

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

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/DOCUMENTAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29656>

A Circular SUSEP 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 JOÃO MARCOS DE OLIVEIRA ROCHA

inscrito (a) no CPF/CNPJ 020.003.675 / 00 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Renata Siqueira Souza inscrito (a) no CPF sob o Nº 042.862.425 60

do sinistro de DPVAT cobertura invalides da Vítima Renata Siqueira Souza

inscrito (a) no CPF sob o Nº 042.862.425 60 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 Sinos</u>	Número: <u>217</u>	Complemento: <u>Armazém</u>
Bairro: <u>Sinos</u>	Cidade: <u>Itapecuru Velha</u>	Estado: <u>SE</u>
E-mail: <u>marcosinfirio@gmail.com</u>	CEP: <u>49.680-000</u>	Tel. (DDD): <u>79.9918.9207</u>

Local e Data: Itapecuru Velha

JOÃO MARCOS DE OLIVEIRA ROCHA

Assinatura do Declarante

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: _____ 3 - CPF da vítima: 072.862.725-60 4 - Nome completo da vítima: Romario Siqueira Souza

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

5 - Nome completo: Romario Siqueira Souza 6 - CPF: 072.862.725-60
7 - Profissão: lavrador 8 - Endereço: Rua da Liberdade 148 9 - Número: 148 10 - Complemento: lavrador
11 - Bairro: zona rural 12 - Cidade: N. São de Lourdes 13 - Estado: SE 14 - CEP: 49.890-000
15 - E-mail: marcosdufaria@gmail.com 16 - Tel.(DDD): 49.99189207

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: _____
18 - CPF do Representante Legal: _____ 19 - Profissão do Representante Legal: _____

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☒ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 0117 1 CONTA: 26977 8
(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 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.

22 - 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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima: _____

25 - Grau de Parentesco com a vítima: _____ 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 30 - Vítima deixou nascituro (ou nascos)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 33 - 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.

34

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: N. São de Lourdes 09.01.19

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

ENVELOPE

OR *

RIACAO

NTA:

ENCIA:

AVORECIDO

2.353.423.

5.

26.977-

0117-

RENARIA SIQUEIRA SOUZ

COMPROVANTE DE ENTREGA DE ENVELOPE
DEPOSITO EM POUPANCA - DINHEIRO

0099

4572718

Autoatendimento - 11:21:07

8/01/2020

SBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL



DESO
COMPANHIA DE SANEAMENTO DE SERGIPE
Sede: Rua Campo do Brito, 331, 13 de Julho, Anápolis-SE, 49020-380
CNPJ: 13.015.171/0001-90 - INSC. EST. 27.661.028-2

FATURA MENSAL #

353935.0

Nome do Cliente		CPF	
DURVAL LINO CARDOSOS JESUS		***.***.***-**	
Endereço			
RUA DA COHAB, 148, POV ESCURIAL, 49890-000			
Grupo/Sistema/Rede/Leduras	Data de Letura	Relatório	Classificação / Economia
577001/00353	25/09/2019	A07N272887	RES: 1
Leit. Anterior 2080 Leit. Atual 2098 Consumo faturado (m3) 18 Média de consumo (m3) 10 Demanda da Leitura Data da Leit. Anterior 26/08/19 Data de consumo 30 Média diária (m3) 0,33 Previsão para Prox. Leit. 25/10/19		HISTÓRICO DE CONSUMO REF. (m3) 08/19 00010 07/19 00009 06/19 00009 05/19 00011 04/19 00012 03/19 00012	
INCRÉDULOS COMPLEMENTARES		PREVISÃO DE TRIBUTOS (R\$) COFINS: 8,79 PASEP: 1,47	

		Valor
ÁGUA		88,38
ESGOTO		0,00
080 MULTA P/IMPONTUALIDADE	0101 08/2019	0,75
091 JUROS DE MORA	0101 07/2019	0,16
094 ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA	0101 07/2019	0,03

09/2019	VENCIMENTO: 03/10/2019	89,32
---------	------------------------	-------

SETEMBRO AMARELO: MES DA PREVENÇÃO AO SUICÍDIO. SUA VIDA É A MELHOR ESCOLHA!

A falta de pagamento dessa fatura 30 (trinta) dias após seu vencimento implicará na interrupção do fornecimento de serviços - art 91, Decreto Lei nº 27.585/2010.

CANAL DE ATENDIMENTO: 0800 079 0195 - SAC: 4020-0195
AGÊNCIA VIRTUAL: www.deso-se.com.br/agenziavirtual

Qualidade da Água Distribuída (Decreto Federal nº 5.440/2005 - Art.5º inciso I)

Parâmetro	Turbidez	Cor	Cloro	Flor.	Coliformes Totais	Escherichia Coli
Nº Mínimo de Amostras Exigidas	16	10	16		16	
Nº de Amostras Analisadas	21	21	21		21	21
Nº Mínimo de Amostras em Conformidade com Portaria 2316/2011	12	17	10		16	16

Elaborado pelo Departamento de Qualidade, São Vicente

Favor Autenticar no Verso



**GOVERNO DO ESTADO DE SERGIPE
POLÍCIA CIVIL**

DELEGACIA DISTRITAL DE NOSSA SENHORA DE LOURDES - NOSSA SENHORA DE LOURDES - SE

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 116325/2019-A01

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 16/01/2020 09:30 Data/Hora Fim: 16/01/2020 09:36
Delegado de Polícia: Newton Rodrigues Dos Santos

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia Distrital de Nossa Senhora de Lourdes

Data/Hora do Fato: 06/08/2019 16:00

Local do Fato

Município: Nossa Senhora de Lourdes (SE)

Bairro: Carro Quebrado

Logradouro: Povoado Carro Quebrado

Complemento: Zona Rural

CEP: 49.890-000

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1093: ACIDENTE DE TRÂNSITO SEM VÍTIMA	Não Houve

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: RENARIA SIQUEIRA SOUZA (COMUNICANTE)

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Nenhum Objeto Informado

RELATO/HISTÓRICO

Conta a noticiante, Renaria Siqueira Souza que no dia 06/08/2019, às 16:00 h se deslocou do povoado em que atualmente reside (Escorial) com destino a Nossa Senhora de Lourdes e nas proximidades do povoado Carro Quebrado, não tendo como desviar, colidiu com um semovente (CAVALO), vindo esta a ser hospitalizada por um período superior a um mês em um hospital na capital deste Estado de Sergipe. Narra ainda que a moto possui as seguintes características: placa: OEM7431; CHASSI: 9C2KC16B0ER472756; ANO DE FABRICAÇÃO: 2013/2014; COR: PRETA; RENAVAM: 00687894581; PROPRIETÁRIO: WESLEI BARROS MARQUES. CPF DO PROPRIETÁRIO: 064840365-35.

ASSINATURAS

Robério Chaves

Mat. 2709

Agente de Polícia Judiciária

Robério Chaves

Robério Inaldo Chaves do Oriente Silva

Agente de Polícia

Matrícula 2709

Responsável pelo Atendimento

Renaria Siqueira Souza

Renaria Siqueira Souza

(Comunicante)

Declaro para os devidos fins de direito que sou o(a) principal responsável pelas informações acima apresentadas e ciente que posso responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei origem, conforme previsto nos Artigos 230-Denúnciação Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro.



Delegado de Polícia Civil: Newton Rodrigues Dos Santos
Impresso por: Robério Inaldo Chaves do Oriente Silva
Data de Impressão: 16/01/2020 09:36
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 1

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 072.862.725-60 4 - Nome completo da vítima: Romário Siqueira Souza

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

5 - Nome completo: Romário Siqueira Souza 6 - CPF: 072.862.725-60
7 - Profissão: Lanchador 8 - Endereço: Rua da Liberdade 9 - Número: 148 10 - Complemento: casa
11 - Bairro: Zona rural 12 - Cidade: N. São João de laurdis 13 - Estado: SE 14 - CEP: 49.890-000
15 - E-mail: marcosdufaria@gmail.com 16 - Tel.(DDD): 79.99189207

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☒ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 01171 CONTA: 269778

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

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.

22 - 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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima: _____

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (ou nascos)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - 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.

34

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: N. São João de laurdis 09.01.19

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

ENVELOPE

OR *

RIACAO

NTA:

ENCIA:

AVORECIDO

2.353.423.

5.

26.977-

0117-

RENARIA SIQUEIRA SOUZ

COMPROVANTE DE ENTREGA DE ENVELOPE
DEPOSITO EM POUPANCA - DINHEIRO

0099

4572718

Autoatendimento - 11:21:07

8/01/2020

SBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 116325/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 05/11/2019 09:58 Data/Hora Fim: 05/11/2019 10:10
Delegado de Polícia: Neviton Rodrigues Dos Santos

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia Distrital de Nossa Senhora de Lourdes

Data/Hora do Fato: 06/08/2019 16:00

Local do Fato

Município: Nossa Senhora de Lourdes (SE)

Bairro: Carro Quebrado

Logradouro: Povoado Carro Quebrado

Complemento: Zona Rural

CEP: 49.890-000

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1093: ACIDENTE DE TRÂNSITO SEM VÍTIMA - OUTROS	Não Houve

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: RENARIA SIQUEIRA SOUZA (COMUNICANTE)

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Nenhum Objeto Informado

RELATO/HISTÓRICO

Conta a noticiante, Renaria Siqueira Souza que no dia 06/08/2019, às 16:00 h se deslocou do povoado em que atualmente reside (Escorial) com destino a Nossa Senhora de Lourdes e nas proximidades do povoado Carro Quebrado, não tendo como desviar, colidiu com um semovente (CAVALO), vindo esta a ser hospitalizada por um período superior a um mês em um hospital na capital deste Estado de Sergipe.

ASSINATURAS



Victor Emanuel Damasceno

Agente de Polícia

Matrícula 1285837

Responsável pelo Atendimento



Renaria Siqueira Souza

(Comunicante)

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

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 22/05/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 5.400,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: RENARIA SIQUEIRA SOUZA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 00117-1

CONTA: 000010026977-X

Nr. da Autenticação 4A18E553F4CEE510

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 04/05/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.350,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: RENARIA SIQUEIRA SOUZA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 00117-1

CONTA: 000010026977-X

Nr. da Autenticação 37E291C574166E39

Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e

Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.

Número do Sinistro: **3200152619**

Nome do(a) Examinado(a): **RENARIA SIQUEIRA SOUZA**

Endereço do(a) Examinado(a):

Rua da Cohab, 148 - Nossa Senhora de Lourdes - SE - CEP 49890-000

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSP /SE**] **3746491-4**

Data e local do acidente: [**06/08/2019**] **NOSSA SENHORA DE LOURDES - SE**

Data e local do exame: [**14/05/2020**] **Aracaju** [**SE**]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

Traumatismo crânio-encefálico com hematoma subdural aguda fronto parietal direita. Ferimento corto-contuso em região occipital.

II. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

Ao exame apresenta ausência parcial da calota craniana à direita, com relato de cefaleia persistente em uso continuado de analgésicos e de crises convulsivas (em uso de anticonvulsivantes)

III. Nexa de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

[☒] Sim [☐] Não

IV. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

Vítima admitida com Glasgow 12, referência de otalgia à direita, evoluindo com rebaixamento do nível de consciência, sendo necessário intubação, sendo necessário suporte em unidade de terapia intensiva. Realizado tratamento cirúrgico sendo realizada craniectomia descompressiva e drenagem. Quadro clínico evoluindo, durante o internamento, com trombose venosa profunda em membro superior direito, tromboflebite da veia cefálica direita e escara sacral. Evoluindo com melhora do quadro, sendo extubada, recebendo alta da UTI. Alta hospitalar em 13/09/2019 com orientações para acompanhamento.

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)?

[☒] Sim [☐] Não

VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

Dano neurológico

Caso a resposta do item V seja “Não”, concluir utilizando apenas as opções no item VII “a”. Caso a resposta seja “Sim”, valorar o dano permanente no item VII “b”.

VII. Segundo previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

() "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em ____ dias

() "Sem sequela permanente" (Não

existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

b) Havendo dano corporal segmentar, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

Sistema Nervoso Central

% do dano: () 10% residual () 25% leve
(X) 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

VIII. * Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal.

VÍTIMA INDENIZADA ANTERIORMENTE ATRAVÉS DE ANÁLISE MÉDICA DOCUMENTAL. PAGAMENTO REALIZADO FOI REFERENTE A UM DÉFICIT NEUROLÓGICO RESIDUAL. DE ACORDO COM A ANÁLISE DO EXAME MÉDICO PRESENCIAL, VÍTIMA COM COMPROMETIMENTO DE 50% NEUROLÓGICO, SENDO ASSIM, REALIZAR O COMPLEMENTO ADEQUANDO A INDENIZAÇÃO




Kleberton Cesar Siqueira Santana - CRM: 2481 - SE

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200152619 **Cidade:** Nossa Senhora de Lourdes **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: RENARIA SIQUEIRA SOUZA **Data do acidente:** 06/08/2019 **Seguradora:** COMPANHIA DE SEGUROS ALIANÇA DA BAHIA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 27/04/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIO-ENCEFÁLICO (HEMATOMA SUBDURAL AGUDO).

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (CRANIOTOMIA DESCOMPRESSIVA). ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: DÉFICIT NEUROLÓGICO

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT NEUROLÓGICO RESIDUAL.

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
Lesões neurológicas que cursem com dano cognitivo-comportamental alienante	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
Total			10 %	R\$ 1.350,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200152619 **Cidade:** Nossa Senhora de Lourdes **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: RENARIA SIQUEIRA SOUZA **Data do acidente:** 06/08/2019 **Seguradora:** COMPANHIA DE SEGUROS ALIANÇA DA BAHIA

PARECER

Diagnóstico: Traumatismo crânio-encefálico com hematoma subdural aguda fronto parietal direita. Ferimento corto-contuso em região occipital.

Descrição do exame físico: Ao exame apresenta ausência parcial da calota craniana à direita, com relato de cefaleia persistente em uso continuado de analgésicos e de crises convulsivas (em uso de anticonvulsivantes)

Resultados terapêuticos: Vítima admitida com Glasgow 12, referência de otalgia à direita, evoluindo com rebaixamento do nível de consciência, sendo necessário intubação, sendo necessário suporte em unidade de terapia intensiva. Realizado tratamento cirúrgico sendo realizada craniectomia descompressiva e drenagem. Quadro clínico evoluindo, durante o internamento, com trombose venosa profunda em membro superior direito, tromboflebite da veia cefálica direita e escara sacral. Evoluindo com melhora do quadro, sendo extubada, recebendo alta da UTI. Alta hospitalar em 13/09/2019 com orientações para acompanhamento.

Sequelas permanentes: Dano neurológico

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 14/05/2020

Conduta mantida: Não

Observações: VÍTIMA INDENIZADA ANTERIORMENTE ATRAVÉS DE ANÁLISE MÉDICA DOCUMENTAL. PAGAMENTO REALIZADO FOI REFERENTE A UM DÉFICIT NEUROLÓGICO RESIDUAL. DE ACORDO COM A ANÁLISE DO EXAME MÉDICO PRESENCIAL, VÍTIMA COM COMPROMETIMENTO DE 50% NEUROLÓGICO, SENDO ASSIM, REALIZAR O COMPLEMENTO ADEQUANDO A INDENIZAÇÃO

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
Lesões neurológicas que cursem com dano cognitivo-comportamental alienante	100 %	Em grau médio - 50 %	50%	R\$ 6.750,00
Total			40 %	R\$ 5.400,00

Rio de Janeiro, 13 de Maio de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200152619

Vítima: RENARIA SIQUEIRA SOUZA

Data do Acidente: 06/08/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), RENARIA SIQUEIRA SOUZA

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

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, 08 de Maio de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200152619

Vítima: RENARIA SIQUEIRA SOUZA

Data do Acidente: 06/08/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), RENARIA SIQUEIRA SOUZA

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\$ 1.350,00

Dano Pessoal: Lesões neurológicas que cursem com dano

cognitivo-comportamental alienante 100%

Graduação: Em grau residual 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 100%) 10,00%

Valor a indenizar: 10,00% x 13.500,00 = R\$ 1.350,00

Recebedor: **RENARIA SIQUEIRA SOUZA**

Valor: **R\$ 1.350,00**

Banco: **001**

Agência: **000000117-1**

Conta: **000010026977-X**

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, 22 de Abril de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200152619

Vítima: RENARIA SIQUEIRA SOUZA

Data do Acidente: 06/08/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), RENARIA SIQUEIRA SOUZA

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, 15 de Abril de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200140843

Vítima: RENARIA SIQUEIRA SOUZA

Data do Acidente: 06/08/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), RENARIA SIQUEIRA SOUZA

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Foi verificado que o dano pessoal evoluiu sem sequela definitiva, razão pela qual não foi caracterizada a invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

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 orientações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01009/01010 - carta_04 - INVALIDEZ



Carta nº 15707672

DO BE: 32875
S:

DATA: 07/08/2019 HORA: 00:49 USUARIO: TSANTOS
SETOR: 04-PS VERMELHA

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

ME : RENARIA SIQUEIRA SOUZA DOC....: 37464
ADE.....: 21 ANOS NASC: 10/05/1998 SEXO...: FEMIN
DERECO.....: POVOADO ESCURIAL NUMERO: 148
MPLEMENTO...: 703008849261275 BAIRRO: .
NICIPIO.....: NOSSA SENHORA DE LOURDES UF: SE CEP....: 49890
ME PAI/MAE...: RENARIO SOUZA /NADILZA SIQUEIRA DE JESU
SPONSAVEL...: MAE TEL....: 79-99
OCEDENCIA...: NOSSA SENHORA DAS DORES 62
ENDIMENTO...: ACIDENTE MOTOCICLISTICO (MOTOS)
SO POLICIAL..: NAO PLANO DE SAUDE....: NAO TRAUMA: NAO
ID. TRABALHO: NAO VEIO DE AMBULANCIA: SIM

FAF LANÇADA

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

AMES COMPLEMENTARES: [] RAIO X [] SANGUE [] URINA [] T
[] LIQUOR [] ECG [] ULTRASSONOGRAF

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

DOS CLINICOS:

DATA PRIMEIROS SINTOMAS: __/__/__

note admisso

OTACOES DA ENFERMAGEM:

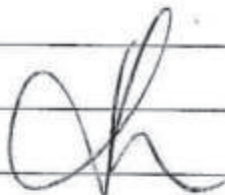
AGNOSTICO:

CID:

PRESCRICAO

HORARIO DA MEDIC

note prescricao



TA DA SAIDA: / /

HORA DA SAIDA:

TA: [] DECISAO MEDICA [] A PEDIDO [] EVASAO [] DESISTENCI

[] ENCAMINHADO AO AMBULATORIO

TERNACAO NO PROPRIO HOSPITAL (SETOR):

ANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):

TO: [] ATE 48HS [] APOS 48HS [] FAMILIA [] IML [] ANAT.

Nadilza Siqueira de Jesus

SINATURA DO PACIENTE/RESPONSAVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

608519
9.8.19
[Stamp]

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0015478/20

Vítima: RENARIA SIQUEIRA SOUZA

CPF: 072.862.725-60

CPF de: Próprio

Data do acidente: 06/08/2019

Titular do CPF: RENARIA SIQUEIRA SOUZA

Seguradora: COMPANHIA DE SEGUROS ALIANÇA DA BAHIA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação

JOSE MARCOS DE OLIVEIRA ROSA : 020.003.675-00

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

RENARIA SIQUEIRA SOUZA : 072.862.725-60

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 13/01/2020
Nome: JOSE MARCOS DE OLIVEIRA ROSA
CPF: 020.003.675-00

JOSE MARCOS DE OLIVEIRA ROSA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 13/01/2020
Nome: JOSE MARINO GOYA ARAUJO
CPF: 221.365.090-04

JOSE MARINO GOYA ARAUJO

Nome: JOSE MARCOS DE OLIVEIRA ROSA

CPF: 21233629-88

CPF: 020.003.675-00

DATA DE EMISSAO: 29/11/1985

Nome: JOSE LUIZ ROSA

Nome: LUIZETE SANTOS DE OLIVEIRA ROSA

CPF: 020.003.675-00

DATA DE EMISSAO: 02/06/2009

CPF: 04659447376

DATA DE EMISSAO: 07/01/2024

DATA DE EMISSAO: 02/06/2009

SEM OBSERVAÇÃO

por nota de Josemar Rosa

Assinatura do Portador

Local: ARACAJU, SE

DATA DE EMISSAO: 06/01/2019

Assinatura

Letra: Cláudio José Chagas de Melo

59018844231

58021789567

Assinatura do Portador

SERGIPE

VÁLIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL
1749963409

PROIBIDO PLASTIFICAR
1749963409

RECEBIMOS DE 3746.491-4

DATA DE
EXPIRAÇÃO 28/05/2013

SOB O
NOME
REMARIA SIQUEIRA SOUZA

MULHER
NOME
BENARDO SOUZA
MADILZA SIQUEIRA DE JESUS

NACIONALIDADE
ARACATUBA-SE

DATA DE NASCIMENTO
18/05/1998

DOC. CIVIL
CT. NASCIMENTO NR 10329 LV A25 FL 194

Cartão 30F DIST COM GARANTIA/SE
872.862.725-68

ASSINATURA DO EMISSOR - NOME DO CARIÓTIPO

LEI Nº 7.110 DE 2006

ESTADO DE SERGIPE

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
COORDENADORIA GERAL DE PERÍCIAS
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO "DR. CARLOS WERNEZ"



Renata Ziquira Souza
CPF: 000.000.000-00

CARTEIRA DE IDENTIDADE