

BRABESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA:	24/10/2019
------------------------	------------

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:	2.406,30
--------------	----------

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE EDIJANIO DOS SANTOS

BANCO: 237

AGÊNCIA: 03164-P

CONTA: 000000030835-8

Nr. Autenticação

BRABESCO2410201905000000000023703164000000030835240630 PAGO

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.susep.gov.br/biblioteca/web/docoriginal.aspx?tipo=1&codigo=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da Indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF²**.

¹ Superintendência de Seguros Privados - SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras - COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Jose Marcos De O. Rosa inscrito (a) no CPF sob o Nº 020003675/00 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Jose Edymano Dos Santos inscrito (a) no CPF sob o Nº 078.526.345/40 do sinistro de DPVAT cobertura incalculável da Vítima Jose Edymano Dos Santos inscrito (a) no CPF sob o Nº 078.526.345/40, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço	<u>Rua Dos Silvos</u>		Número	<u>217</u>	Complemento	<u>Escritorio</u>
Bairro	<u>Brasilia</u>	Cidade	<u>N. Sra. Da Gloria</u>		Estado	<u>SE</u>
Email	<u>marcosduplorio@gmail.com</u>		Telefone comercial(DDD)	<u>79.9918.9207</u>	Telefone celular (DDD)	<u>79.9925.2568</u>
		CEP	<u>49.680-000</u>			

N. Sra. Da Gloria 16 de 07 de 19
Local e Data

Jose Marcos de Oliveira Rosa
Assinatura do Declarante

INVESTPREV

19 JUL 2019

RELATÓRIO MÉDICO



NOME DO PACIENTE: JOSE EDIJAMIO DOS SANTOS

DATA DA ENTRADA: 06/05/2019

DATA DA SAÍDA: 08/05/2019

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 (X) UTI ()

HISTÓRICO CLÍNICO:

PACIENTE VITIMA DE QUESO DE MOTOCICLETA EM COLISÃO COM OUTRA MOTOCICLETA, APRESENTANDO FRATURA DA PATELA E FÊMUR DIREITO, REALIZADO SUTURA DE FERIMENTOS E TRANSFERÊNCIA PARA O HOSPITAL DE CIRURGIA F.B.H.C. EM 06.05.19.

HISTÓRICO CIRÚRGICO:

SUTURA DE FERIMENTOS

EXAMES COMPLEMENTARES:

RADIOGRAFIAS DE: PELVE, COXA DIREITA, JOELHO DIREITO, PERNA DIREITA.

MÉDICOS ASSISTENTES:

DR. IZAC R. DE OLIVEIRA
DR. ADAIL BEZERRA BARBOSA

INVESTPREV

19 JUL 2019

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

ARACAJU, 10 de JULHO de 2019

Izac Souza de Mendonça
CPF: 201.981.925 - 91
Médico
CRM/SE 1518

Izac Souza de Mendonça
CPF: 201.981.925 - 91
Médico
CRM/SE 1518

Dr. Antonio Padua

MS/DATASUS		HOSPITAL GOVERNADOR JOAO ALVES FILHO	
No. DO BE: 1904210		DATA: 06/05/2019	HOFA: 01:41
CNS:		USUARIO: AAOLIVEIRA	
		SETOR: 06-SUTURA	
IDENTIFICACAO DO PACIENTE			
NOME	: JOSE EDIJANIO DOS SANTOS	DOC....	: 3,351,287
IDADE.....	: 39 ANOS	NASC: 22/04/1980	SEXO...: MASCULINO
ENDEREÇO.....	: AVENIDA VALTER FRANCO	NUMERO:	: 106
COMPLEMENTO....	: BAIRRO: <i>Centro</i>	UF: SE	CEP....: -
MUNICÍPIO.....	: MALHADOR	/MARIA HIJINA SANTOS	
NOME PAI/MÃE...	: MANOEL DOS SANTOS	TEL....	: 79-99969.456
RESPONSÁVEL...	: TRAZIDO PELO SAMU / A ESPOSA - IONETE		
PROCEDÊNCIA...	: MALHADOR		
ATENDIMENTO...	: ACIDENTE MOTOCICLISTICO (MOTOS)		
CASO POLICIAL..	: NAO	PLANO DE SAUDE....	: NAO
ACID. TRABALHO:	: NAO	VEIC 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:		DATA PRIMEIROS SINTOMAS: <u> </u> / <u> </u> / <u> </u>	
<i>Queixa última de colisão moto x moto. Sem ferimentos. Refere ingesta de álcool. D. anamnese e exame. Exames por SAMU sob protocolo de urgência.</i>			
ANOTACOES DA ENFERMAGEM: <i>p. 3. C. D. OK. @ suspecta de fratura de fêmur direito. (pontos distais oit.).</i>			
DIAGNOSTICO:		CID:	
PRESCRICAO		HORARIO DA MEDICACAO	
<i>1) Analgesia 200mg + 100mg SC q 4h IV</i>		<i>03:00</i>	
<i>2) Prescrição pelo ortopedista (suspeita de fratura de perna)</i>			
<i>3) Rx de perna AP + Rx de perna direita + Rx de joelho direito</i>			
<i>4) Rx de perna esquerda (2P) + Rx de joelho direito (2P).</i>			
DATA DA SAIDA: <u> </u> / <u> </u> / <u> </u>		HORA DA SAIDA: <u> </u> :	
ALTA: [] DECISAO MEDICA [] A PEDIDO [] EVASAO [] DESISTENCIA			
[] ENCAMINHADO AO AMBULATORIO			
INTERNACAO NO PROPRIO HOSPITAL (SETOR): <u> </u>			
TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE): <u> </u>			
OBITO: [] ATE 48HS [] APOS 48HS [] FAMILIA [] IML [] ANAT. PATOL.			

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSÁVEL ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

(A) Srta Soraia 03:00
(B) Kellen 28/05

Dr. Antonio Padua
CRM 12345



GOVERNO DE SÃO PAULO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE



PRONTO SOCORRO ADULTO	PRESCRIÇÃO MÉDICA
HUSE	

Nome: JOSE EDUARDO CARVALHO Idade: Data: 06/05/14

DATA	HCRA	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
0		<u>Orto Lince</u>	
		<u>(1) CAT 5ml 100</u>	
		<u>(2) Kiplr 1g 100 6/6 L</u>	<u>8/5</u> <u>18/16 1/2</u>
		<u>(3) Kiplat 100mg + 100ml</u> <u>S.E. 12/12 L</u>	<u>8/5</u> <u>18/16 2/2</u>
		<u>(4) Dipirona 2ml + 8ml</u> <u>A.V. 10 6/6 L 501</u>	
		Adalberto Barbieri CRM 32120 Osteodonto	
		Obs. Curadouro final. <u>Dr. João Vitor</u>	
			Elaborado 79.031
#NIR#		Prescrição DRIVE de Transfusão. Exceção, Prescrição de medicação de Vaga. Aguardo retorno sobre formal Vaga	Manuella S. Leite Pimentel Eduarda COREN 238171

O.E.: M280030801

ESFERA: PRIVADO

APRESENTAÇÃO: 06/2019

Data Autorização: 08/05/2019

Num AIH: 281910015966-7

Situação: APURADA

Tipo: 01-INICIAL

Apresentação: 06/2019

Especialidade: 01 - CIRURGICO

Orgão Emissor: M280030801

CRC:

Doc autorizador: 190136126980000

Doc med resp: 206790614650009

Doc diretor clínico: 206790614650009

Doc.médico solíc: 204309910100008

CNS: 0002283 - FUNDAÇÃO DE BENEFICÊNCIA HOSPITAL DE CIRURGIA

CNS: 70600535357544-3

Paciente: JOSE EDJANIO DOS SANTOS

Prontuário: 1091629

Data Nasc.: 22/04/1980 Sexo: MASCULINO

Nacionalidade: 010 - BRASIL

Tipo Doc.: Identidade

Doc: 33512876

Responsável pac.: JOSE EDJANIO DOS SANTOS

Nome da Mãe: MARIA HJINA SANTOS

Endereço: AVENIDA WALTER FRANCO 106 Bairro: CENTRO

Rapa/Cor: 99-SEM INFORMACAO Etnia: 0000-NAO SE APLICA

Município: 280390 - MALHADOR

UF: SE CEP: 49570-000

Telefone: (79)9998-93455 Muda Proc.7: NÃO

Procedimento solicitado: 04.08.05.051-9 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA DIAFISE DO FEMUR

Procedimento principal: 04.08.05.051-9 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA DIAFISE DO FEMUR

Diag. principal: S723-FRATURA DA DIAFISE DO FEMUR

Diag. secundário:

Complementar:

Causa Óbito:

Carater atendimento: 02 - URGENCIA

Modalidade: HOSPITALAR

Data internação: 08/05/2019

Data saída: 14/05/2019

Mot saída: 12 - ALTA MELHORADO

Liberação SISAIH01:

AIH Anterior:

AIH Posterior:

[Causas Externas (Acidente ou Violência)]

CNPJ do Empregador:

CNAER: -

Vinculo Previdência:

CBOR: -

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

Linha	Procedimento	Documento	CBO	CNES/CNPJ	Apurar Valor p/	Qtde	Cmpt	Descrição
1	0408050519	980016000138321	225270(1)	0002283	0002283	1	05/2019	TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA
2	0408050519	190125400140018	225151(6)	3359948	3359948	1	05/2019	TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA
3	0702030910	✓	✓	06886136000127	06886136000127	1	05/2019	PLACA DE COMPRESSAO DINAMICA 4,5 MM
4	0302040021	980016293797847	223605	0002283	0002283	4	05/2019	ATENDIMENTO FISIOTERAPEUTICO EM PACIENTE
5	0302050019	980016293797847	223635	0002283	0002283	4	05/2019	ATENDIMENTO FISIOTERAPEUTICO EM
6	0301010170	190065103540004	225125	0002283	0002283	5	05/2019	CONSULTA/AVALIACAO EM PACIENTE INTERNADO

DADOS DE OPM

Linha	Nota Fiscal	CNPJ Fornecedor	Lote	Série	Reg. ANVISA	CNPJ Fabricante
3	000004396 ✓	06.888.136/0001-27 ✓		000004396		

VALORES DA PRÉVIA	Serviço Hospitalar		Serviço Profissional				TOTAL
	Direto		Direto		Rateado		
	Próprio	Terceiro	Próprio	Terceiro	Próprio	Terceiro	
03.01.01-CONSULTAS MEDICAS/OUTROS					34,09		34,09
03.02.04-ASSISTENCIA FISIOTERAPEUTICA	18,68						18,68
03.02.05-ASSISTENCIA FISIOTERAPEUTICA NAS	25,40						25,40
04.08.05-MEMBROS INFERIORES	725,17			74,34	138,78		938,27
07.02.03-OPM EM ORTOPEDIA		296,13					296,13
Total Geral:	769,25	296,13		74,34	173,45		1.313,17

CID SECUNDARIO

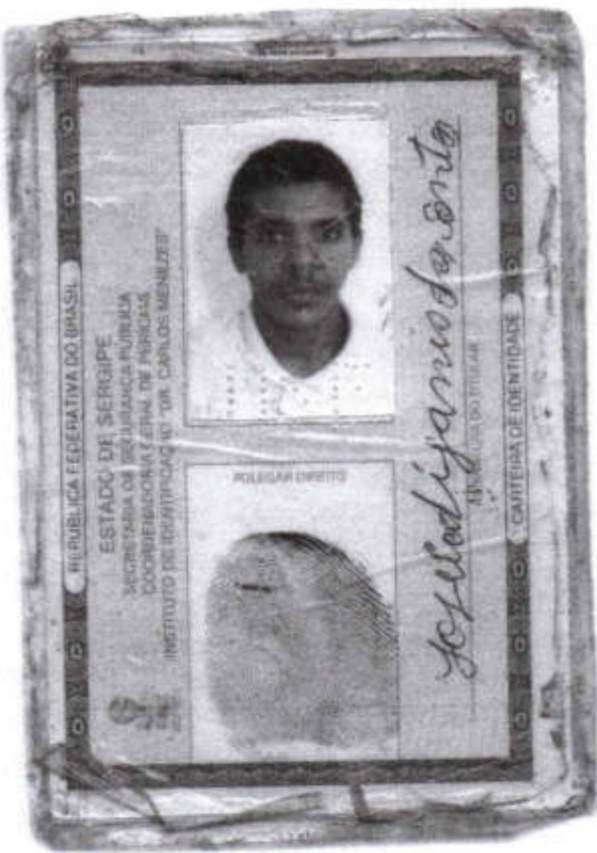
Cid	Característica	Descrição
W230	ADQUIRIDO	APERT., COLH., COMPRIM. OU ESMAG. DENTRO/ENTRE OBJETOS - RESIDENCIA

Número de Nascidos		Número de Saídas		Nº Pré-Natal:	
Vivos:	Mortos:	Altas:	Transf.:	Óbitos:	

ASSINATURA E CARIMBO
DIRETOR DO HOSPITAL

"De acordo com a Portaria SAS/MS Nº 92 de 22 de agosto de 1995 publicada no diário Oficial da União; Poder Executivo, Brasília, DF, 24.08.1995. Seção I, p. 12986, uma via deste relatório deve ser arquivado no prontuário do paciente"

unio



INVESTPREV

19 JUL 2019

CÓDIGO DE CONTROLE
4B3F.33E1.A04A.FCE2

A autenticidade deste comprovante deverá
ser confirmada na Internet, no endereço

www.receita.fazenda.gov.br

Comprovante emitido pela

Secretaria da Receita Federal do Brasil

08:39:45 do dia 23/04/2014 (hora e data de Brasília)
dígito verificador: 00

MINISTÉRIO DA FAZENDA

 **Receita Federal**
Cadastro de Pessoas Físicas 

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número
078.526.345-40

Nome
JOSE EDIJANIO DOS SANTOS

Nascimento
22/04/1980

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

INVESTPREV

19 JUL 2019

INVESTPREV

19 JUL 2019

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - SE
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

15 000008034766 Nº 014881006432
EXERCÍCIO 2019

VA 01158868313 RNTTC EXERCÍCIO 2019

JOSE EDJANI DOS SANTOS

PLACA 07B.526.345-40 CHASSI 9C2JB0100JRO44050

PLACA 07B.526.345-40 CHASSI 9C2JB0100JRO44050

PAS/MOTOCICLETA COMBUSTÍVEL GASOLINA

HONDA/POP 1101 ANO FAB 2018 ANO MOD 2018

2POCV109LC CATEGORIA PARTIC COR PREDOMINANTE VERMELHA

1 PAGO VENC. COTA ÚNICA 1% VENC. COTAS 1% VENC. COTAS 1%

2 PARCELAMENTO / COTAS 2% VENC. COTAS 2% VENC. COTAS 2%

3 VENC. COTAS 3% VENC. COTAS 3% VENC. COTAS 3%

SEM RESTRIÇÕES FINANCEIRAS DATA DE PAGAMENTO 21/02/2019

MOTOR: JBO1E0J044076

MALHADOR-SE LOCAL 21/02/2019

DATA 21/02/2019

SE Nº 014881006432 **BILHETE DE SEGURO DPVAT**

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

PBT 24

VIA 07B.526.345-40 **PLACA 07B.526.345-40** **PLACA 07B.526.345-40**

RENAVAM 1158868313 **MARCA / MODELO HONDA / POP 1101**

ANO FAB 2018 **DI TSE 9** **Nº CHASSI 9C2JB0100JRO44050**

PRÊMIO TARIFÁRIO

FMS (R\$) 36,04 **DENATLAN (R\$) 4,00** **CUSTO DO SEGURO (R\$) 40,05**

CUSTO DO BILHETE (R\$) 4,15 **COF (R\$) 0,32** **TOTAL A SER PAGO (R\$) 44,37**

PAGAMENTO **DATA DE QUITAÇÃO 14/02/2019**

SEGURADORA LÍDER - DPVAT
CNPJ 09.248.608/0001-04

RECEBI O CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENÇA.

014881006432 **RECIBO SE Nº**

000000004B4 **000000004B4** **000000004B4**

ASSINATURA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190528892 **Cidade:** Ribeirópolis **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE EDIJANIO DOS SANTOS **Data do acidente:** 06/05/2019 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 27/09/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA DIÁFISE DO FÊMUR DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE. (P40)
ALTA.

Sequelas permanentes: DIMINUIÇÃO DOS ARCOS DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR
DIREITO.

**Documentos
complementares:**

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
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

Rio de Janeiro, 13 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190528892 Vítima: JOSE EDIJANIO DOS SANTOS

Data do Acidente: 06/05/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE MARCOS DE OLIVEIRA ROSA

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), JOSE EDIJANIO DOS SANTOS

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

Documentos de identificação	Apresentar a cópia simples da carteira de identidade (RG) da vítima ou, se não possuir, da certidão de nascimento, da certidão de casamento atualizada, da Carteira de Trabalho e Previdência Social - CTPS ou da Carteira Nacional de Habilitação - CNH, pois o entregue não está correto.
-----------------------------	---

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, 13 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190528892

Vítima: JOSE EDIJANIO DOS SANTOS

Data do Acidente: 06/05/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE MARCOS DE OLIVEIRA ROSA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOSE EDIJANIO DOS SANTOS

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, 27 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190528892

Vítima: JOSE EDIJANIO DOS SANTOS

Data do Acidente: 06/05/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE MARCOS DE OLIVEIRA ROSA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOSE EDIJANIO DOS SANTOS

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 41,83
Juros:	R\$ 1,97
Total creditado:	R\$ 2.406,30

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Recebedor: JOSE EDIJANIO DOS SANTOS

Valor: R\$ 2.406,30

Banco: 237

Agência: 000003164-P

Conta: 0000030835-8

Tipo: CONTA CORRENTE

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



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:	
	078.526.345-40	Jose Edyario Dos Santos	
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012			
Nome completo:		CPF:	
Jose Edyario Dos Santos		078.526.345-40	
Profissão:	Endereço:	Número:	Complemento:
Carrocer	Rua Otavio Alves J. Freixo	51	Casa
Bairro:	Cidade:	Estado:	CEP:
Centro	Malhada	SE	49.570-000
E-mail:	Tel. (DDD):		
marcondelino@gmail.com	79.9918-9207		

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

RENTA MENSAL:

- ☒ RECURSO 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: Bradesco

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

AGÊNCIA: 03164 CONTA: 30835 8
(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 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:
	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.

Local e Data:	<u>Rua da Glória 16.07.19</u>
Nome:	
CPF:	
(*) Assinatura de quem assina A ROGO <u>Jose Edyario Dos Santos</u> Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)	

TESTEMUNHAS

1ª Nome:	
CPF:	
Assinatura	
2ª Nome:	
CPF:	
Assinatura	

INVESTPREV

19 JUL 2019

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.



GOVERNO DO ESTADO DE SERGIPE
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE RIBEIRÓPOLIS - RIBEIRÓPOLIS - SE

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 071584/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 09/07/2019 14:51 Data/Hora Fim: 09/07/2019 15:18
Delegado de Polícia: Julio Figueiredo de Aquino

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia Municipal de Ribeirópolis
Data/Hora do Fato: 06/05/2019 23:30

Local do Fato

Município: Ribeirópolis (SE)
Logradouro: RODOVIA ESTADUAL QUE LIGA O MUNICÍPIO DE RIBEIRÓPOLIS AO

Bairro: Centro

CEP: 49.530-000

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1095: Auto lesão - Acidente de trânsito	Veículo

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: ISAIAS JOSE DOS SANTOS (COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: SE - Aracaju Sexo: Masculino Nasc: 15/03/1987
Profissão: Autônomo
Nome da Mãe: MARIA HIGINA SANTOS Nome do Pai: MANOEL DOS SANTOS

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 027.991.025-81
RG - Carteira de Identidade: 22730494

Endereço

Município: Malhador - SE Nº: 123
Logradouro: RUA PEDRO FERREIRA BISPO CEP: 49.570-000
Bairro: CENTRO
Telefone: (79) 9890-8348 (Celular)

Nome Civil: JOSE EDJANIO DOS SANTOS (VÍTIMA (AUSENTE))

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: SE - Riachuelo Sexo: Masculino Nasc: 22/04/1980
Profissão: Feirante
Estado Civil: Sem Informação
Nome da Mãe: Maria Higina Santos Nome do Pai: Manoel dos Santos

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 078.526.345-40

Endereço

Município: Malhador - SE Nº: 356
Logradouro: AV. gov. Iourival Batista CEP: 49.570-000
Telefone: (79) 9890-8348 (Celular)

Nome Civil: DESCONHECIDO 1 (SUPOSTO AUTOR/INFRATOR)

Nacionalidade: Brasileira



Delegado de Polícia Civil: Julio Figueiredo de Aquino
Impresso por: Lucas Andrade Souza
Data de Impressão: 09/07/2019 15:18
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 2

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos

INVESTPREV

19 JUL 2019



GOVERNO DO ESTADO DE SERGIPE
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE RIBEIRÓPOLIS - RIBEIRÓPOLIS - SE

BOLETIM DE Ocorrência

Nº: 071584/2019

Endereço

Município: Ribeirópolis - SE

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo	Subgrupo Motocicleta/Motoneta
CPF/CNPJ do Proprietário 078.526.345-40	Placa QMD3291
Renavam 01158868313	Número do Motor JB01E0J044076
Número do Chassi 9C2JB0100JR044050	Ano/Modelo Fabricação 2018/2018
Cor VERMELHA	UF Veículo Sergipe
Município Veículo Malhador	Marca/Modelo HONDA/POP 110I
Modelo HONDA/POP 110I	Veículo Adulterado? Não
Quantidade 1 Unidade	Situação Meio Empregado
Última Atualização Denatran 18/07/2018	Situação do Veículo NADA CONSTA

Nome Envolvido

Jose Edijanio dos Santos

Envolvimentos

Proprietário

RELATO/HISTÓRICO

Notificante relata que na data e hora mencionados acima, o seu irmão, JOSE EDIJANIO DOS SANTOS, não habilitado, conduzia a motocicleta, HONDA pop 100 COR VERMELHA PLACA QMD3291, pela rodovia SE-240, quando um condutor desconhecido, em outra motocicleta, foi desviar de um buraco e acabou colidindo de frente com a motocicleta dos seu irmão, JOSE EDIJANIO; QUE seu irmão recebeu atendimento pelo SAMU e em seguida foi levado para o hospital Gov. JOÃO ALVES FILHO; QUE, devido ao acidente, JOSE EDIJANIO sofreu fratura da Patela, Fêmur direito e algumas escoriações; QUE passou por procedimento cirúrgico; Diante dos fatos e para que seja acionado o seguro DPVAT, registra o boletim de ocorrência.

ASSINATURAS

Lucas Andrade Souza

Agente de Polícia

Matrícula 2511

Responsável pelo Atendimento

ISAIAS JOSE DOS SANTOS

(Comunicante)

"Declaro para os devidos fins de direito que sou o(a) único(a) responsável pelas informações acima assentadas e deite que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei origem, conforme previsto nos Artigos 339-Denunciação Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."

INVESTPREV

19 JUL 2019



Delegado de Polícia Civil: Julio Figueiredo de Aquino
Impresso por: Lucas Andrade Souza
Data de Impressão: 09/07/2019 15:18
Protocolo nº: Não disponível

Página 2 de 2

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 078.526.345-40 Nome completo da vítima: Jose Edyario Dos Santos

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

Nome completo: Jose Edyario Dos Santos CPF: 078.526.345-40

Profissão: Sarrodor Endereço: Rua Otavio J. Prado Número: 51 Complemento: Casa

Bairro: Centro Cidade: Malhada Estado: SE CEP: 49.570-000

E-mail: marcesdufaria@gmail.com Tel. (DDD): 79.9918-9207

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

REDA MENSAL:

- ☒ RECLUSO 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: Bradesco

AGÊNCIA: CONTA:

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 03164 CONTA: 30835 8

(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 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) ☐ Divorçado ☐ 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 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.

Local e Data: St. São Jacinta 16.07.19

Nome: _____

CPF: _____

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____

CPF: _____

2ª | Nome: _____

CPF: _____

INVESTPREV

30 JUL 2019

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

+ Jose Edyario Dos Santos

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

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.

HOSPITAL GOVERNADOR JOAO ALVES FILHO

1904210

DATA: 06/05/2019

HORA: 01:41

USUARIO: AAOLIVEIRA

SETOR: 06-SUTURA

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME : JOSE EDIJANIO DOS SANTOS DOC...: 3,351,287-
 IDADE.....: 39 ANOS NASC: 22/04/1980 SEXO...: MASCULINO
 ENDEREÇO.....: AVENIDA VALTER FRANCO NUMERO: 106
 COMPLEMENTO....: BAIRRO:
 MUNICIPIO.....: MALHADOR UF: SE CEP...: -
 NOME PAI/MAE...: MANOEL DOS SANTOS /MARIA HIJINA SANTOS
 RESPONSÁVEL....: TRAZIDO PELO SAMU / A ESPOSA - IONETE TEL...: 79-99969.3
 PROCEDENCIA....: MALHADOR 456
 ATENDIMENTO....: ACIDENTE MOTOCICLISTICO (MOTOS)
 CASO POLICIAL..: NAO PLANO DE SAUDE.....: NAO TRAUMA: NAO
 ACID. TRABALHO: 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: ___/___/___

Paciente vítima de acidente moto x moto. Sem ferimentos. Refere ingestão de álcool. P. direito P. esquerdo. Lesões na parte posterior do tórax.

ANOTACOES DA ENFERMAGEM: P. B. C. D. OK. @ suspecta de fratura de fêmur direito. (verificar destino OK).

DIAGNOSTICO:

CID:

PRESCRICAO

HORARIO DA MEDICACAO

1) Transfusão 200mg + 100mg SF 0,9% JV

03:00

2) Pulso para ortopedia (suspecta de fratura de perna).

3) Rx de perna AP + Rx de coxa direita + Rx de joelho direito (2P)
 Rx de perna esquerda (2P) + Rx de joelho esquerdo (2P).

DATA DA SAIDA: / /

HORA DA SAIDA: :

ALTA: [] 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. PATOL

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSÁVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

1) Sst 500mg 2x 03:00
 2) Keflin 2g 2x

Dr. Roberto L. de Oliveira
 Cirurgião Geral
 CRM 12345

INVESTPREV

19 JUL 2019