

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: 27/12/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE FRANCISCO DOS SANTOS

BANCO: 047

AGÊNCIA: 00023

CONTA: 000001010916-0

Nr. da Autenticação 3C358A15AA83AD0D

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190685640 **Cidade:** Poço Redondo **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE FRANCISCO DOS SANTOS **Data do acidente:** 09/10/2019 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 18/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE CLAVÍCULA ESQUERDA

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.
P1 / P5 / P16

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DE OMBRO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO OMBRO ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

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

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios; de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECASWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

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

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Jose Marcos Di Oliveira Rosa

Inscrito (a) no CPF/CNPJ 000.003.625 / 00, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Jose Francisco dos Santos inscrito (a) no CPF sob o Nº 588.032.465 / 68

do sinistro de DPVAT cobertura Invalidiz da Vítima Jose Francisco dos Santos

inscrito (a) no CPF sob o Nº _____, 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 Das Silas</u>	Número: <u>217</u>	Complemento: <u>Casa - 1</u>
Bairro: <u>Silas</u>	Cidade: <u>Nossa Senhora da Glória</u>	Estado: <u>SE</u>
E-mail: <u>Unnosdegloia@gmail.com</u>	CEP: <u>49680-000</u>	Tel.(DDD): <u>79-99918-9207</u>

Local e Data: Nossa Senhora da Glória, 11.11.2019

Jose Marcos Di Oliveira Rosa

Assinatura do Declarante

RECEITUÁRIO

Nome: _____

Relatório Médico

Sr. José Francisco dos Santos foi atendido no UPA Dra. Zulmira Sousa no dia 09/10/2019, às 11:21, referindo (acompanhante) história de acidente por lesão moto-moto, seguida de queda. Foi observado, em exame radiológico, fratura completa e instável medial em clavícula esquerda. Procede-se medicação, imobilização e encaminhamento ao serviço referência em ortopedia.


Marcos Guedes Jr.
CRM 2083

Ass. e Carimbo / CRM

06/10/2019

Data



**PREFEITURA MUNICIPAL
DE POÇO REDONDO**
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Ficha de Assistência a Saúde

Nº DE
INSC.

91197

UNIDADE DE SAÚDE:

UPA24h

UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO
DONA ZULMIRA SOARES

NOME:

José Francisco dos Santos

DATA:

09/10/2019

APELIDO:

DATA DE NASCIMENTO: 09/11/1972 SEXO: Fom

FILIAÇÃO:

PAI: José Inácio dos Santos
MÃE: Maria José dos Santos

ENDEREÇO:

Rua Antenor Rozendo

REFERÊNCIA:

PROFISSÃO

QUADRO AUXILIAR ANAMNESE

ALERGIA ☐
CARDIOPATIA ☐
DIABETES ☐
EPILEPSIA ☐

HANSENIASE ☐
HEMORRAGIA ☐
HEMOFILIA ☐
HIPERTENSÃO ☐

PSICOPATIA ☐
TUBERCULOSE ☐
TIPO SANGUINIO ☐

DATA

ANAMNESE - EXAME - DIAGNÓSTICO - CONDUTAS

ASSINATURA

Pte. direita por 30 dias história de
acidente por colisão - moto - moto seguida
de queda. O mesmo não consegue usar
for. do acidente. Deixa-se de dar e
mão esquerda.

Exame: eufórico, lúcido, orientado,
pupila isocóricas e fotoreagentes sim-
etricamente, Glasgow 15, escarões mul-
tiplos, lesão cortical e fratura medial de
1/3 distal de M.D., laceração - lábio superior,
perda de unidades dentárias e deprimidas
em ambos os lados 11 dentes.

ND: laceração de lábio

Lesão cortical e
Excarções múltiplas
Fratura de Clavicula

Carolina Mendes da
CRM 2063

DATA

ANAMNESE - EXAME - DIAGNÓSTICO - CONDUTAS

- ① Procedo zutuas
 - ② Leptos
 - ③ Silemoco sample / 32.00
 - ④ Scluto Rx & contua scapub
- esqueto

M
Márcio Guedes Souza
CRM/SE 2062

Rx: Justua completa instável mudo
em clonula esqueto

M
Márcio Guedes Souza
CRM/SE 2063

DADOS DO PACIENTE

NOME: Marcelo Quedes Souza
SEXO ☐ FEM. ☒ MASC. IDADE: 46a ESTADO CIVIL: _____
ENDEREÇO: _____ FONE: _____
RESPONSÁVEL: _____
DESTINO DO PACIENTE: 11 - Cond. 100

DESCRIÇÃO DO QUADRO CLÍNICO:

paciente com queixa de dor no abdômen
inferior esquerdo há 12 horas
relata dor em cólica, que se
intensifica após refeições
diagnóstico: PA 130 x 90 mmHg

MEDICAÇÃO UTILIZADA E EXAMES COMPLEMENTARES:

Medicação:

MOTIVO DA TRANSFERÊNCIA:

Ampliar e avaliar o quadro

MÉDICO QUE ACOMPANHARÁ:

MÉDICO RESPONSÁVEL PELO ENCAMINHAMENTO:

Marcelo Quedes Souza
CRMSE 2962

OBS.: ENCAMINHAR FOTOCÓPIA DOS EXAMES REALIZADOS

Unidade Hospitalar

09/10/2013
Local e Data

Marcelo Quedes Souza
CRMSE 2962
Ass. do Médico

HOSPITAL REG DR PEDRO GARCIA MORENO

DATA: 09/10/2019 HORA: 15:29 USUARIO: AGTOLIVEIRA
SETOR: 04-ORTOPEDIA

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

IDENTIFICACAO DO PACIENTE		
NOME :	JOSE FRANCISCO DOS SANTOS	DOC...: 1183155
IDADE.....:	46 ANOS NASC: 09/11/1972	SEXO...: MASCULINO
ENDEREÇO.....:	ANTONIO DE REZENDE	NUMERO: 89
COMPLEMENTO...:	CASA BAIRRO: CENTRO	
MUNICIPIO.....:	POCO REDONDO UF: SE	CEP....: 49810-000
NOME PAI/MAE...:	JOSE INACIO DOS SANTOS /MARIA JOSE	DOS SANTOS
RESPONSÁVEL...:	ESPOSA	TEL....: 0796469750
PROCEDENCIA...:	POCO REDONDO - SE	
ATENDIMENTO...:	ACIDENTE MOTOCICLISTICO	
CASO POLICIAL..:	NAO PLANO DE SAUDE.....: NAO	TRAUMA: NAO
ACID. TRABALHO:	NAO VEIO DE AMBULANCIA: NAO	

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

EXAMES COMPLEMENTARES ☒ RAIO X ☐ SANGUE ☐ URINA ☐ TC
☒ LIQUOR ☐ ECG ☐ ULTRASSONOGRAFIA

SUSPEITA DE VIOLENCIA OU MAUS TRATOS: ☐ SIM ☐ NAO

DADOS CLINICOS:

DATA PRIMEIROS SINTOMAS: / /

ANOTACOES DA ENFERMAGEM:

DIAGNOSTICO: Fractura Clavícula E

CID:

PRESCRIÇÃO

HORARIO DA MEDICACAO

DATA DA SAIDA: / /

HORA DA SAIDA: :

ALTA: ☐ DECISAO MEDICA ☐ A PEDIDO ☐ EVASAO ☐ DESISTENCIA
☐ ENCAMINHADO AO AMBULATORIO

INTERNACAO NO PROPRIO HOSPITAL (SETOR):

TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):

OBITO: ☐ ATE 48HS ☐ APOS 48HS | ☐ FAMILIA ☐ IML ☐ ANAT. PATOL

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSÁVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

Rosária Meira de Paula

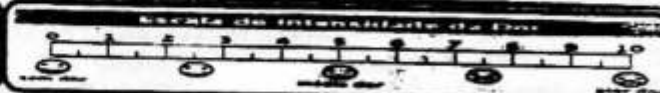


☐ BUSCA ESPONTÂNEA ☐ ENCAMINHAMENTO ☐ SAMU ☐ CORPO DE BOMBEIRO
☐ AMBULÂNCIA ☐ GESTANTE ☐ ACIDENTE DE TRABALHO

Duração da Queixa: ☐ Aguda ☐ Crônica: _____

Alérgicas: ☐ Sim ☐ Não. Qual? _____

História Pregressa: ☐ DM ☐ Cardiopatias
☐ HAS ☐ Eritista ☐ Tabagista



Sinais Vitais:

FC (bpm)	FR (rpm)	SpO2 (%)	Temp °C	PA (mmHg)	GLC (mg/dL)	Peso (kg)

Escala de Coma de Glasgow:

Abertura Ocular	Resposta Verbal	Resposta Motora	TOTAL

Sistema Nervoso

Consciente	Inconsciente
Orientado	Desorientado
Torpor	Confuso
Tântura	Náusea
Isocoria	Midriase
Anisocoria	Miose

Sistema Respiratório

Eupneico	Tosse
Ortopnéia	Hemoptise
Taquipneico	Secreção
Tir. Intercoastal	Tir. Subcoastal
Dispneico	Bradipneico

Sistema Cardiovascular

Normocárdico	Hipotenso
Hipertenso	Normotenso
Dor Torácica	Bradicárdico
Angina	Precordialgia
P. Rítmico	P. Arritmico
Taquicárdico	

S. Gastrointestinal

Flácido	Hematemese
Globoso	Melena
Emese	Constipação
Pirose	
Diarreia	
Rígido	

Sistema Geniturinário

Anúria	Michúria	C/Sedimentos
Colúria	Hematuria	Giordano
Oligúria	Polaciúria	
Disúria	Priapismo	
Bexigoma	Limpido e Claro	
Diurese Concentrada		

Sistema Osteoarticular

Artralgia	Atrofia
Cervicalgia	Lombalgia
Espasmos	Cãimbra
Hemiparesia	Hemiplegia
Paraplegia	
Susp. Fratura/Qual?	

Uso de Medicação: ☐ Não ☐ Sim
Qual? _____

Especialidade:

Clinico	Cirúrgico	Pediatríco	Ortopédico	Enfermagem
---------	-----------	------------	------------	------------

Classificação de Risco

Azul	Verde	Amarelo	Vermelho
------	-------	---------	----------

Hora da Classificação:

Carimbo e Assinatura do Enfermeiro

Data/Hora

Evolução de Enfermagem

07/07/2017 - 08:00h - 08:45h
Tubo em CAVUM (2.2) - 1.0ml (2.2)
+ FVL (2.2) - 1.0ml (2.2)
Hemograma (2.2) - 1.0ml (2.2)
+ FVL (2.2) - 1.0ml (2.2)
+ FVL (2.2) - 1.0ml (2.2)

Data/Hora

Anotação de Enfermagem

08/07/2017 - 08:00h - 08:45h
Tubo em CAVUM (2.2) - 1.0ml (2.2)
+ FVL (2.2) - 1.0ml (2.2)
+ FVL (2.2) - 1.0ml (2.2)

Dr. Pedro Garcia Moreno Filho
CRO-BR 11111
CRO-AL 2111

Assinatura do Enfermeiro

505
70260352573044

MS/DATASUS

HOSPITAL REG DR PEDRO GARCIA MORENO

No. DO BE: 718785 DATA: 09/10/2019 HORA: 15:29 USUARIO: AGTOLIVEIRA
CNS: SETOR: 04-ORTOPEDIA

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME : JOSE FRANCISCO DOS SANTOS DOC....: 1183155
IDADE.....: 46 ANOS NASC: 09/11/1972 SEXO...: MASCULINO
ENDereco.....: ANTONIO DE REZENDE NUMERO: 89
COMPLEMENTO....: CASA BAIRRO: CENTRO
MUNICIPIO.....: POCO REDONDO UF: SE CEP....: 49810-000
NOME PAI/MAE...: JOSE INACIO DOS SANTOS /MARIA JOSE DOS SANTOS
RESPONSAVEL....: ESPOSA TEL....: 0796469750
PROCEDENCIA....: POCO REDONDO - SE
ATENDIMENTO....: ACIDENTE MOTOCICLISTICO
CASO POLICIAL..: NAO PLANO DE SAUDE.....: NAO TRAUMA: NAO
ACID. TRABALHO: NAO VEIO DE AMBULANCIA: NAO

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

EXAMES COMPLEMENTARES: ☒ RAIO X ☐ SANGUE ☐ URINA ☐ TC
☒ LIQUOR ☐ ECG ☐ ULTRASSONOGRAFIA

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

DADOS CLINICOS: DATA PRIMEIROS SINTOMAS: 1/1/
*do luto de acidente com lesão de traço
na face e clavícula E. de dor + repouso*

ANOTACOES DA ENFERMAGEM:

DIAGNOSTICO: *Furto Clavícula E -* CID:

PRESCRICAO

HORARIO DA MEDICACAO

A Clavícula
A Bicus Rexis Fart

Dr. José Cláudio Nunes Mota
Ortopedia - Traumatologia
CRM 178375-1/SP

DATA DA SAIDA: / / HORA DA SAIDA: :
ALTA: [] DECISAO MEDICA [] A PEDIDO [] EVASAO [] DESISTENCIA
[] ENCAMINHADO AO AMBULATORIO
INTERNACAO NO PROPRIO HOSPITAL (SETOR):

TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):
OBITO: [] ATE 48HS [] APOS 48HS [] FAMILIA [] IML [] ANAT. PATOL

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSAVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

Rosângela Vieira de Paula

CARTÃO DE IDENTIDADE

Adel Foz de São João



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

REGISTRO GERAL

1.183.155 2.VIA

DATA DE
EXPEDIÇÃO

05/09/2019

NOME JOSE FRANCISCO DOS SANTOS

FILIAÇÃO MARIA JOSE DOS SANTOS

JOSE INACIO DOS SANTOS

NATURALIDADE

DATA DE NASCIMENTO

POCO REDONDO-SE

09/11/1972

DOC ORIGEM

CT. NASCIM.

11002301551979100004137000241910

CART. 20F. DIST. COM POCO REDONDO/SE

CPE

589.032.465-88

Jenilson de Jesus Gomes

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR AUTOMÓTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A TRANSPORTADA OU NÃO - SEGURO DPVAT

SE Nº 014004609751 BILHETE DE SEGUR

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 120

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.seguradoralider.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO DATA 2018/29/05

VIA _____ OF / CURU _____ PLAC _____
005-419-425-30 DKY19

VIA	CIF / CNR		
**		005.419.425-30	QKY19
REMANAN	MARCA / MODELO	HONDA/NXR 160 BRO	
1101608665			

NO. PAR	9	CDI TYPE	9	9C2KD1000BR03864
REMARKS	1101508665 HONDA/NXR 160 BRO			
MUSICA MODELLO				

AND FARE 2016
 DATE TIME 9
 SE2KD1000BR038864
 Nº GRASSI
 PRÊMIO TARIFARIO

PRÊMIO TARIFÁRIO		CUSTO DO SERVIÇO	
PREÇO (R\$)	QUANTIDADE (R\$)	QUANTIDADE (R\$)	QUANTIDADE (R\$)
81,29	9,03	90,	

CUSTO DO BILHETE (R\$)	4,15	ID (R\$)	0,70	DATA DE Ocorrência	28/05/2018
PAGAMENTO			PARCELADO		
COTA YANCA					

COTA UNICA		PAGAMENTO		DATA DE OBRIGACAO	
K		☐		28/05/2010	

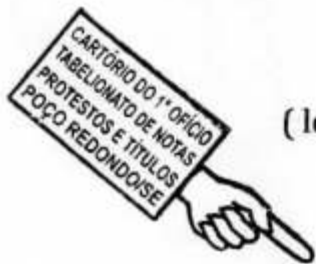
SEGURO LIDER - DPVAT

COPY 03-215 00110001-04

CONTINUED

**PROCURAÇÃO PARTICULAR PARA FINS ESPECÍFICOS DE
PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

Por este instrumento particular, eu (nome completo) Joel Francisco Dos Santos
(nacionalidade) Brasileiro , (profissão) Advogado , portador da cédula
de identidade RG nº 1183155 , emitido pela SSP / (UF) SE ,
inscrito sob o CPF nº 588.032.465-68 , residente na (endereço
completo) Rua E , na cidade de
Poco Redondo , (UF) SE , CEP 49.810-000 , nomeio e
constituo meu procurador , (nome do representante) Joel Francisco D. O. Rosa
(nacionalidade) Brasileiro , (profissão) Advogado , portador da cédula
de identidade RG nº 21233829 , emitido pela SSP / (UF) SE ,
inscrito sob o CPF nº 020.003.678-00 , residente na (endereço
completo) Rua Dos Gileas , na cidade de
St. So. da Gloria , (UF) SE , CEP 49.680-000 , a quem confiro
amplos e gerais poderes para , tratar , requerer, assinar papéis e
documentos que se faça necessário para fins de **SOLICITAÇÃO DO**
SEGURO DPVAT da vítima (nome da vítima) Joel Francisco Dos Santos
junto à **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT**.



(local e data) Poco Redondo, 11/11/2019

(assinatura) Joel Francisco Dos Santos

(RG) 1183155

Selo TJSE: 201 <u>9</u> 29563 008 983
Acesse: www.tjse.jus.br/X/V6P8JC
Reconheço como verdadeira (s) a (s) firma (s) de <u>Joel Francisco Dos Santos</u>
em testemunha da verdade.
1º Ofício da Comarca de Poco Redondo/SE <u>11/11/2019</u>
Bel/ Marco Aurélio Modesto Maron Notário Titular

OBS: (a assinatura deve ser reconhecida por AUTENTICIDADE)

Rio de Janeiro, 10 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190685640

Vítima: JOSE FRANCISCO DOS SANTOS

Data do Acidente: 09/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE MARCOS DE OLIVEIRA ROSA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOSE FRANCISCO DOS SANTOS

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 06 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190685640

Vítima: JOSE FRANCISCO DOS SANTOS

Data do Acidente: 09/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE MARCOS DE OLIVEIRA ROSA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOSE FRANCISCO DOS SANTOS

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 843,75

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros
25%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 25%) 6,25%

Valor a indenizar: 6,25% x 13.500,00 = R\$ 843,75

Recebedor: **JOSE FRANCISCO DOS SANTOS**

Valor: **R\$ 843,75**

Banco: **047**

Agência: **000000023**

Conta: **000001010916-0**

Tipo: **CONTA CORRENTE**

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





GOVERNO DO ESTADO DE SERGIPE
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE POÇO REDONDO - POÇO REDONDO - SE



BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 106894/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 11/10/2019 09:06 Data/Hora Fim: 11/10/2019 09:35

Delegado de Polícia: Fabio Santos Santana

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia Municipal de Poço Redondo

Data/Hora do Fato: 09/10/2019 11:00

Local do Fato

Município: Poço Redondo (SE)

Bairro: Centro

Logradouro: Rodovia Estadual Rota do Sertão

Complemento: próximo a Oficina de Netinho

CEP: 49.810-000

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1095: AUTO LESÃO - ACIDENTE DE TRÂNSITO	Não Houve

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: JOSE FRANCISCO DOS SANTOS (VÍTIMA , COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira

Naturalidade: SE - Poço Redondo

Sexo: Masculino

Nasc: 09/11/1972

Profissão: Autônomo

Estado Civil: Solteiro(a)

Nome da Mãe: Maria Jose dos Santos

Nome do Pai: Jose Inacio dos Santos

Endereço

Município: Poço Redondo - SE

Logradouro: rua Antonio Rozendo

Nº: 89

Complemento: Conjunto Augusto Franco

CEP: 49.810-000

Telefone: (79) 99945-7721 (Celular)

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo

Subgrupo Motocicleta/Motoneta

Descrição PAS/motocicleta

CPF/CNPJ do Proprietário 005.419.425-30

Placa QKY1903

Renavam 1101608665

Número do Chassi 9C2KD1000GR038864

Ano/Modelo Fabricação 2016/2016

Cor PRETA

UF Veículo Sergipe

Município Veículo Poço Redondo

Marca/Modelo HONDA/NXR 160 BROS

Veículo Adulterado? Não

Quantidade 1 Unidade

Situação Envolvido

Nome Envolvido	Envolvimentos
Jose Francisco dos Santos	Possuidor

RELATO/HISTÓRICO

RELATA o noticiante que pilotava pela Rodovia Estadual SE230, uma motocicleta pertencente a ALUIZIO FERREIRA

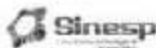
Delegado de Polícia Civil: Fabio Santos Santana

Impresso por: Cleber Martins da Silva

Data de Impressão: 11/10/2019 09:36

Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 2



PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos



GOVERNO DO ESTADO DE SERGIPE
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE POÇO REDONDO - POÇO REDONDO - SE

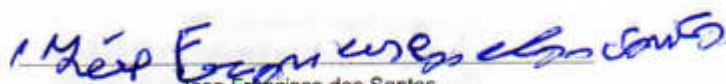
BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 106894/2019

FILHO, quando nas imediações da Oficina de NETINHO, uma outra motocicleta conduzida por uma mulher, cruzou a via de forma inesperada e sem sinalizar. Que devido a imprudência da condutora, o choque entre as duas motocicletas foi inevitável. Que foi projetado ao solo, e devido a queda sofreu fraturas de clavícula esquerda, escoriações pelo corpo e lesões de maxilar com perda de parte da dentição; Que foi socorrido por populares e conduzido a UPA POÇO REDONDO, de onde foi transferido em uma ambulância ao Hospital Regional da cidade de Itabaiana. É o relato.

ASSINATURAS


Cleber Martins da Silva
Ag. Pol. Queixa Criminosa
Matrícula 30071642
Responsável pelo Atendimento


Jose Francisco dos Santos
(Comunicante / Vítima)

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

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: 988.032.465-68 1 - Nome completo da vítima: José Francisco dos Santos

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

5 - Nome completo: José Francisco dos Santos 6 - CPF: 988.032.465-68
7 - Profissão: Camada 8 - Endereço: Rua E 9 - Número: 516 10 - Complemento: casa
11 - Bairro: Centro 12 - Cidade: Pádua Redonda 13 - Estado: SE 14 - CEP: 49810-000
15 - E-mail: Marcosdegloria@gmail.com 16 - Tel.(DDD):

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: Banerj

AGÊNCIA: CONTA: (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 023 CONTA: 01010916 (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 (a) 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

impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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: Pádua Redonda - RJ - 11.11.2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)