento:
Bairro: Santa Maria Cidade: Aracaju Estado: SE CEP: 49044-451
E-mail: Tel.(DDD): (79) 30237644

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)
AGÊNCIA: CONTA:
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: Brasil
AGÊNCIA: 26913 CONTA: 15479 2
(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 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 acidente 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: Aracaju/SE, 31/01/19

Nome: Genivaldo da Silva Santos

CPF: 023.445.145-97

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Genivaldo da Silva Santos
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1º Nome:

CPF:

Assinatura

2º Nome:

CPF:

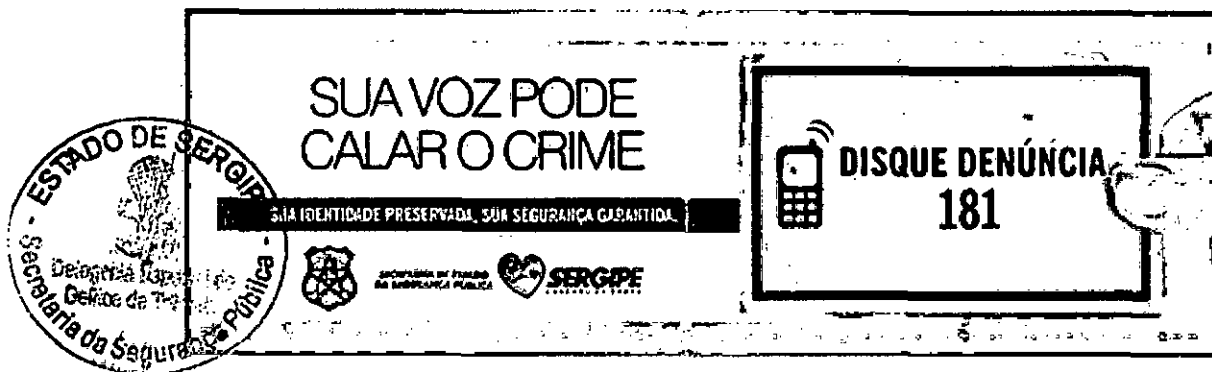
Assinatura

(*) 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.



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

POLÍCIA ON-LINE



DELEGACIA ESP. DE DELITOS DE TRÂNSITO

RUA RUA LARANJEIRAS - ATÉ 1022/1023, CENTRO FONE:() (79)3198-1120

RPO - Registro Policial de Ocorrência 2015/06515.0-000152

DELEGACIA RESPONSÁVEL

Nome: DELEGACIA ESP. DE DELITOS DE TRÂNSITO

Endereço: RUA RUA LARANJEIRAS - ATÉ 1022/1023, CENTRO FONE:() (79)3198-1120

FATO

Data e Hora do Fato: 12/12/2014 - 08:00 até 12/12/2014 - 08:30

Endereço: AVENIDA CARLOS FIRPO Número: Complemento: PRÓXIMO AO RESTAURANTE PADRE PEDRO CEP: 49000-000

Bairro: Centro Cidade: ARACAJU - SE Circunscrição: DELEGACIA ESP. DE DELITOS DE TRÂNSITO

Tipo de local: VIA PUBLICA Meio Empregado: OUTRO

VÍTIMA-NOTICIANTE

Nome: JOSEVALDO DA SILVA SANTOS

Nome do pai: ELIAS MANOEL DOS SANTOS Nome da mãe: MARIA CARREGOSA DA SILVA SANTOS

Pessoa: Física CPF/CGC: 023.445.145-97 RG: 22152245 UF: SE Órgão expedidor: SSP-SE

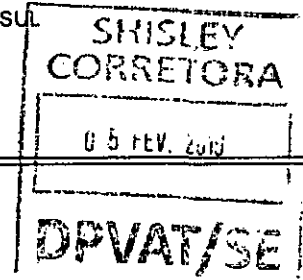
Naturalidade: SIMAO DIAS Data de nascimento: 08/02/1986 Sexo: Masculino Cor da cutis: Branca

Profissão: AGRICULTOR Estado civil: Casado Grau da instrução: 2º Grau Completo

Endereço: RUA 38 Número: 1833 Complemento: LOTEAMENTO PARAÍSO DO SUL

CEP: 49.044-451 Bairro: SANTA MARIA Cidade: ARACAJU UF: SE

Proximidades: Telefone: 9899-3564



PERÍCIAS E ATENDIMENTO HOSPITALAR

Perícia: IML Guia de Exame

Descrição: EXAME DE LESÃO CORPORAL - JOSEVALDO DA SILVA SANTOS

HISTÓRICO

DECLARA O NOTICIANTE, QUE NO DIA E HORA ACIMA NOTIFICADOS, TRAFEGAVA PELA AVENIDA DR. CARLOS FIRPO, SENTIDO SUL/NORTE, CONDUZINDO A MOTOCICLETA DE MARCA YAMAHA/FACTOR YBR 125, DE COR PRETA, PLACA IAJ 3533, CHASSI 9C6KE120090019781, LICENCIADA EM NOME DE MARIA CARREGOSA DA SILVA SANTOS, QUANDO PRÓXIMO AO RESTAURANTE PADRE PEDRO, UM VEÍCULO, NÃO SABENDO INFORMAR PLACA, ABRIU A PORTA INESPERADAMENTE, ATINGINDO A MOTOCICLETA E A PERNA DO NOTICIANTE, DERRUBANDO-O; QUE NESSA COLISÃO, A VÍTIMA SOFREU FRATURA NO FÊMUR ESQUERDO, E ALGUMAS ESCORIAÇÕES PELO CORPO, SENDO CONDUZIDA POR UMA UNIDADE DO SAMU, PARA A UPA NESTOR PIVA, E POSTERIORMENTE FOI SUBMETIDA A INTERVENÇÃO CIRÚRGICA, NO HOSPITAL DE CIRURGIA.

Data e hora da comunicação: 20/01/2015 às 11:38

Última Alteração: 20/01/2015 às 11:41.

JOSEVALDO DA SILVA SANTOS
Responsável pela comunicação

Anuzia Lima de Jesus Santos
Anuzia Lima de Jesus Santos
Responsável pelo preenchimento



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: 004180019 CPF da vítima: 023.445.145-97 Nome completo da vítima: Genivaldo da Silva Santos

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

Nome completo: Genivaldo da Silva Santos CPF: 023.445.145-97
Profissão: Sem profissão Endereço: Rua Trinta e Oito Número: 1833 Complemento:
Bairro: Santa Maria Cidade: Aracaju Estado: SE CEP: 49044-451
E-mail: Tel.(DDD): (79) 30237644

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: Brasil

AGÊNCIA: CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 26913 CONTA: 15479 2

(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 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 acidente 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: Aracaju/SE, 31/01/19

Nome: Genivaldo da Silva Santos

CPF: 023.445.145-97

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Genivaldo da Silva Santos
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1º Nome:

CPF:

Assinatura

2º Nome:

CPF:

Assinatura

(*) 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.

RELATÓRIO 0185/ 2015 REFERENTE À OCORRÊNCIA

NÚMERO: 1412120107 SR - SAMU

O **SAMU 192 SERGIPE** foi acionado às **08h19min** do dia **12 de Dezembro de 2014**, para atendimento a vítima não identificada com relato de **colisão carrox moto**, no bairro Centro, no município de Aracaju.

A equipe da **Unidade de Suporte Básico** – do município de Aracaju, removeu a vítima para **Unidade de Pronto Atendimento Nestor Piva** onde deixou paciente aos cuidados da equipe.

Aracaju, 26 de Fevereiro de 2015.

Dr. Joselito Monteiro Carvalho
Gerente de Regulação Médica
SAMU 192 - CRM/SE 2584

Joselito Monteiro Carvalho
Gerente de Regulação Médica
SAMU 192 SERGIPE





SQ: 999.999.999 17/01/2019 003294

DESTINATÁRIO



CDD ARACAJU SUL SE
JOSEVALDO SILVA SANTOS
R TRINTA E OITO 1833
STA MARIA - ARACAJU
49044-451 SE



7213099639655330000000329430170119

SHISLEY
CORRETORA

05 FEV. 2019

DPVAT/SE



2019011599999999927

PARA USO DO CORREIO

☐ Mudou-se	☐ Não procurado
☐ Endereço insuficiente	☐ Ausente
☐ Não existe o número indicado	☐ Falecido
☐ Desconhecido	☐ Informação escrita pelo porteiro/síndico
☐ Recusado	
Reintegrado ao serviço postal em	Visto do Responsável

REMETENTE - DEVOLUÇÃO ELETRÔNICA - CEDO

MLB



SSA
AV. DOUTOR HEITOR JOSÉ REALI, 360
13571-385 SÃO CARLOS - SP



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Maria Carregosa da Silva Santos,
RG nº 489515, data de expedição 27/07/2007,
Órgão SSP/SE, portador do CPF nº 857099725-68, com
domicílio na cidade de Simão Dias, no Estado de
Sergipe, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Rua do Cemitério pov. Brinquinho, nº 4201,
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 Josevaldo da S. Santos, cujo o condutor era
Josevaldo da Silva Santos.

Veículo: MOTO CICLADA

Modelo: YAMAHA/FACTOR YBR25 ED

Ano: 2009

Placa: 3AJ3533

Chassi: 9C6KEJ20090019781

Data do Acidente: 12/12/2014

Local e Data: Simão Dias - S. 07/03/2016

CARTÓRIO 1º OFÍCIO
SIMÃO DIAS-SE


* Rômulo Vieira de Souza Aragão
Assinatura do Declarante

Josevaldo da Silva Santos
Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

CARTÓRIO DO 1º OFÍCIO - COMARCA DE SIMÃO DIAS/SE
MARICARMEN DANTAS DO AMARAL SANTOS - TABELIA
Rua Dr. Joviano de Carvalho, n.º 274 - Centro - CEP: 43430-000 - TEL/FAX: (79) 3611-1237 - E-mail: extra.istmarcondas@tpejse.br

Reconhecido POR SEMELHANÇA a firma de: ROMULO VIEIRA DE SOUZA Emol: 100,00
TAXA R\$ 23,25 e FÉRMEN R\$ 50,00 e SELO 0,09 e TOTAL R\$ 73,34
testo: da verdade Simão Dias/SE: 07/03/2016 16:41:52
MARIO SEBASTIAO DO AMARAL Oficial Substituto

CARTÓRIO DO 1º OFÍCIO
SIMÃO DIAS - SERGIPE
Rua Dr. Joviano de Carvalho, n.º 274 - Centro

RE 005403455
IDENTIFICAÇÃO DE
VEÍCULO AUTENTICIDADE

VALIDO SOMENTE COM O
SELO DE AUTENTICIDADE

**SHISLEY
CORRETORA**

05 FEV. 2016

DPVAT/SE

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

NOME

JOSEVALDO DA SILVA SANTOS

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR/UF

22152245

SSP

SE

CPF

023.445.145-97

DATA NASCIMENTO

08/02/1986



FILIAÇÃO

ELIAS MANOEL DOS

SANTOS

MARIA CARREGOSA DA

SILVA SANTOS

PERMISSÃO

AB

ACC

AB

CAT. HAB

AB

Nº REGISTRO

03814930196

VALIDADE

15/03/2021

1ª HABILITAÇÃO

31/03/2006

OBSERVAÇÕES

SEM OBSERVAÇÃO;

Josevaldo da Silva Santos

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL

ARACAJU, SE

DATA DE EMISSÃO

18/03/2016

83011685463

SE017919576

Edgard Simeão da Mota Neto

DIRETOR - PRESIDENTE

ASSINATURA DO EMISSOR

DETRAN-SE (SERGIPE)

VÁLIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL

1239499131

PROIBIDO PLASTIFICAR

1239499131

SHISLEY
CORRETORA

04 FEV. 2019

DPVAT/SE

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0041800/19

Vítima: JOSEVALDO DA SILVA SANTOS

CPF: 023.445.145-97

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 12/12/2014

Titular do CPF: JOSEVALDO DA SILVA SANTOS

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação

JOSEVALDO DA SILVA SANTOS : 023.445.145-97

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: 05/02/2019
Nome: JOSEVALDO DA SILVA SANTOS
CPF: 023.445.145-97

JOSEVALDO DA SILVA SANTOS

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 05/02/2019
Nome: SHISLEY NUNES VIANA FIRMINO
CPF: 394.004.845-34

SHISLEY NUNES VIANA FIRMINO