

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 22/08/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MILTON SANTOS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03303

CONTA: 000000039173-2

Nr. da Autenticação 714C1E22FAA86D40

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190469030 **Cidade:** Nossa Senhora da Glória **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MILTON SANTOS **Data do acidente:** 28/06/2018 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 13/08/2019

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE TORNOZELO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA.

P 1

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO TORNOZELO ESQUERDO

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 TORNOZELO ESQUERDO

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 completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO

CIRCULAR SUSEP 445/12

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/BIBLIOTECAWEB/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 nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu jose marcos d.o. rosa inscrito (a) no CPF sob o Nº 020.003.675,00, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário miltom santos inscrito (a) no CPF sob o Nº 217.157.505,00, do sinistro de DPVAT cobertura juruaia da Vítima miltom santos, inscrito (a) no CPF sob o Nº 217.157.505,00, 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 Selvões</u>	Número	<u>217</u>	Complemento	<u>Exterior</u>
Bairro	<u>Basilia</u>	Cidade	<u>Brasília</u>	Estado	<u>SE</u>
Email	<u>marcosdufloria@gmail.com</u>	Telefone comercial(DDD)	<u>49.99189204</u>	Telefone celular (DDD)	<u>49.99252568</u>

Brasília, 01 de 08
Local e Data

INVESTPREV

08 AGO 2019

zé marcos de oliveira rosa
Assinatura do Declarante

~~MS/DATASYS~~

HOSPITAL REGIONAL DE NOSSA SENHORA DA GLÓRIA

No. DO BE: 361897

DATA: 28/06/2018 HORA: 09:22 USUARIO: MESILVA
SETOR: 02-CONSULTORIO ADULTO

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME : MILTON SANTOS DOC...: 0
 IDADE....: 74 ANOS NASC: 10/11/1943 SEXO.: MASCULINO
 ENDERECO....: RUA 15 DE AGOSTO NUMERO: 380
 COMPLEMENTO....: CASA BAIRRO: BRASILIA
 MUNICIPIO....: NOSSA SENHORA DA GLORIA UF: SE CEP...: 49680-000
 NOME PAI/MAE.: NAO CONSTA NO RG /MARIA JOSE SANTOS
 RESPONSAVEL....: O MESMO TEL...: 079
 PROCEDENCIA...: NOSSA SENHORA DA GLORIA-SE
 ATENDIMENTO...: ACIDENTE MOTOCICLISTICO (MOTOS)
 CASO POLICIAL.: NAO PLANO DE SAUDE....: NAO TRAUMA: NAO
 ACID. TRABALHO: NAO VEIO DE AMBULANCIA: NAO

PA: [] mmHg | PULSO: [] l/min | TEMP.: [] °C | PESO: [] kg

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

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

DADOS CLÍNICOS:

DATA PRIMEIROS SINTOMAS: / /

ANÚNCIOS INVESTIMENTOS E MÁGIAS

INVESTPREV

08 AGO 2019

CID:

PRESCRICAO

HORARIO DA MEDICACAO

~~→ If he tomyete (G) → Nós conseguimos vencer, integrar
- Discursos. Os (G) périme.
- Discursos Os + (G)~~

DATA DA SAIDA: / /

DECISAO MEDICA A PEDIDO EVASAO DESISTENCIA
 ENCAMINHADO AO AMBULATORIO

INTERNACAO NO PROPRIO HOSPITAL (SETOR):

TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):

OBITO: [] ATE 48HS [] APOS 48HS [] FAMILIA [] SPO [] ANAT. - PATOI

~~ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSÁVEL~~

~~ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSÁVEL~~ ~~ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO~~

→ co. sc. fam. medicare prescrita, em regis dorsoglitera de
GSE, *Sinistramenüs* Tci. Sofaria 4136 h.

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:		
	017.157.505-00	Mullam Santos		
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012				
Nome completo:			CPF:	217.157.505-00
Profissão:	Endereço:			Número: 138
Bairro:	Rua Pedro Góes 105 Santos			Complemento:
Cidade:	São Paulo	Estado:	SE	CEP: 09.680-000
E-mail:	mullam.santos@gmail.com		Tel. (DDD): 49	99189207

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

DADOS CADASTRAIS

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: 3803 CONTA: 39173 2
 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

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

Autorizo a Seguradora Lider 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 atende 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 Lider 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 deu ou nasceu (val nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider 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 segurado de sua responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

INVESTPREV

Local e Data: SJ. São Paulo 01.08.19
 Nome: _____
 CPF: _____

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)

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
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA REGIONAL DE NOSSA SENHORA DA GLÓRIA AISP - NOSSA SENHORA DA GLÓRIA - SE

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 023730/2018

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 08/11/2018 09:03 Data/Hora Fim: 08/11/2018 09:28

Delegado de Polícia: Samuel Souza de Brito Oliveira

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia Regional de Nossa Senhora da Glória Aisp

Data/Hora do Fato: 28/06/2018 09:00

Local do Fato

Município: Nossa Senhora da Glória (SE)

Bairro: Povoado

Logradouro: RODOVIA QUE LIGA ESTA CIDADE A CIDADE DE N. SRA. APARECIDA

CEP: 49.680-000

Ponto de Referência: POCOADO ALGODÃO

Tipo do Local: Área Rural

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

EN VOLVIDO(S)

Nome Civil: MILTON SANTOS (VITIMA)

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: SE - Gracho Cardoso Sexo: Masculino Nasc: 10/11/1943
Profissão: Agricultor Escolaridade: Sem instrução
Estado Civil: Casado(a)
Nome da Mãe: Maria José dos Santos
Em Serviço: Não

INVESTPREV

08 AGO 2019

Documento(s)

RG - Carteira de Identidade: 482950

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 217.157.505-00

Endereço

Município: Nossa Senhora da Glória - SE
Logradouro: CONJUNTO DANILÓ ARAGÃO, RUA JOSÉ PEDRO DOS BAIRROS Nº: 138
Bairro: CONJUNTO CEP: 49.680-000
Telefone: (79) 99827-3820 (Recado)

Nome Civil: PAULO SILVA SANTOS JUNIOR (COMUNICANTE , EN VOLVIDO)

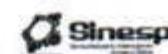
Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: SE - Nossa Senhora Sexo: Masculino Nasc: 07/05/1991
Profissão: Autônomo Escolaridade: Ensino Médio Completo
Estado Civil: Casado(a)
Nome da Mãe: Maria Aparecida Silva Santos Nome do Pai: Paulo dos Santos

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 056.260.295-08

Endereço

Município: Poço Redondo - SE
Logradouro: RUA DIGENAL TAVARES Nº: 109



Delegado de Polícia Civil: Samuel Souza de Brito Oliveira
Impresso por: Alfredo José de Oliveira Madeiro
Data de Impressão: 08/11/2018 09:28
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 2

PPe - Sistema de Procedimentos de Polícia

Paulo Silva Santos Junior

Alfredo J. de O. Madeiro
Escrivão de Polícia
Judiciária

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 023730/2018

Bairro: CENTRO
Telefone: (79) 99827-3820 (Celular)

CEP: 49.680-000

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo	Subgrupo Motocicleta/Motoneta
Renavam 0032998222	Placa NVK1834
Número do Chassi *****20180	Ano/Modelo Fabricação 2011/2011
Cor Vermelha	UF Veículo Sergipe
Município Veículo Nossa Senhora da Glória	Marca/Modelo HONDA/NXR150 BROS ES
Modelo HONDA/NXR150 BROS ES	Veículo Adulterado? Não
Quantidade 1 Unidade	Situação Envolvido

Nome Envolvido	Envolvimentos
Milton Santos	Depositário
Paulo Silva Santos Junior	Possuidor

RELATO/HISTÓRICO

RELATA A VITIMA QUE NO DIA, HORA E LOCAL SUPRACITADO VINHA NA CARONA DA CITADA MOTOCICLETA PILOTADA PELO SEU ENTEADO PAULO, MOMENTO EM QUE UM ANIMAL(CACHORRO) ATRAVESSOU NA PISTA E COLIDIU COM A CITADA MOTOCICLETA, QUE CAIU AO SOLO, LESIONANDO-SE FISICAMENTE NO TORNOZELO ESQUERDO.

ASSINATURAS

Alfredo José de Oliveira Madeiro
Alfredo José de Oliveira Madeiro
Responsável pelo Atendimento

-Paulo Silva Santos Junior
(Envolvido / Comunicante)

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

INVESTPREV

08 AGO 2019



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoraalider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 29 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3190469030 Vítima: MILTON SANTOS

Data do Acidente: 28/06/2018 Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE MARCOS DE OLIVEIRA ROSA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), MILTON SANTOS

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

Multa: R\$ 0,00
Juros: R\$ 0,00
Total creditado: R\$ 843,75

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um tornozelo 25%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 25%) 6,25%

Valor a indenizar: 6,25% x 13.500,00 = R\$ 843,75

Recebedor: **MILTON SANTOS**

Valor: R\$ 843,75

Banco: 104

Agência: 000003303

Conta: 0000039173-2

Tipo: CONTA POUPANÇA

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorno 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

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 12 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190469030

Vítima: MILTON SANTOS

Data do Acidente: 28/06/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE MARCOS DE OLIVEIRA ROSA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MILTON 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



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0270244/19

Vítima: MILTON SANTOS

CPF: 217.157.505-00

CPF de: Próprio

Data do acidente: 28/06/2018

Titular do CPF: MILTON SANTOS

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médica-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

JOSE MARCOS DE OLIVEIRA ROSA : 020.003.675-00

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

MILTON SANTOS : 217.157.505-00

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: 08/08/2019
Nome: JOSE MARCOS DE OLIVEIRA ROSA
CPF: 020.003.675-00

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 08/08/2019
Nome: JOSE MARINO GOYA ARAUJO
CPF: 221.365.090-04

JOSE MARCOS DE OLIVEIRA ROSA

JOSE MARINO GOYA ARAUJO

PROCURAÇÃO PARTICULAR PARA FINS ESPECÍFICOS DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Por este instrumento particular, eu (nome completo) Milton Santos, (nacionalidade) Brasileiro, (profissão) barrador, portador da cédula de identidade RG nº 482.950, emitido pela SSP / (UF) SE, inscrito sob o CPF nº 217.127.509-00, residente na (endereço completo) Rua Pedro Jose dos Santos 1º 138, na cidade de L.Srª da Glória, (UF) SE, CEP 49680-000, nomeio e constituo meu procurador, (nome do representante) José Marcos Dell Rosa (nacionalidade) Brasileiro, (profissão) Consultor, portador da cédula de identidade RG nº 2123.3829, emitido pela SSP / (UF) SE, inscrito sob o CPF nº 020.003.675-00, residente na (endereço completo) Rua das Silas 1º 012, na cidade de L.Srª da Glória, (UF) SE, CEP 49680-000, a quem confiro amplos e gerais poderes para , tratar , requerer, assinar papéis e documentos que se faça necessário para fins de **SOLICITAÇÃO DO SEGURO DPVAT** da vítima (nome da vítima) Milton Santos, junto à **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT**.

(local e data) Nossa Senhora da Glória, 18.07.2019

(assinatura) Milton Santos

(RG) 482.950

INVESTPREV

08 AGO 2019



RECONHECIMENTO

Reconhecido por autenticidade a firma indicada de MILTON SANTOS, que confere ci o padrão reg. nessa serventia. Dou fé.
Nossa Senhora da Glória/SE, 22 de julho de 2019. Dou fé.

Ricardo Hakkner Santos Gomes

RICK HAKKNER SANTOS GOMES (Escrivão)
22/07/2019 16:59:38 Valor Total R\$ 0,00
Selos TJSE: 201928674016468, Acesso:
<https://www.tjse.jus.br/tjse/FGMEA>



AAD60640

OBS: (a assinatura deve ser reconhecida por AUTENTICIDADE)

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

CS DETRAN - SE 000004390741 N° 014004608542
5 CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
5
5 VIA CÓD. RENAVAM EXERCÍCIO:
9 1 00329982222 000000000000 2018
4 NOME:
6 MARCIA REGINA ALVES DOS SANTOS
1 *****
5 *****
1 *****
9 CPF / CNPJ PLACA:
6 010.422.925-07 NVK1B34
4 PLACA ANT / UF CHASSI:
NVK1B34/SE 9C2KD0550BR020180
4 ESPECIE TIPO COMBUSTIVEL:
PAS/MOTOCICLETA/ ALCO/BASOL
4 MARCA / MODELO ANO FAB. ANO MOD.
HONDA/NXR150 BROS ES 2011 2011
4 CAP / POT / CIL CATEGORIA COR PREDOMINANTE:
2P/13CV/149CC PARTIC VERMELHA
4 COTA UNICA VENC. COTA UNICA VENC / COTAS:
I PAGO **** 1****
PVA FAIXA I.PVA PARCELAMENTO / COTAS 2****
A ***** 3****
PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) IOF (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO
SEGURADO PAGO REF. AO EXERCÍCIO 2018
OBSERVAÇÕES:
SEM RESTRIÇÕES FINANCEIRAS
MOTOR: KD05E5B020180
NOSSA SENHORA DA GLÓRIA-S. 29/05/2018
LUCIANA C. DE DA CHAGAS DE MELO
DIRETORA PRESIDENTE

LOC. DATA
INVESTPREV
08 AGO 2019

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT

SE N° 014004608542 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

EXERCÍCIO DATA EMISSÃO:
2018 29/05/2018

VIA CÓD. RENAVAM PLACA:
** 329982222 NVK1B34
MARCA / MODELO:
HONDA/NXR150 BROS ES
ANO FAB. CAT. TARE. Nº CHASSI:
2011 9 9C2KD0550BR020180

PRÊMIO TARIFÁRIO
PIS (R\$) DENATRAN (R\$) CUSTO DO SEGURO (R\$)
81,29 9,03 90,32
CUSTO DO BILHETE (R\$) IOF (R\$) TOTAL A SER PAGO PELO SEGURO (R\$)
4,15 0,70 185,50
PAGAMENTO PARCELADO DATA DE QUITAÇÃO:
 COTA ÚNICA PARCELADO 28/05/2018

SEGURADORA LÍDER - DPVAT
CNPJ 06.248.600/0001-04

PBT 28

INVESTPREV

08 AGO 2019

Para:

Relatório Médico

Pox. Willian Santa nutro de ex-
dente medicista em 08/06/18
Sofreu ataque d. Tomoylo E.
Tratado conservadormente. Apontou
dificuldades no desambig. (regulado)
Encontro a alta definitiva.

CID: 582


Dr. Alberto Veloso Verbas
CRM-SE 102.284-B05-25
07/08/18**INVESTPREV**

08 AGO 2019

MS/DATASUS

HOSPITAL REGIONAL DE NOSSA SENHORA DA GLORIA

No. DO BE: 361897

DATA: 28/06/2018 HORA: 09:22 USUARIO: MESILVA

CNS:

SETOR: 02-CONSULTORIO ADULTO

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME : MILTON SANTOS DOC...: 0
 IDADE.....: 74 ANOS NASC: 10/11/1943 SEXO...: MASCULINO
 ENDERECO....: RUA 15 DE AGOSTO NUMERO: 380
 COMPLEMENTO....: CASA BAIRRO: BRASILIA
 MUNICIPIO....: NOSSA SENHORA DA GLORIA UF: SE CEP...: 49680-000
 NOME PAI/MAE...: NAO CONSTA NO RG /MARIA JOSE SANTOS
 RESPONSAVEL....: O MESMO TEL....: 079
 PROCEDENCIA....: NOSSA SENHORA DA GLORIA-SE
 ATENDIMENTO....: ACIDENTE MOTOCICLISTICO (MOTOS)
 CASO POLICIAL.: NAO PLANO DE SAUDE....: NAO TRAUMA: NAO
 ACID. TRABALHO: NAO VEIO DE AMBULANCIA: NAO

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

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

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

DADOS CLINICOS:

DATA PRIMEIROS SINTOMAS: ___/___/___

*Queda de moto c/ fratura no tornozelo**5 dias.*

ANOTACOES DA ENFERMAGEM:

DIAGNOSTICO:

CID:

PRESCRICAO

HORARIO DA MEDICACAO

→ P de tornozelo (G) → Não consegue mobilizar, incom
 - Diclofenaco. 100 mg
 - Dipirona 0,5 g (G)

Encaminho ao Ortopedista

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 [] ANAT. PATOL

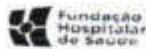
ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSAVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

Dr. Antonio C. Redrosa Neto
Clinica Medicina Geral
CRM/PR 10000

→ Dr. SCR Jdm. medicos presentes, em seguida dorso gluteo de +
 65°, sem hipotensão. Tcc. Sefaz 4:36h

**HOSPITAL REGIONAL GOV. JOÃO ALVES FILHO
NOSSA SENHORA DA GLÓRIA/SE
ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO**



Hora da classificação: _____

Peso: _____ (Kg)

Queixa: Agudo Crônico:

Profissão:

História Pregressa: DM HAS Cardiopata

Etilista

Tabagista

Niergia Medicamentosa: Não Sim Especificar

Uso de Medicação: Não Sim. Qual (se sim)?

ESCALA DE COMA DE GLASGOW

INDICADORES		RESPOSTA OBSERVADA						TOTAL
Abertura Ocular	↓	Espontânea 4 <input type="checkbox"/>	Ordem Verbal 3 <input type="checkbox"/>	Dor 2 <input type="checkbox"/>	Sem Resposta 1 <input type="checkbox"/>			
Resposta Verbal	↓	Orientada 5 <input type="checkbox"/>	Confusa 4 <input type="checkbox"/>	Palavras Inapropriadas 3 <input type="checkbox"/>	Palavras Incompreensivas 2 <input type="checkbox"/>	Sem Resposta 1 <input type="checkbox"/>		
Respostas Motoras	↓	Obedece ao comando 6 <input type="checkbox"/>	Localiza a dor 5 <input type="checkbox"/>	Reação Inespecífica 4 <input type="checkbox"/>	Flexão Anormal 3 <input type="checkbox"/>	Extensão a dor 2 <input type="checkbox"/>	Sem Resposta 1 <input type="checkbox"/>	

SINAIS VITAIS:

Hora	FC (bpm)	FR (rpm)	SPO2 (%)	Tax °C	PA: (mmHg)	Glicemia (mg/dl)	Assinatura do profissional

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Vermelho:

Laranja:

Amarelo:

Verde:

Azul:

Carimbo e Assinatura do Enfermeiro

Data / Hora	Evolução de Enfermagem
	HOSPITAL REGIONAL DE GLÓRIA Realização do Exame do RGIC-A7/IFPO  COD. PROG. 2594 09  COD. PROG. 2594 09

ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM

PACIENTE

Milton Soárez

FERMARIA

EXAMES

ANOTAÇÃO

LEITO

Peço desculpas, dei entrada no setor de sutura, apresentando exangue + edema em braço esquerdo + quebra queda de mola; foi realizado limpeza + administração medicamentosa prescrita, encaminhado para radiografia, já qd o dgo. é auxiliado com interpretante, contudo paciente recusou-se, evadindo-se. Tel: Selânia 413642

INVESTPREV

08 AGO 2019



INVESTPREV

08 AGO 2019

DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

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

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

Eu, Maria Regina Alves dos Santos,

RG nº 3.166-714-7, data de expedição 31/05/2001

Órgão BSP/SE, portador do CPF nº 070-422-925-07,

com domicílio na cidade de Nossa Senhora da Glória, no Estado de Sergipe, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

Rua Pedro Jose dos Santos, nº 51,

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

Milley Santos, cujo o condutor era

Paulo Silva Santos Júnior.

Veículo: PASINOTICL67, Modelo: HONDA INXR 350 BR0SES, Ano: 2011

Placa: NVK 1834, Chassi: 9C2KDOSS0BR0000 180

Data do Acidente: 28/06/2018

Local e Data:

Nossa Senhora da Glória;

Maria Regina Alves dos Santos

Assinatura do Declarante

Paulo Silva Santos Júnior

Assinatura do Condutor

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

RECONHECIMENTO

Ricenho por autenticidade a firma indicada de MARIA REGINA ALVES DOS SANTOS que confere o padrão reg. neste serventia. Dou fá.

Nossa Senhora da Glória/SE, 18 de julho de 2019. Dou fé.

Ederaldo Alves da Silva (Escrevente)

19/07/2019 15:03:58 Valor Total R\$ 8,94

Selo TJSE: 201929574016282, Acesso:

<https://www.tjse.jus.br/QUAKE>



AAD60801



INVESTPREV

08 AGO 2019

MARIA APARECIDA DA SILVA SAN

..***-**

RUA PEDRO JOSE DOS SANTOS, 136, N. SENHORA DA GLÓRIA, 49680-000

Matrícula	Data	Nº Fatura	RES: 1
704008/00066	09/07/2019	A18N458268	
DETALHAMENTO DE CONSUMO			
DATA: 09/07/2019 HISTÓRICO DE CONSUMO DATA DE CONSULTA: 09/07/2019 DATA DE VENCIMENTO: 15/07/2019 DATA DE PAGAMENTO: 06/07/2019 DATA DE VENCIMENTO DE PAGAMENTO: 06/07/2019 INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES: PAGAV. SAO OS TRIBUTOS (CRB). CUSTOS: 11,88 PAGAV: 2,46			

Detalhe	Válida
ÁGUA	63,06
ESGOTO	0,00
040 PARCELAMENTO DE CONTAS	35,63
040 PARCELAMENTO DE CONTAS	34,63
043 PARCEL. ACRES IMPONT.	1,93
043 PARCEL. ACRES IMPONT.	2,25
044 JUROS SOBRE PARCELAMENTO	3,47
044 JUROS SOBRE PARCELAMENTO	4,02
080 MULTA P/IMPONTUALIDADE	3,91
0101 08/2019	

DATA	VENCIMENTO	VALOR
07/2019	VENCIMENTO: 15/07/2019	149,10

O ATENDIMENTO PELA DIVISORIA DA AGESB SO CORRERÁ APÓS PROTOCOLO REGISTRADO NA DESO E SERVIÇO NÃO EXECUTADO DENTRO DA DATA PREVISTA.

A falta de pagamento dessa fatura 30 (trinta) dias após seu vencimento implica na interrupção do fornecimento de serviços - art. 91, Decreto Lei nº 27.565/2010.

CANAL DE ATENDIMENTO: 0800 678 0195 – SAC: 4020-0195
 AGENCIA VIRTUAL: www.deso-br.com.br/agenciavirtual

Quedação da Água Distribuída (Decreto Federal nº 5.440/2005 – Art. 8º Inciso I)

Protocolo	Numero	Car.	Cor.	Piso	Contagem Total	Total Precio
07/07/2019 08:00:00	62	10	44		62	62
07/07/2019 08:00:00	64	14	64		64	64
07/07/2019 08:00:00	67	68	56		61	62


DESO
 COMPANHIA DE SANEAMENTO BÁSICO

Matrícula	Data
678729.0	15/07/2019
07/2019 0	149,10

826400000012 491000418203 678729007206 191678/28010


INVESTPREV

08 AGO 2019