



**Poder Judiciário  
Do Estado de Sergipe**

**NOSSA SENHORA DE LOURDES/COMARCA DE GARARU DA COMARCA DE N. SRA. DE LOURDES**  
**Rod. Eronildes Ferreira de Carvalho, Bairro Centro, N. Sra. De Lourdes/SE, CEP 49890000**  
**Horário de Funcionamento: 07:00 às 13:00**

**Dados do Processo**

Processo: 202069200361	Distribuição: 02/07/2020
Número Único: 0000346-81.2020.8.25.0032	Competência: Nossa Senhora de Lourdes/Comarca de Gararu
Classe: Procedimento Comum	Fase: POSTULACAO
Situação: Andamento	Processo Principal: *****
Processo Origem: *****	

**Assuntos**

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

**Dados das Partes**

Requerente: RENARIA SIQUEIRA SOUZA

Endereço:

Complemento:

Bairro:

Cidade: NOSSA SENHORA DE LOURDES - Estado: SE - CEP: 49890000

Requerente: Advogado(a): JOSÉ JEOVANY DA SILVA 12367/AL

Requerido: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT

Endereço: RUA SENADOR DANTAS

Complemento: 5º ANDAR

Bairro: CENTRO

Cidade: RIO DE JANEIRO - Estado: RJ - CEP: 20031205

Requerido: Advogado(a): KELLY CHRYSTIAN SILVA MENENDEZ 2592/SE



**Poder Judiciário  
Do Estado de Sergipe**

**NOSSA SENHORA DE LOURDES/COMARCA DE GARARU DA COMARCA DE N. SRA. DE LOURDES  
Rod. Eronildes Ferreira de Carvalho, Bairro Centro, N. Sra. De Lourdes/SE, CEP 49890000  
Horário de Funcionamento: 07:00 às 13:00**

**Processos Apensados:**

--

**Processos Dependentes:**

--



**Poder Judiciário  
Do Estado de Sergipe**

**NOSSA SENHORA DE LOURDES/COMARCA DE GARARU DA COMARCA DE N. SRA. DE LOURDES**  
Rod. Eronildes Ferreira de Carvalho, Bairro Centro, N. Sra. De Lourdes/SE, CEP 49890000  
Horário de Funcionamento: 07:00 às 13:00

**PROCESSO:**

202069200361

**DATA:**

30/07/2020

**MOVIMENTO:**

Juntada

**DESCRIÇÃO:**

Juntada de Petição Avulsa do Advogado/Procurador/Defensor/Promotor KELLY CHRYSTIAN SILVA MENENDEZ (2592-SE) ao processo eletrônico. Protocolizado sob nº 20200730104401249 às 10:44 em 30/07/2020.

**LOCALIZAÇÃO:**

Secretaria

**PUBLICAÇÃO:**

Não

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/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 COAF<sup>2</sup>.

<sup>2</sup> SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. <sup>3</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 Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu JOÃO MARCOS DE OLIVEIRA ROSA

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>marcosinfant@igmail.com</u>	CEP: <u>49.680-000</u>	Tel. (DDD): <u>79.9918.9207</u>

Local e Data: Itapecuru Velha

JOÃO MARCOS DE OLIVEIRA 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: 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 Loba 950 Banguin 9 - Número: 148 10 - Complemento: casa  
11 - Bairro: Zona rural 12 - Cidade: N. Sta. de Lourdes 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)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: 0117 1 CONTA: 26977 8  
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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 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)

38 - 1ª Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

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

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

5.  
2.353.423.

0117-  
26.977-

RENARIA SIQUEIRA SOUZ

AVORECIDO  
ENCIA:  
NTA:  
RIACAO  
OR \*  
ENVELOPE

COMPROVANTE DE ENTREGA DE ENVELOPE  
DEPOSITO EM POUPANCA - DINHEIRO

SBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL  
- Autoatendimento - 11:21:07  
4572718  
0099





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. 37.861.038-2

FATURA MENSAL #

353935.0

Nome do Cliente		CPF																																													
DURVAL LINO CARDOSOS JESUS		***.***.***-**																																													
Endereço																																															
RUA DA COHAB, 148, POV ESCURIAL, 49890-000																																															
Grupo/Subgrupo/Ledante	Data de Letura	Relatório	Classificação / Economia																																												
577001/00353	25/09/2019	A07N272887	RES: 1																																												
<table border="0"> <tr> <td>Leit. Anterior</td> <td>2080</td> <td colspan="2">HISTORICO DE CONSUMO</td> </tr> <tr> <td>Leit. Atual</td> <td>2090</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Consumo faturado (m3)</td> <td>10</td> <td>REF.</td> <td>(m3)</td> </tr> <tr> <td>Média de consumo (m3)</td> <td>10</td> <td>08/19</td> <td>00010</td> </tr> <tr> <td>Quantidade da Leitura</td> <td></td> <td>07/19</td> <td>00009</td> </tr> <tr> <td>Data da Leit. Anterior</td> <td>26/08/19</td> <td>08/19</td> <td>00009</td> </tr> <tr> <td>Data de consumo</td> <td>30</td> <td>05/19</td> <td>00011</td> </tr> <tr> <td>Med. a. dia (m3)</td> <td>0,33</td> <td>04/19</td> <td>00012</td> </tr> <tr> <td>Previsão para Prox. Leit.</td> <td>25/10/19</td> <td>03/19</td> <td>00012</td> </tr> <tr> <td colspan="2">INCRÉDULOS COMPLEMENTARES</td> <td colspan="2">PREVISÃO DE TRIBUTOS (R\$)</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td colspan="2">COFINS: 8,79 PASEP: 1,47</td> </tr> </table>				Leit. Anterior	2080	HISTORICO DE CONSUMO		Leit. Atual	2090			Consumo faturado (m3)	10	REF.	(m3)	Média de consumo (m3)	10	08/19	00010	Quantidade da Leitura		07/19	00009	Data da Leit. Anterior	26/08/19	08/19	00009	Data de consumo	30	05/19	00011	Med. a. dia (m3)	0,33	04/19	00012	Previsão para Prox. Leit.	25/10/19	03/19	00012	INCRÉDULOS COMPLEMENTARES		PREVISÃO DE TRIBUTOS (R\$)				COFINS: 8,79 PASEP: 1,47	
Leit. Anterior	2080	HISTORICO DE CONSUMO																																													
Leit. Atual	2090																																														
Consumo faturado (m3)	10	REF.	(m3)																																												
Média de consumo (m3)	10	08/19	00010																																												
Quantidade da Leitura		07/19	00009																																												
Data da Leit. Anterior	26/08/19	08/19	00009																																												
Data de consumo	30	05/19	00011																																												
Med. a. dia (m3)	0,33	04/19	00012																																												
Previsão para Prox. Leit.	25/10/19	03/19	00012																																												
INCRÉDULOS COMPLEMENTARES		PREVISÃO DE TRIBUTOS (R\$)																																													
		COFINS: 8,79 PASEP: 1,47																																													

		Valor
ÁGUA		88,38
LIGADO		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](http://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 2314/2011	12	17	10		16	16

Atestado em conformidade com o Decreto nº 27.585/2010.

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)

Declara para os devidos fins de direito que sou o(a) principal responsável pelas informações acima apresentadas e ciente que poderá 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: 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 nascido)? ☐ 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)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

5.  
2.353.423.

0117-  
26.977-

RENARIA SIQUEIRA SOUZ

AVORECIDO  
ENCIA:  
NTA:  
RIACAO  
OR \*  
ENVELOPE

COMPROVANTE DE ENTREGA DE ENVELOPE  
DEPOSITO EM POUPANCA - DINHEIRO

SBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL  
- Autoatendimento - 11:21:07  
4572718  
0099



**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)  
Logradouro: Povoado Carro Quebrado  
Complemento: Zona Rural

Bairro: Carro Quebrado

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)

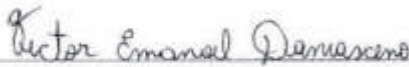
**OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)**

Nenhum Objeto Informado

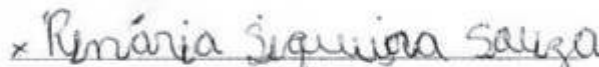
**RELATO/HISTÓRICO**

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."

Delegado de Polícia Civil: Neviton Rodrigues Dos Santos  
Impresso por: Victor Emanuel 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  
( 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  
Tribunal de Justiça do Estado  
CRM: 2481 - TCM: 0024

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

Pag. 01233/01234 - carta\_02 - INVALIDEZ



Carta nº 15771567

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](http://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

Carta nº 15716305

---

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:

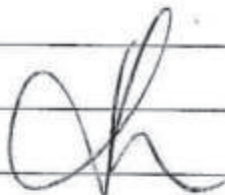
AGNOSTICO:

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  
[Handwritten signature and 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](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

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



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTERIO DAS CIDADES  
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO  
CARTeira NACIONAL DE HABILITACAO

SE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL  
1749963409

JOSE MARCOS DE OLIVEIRA ROSA

CPF: 020.003.675-00 DATA DE NASCIMENTO: 29/11/1965

PROFISSÃO: JOSE LUIZ ROSA

LUIZETE SANTOS DE OLIVEIRA ROSA

SEXO: M

ESPORTE: 04659447376 VALIDEZ: 07/01/2024 EXPIRAÇÃO: 02/06/2009

SEM OBSERVAÇÃO:

por nota de Josemar Rosa

LOCAL: ARACAJU, SE DATA DE EMISSÃO: 06/01/2019

59018844231 58021769567

LEITANTE: Cláudio José Chagas de Melo

SESGIPE

RECEBIMOS DE 3746.491-4 DATA DE 28/05/2013

SOBRE  
REMARIA SIQUEIRA SOUZA

MUNICÍPIO  
BEMARIO SOUZA

NACIONALIDADE  
MADILZA SIQUEIRA DE JESUS

ARACATU-SE

DATA DE NASCIMENTO  
18/05/1998

CPF: 072.862.725-68

CT. NASCIMENTO NR 18329 LV A25 PL 194

GARF 30F DIST COM GARARU/SE

ASSINATURA DO EMISSOR

LEI Nº 7.118 DE 2006

