

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

Valoração 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

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 nº9.613/98.

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 Multam Santos inscrito (a) no CPF sob o Nº 217.157.505/00, do sinistro de DPVAT cobertura unidade da Vítima Multam 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 Selhos</u>		Número	<u>217</u>	Complemento	<u>Exatário</u>
Bairro	<u>Basiléia</u>	Cidade	<u>Gr. Sa da Gloria</u>	Estado	<u>SE</u>	CEP
Email	<u>marcosdugloria@gmail.com</u>		Telefone comercial(DDD)	<u>49.99189204</u>	Telefone celular (DDD)	<u>49.99252568</u>

Gr. Sa da Gloria de 08 de 19
Local e Data

Jose Marcos D.O. Rosa
Assinatura do Declarante

INVESTPREV

08 AGO 2019

Atto

MS/DATASYS

HOSPITAL REGIONAL DE NOSSA SENHORA DA GLORIA

No. DO BE: 361897
CNS:

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: [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: __/__/__

*Doença de auto c/ trauma no Tonsilo
signif.*

ANOTACAO DE FARMACIA:

INVESTPREV

08 AGO 2019

DIAGNOSTICO:

CID:

PRESCRICAO

HORARIO DA MEDICACAO

*→ R de tonsilo (G) → Não consegue verbalizar, imagem
- Di. crânio. ps (G) péssima.
- Di. pulmões ps (G)*

Encaminhado ao ONCOLOGISTA

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. Pedrosa Neto
CRM 14.123
Ouro Preto 2010*

*→ CO. SOL com medicação prescrita, em região dorso-glútea de 5
SSE, sem intercorrências. Tel. Sofia 41364*

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: 017.157.505-00 Nome completo da vítima: Multam Santos

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

Nome completo: Multam Santos CPF: 017.157.505-00
Profissão: Assessor Endereço: Rua Pedro José dos Santos Número: 138 Complemento: _____
Bairro: Centro Cidade: Jr. Sa. da Gloria Estado: SE CEP: 49.680-000
E-mail: marceoduglenia@gmail.com Tel. (DDD): 49.99189207

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

RENTA 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: _____

AGÊNCIA: 3303 CONTA: 39173 2 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (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: _____ 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 comprovarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor pago, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Local e Data: Jr. Sa. da Gloria 01.08.19

Nome: _____
CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura

2ª | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura

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.

INVESTPREV

08 AGO 2019



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: POVOADO ALGODÃO
Tipo do Local: Área Rural

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

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: MILTON SANTOS (VÍTIMA)

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

Documento(s)

RG - Carteira de Identidade: 482950
CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 217.157.505-00

Endereço

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

Nome Civil: PAULO SILVA SANTOS JUNIOR (COMUNICANTE, ENVOLVIDO)

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 Nº: 109
Logradouro: RUA DIGENAL TAVARES

INVESTPREV

08 AGO 2019



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	Marcas/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 J. de O. Madeiro
Escritório de Polícia
Alfredo José de Oliveira Madeiro
Responsável pelo Atendimento

Paulo Silva Santos Junior
Paulo Silva Santos Junior
(Envolvido / Comunicante)

"Declaro para os devidos fins de direito que sou o(s) único(s) responsável pelas informações acima assentadas e ciente que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei origem, conforme previsto nos Artigos 330-Denúncia Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."

INVESTPREV

08 AGO 2019

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, 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



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

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

Data do acidente: 28/06/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: MILTON SANTOS

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-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

JOSE MARCOS DE OLIVEIRA ROSA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

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) Camada, portador da cédula
de identidade RG nº 482.950, emitido pela SSP / (UF) SE,
inscrito sob o CPF nº 217.137.500-00, residente na (endereço
completo) Rua Pedro Jose Dos Santos n.º 138, na cidade de
N.ª S.ª da Glória, (UF) SE, CEP 49680-000, nomeio e
constituo meu procurador, (nome do representante) Jose Marcos de B. Rosa
(nacionalidade) Brasileiro, (profissão) Consultor, portador da cédula
de identidade RG nº 21233829, emitido pela SSP / (UF) SE,
inscrito sob o CPF nº 080.003.675-00, residente na (endereço
completo) Rua Das Silas n.º 217, na cidade de
N.ª S.ª da Glória, (UF) SE, CEP 49680-000, a quem confiro
amplios 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)

(RG) 482.950

INVESTPREV

08 AGO 2019



OBS: (a assinatura deve ser reconhecida por AUTENTICIDADE)

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

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

SE Nº 014004608542 BILHETE DE SEGURO DPVAT

CS DETRAN - SE 000004390741 Nº 014004608542

5 CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEICULO

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 NVK1834

4 PLACA ANT. / UF CHASSI

NVK1834/SE 9C2KD0550BR020180

ESPECIE TIPO COMBUSTIVEL

PAS/MOTOCICLETA/ ALCO/BASOL

MARCA / MODELO ANO FAB. ANO MOD.

HONDA/NXR150 BROS ES 2011 2011

CAP. / POT. / CIL. CATEGORIA COR PREDOMINANTE

2P/13CV/149CC PARTIC VERMELHA

COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA VENC. / COTAS

1 PAGO ***** 1 *****

FAIXA L.P.V.A. PARCELAMENTO / COTAS 2 *****

***** 3 *****

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) IOF (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO

SEGURO PAGO REF. AO EXERCÍCIO 2018

OBSERVAÇÕES

SEM RESTRICÇÕES FINANCEIRAS

MOTOR: KD05E5B020180

LOCO DATA

NOSSA SENHORA DA GLÓRIA-S 29/05/2018

LUCIANA C. DEVA CHAGAS DE MELO

DIRETORA PRESIDENTE

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 CPF / CNPJ PLACA

** 010.422.925-07 NVK1834

RENAVAM MARCA / MODELO

329982222 HONDA/NXR150 BROS ES

ANO FAB. CAT. TUR. Nº CHASSI

2011 9 9C2KD0550BR020180

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$) DENATRAN (R\$) CUSTO DO SEGURO (R\$)

81,29 9,03 90,32

CUSTO DO BILHETE (R\$) IOF (R\$) IOF A SER PAGO PELA SEGURADORA (R\$)

4,15 0,70 185,50

PAGAMENTO DATA DE QUITAÇÃO

X COTA ÚNICA PARCELADO 28/05/2018

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 08.248.600/0001-04

PBT 28

INVESTPREV

08 AGO 2019



HOSPITAL E MATERNIDADE
Santa Isabel

Av. Simeão Sobral, s/nº - Santo Antônio - CEP 49060-640 - Aracaju/SE
Fone: (79) 3212-4900 Fax: (79) 3236-2053 CNPI/MF nº 13.025.507/0001-41

Para:

Relatório Médico

*Pac. Milton Santa, vítima de aci-
dente motociclistico em 08/06/18
Sofreu fratura de tornozelo E.
Tratado conservadoramente. Apresenta
dificuldade ao deambular (sequela).
Encaminhado para alta definitiva.
CID: S82*

Dr. Alberto Veloso Verhaeghe
CRM 223 - CPF 102.894.505-25
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 pulso e/ou tórax no tórax
e/ou...*

ANOTACOES DA ENFERMAGEM:

DIAGNOSTICO:

CID:

PRESCRICAO

HORARIO DA MEDICACAO

*→ R de tórax (G) → Não consegue respirar, inchaço
- Diuréticos (G) perine.
- Diuréticos (G)*

ENCAMINHADO AO ONCOLOGISTA

DATA DA SAIDA: / /

HORA DA SAIDA: :

ALTA: [] DECISAO MEDICA [] A PEDIDO [] EVASAO [] DESISTENCIA

[] ENCAMINHADO AO AMBULATORIO

INTERNAÇÃO 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. Pedrosa Neto
Clínica Médica
CRM 10.100
Grande 1000*

*→ Cq. SCL sem medicação prescrita, em regime de internação de 6
dias, sem intercorrências. Tel. Saúde 41361.*

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 ☐

Alergia Medicamentosa: ☐ Não ☐ Sim. Especificar: _____

Uso de Medicação: ☐ Não ☐ Sim. Qual (is)? _____

ESCALA DE INTENSIDADE DA DOR

ESCALA DE COMA DE GLASGOW

INDICADORES	RESPOSTA OBSERVADA					TOTAL
Abertura Ocular	Espontânea 4	Ordem Verbal 3	Dor 2	Sem Resposta 1		
Resposta Verbal	Orientada 5	Confusa 4	Palavras Inapropriadas 3	Palavras Incompreensíveis 2	Sem Resposta 1	
Respostas Motoras	Obedece ao comando 6	Localiza a dor 5	Reação Inespecífica 4	Flexão Anormal 3	Extensão a dor 2	Sem Resposta 1



SINAIS VITAIS:

Hora	FC (bpm)	FR (rpm)	SPO2 (%)	Tem °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 no IBC-X / IFO

[Assinatura]
Fisiologia
00404

COD. PROD. _____

COD. PROD. _____

9594 9

ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM

PACIENTE

Nilton Sampaio

ENFERMAGEM

DATA

ANOTAÇÃO

LEITO

Paciente supracitado, deu entrada no setor de internação apresentando ematoma + edema em tornozelo e após trauma / queda de moto; foi realizada limpeza + administração de medicamentos prescritos, encaminhado para radiografia, na qual o diagnóstico foi fratura de calcâneo, com lesão neurológica, evoluindo-se. Téc. Sefama 413642

INVESTPREV

08 AGO 2019

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, Marcia Regina Alves dos Santos

RG nº 3.166.714-7, data de expedição 31/05/2001

Órgão BSP/SE, portador do CPF nº 010-422.925-07

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 516

complemento Casa, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

mentionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima

Miller Santos, cujo o condutor era

Paulo Silva Santos Junior

Veículo: PAS/NOTOCICL61 Modelo: HONDA INXR 150 BROSSES Ano: 2011

Placa: NVK1834 Chassi: 9C2KD0550BR000180

Data do Acidente: 28/06/2018

Local e Data: Nossa Senhora da Glória;

Marcia Regina Alves dos Santos
Assinatura do Declarante

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

RECONHECIMENTO

Reconheço por autenticidade a firma indicada de **MARCIA REGINA ALVES DOS SANTOS** que confere c/ o padrão reg. nesta serventia. Dou fé.
Nossa Senhora da Glória/SE, 18 de julho de 2019. Dou fé.

Edesildo Alves da Silva (Escrivente)

19/07/2019 15:03:58 Valor Total R\$ 9,84
Selo TJSE: 201929574016282, Acesso:
<https://www.tjse.jus.br/x/QUKJE>



AA060801



INVESTPREV

08 AGO 2019

*** 附錄 附錄 附錄 附錄 ***

MARIA APARECIDA DA SILVA SAN

原主係、本報、編輯部一併

RUA PEDRO JOSE DOS SANTOS, 138, N. SENHORA DA GLORIA, 49680-000

704008/00066

09/07/2019

A18N458268

DES = 1

1971 - 1972	34
1973 - 1974	47
1975 - 1976	5
1977 - 1978	8
1979 - 1980	07/09/79
1981 - 1982	52
1983 - 1984	0.58
1985 - 1986	06/09/86

HISTÓRICO DE CONSUMO

```

      =REL,SAD,OL,TRIGUOS,CHS)
      CHN:15: 11.33      PAS: 2.45

```

2000

Value

AGUA		63,06
ESGOTO		0,00
040 PARCELAMENTO DE CONTAS	1003	35,63
040 PARCELAMENTO DE CONTAS	1206	34,63
043 PARCEL. ACRES. IMPONT.	1003	1,93
043 PARCEL. ACRES. IMPONT.	1206	2,25
044 JUROS SOBRE PARCELAMENTO	1003	3,47
044 JUROS SOBRE PARCELAMENTO	1206	4,02
080 MULTA P/IMPUNTUALIDADE	0101 06/2019	3,91

2017-2018

07/2019

VENCIMENTO: 15/07/2019

© 2004 Blackwell Publishing Ltd *Journal of Internal Medicine* 255: 103–110

149.10

O ATENDIMENTO PELA DIVISÃO DA AGREGAÇÃO DE SERVIÇOS DEVE OCORRER 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 implicará na interrupção do fornecimento de serviços - art 91, Decreto Lei nº 27.569/2010.

CANAL DE ATENDIMENTO: 0800 679 0195 - SAC: 4020-0195
AGÊNCIA VIRTUAL: www.deto-br.com.br/agenziavirtual

Parameter	Sample	Oil	Clay	Fiber	Composite Total	Residual Oil
10. 17 mm. Substrate Thickness	69	70	70		69	
11. 10 mm. Substrate Thickness	64	64	64		64	64
12. 5 mm. Substrate Thickness	67	69	66		61	62



678729-0

15/07/2019

07/2019 0

149. 10

826400000012 491000418203 578729007206 191878729010



INVESTPREV

08 AGO 2019