



**Poder Judiciário
Do Estado de Sergipe**

2ª VARA CÍVEL E CRIMINAL DE NOSSA SENHORA DA GLÓRIA DA COMARCA DE N. SRA. DA GLÓRIA
Rua Floriano Peixoto, Bairro Centro, N. Sra. Da Glória/SE, CEP 49680000
Horário de Funcionamento: 07:00 às 13:00

Dados do Processo

Processo: 202077200182	Distribuição: 17/02/2020
Número Único: 0000430-34.2020.8.25.0048	Competência: 2ª Vara Cível e Criminal de Nossa Senhora da Glória
Classe: Procedimento Comum	Fase: POSTULACAO
Situação: Andamento	Processo Principal: *****
Processo Origem: *****	

PARTE IDOSA

Assuntos

- DIREITO PROCESSUAL CIVIL E DO TRABALHO - Partes e Procuradores - Assistência Judiciária Gratuita
- DIREITO CIVIL - Responsabilidade Civil - Seguro Obrigatório - Invalidez

Dados das Partes

Requerente: MILTON SANTOS
Endereço: RUA PEDRO JOSE DOS SANTOS
Complemento:
Bairro: CENTRO
Cidade: NOSSA SENHORA DA GLORIA - Estado: SE - CEP: 49680000
Advogado(a): JOSÉ JEOVANY DA SILVA 889/A/SE
Requerido: SEGURADORA LÍDER DO CONSÓRCIO DO SEGURO DPVAT S.A.
Endereço: RUA SENADOR DANTAS
Complemento: 5º ANDAR
Bairro: CENTRO
Cidade: RIO DE JANEIRO - Estado: RJ - CEP: 20010000
Advogado(a): KELLY CHRYSTIAN SILVA MENENDEZ 2592/SE



**Poder Judiciário
Do Estado de Sergipe**

2ª VARA CÍVEL E CRIMINAL DE NOSSA SENHORA DA GLÓRIA DA COMARCA DE N. SRA. DA GLÓRIA
Rua Floriano Peixoto, Bairro Centro, N. Sra. Da Glória/SE, CEP 49680000
Horário de Funcionamento: 07:00 às 13:00

Processos Apensados:

--

Processos Dependentes:

--



**Poder Judiciário
Do Estado de Sergipe**

2ª VARA CÍVEL E CRIMINAL DE NOSSA SENHORA DA GLÓRIA DA COMARCA DE N. SRA. DA GLÓRIA
Rua Floriano Peixoto, Bairro Centro, N. Sra. Da Glória/SE, CEP 49680000
Horário de Funcionamento: 07:00 às 13:00

PROCESSO:

202077200182

DATA:

12/07/2021

MOVIMENTO:

Juntada

DESCRIÇÃO:

Juntada de Petição Avulsa do Advogado/Procurador/Defensor/Promotor KELLY CHRYSTIAN SILVA MENENDEZ (2592-SE) ao processo eletrônico. Protocolizado sob nº 20210712204905776 às 20:49 em 12/07/2021.

LOCALIZAÇÃO:

Secretaria

PUBLICAÇÃO:

Não

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/BIBLIOTECABWEB/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 COAF**².

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 URUBALINDA 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>Basília</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

Alto

MS/DATASYS 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 peso e trauma no tórax
e pulmão.

ANOTACAO DE EXAME:

INVESTPREV

08 AGO 2019

DIAGNOSTICO:

CID:

PRESCRICAO

HORARIO DA MEDICACAO

→ R de tórax (G) → Não consegue verbalizar, imagem
- Di. cardíaco. (G) pérmie.
- Di. pulmonar (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 Carlos de Almeida Neto
CRM 10.100/10
Ouro Preto, 28/06/2018

→ CO. SOL com medicação prescrita, em regime domiciliar de
SSE, sem intercorrências. Tel. Sofá 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 Glória Estado: SE CEP: 49.680-000
E-mail: morceaduglenia@gmail.com Tel. (DDD): 49.99189207

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

REDA 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 provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir a Seguradora e a responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Local e Data: Jr. Sa. da Glória 03.08.19

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	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 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 339-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



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) Camareiro, 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. 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. 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

CS DETRAN - SE 000004390741 Nº 014004608542
5 CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
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 *****
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

LOC. DATA
NOSSA SENHORA DA GLÓRIA-S 29/05/2018

LUCIANA C. DEVA CHAGAS DE MELO
DIRETORA PRESIDENTE

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

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
☒ 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 de deambular (sequela).
Encaminhado para alta definitiva.
CID: S82*

Dr. Alberto Veloso Verhaeghe
CRM 223 - CPF 102.894.505-25
07/08/19

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

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
Clínica Médica
CRIMIAL
Grande 1000*

*→ Cq. SCL sem medicação prescrita, em regime de internação de 6
dias em (intercâmbio) Ter. Sofávia 4364*

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 IBCO-XI TIPO

[Assinatura]
Fisiologia
00404

COD. PROD. _____

COD. PROD. _____

ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM

PACIENTE

Nilton Sampaio

ENFERMAGEM

DATA

ANOTAÇÃO

LEITO

Paciente supracitado, deu entrada no setor de internação apresentando emagrecimento + edema em membros inferiores. Trauma / queda de moto, foi realizada limpeza + administração de medicamentos prescritos, encaminhado para radiografia de pé direito e esquerdo e avaliação com ortopedista, constatando fratura de osso do pé direito, 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
mencionado 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.

Edersildo 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/QU4KJE>



AA060801



INVESTPREV

08 AGO 2019

