

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 10/06/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 3.375,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: WILLIANS SANTIAGO ANDRADE

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03836

CONTA: 000000004099-7

Nr. da Autenticação 2DC578CD85647634

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190329839 **Cidade:** Nossa Senhora do Socorro **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: WILLIANS SANTIAGO ANDRADE **Data do acidente:** 16/08/2018 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DE OSSO FRONTAL COM AFUNDAMENTO DE LÂMINA ANTERIOR E HEMOSSINUS FRONTAL E MAXILAR BILATERAL.

Descrição do exame físico: NO EXAME FÍSICO FOI EVIDENCIADO CRÂNIO ASSIMÉTRICA COM DEPRESSÃO NA REGIÃO FRONTAL CENTRAL E A DIREITA COM CICATRIZES CIRÚRGICAS (SUTURAS), TÔNUS, REFLEXOS, FORÇA MUSCULAR, MOVIMENTOS E SENSIBILIDADE DOS DIMÍDIO PRESERVADOS. PERICÍADO LÚCIDO, ATIVO, COOPERATIVO, RESPONDE AOS COMANDOS, REFERE CEFALÉIA SEVERA, AMNÉSIA, TONTURA, HUMOR LÁBIL, AGRESSIVIDADE, ANOSMIA, DISGEUSIA E DESMAIOS (CRISES CONVULSIVAS?), FAZ USO DE GARDENAL, ANALGÉSICOS E RIVOTRIL.

Resultados terapêuticos: EVOLUIU COM ESTABILIZAÇÃO DAS LESÕES DO PONTO DE VISTA MÉDICO LEGAL.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU LEVE DO LESÕES NEUROLÓGICAS QUE CURSEM COM DANO COGNITIVO-COMPORTAMENTAL ALIENANTE

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 29/05/2019

Conduta mantida:

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 leve - 25 %	25%	R\$ 3.375,00
		Total	25 %	R\$ 3.375,00

Rio de Janeiro, 16 de Junho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190329839

Vítima: WILLIANS SANTIAGO ANDRADE

Data do Acidente: 16/08/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE MARCOS DE OLIVEIRA ROSA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), WILLIANS SANTIAGO ANDRADE

Informamos que o pagamento da indenização o Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 3.375,00

Dano Pessoal: Lesões neurológicas que cursem com dano

cognitivo-comportamental alienante 100%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 100%) 25,00%

Valor a indenizar: 25,00% x 13.500,00 = R\$ 3.375,00

Recebedor: **WILLIANS SANTIAGO ANDRADE**

Valor: **R\$ 3.375,00**

Banco: **104**

Agência: **000003836**

Conta: **000004099-7**

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, 20 de Maio de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190329839

Vítima: WILLIANS SANTIAGO ANDRADE

Data do Acidente: 16/08/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE MARCOS DE OLIVEIRA ROSA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), WILLIANS SANTIAGO ANDRADE

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

**RELATÓRIO MÉDICO**

05 FFV 2019

Fundação
Hospitalar
de Saúde

NOME DO PACIENTE: Williams Santiago Andrade
 DATA DA ENTRADA: 16/08/2018
 DATA DA SAÍDA: 21/08/2018

Obs.: Dados obtidos mediante análise do prontuário, sem ter contato profissional com o paciente, isto é, a responsabilidade do atendimento cabe aos médicos que o assistiram.

INTERNAMENTO: PS (X) ENFERMARIA (X) UTI ()

HISTÓRICO CLÍNICO:

Paciente vítima de acidente motorciclístico, trazido pelo SAMU, apresentando traumatismos craniano, frontal e frontal com pequena depressão óssea e vários ferimentos na face. Realizada sutura e foi feita após por tratamento conservador pela Neurocirurgia. Permaneceu internado, em observação, inicialmente em leito, em ventilação mecânica. Evoluiu com melhora e obteve alta em 21/08/18.

HISTÓRICO CIRÚRGICO:

Sutura de ferimentos.

EXAMES COMPLEMENTARES:

Tomografia
 Exames laboratoriais
 Radiografias
 Ultrassom abdominal

MÉDICOS ASSISTENTES:

Dr. João Travençolo B dos Santos - CRM 3405
 Dr. Marcelo Bruneto Barbosa - CRM 891
 Dr. André Silva - CRM 1184
 Dr. Daniel Vieira Fujikawa - CRM 5325
 Dr. José Marcelino F. Lima - CRM 5144

CONDIÇÕES DE ALTA: MELHORADO (X) TRANSFERIDO () ÓBITO ()

ARACAJU, 8 de outubro de 2018

Selma T. da C.S. Montalvão

Selma T. da C.S. Montalvão
 Médica
 CRM 1532

05 FEV 2019

HOSPITAL GOVERNADOR JOAO ALVES FILHO

DATA:

DATA: 16/08/2018

HORA: 23:50

USUARIO: BMGSANTOS

SETOR: 04-PS VERMELHA

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

: WILLIAM SANTIAGO ANDRADE

: 33 ANOS

NASC: 27/07/19-5

VIA PUBLICA BR-101

BAIRRO:

NOSSA SENHORA DO SOCORRO

DOC....: SEM

SEXO....: MASCULINO

NUMERO:

CEP....:

TEL....:

Faturado
PS - Adulto

RESPONSAVEL....: TRAZIDO PELO SAMU

PROCEDENCIA....: SAMU - SOCORRIDO PELO SAMU

ACIDENTE....: ACIDENTE MOTOCICLISTICO (MOTOS)

PLANO DE SAUDE....: NAO

VEIO DE AMBULANCIA....: SEM

TRAUMA: NAO

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

EXAMES COMPLEMENTARES: [] BAIXO X [] SANGUE [] URINA [] TC [] LIQUOR [] ECG [] ULTRASSONOGRAFIA

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

CLINICOS: DATA PRIMEIROS SINTOMAS:

Acidente tipo de pulso SAMU (WSA), acidente de moto es com o motor, pulso e pulso de moto e uso de capacete, de acordo com dados do SAMU e no momento da chegada do acidente com capota e múltiplas feridas e fraturas.

DIAGNOSTICO:

PRESCRICAO

Soluto 10 dias, curativo e calças de proteção
Re tomar e base
Tratamento

CID:

HORA: 11:55

TOMOGRAFIA COMPUTACORIZADA

REGISTRO: William - 11/11/18

DATA: 17/08/18

FATURA:

Valor: 6,00

DATA DA SAIDA:

DECISAO MEDICA [] A PEDIDO

ENCAMINHADO AO AMBULATORIO

INTERNADO NO PROPRIO HOSPITAL (SETOR):

TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):

[] ATE 48HS [] APÓS 48HS

HORA: 11:55

EVALUACAO 36419

REGISTRO: 22/08/18

DATA: 22/08/18

FATURA: 6,00

Valor: 6,00

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSAVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

+15AT-5010 VIM

Dr. João Inácio Batista dos Santos
Angiologia e Cirurgia Vascular
CRM 3405

Dr. João Inácio Batista dos Santos
Angiologia e Cirurgia Vascular
CRM 3405

Marcelo da Silva
CRM 3405

ÁREA VERMELHA

NOME	William Santiago Andrade		IDADE	33	DATA	17/02/2019
LEITO	3,0	DIAG.	TCE grave			
PRESCRIÇÃO			HORARIO			
Dieta zero			✓			
SF 0.9% 2000ml IV em 24h			✓			
SG 0.9% 1000ml			✓			
Fentanil - 20 ml			✓			
Dormid - 60 mg EV BIC			✓			
SF 0.9% - 200 ml			✓			
Kefazol 1g IV 6/6h			D1/3 ✓			
Dipirona 02 ml + AD 8 ml EV 6/6 h se dor ou febre			SOS ✓			
Plasil 02 ml + AD 18 ml IV 8/8 h			✓			
Omeprazol 40 mg IV às 06h			✓			
Glicemia Capilar 6/6 h			148 157 168 178			
Insulina Regular, SC, conforme glicemia capilar (mg/dl):			148 157 168 178			
180 - 220 2U 301 - 350 8U			148 157 168 178			
221 - 260 4U 351 - 400 10U			148 157 168 178			
261 - 300 6U > 400 12U			148 157 168 178			
Glicose 25% 60 ml IV in bolus se glicemia < 70 mg/dl. Repetir glicemia após 20 min. Se persistir hipoglicemia, avisar ao médico.			✓			
Cabeceira elevada 30°			✓			
Ventilação mecânica sob fonte O2 + AC			ACM ✓			
Limpeza de cavidade oral com clorexidina 2 x dia			✓			
Medidas anti-úlceras de decúbito			✓			
Monitorização multiparâmetros + Oxímetro de pulso			✓			
Sinais vitais + CCG 3/3 h			✓			
Acompanhamento da neurocirurgia			Dr. João da S. Santos MEDICO CRM/SE 5497			
SAT 4.00 O2 IM			Medicação por receituário (checada na administração da C. 20/02/2019)			
Assinatura			Priscila Passos Patrícia			

Presença se notulou acidentalmente em 09:50, mantendo
a com ECG 02 U 2 Mo 10 em 4 E
eupneico com Sat O2 = 95%
Ld = ① Vigilância neurológica e respiratória

16h Alta para verb. Trans. Daniel Vieira Fujishima Médico CRM-SE 5375

PRONTO SOCORRO - HUSEHOSPITAL DE URGENCIAS DE SERGIPE
COLETIVO HORIZONTAL**PRESCRIÇÃO MÉDICA****NOME: WILLIAN SANTIAGO ANDRADE****DATA:** 20/08/18**DIAGNÓSTICO:****1 - DIETA:**

DIETA ORAL LIVRE

2 - HIDRATAÇÃO:

SF 0,9% 1000 ML EV EM 24H

3 - ANTIBIOTICOS:**4. SEDAÇÃO/ANALGESIA**

DIPIRONA 4G IV 6/6H

TRAMAL 100 MG + SF 0,9% 100 ML EV 6/6H

PROFENID 100 MG + SF 0,9% 100 ML EV 12/12H

HALDOL 05MG 01 AMP IM SE AGITACAO

SOS

DIAZEPAM 10MG + AD IV SE CRISE CONVULSIVA

SOS

5. DROGAS DIVERSAS

PLASIL (OU BROMOPRIDA) 01 AMP + AD 01 IV 8/8H

SOS

CAPTOPRIL 25MG VO SE PA $\geq$ 160X90MMHG

LACTULONA OU OLEO MINERAL 20ML VO 8/8H

SOS

6. PROFILAXIA

OMEPRAZOL 40MG IV PELA MANHA OU RANITIDINA 50MG + AD 20ML IV 8/8H

CLEXANE 40MG SV 1XDIA

7. INSULINOTERAPIA

HGT 6/6H SOS

INSULINA REGULAR SC CONFORME O HGT: 100 - 150 = 0UI, 151 - 200 = 2UI, 201 - 250 = 4UI, 251 - 300 = 6UI, 301 - 350 = 8 UI, 351 - 400 = 10 UI, > 401 = 12UI SC.

GLICOSE A 50% 04 AMP SE HGT $\leq$ 70MG/DL**9. RECURSOS HUMANOS**

FISIOTERAPIA MOTORA E RESPIRATÓRIA 2X/DIA

10. CUIDADOS

CABECEIRA ELEVADA A 30 GRAUS

MUDANÇA DE DECUBITO 2/2H

SINAIS VITAIS + VIGILANCIA NEUROLÓGICA 6/6H

Heli Hospitalar

Heli

HOSPITAL DE URGÊNCIAS DE SERGIPE - HUSE

NOME: WILLIAN SANTIAGO ANDRADE

REG: 36225

DATA DE NASCIMENTO: 27/07/1985

DATA: 16/08/2018

PROCEDÊNCIA:

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO SEM CONTRASTE

TÉCNICAS:

- Cortes axiais, da base à convexidade, paralelos ao plano orbitomeatal.
- O exame foi realizado sem injeção venosa do contraste.

Nas imagens disponíveis para laudo, pudemos observar:

DESCRIÇÃO:

Ausência de alterações significativas na fossa craniana posterior, onde o quarto ventrículo se apresenta com situação, morfologia e tamanho normais.

Sistema ventricular supratentorial simétrico, com topografia, configuração e dimensões normais.

Cisternas da base e cisternas silvianas não apresentam anormalidades.

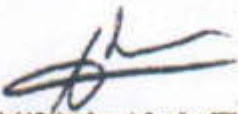
Cisuras e sulcos da convexidade de aspectos anatômicos.

Não existe alteração focal da densidade do parênquima cerebral.

Fratura no osso frontal com pequeno afundamento da calota craniana.

Hemosinus maxilar bilateral.

Hematoma subgaleal frontal.


Dr. André Patrício Souza de Carvalho - CRM 3674
Assinado Eletronicamente

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800.0221204 ou 0800.0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF²**.

¹ Superintendência de Seguros Privados - SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras - COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu João Francisco D. O. Rosa inscrito (a) no CPF/CNPJ 020.003.675/00
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário William Souto André inscrito
(a) no CPF sob o N° 033.137.325/42 do sinistro de DPVAT cobertura envolvido da vítima
William Souto André inscrito (a) no CPF sob o N° 033.137.325/42 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 Des Sales</u>		Número <u>217</u>	Complemento <u>Exatário</u>
País <u>Brasil</u>	Cidade <u>N. Gra da Capim</u>	Estado <u>SE</u>	CEP <u>49.680-000</u>
E-mail <u>marcondulferio@gmail.com</u>		Telefone comercial (DDD) <u>79 9918-9207</u>	Telefone celular (DDD) <u>79 9925-2568</u>

N. Gra da Capim de 13 de 11 de 18
Local e Data

João Francisco D. O. Rosa
Assinatura do Declarante

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

☐ DADS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

Período seguro ou RSL:

033.132.325-42

Nome completo da vítima:

William Santiago Andrade

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

Nome completo:

William Santiago Andrade

CPF:

033.132.325-42

Profissão:

Motorista

Endereço:

Rua B

Número:

3

Complemento:

Casa

Bairro:

Centro

Cidade:

N. São do Barro

Estado:

SE

CEP:

49.160-000

E-mail:

marcelo@lider.com.br

Tel. (0000):

9918 9207

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

RENDA MENSAL:

☒ RENDIMENTO INFORMAR

☐ SEM RENDA

☐ ATÉ R\$1.000,00

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☒ CONTA POUPOANÇA

(Somente para os bancos citados. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Total indiferente)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

3836

CONTA:

4099

AGÊNCIA:

CONTA:

Autorizo a Seguradora Líder a consultar a Central de Informações de Crédito (CIC) para fins de análise de crédito, a qual poderá, reconhecendo a dívida, suspender a cobertura após a liberação do crédito, até a totalização do valor recebido.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, sem base na documentação apresentada, concordando, desde já, em não submeter à avaliação médica as custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação dos lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.898/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestação, caso contrário de seu resultado.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima:

Gravidez da vítima com a vítima: ☐ Vítima de seu companheiro(a) ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte aos únicos beneficiários que se apresentarem e comprovarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer erro ou declaração não verdadeira poderá gerar a aplicação da pena prevista no artigo 299 do Código Penal.

Local e Data:

N. São do Barro 12/11/18

Nome:

CPF:

TESTEMUNHAS

1ª Nome:

CPF:

Assinatura

2ª Nome:

CPF:

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário. A SEU LOGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do conteúdo do documento, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CIDADES DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO	
NOME WILLIAMS SANTIAGO ANDRADE	
DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR 11631380 SSP SE	
CPF 033.137.325-42 DATA NASCIMENTO 27/07/1995	
FILIAÇÃO LUIZ BARBOSA ANDRADE	
CINCRUA SANTIAGO ANDRADE	
PERMISSÃO CONDUZIR	ACC CONDUZIR
CATIMB A	
M. REGISTRO 01016847275	VALIDADE 28/08/2019
	1ª HABILITAÇÃO 29/10/2014
OBSERVAÇÕES SEM OBSERVAÇÃO	
 ASSINATURA DO PORTADOR	
LOCAL ARACAJU, SE	DATA DE EMISSÃO 11/02/2016
 Edson Simeão da Hora Neto DIRETOR - PRESIDENTE DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO	41968976525 SE017780314
DETRAN-SE (SERGIPE)	

VALIDA EM TODOS
OS TERitórios NACIONAIS
1237768300

PROVIDES PLASTIFICADAS
1237768300