

## DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://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/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29656>

A Circular SUSEP<sup>1</sup> 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<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. <sup>2</sup> 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 Júlia Maria Da Silveira Rosa

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

Renaria Siqueira Souza inscrito (a) no CPF sob o Nº 042-862-40560

do sinistro de DPVAT cobertura invalidez da Vítima Renaria Siqueira Souza

inscrito (a) no CPF sob o Nº 04286240560, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: \_\_\_\_\_ Renda: \_\_\_\_\_ e apresento os documentos comprobatórios:

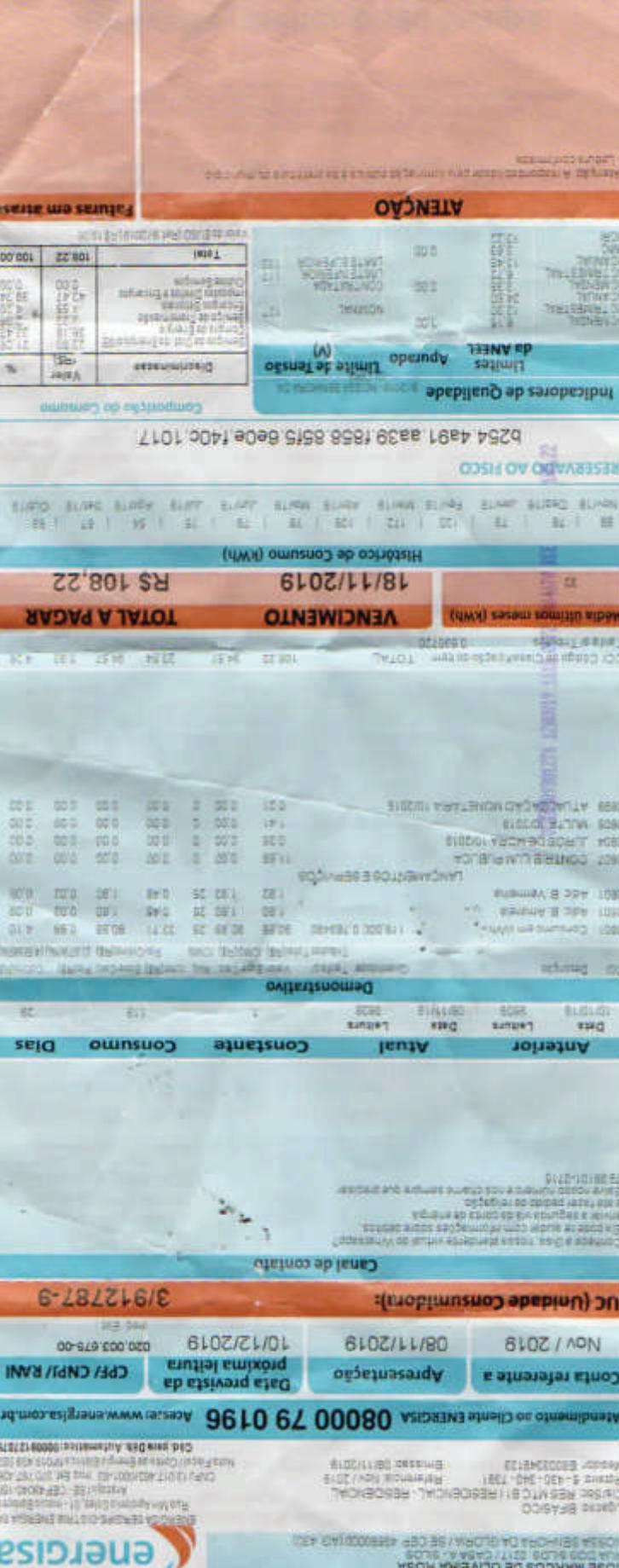
Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider-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 Sílos</u>	Número:	<u>217</u>	Complemento:	<u>Centro</u>
Bairro:	<u>Sílos</u>	Cidade:	<u>João Pessoa-PB</u>	Estado:	<u>SE</u>
E-mail:	<u>marcantinho1981@gmail.com</u>			CEP:	<u>54.680-000</u>

Local e Data: Júlia Maria Da Silveira Rosa

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 Seguina Souza

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

5 - Nome completo:

Romario Seguina Souza

6 - CPF:

072.862.725-60

7 - Profissão:

Jardineiro

8 - Endereço:

Rua Do Lobaço Poco Brinquedos

9 - Número:

198

10 - Complemento:

lata

11 - Bairro:

Lata rural

12 - Cidade:

W. Sou de Lourdes

13 - Estado:

SC

14 - CEP:

49.890-000

15 - E-mail:

marcosdesfaria@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:

RECUZO INFORMAR  
 SEM RENDA

R\$1.00 A R\$1.000,00  
 R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
 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)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

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

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

0117

1

CONTA:

26977

AGÊNCIA:

CONTA:

8

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

## 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 Lider 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, informar teve filhos?

Sim

Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos:

Falecidos:

30 - Vítima dehou nascituro (val/nascer)?

Sim

Não

31 - Vítima teve irmãos?

Sim

Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:

Sim

Não

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

Sim

Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o 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)

40 - Local e Data: N. Sra Da. Lourdes 09.01.19

+ Romario Seguina Souza

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

38 - 1º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

0099

SBB - SISTEMA DE INFORMAÇÕES BANCO DO BRASIL  
2/01/2020 - Autotendimento - 11:21:07  
4572718

COMPROVANTE DE ENTREGA DE ENVELOPE  
DEPÓSITO EM POUPANCA - DINHEIRO

AVORCEIDO ENCLAVE: 0117-26.977-5  
RENARIA SIQUEIRA SOUZA NTA:  
RIACAO DR \*

2.353.423.



COMPANHIA DE SANEAMENTO DE SERGIPAN  
Sede: Rua Campo do Brito, 331, 13 de Julho, Aracaju-SE, 49020-380  
CNPJ: 13.015.171/0001-90 - INSC. EST: 27.001.026-3

FATURA MENSAL \*

353935.0

Nome do Cliente

DURVAL LINO CARDOSOS JESUS

CPF:

\*\*\*.\*\*\*.\*\*\*-\*\*

RUA DA COHAB, 148, POV ESCURIAL, 49890-000

Grupo/Série/Número/Letra/Unidade	Data de Letra	Referência	Classificação / Economia
577001/00353	25/09/2019	A07N272887	RES: 1

Let. Anterior 2080 HISTÓRICO DE CONSUMO  
Let. Atual 2098  
Consumo Natural (m3) 16 REF. (m3)  
Média de consumo (m3) 10 08/19 00010  
Descrição da Letra 07/19 00008  
Data da Lett. Anterior 26/08/19 06/19 00009  
Data de Consumo 30 05/19 00011  
Média diária (m3) 0,33 04/19 00012  
Previsão para Prox. Lett. 25/10/19 03/19 00012

DESCRIÇÕES COMPLEMENTARES PREVISÃO DE TRIBUTOS (R\$)  
COFINS: 8,79 PASEP: 1,47

Descrição	Valor
AUÍA	88,38
LGOTIO	0,00
080 MULTA P/IMPONTUALIDADE	0,75
091 JUROS DE MORA	0,16
094 ATUALIZACAO MONETARIA	0,03

Mês Referência	VENCIMENTO:	TOTAL A PAGAR R\$
09/2019	03/10/2019	89,32

SE TEMPO AMARELO: NOS DA PREVENÇÃO AO SUICÍDIO. SUA VIDA É A MELHOR ESCOLHA!

A falta ou pagamento dessa fatura 30 (trinta) dias após seu vencimento implica na interrupção do fornecimento de serviços - art 91, Decreto Letivo 27.985/2010.

CANAIS DE ATENDIMENTO: 0800 079 0195 – SAC: 4020-0195  
AGÊNCIA VIRTUAL: [www.deso-se.com.br/agenciamvirtual](http://www.deso-se.com.br/agenciamvirtual)

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

Parâmetro	Turbidez	Cor	Cloro	Flúor	Califormes Totais	Escherichia Col.
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 Petição 20/02/2019	17	17	19		18	18

Favor Autentique 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: 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	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 (Escurial) 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 Inaldo Chaves do Oriente Silva

Agente de Polícia

Matrícula: 2709

Responsável pelo Acompanhamento

Renaria Siqueira Souza

(Comunicante)

"Declaro para os devidos fins de direito que sou, na兹, o(a) responsável pelas informações acima apresentadas e declaro que posso, respondendo civil e criminalmente pela presente declaração que o(s) fato(s) conforme previsto nos Artigos 330-Comunicação Científica e 340-Comunicação Pública de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."



Delegado de Polícia Civil: Neviton 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 Siqueria Souza

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

5 - Nome completo:

Romário Siqueria Souza

6 - CPF:

072.862.725-60

7 - Profissão:

Jardineiro

8 - Endereço:

Rua 12 do Lote 1000 Bloco 1000

9 - Número:

198

10 - Complemento:

lote

11 - Bairro:

Centro rural

12 - Cidade:

W. Sra de Lourdes

13 - Estado:

SC

14 - CEP:

49.890-000

15 - E-mail:

marcosdeufaria@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:

RECUZO INFORMAR  
 SEM RENDA

R\$1.00 A R\$1.000,00  
 R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
 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

AGÊNCIA:

CONTA:

CONTA:

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

29 - Se tinha filhos, informar  
Vivos: Falecidos:

30 - Vítima dehou  
nascer (nascer)?

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)

40 - Local e Data: N. Sra. Da. Lourdes 09.01.19

+ Romário Siqueria Souza

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

38 - 1º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

TESTEMUNHAS

0099

SBB - SISTEMA DE INFORMAÇÕES BANCO DO BRASIL  
2/01/2020 - Autotendimento - 11:21:07  
4572718

COMPROVANTE DE ENTREGA DE ENVELOPE  
DEPÓSITO EM POUPANCA - DINHEIRO

AVORCEIDO ENCLAVE: 0117-26.977-5  
RENARIA SIQUEIRA SOUZA NTA:  
RIACAO DR \*

2.353.423.



## 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 (Escurial) 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 Emanoel Damasceno

Agente de Polícia

Matrícula 1285837

Responsável pelo Atendimento

Renaria Siqueira Souza

(Comunicante)

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

Delegado de Polícia Civil Neviton Rodrigues Dos Santos

Impresso por: Victor Emanoel Damasceno

Data de Impressão: 05/11/2019 10:10

Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 1

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos

# 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.** Nexo 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  
 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  
Ortopedista Mínico Especial  
CRM: 2481, TCR: 10004

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
		<b>Total</b>	<b>10 %</b>	<b>R\$ 1.350,00</b>

# 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
<b>Total</b>			<b>40 %</b>	<b>R\$ 5.400,00</b>

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

Rio de Janeiro, 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

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

---

**Rio de Janeiro, 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, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: [www.seguradoralider.com.br/recomeco](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



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

---

Rio de Janeiro, 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



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

---

Rio de Janeiro, 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

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  
IMPLEMENTO....: 703008849261275 BATERO:  
NICOPIO....: 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

FAE LANÇADA

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

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

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

DOS CLINICOS: DATA PRIMEIROS SINTOMAS: \_\_\_/\_\_\_

nde admissão

OTACOES DA ENFERMAGEM:

AGNOSTICO:

CID:

PRESCRICAO

HORARIO DA MEDIC

nde prescrição

ok

TA DA SAIDA:

HORA DA SAIDA:

TA: [ ] DECISAO MEDICA [ ] A PEDIDO [ ] EVASAO [ ] DESISTENCIA  
[ ] ENCAMINHADO AO AMBULATORIO  
TERNACAO NO PROPRIO HOSPITAL (SETOR):

TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):

ITO: [ ] ATE 48HS [ ] APOS 48HS [ ] FAMILIA [ ] IMI [ ] ANAT.

Nadilza Siqueira de Souza

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

5986  
6006

# 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](http://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

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

JOSE MARCOS DE OLIVEIRA ROSA

JOSE MARINO GOYA ARAUJO



RECABRIO 037746.491-4

NAME

REMARIA SIQUEIRA SOUZA

NAME

REMARIA SIQUEIRA SOUZA

NAME

NADILZA SIQUEIRA DE JESUS

NAME

ARACAJU-SE

DOC. DIRETOR

CT. NASCIMENTO NR 10329 LV A25 PL 194

CT. NASCIMENTO NR 10329 LV A25 PL 194

CT. NASCIMENTO NR 10329 LV A25 PL 194

DATA DE  
NASCIMENTO  
28/05/2013

DATA DE  
NASCIMENTO  
10/05/1998

