



**Poder Judiciário
Do Estado de Sergipe**

SÃO MIGUEL DO ALEIXO/COMARCA DE RIBEIRÓPOLIS DA COMARCA DE SÃO MIGUEL DO ALEIXO
Av. João Alves Filho, Bairro Centro, São Miguel do Aleixo/SE, CEP 49530000
Horário de Funcionamento: 07:00 às 13:00

Dados do Processo

Processo: 202082300200	Distribuição: 30/10/2020
Número Único: 0000195-95.2020.8.25.0071	Competência: São Miguel do Aleixo/Comarca de Ribeirópolis
Classe: Procedimento Comum	Fase: POSTULACAO
Situação: Andamento	Processo Principal: *****
Processo Origem: *****	

Assuntos

- DIREITO CIVIL - Obrigações - Espécies de Contratos - Seguro

Dados das Partes

Requerente: JOSE ALEX SANTOS
Endereço: POVOADO VARZEA DO EXU
Complemento:
Bairro: AREA RURAL
Cidade: SAO MIGUEL DO ALEIXO - Estado: SE - CEP: 49535000
Requerente: Advogado(a): PAULO SÉRGIO SANTOS ALMEIDA 7333/SE
Requerido: SEGURADORA LÍDER DO CONSÓRCIO DO SEGURO DPVAT S.A.
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**

**SÃO MIGUEL DO ALEIXO/COMARCA DE RIBEIRÓPOLIS DA COMARCA DE SÃO MIGUEL DO ALEIXO
Av. João Alves Filho, Bairro Centro, São Miguel do Aleixo/SE, CEP 49530000
Horário de Funcionamento: 07:00 às 13:00**

Processos Apensados:

--

Processos Dependentes:

--



Poder Judiciário
Do Estado de Sergipe

SÃO MIGUEL DO ALEIXO/COMARCA DE RIBEIRÓPOLIS DA COMARCA DE SÃO MIGUEL DO ALEIXO
Av. João Alves Filho, Bairro Centro, São Miguel do Aleixo/SE, CEP 49530000
Horário de Funcionamento: 07:00 às 13:00

PROCESSO:

202082300200

DATA:

30/11/2020

MOVIMENTO:

Juntada

DESCRIÇÃO:

Juntada de Petição Avulsa do Advogado/Procurador/Defensor/Promotor KELLY CHRYSTIAN SILVA MENENDEZ (2592-SE) ao processo eletrônico. Protocolizado sob nº 20201127165703829 às 16:57 em 27/11/2020.

LOCALIZAÇÃO:

Secretaria

PUBLICAÇÃO:

Não

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: 25/06/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 675,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE ALEX SANTOS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 04470

CONTA: 000000003609-8

Nr. da Autenticação EF78AB2749D0BB11

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3200165757 **Cidade:** Ribeirópolis **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE ALEX SANTOS **Data do acidente:** 08/02/2020 **Seguradora:** BRASIL VEICULOS CIA DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 22/06/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE 5º DEDO DE MÃO ESQUERDA.
TRAUMA CORTO-CONTUSO EM COXA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR. ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE 5º DEDO DE MÃO ESQUERDA.

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 FUNCIONAL MODERADO DE 5º DEDO DE MÃO ESQUERDA.

**Documentos
complementares:**

Observações: PÁG. 10_LAUDO MÉDICO

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
Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	10 %	Em grau médio - 50 %	5%	R\$ 675,00
Total			5 %	R\$ 675,00

Rio de Janeiro, 07 de Agosto de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200165757

Vítima: JOSE ALEX SANTOS

Data do Acidente: 08/02/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE MARCOS DE OLIVEIRA ROSA

Assunto: REANÁLISE DO PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOSE ALEX SANTOS

Após revisão da Análise Médica Documental ou perícia em 06/08/2020, verificou-se que a lesão permanente apresentada já foi adequadamente indenizada, nos termos da Lei nº 6.194, de 1974, não tendo sido identificado agravamento da invalidez permanente da vítima, ou nova lesão permanente decorrente do mesmo acidente de trânsito.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para você



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: 053.626.465-16 4 - Nome completo da vítima: Jose Alex 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: Jose Alex Santos 6 - CPF: 053.626.465-16
7 - Profissão: barbeiro 8 - Endereço: Povoado Varzea Do Exu 9 - Número: 511 10 - Complemento: casa
11 - Bairro: Area Rural 12 - Cidade: São Miguel Do Aleixo 13 - Estado: SE 14 - CEP: 49535-000
15 - E-mail: Marcosdegleira@gmail.com 16 - Tel.(DDD): 79-99918-9207

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: 4470 CONTA: 3609 8 AGÊNCIA: CONTA:
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (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 (a) nascitor? ☐ 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, Nessa Senhora da Glória, 04.05.2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



GOVERNO DO ESTADO DE SERGIPE
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE RIBEIRÓPOLIS - RIBEIRÓPOLIS - SE

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 036103/2020

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 28/04/2020 11:29 Data/Hora Fim: 28/04/2020 11:55
Origem: Pessoa Física - Particular
Delegado de Polícia: Julio Figueiredo de Aquino

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia Municipal de Ribeirópolis
Data/Hora do Fato: 08/02/2020 08:27

Local do Fato

Município: Ribeirópolis (SE)
Bairro: Povoado Queimadas
Logradouro: povoado queimadas

CEP: 49.530-000

Tipo do Local: Via Pública

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

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: JOSE ALEX SANTOS (VÍTIMA , COMUNICANTE)

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)


Nenhum Objeto Informado

RELATO/HISTÓRICO

RELATA O NOTICIANTE QUE DA DATA E HORA ACIMA CITADO AO TRAFEGAR NA RODOVIA QUE LIGA ESTE MUNICÍPIO AO MUNICÍPIO DE APARECIDA E AO CHEGAR NAS IMEDIAÇÕES DO POVOADO QUEIMADAS COLIDIU COM UM VEICULO DE PLACA POLICIAL HZF0293/SE QUE VINHA NA DIREÇÃO CONTRARIA; QUE DA COLISÃO SOFREU LESÕES NA PERNA ESQUERDA E MÃO ESQUERDA CONF RELATORIO MEDICO EM ANEXO

ASSINATURAS


Luiz Eduardo Dos Santos
Agente de Polícia
Matrícula 303318
Responsável pelo Atendimento


Jose Alex Santos
(Vítima / Comunicante)

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



Delegado de Polícia Civil: Julio Figueiredo de Aquino
Impresso por: Luiz Eduardo Dos Santos
Data de Impressão: 28/04/2020 11:56
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 1

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos



GOVERNO DO ESTADO DE SERGIPE
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE RIBEIRÓPOLIS - RIBEIRÓPOLIS - SE

BOLETIM DE Ocorrência

Nº: 00036103/2020-A01

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 10/06/2020 09:52:10 Data/Hora Fim: 10/06/2020 09:52:10
Delegado de Polícia: Julio Figueiredo de Aquino

DADOS DA Ocorrência

Unidade de Apuração: Delegacia Municipal de Ribeirópolis

Data/Hora do Fato: 08/02/2020 08:27

Local do Fato

Município: Ribeirópolis (SE)
Bairro: Povoado Queimadas
Logradouro: povoado queimadas

CEP: 49.530-000

Tipo do Local: Via Pública

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

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: JOSE ALEX SANTOS (VÍTIMA, COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira

Sexo: Masculino

Nasc: 20/02/1983

Idade: 37

Profissão: Ajudante Geral

Estado Civil: Casado(a)

Nome da Mãe: Maria Alzina dos Santos

Documento(s)

RG: 54497248-x

CPF: 053.626.465-16

Endereço

Município: São Miguel do Aleixo - SE

Logradouro: POVOADO VARZEA

Bairro: ZONA RURAL

Telefone: (79) 99998-0508 (Celular)

Nº: S/N

CEP: 49.535-000

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo: Veículo

CPF/CNPJ do Proprietário: 053.626.465-16

Renavam: 00118977300

Número do Chassi: 9C2KC08108R355712

Cor: AZUL

Município Veículo: São Miguel do Aleixo/SE

Veículo Adulterado?: Não

Última Atualização Denatran: 23/05/2016

Subgrupo: Motocicleta/Motoneta

Placa: ECQ5789

Número do Motor: KC08E18355712

Ano/Modelo Fabricação: 2008/2008

UF Veículo: SE

Marca/Modelo: HONDA/CG 150 TITAN KS

Situação: Envolvido

Situação do Veículo: NADA CONSTA

Nome Envolvido	Envolvimentos
Jose Alex Santos	Proprietário



Impresso por: Julio Figueiredo de Aquino
Data de Impressão: 10/06/2020 09:54:25

Página 1 de 2
PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos



GOVERNO DO ESTADO DE SERGIPE
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE RIBEIRÓPOLIS - RIBEIRÓPOLIS - SE

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 00036103/2020-A01

RELATO/HISTÓRICO

RELATA O NOTICIANTE QUE DA DATA E HORA ACIMA CITADO AO TRAFEGAR NA RODOVIA QUE LIGA ESTE MUNICÍPIO AO MUNICÍPIO DE APARECIDA E AO CHEGAR NAS IMEDIAÇÕES DO POVOADO QUEIMADAS COLIDIU COM UM VEÍCULO DE PLACA POLICIAL HZF0293/SE QUE VINHA NA DIREÇÃO CONTRÁRIA; QUE DA COLISÃO SOFREU LESCÕES NA PERNA ESQUERDA E MÃO ESQUERDA CONF RELATORIO MEDICO EM ANEXO

ASSINATURAS

Julio Figueiredo de Aquino
Responsável pelo Atendimento

Jose Alex Santos

Jose Alex Santos
Vítima, Comunicante

"Declaro para os devidos fins o delito que deu origem a presente ocorrência policial, com a identificação e a data que pretendo responder civil e criminalmente pela presente declaração que os origina, conforme previsto no Artigo 329 do Código de Processo Penal e 340 da Constituição Federal no Crime ou na 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: 053.626.465-16 4 - Nome completo da vítima: Jose Alex 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: Jose Alex Santos 6 - CPF: 053.626.465-16
7 - Profissão: barbeiro 8 - Endereço: Povoado Varzea Do Exu 9 - Número: 511 10 - Complemento: casa
11 - Bairro: Area Rural 12 - Cidade: São Miguel Do Aleixo 13 - Estado: SE 14 - CEP: 49535-000
15 - E-mail: Marcosdegloria@gmail.com 16 - Tel.(DDD): 79-99918-9207

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: 4470 CONTA: 3609 8 AGÊNCIA: CONTA: (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) (nasos)? ☐ 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, Nessa Senhora da Glória, 04.05.2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

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/BIBLIOTECABWEB/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 Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Jose Marcos De Oliveira Rosa
inscrito (a) no CPF/CNPJ 020.003.675 / 00, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário
Jose Alex Santos inscrito (a) no CPF sob o Nº 053.626.465 / 16
do sinistro de DPVAT cobertura FUBACIDEZ da Vítima Jose Alex Santos
inscrito (a) no CPF sob o Nº 053.626.465 / 16, 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>277</u>	Complemento: <u>Casa-A</u>
Bairro: <u>Silas</u>	Cidade: <u>Nossa Senhora Da Glória</u>	Estado: <u>SE</u>
E-mail: <u>marcosdegleria@gmail.com</u>	CEP: <u>49680-000</u>	Tel.(DDD): <u>79-99918-9207</u>

Local e Data: Nossa Senhora Da Glória; 04.05.2020

Jose Marcos De Oliveira Rosa
Assinatura do Declarante

MS/DATASUS

HOSPITAL REGIONAL DE NOSSA SENHORA DA GLORIA

No. DO BE: 422185

DATA: 08/02/2020 HORA: 08:27 USUARIO: MESILVA

CNS:

SETOR: 02-CONSULTORIO ADULTO

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME : JOSE ALEX SANTOS DOC....: 0
IDADE.....: 36 ANOS NASC.: 20/02/1983 SEXO...: MASCULINO
ENDERECO.....: RUA ALBERTO DE BRITO NUMERO: 0
COMPLEMENTO....: CASA BAIRRO: CASA
MUNICIPIO.....: SAO MIGUEL DO ALEIXO UF: SE CEP....: 49535-000
NOME PAI/MAE...: NAO CONSTA NO RG /MARIA ALBINA DOS SANTOS
RESPONSAVEL....: O PROPRIO TEL....: 079
PROCEDENCIA....: SAO MIGUEL DO ALEIXO-SE
ATENDIMENTO....: ACIDENTE MOTOCICLISTICO (MOTOS)
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: Trauma contuso DATA PRIMEIROS SINTOMAS: / /

em oão (m) após colisão (contato contuso) moto-carro durante a manobra de hoje.
veja entranhas xon. neg a abrigias.

DIAGNOSTICO: Trauma contuso extenso coxa E.

PRESCRICAO

HORARIO DA MEDICACAO

1) Cefalotina 1g + AD, EV

2) Cefprozol 1 amp > 100 ml SF 0,9% EV.

3) Dipirona 01 amp

4) vit. K₁ 01 amp IM.

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 Médico

Dr. Sydney Correia Leão
CRM-SE 4403
Clínica Geral/Psiquiatria

LOQUEIXA**PROFESSOR**

ANAMNESE DE ENFERMAGEM

HORACE

TIPO

ALERTA/ORIENTADO ☐ LETARGICO ☐ OBNUBILADO ☐ TORPOROSO ☐ COMATOSO ☐ OUTROS ☐

HISTORIA PROGRESSA

☐ DIABETES ☐ HIPERTENSÃO ARTERIAL ☐ CARDIOPATIA ☐ AVC ☐ OUTROS:

ALERGIAS / INTOLERÂNCIA

STM ☐ NÃO ☐**MEDICAMENTO EN USO**SIM ☐ NÃO ☐

QUAIS:

QUAIS-

SINAIS VITAIS

Glucose mg/dl Pressão Arterial mmHG Frequência Cardíaca bpm Temperatura °C Frequência Respiratória irpm Saturação de Oxigênio % Peso kg

RISICO:

VERMELHO

AMARELO

VERDE

A2111

OBSERVAÇÃO:

RESERVAÇÃO: # *George Ford* #

Ass. Enfermeiro(a) / Carimbo

ATENDIMENTO MÉDICO

PRESCRIÇÃO MÉDICA:

EVOLUÇÃO MÉDICA

REGISTRO DE ENFERMAGEM

~~Dr. José Cicero da Silva~~
Mastologia/Cirurgia Geral
CRM/SE 5498

Eduarda Custódio Dória

HOSPITAL REGIONAL DE GLOCHS

Realizado en el Centro de Radio X / TPO

Leonardo A. Oliveira

9560

[Faint handwritten notes at the bottom of the page]

CON PROC QUANT

HORÁRIO DE SAÍDA:

Assinatura e Carimbo

NOME DO PACIENTE: JOÃO DA SILVADATA DA ENTRADA: 08/02/2020DATA DA SAÍDA: 11/02/2020

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 () ENFERMARIA () UTI ()

HISTÓRICO CLÍNICO:

PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTOCICLETA, APRESEN-
TANDO FRATURA DE FALANGE PROXIMAL DO 5º DEDO DA MÃO
ESQUERDA, FERIMENTOS CORTO-CONTUSO NA MÃO ESQUERDA,
ATENDIDO NO HUSP E FICOU ALTA HOSPITALAR EM 11.02.2020.

HISTÓRICO CIRÚRGICO:

SETORIZADA REALIZADA NO HOSPITAL DE ORTÓPEDIA NA CIDADE
DE V. S. DA OLÍMPIA - SERGIPE

EXAMES COMPLEMENTARES:

EXAMES COMPLEMENTARES NA MÃO ESQUERDA

MÉDICOS ASSISTENTES:

DR. FILADELFO VASCONCELOS
DR. THIAGO JORGE SILVA LIMA

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

ARACAJU, 24 de FEVEREIRO de 2020

COORDENADOR
DE INVESTIGAÇÃO
DE DOENÇAS
INFECCIOSAS
E PARASITARIAS
DR. SE

Dr. João da Silva
MÉDICO DO SETOR DE ANÁLISE DE PRONTUÁRIO

Dr. João da Silva
Médico
CRM/SE 1951825-8

DATASUS

HOSPITAL DE URGENCIAS DE SERGIPE - HUSE

No. DO BE: 121751

DATA: 08/02/2020

HORA: 15:39

USUARIO: VDMSANTOS

CNS:

SETOR: 05-ORTOPEDIA

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME : JOSE ALEX SANTOS

IDADE.....: 36 ANOS NASC: 20/02/1983

ENDERECO.....: POVOADO VARZIA DO ENCHU

COMPLEMENTO....: 705801494930631 BAIRRO: ZONA RURAL

MUNICIPIO.....: SAO MIGUEL DO ALEIXO

NOME PAI/MAE...:

RESPONSAVEL....: ESPOSA ROSEILDE

PROCEDENCIA....: SAO MIGUEL DO ALEIXO-SE

ATENDIMENTO....: ACIDENTE MOTOCICLISTICO (MOTOS)

CASO POLICIAL..: NAO

ACID. TRABALHO: NAO

PLANO DE SAUDE....: NAO

VEIO DE AMBULANCIA: SIM

DOC....:

SEXO...: MASCULINO

NUMERO:

CEP....: 49535-000

UF: SE /MARIA ALBINA DOS SANTOS

TEL....: 999980508

TRAUMA: SIM

A: [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: _/_/_

Acidente de moto

NOTACOES DA ENFERMAGEM:

DIAGNOSTICO:

CID:

PRESCRICAO

HORARIO DA MEDICACAO

Raio-x de mão (E) AP/obliquo

fratura de falange proximal

Thiago Jorge Silva Lima
Ortopedia e Traumatologia
CRM 3790

do 5º dedo de mão (E)

DATA DA SAIDA: / /

DECISAO MEDICA [] A PEDIDO [] EVASAO

[] ENCAMINHADO AO AMBULATORIO

INTERNAÇÃO NO PROPRIO HOSPITAL (SETOR):

HORA DA SAIDA: :

[] DESISTENCIA

TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):

PRazo: [] ATE 48HS [] APOS 48HS

[] FAMILIA [] IML [] ANAT. PATOL

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSAVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

MC + suture de lesão

Atendimento EXAME DE RADIOLOGIA - HUSE

Thiago Jorge Silva Lima REALIZADO EM 08/02/2020

Ortopedia e Traumatologia AS HORAS

p. 16

15:48

FICHA DE ATENDIMENTO

ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO - SISTEMA DE MANCHESTER

NOME DO PACIENTE (Sem abreviações): _____ REGISTRO: _____

IDADE: _____ ETNIA: _____ DATA: ____/____/____

DATA DE NASCIMENTO: _____ NOME DA MÃE: _____ HORA: _____

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

SITUAÇÃO / QUEIXA: _____

FLUXOGRAMA: _____

DISCRIMINADOR: _____

ALERGIAS (MEDICAMENTOS E ALIMENTOS): _____

VERMELHO	LARANJA	AMARELO	VERDE	AZUL
	MUITO URGENTE	URGENTE	POUCO URGENTE	NÃO URGENTE
0 MIN	10 MIN	60 MIN	120 MIN	240 MIN

OBSERVAÇÃO: _____

DESTINO / ENCAMINHAMENTO: _____

ENF.: _____ COREN: _____ ASSINATURA: _____

COORDENADOR: _____ DATA: ____/____/____ HORA: _____

RECLASSIFICAÇÃO PARA A PRIORIDADE: _____ ENF.: _____ COREN: _____

DISCRIMINADOR
às ____ h ____ min.

CONFIRMADA IDENTIFICAÇÃO COM O PACIENTE / FAE / PULSEIRA? (S/N)

COLOCADA PULSEIRA? (S/N)

EM QUAL MEMBRO? (PULSO E / PULSO D / TORNOZELO E / TORNOZELO D)

RELATÓRIO DE TRANSFERÊNCIA

UNIDADE DE ORIGEM

HOSPITAL REGIONAL GOV. JOÃO ALVES FILHO - N. 9ª DA GLÓRIA/SE

UNIDADE PARA REFERÊNCIA

ENDEREÇO DA UNIDADE DE REFERÊNCIA

ESTAMOS ENCAMINHANDO O PACIENTE

SEXO

NASCIDO EM

MATRÍCULA

SEU PROBLEMA DE SAÚDE NECESSITA DE UM TIPO DE ATENDIMENTO QUE ESTA UNIDADE NÃO OFERECE.

MOTIVO DA CONSULTA / IMPRESSÕES DIAGNÓSTICAS OU PROBLEMAS IDENTIFICADOS

ESTUDOS A QUE FOI SUBMETIDO O PACIENTE, SEUS RESULTADOS E CONDUITA ADOTADA (RESUMO DOS PRINCIPAIS ACHADOS DO EXAME CLÍNICO E DOS EXAMES COMPLEMENTARES REALIZADOS ANTES DA SOLICITAÇÃO DO ENCAMINHAMENTO)

MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO

DATA DO ENCAMINHAMENTO

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO

PRONTO SOCORRO ADULTO	PRESCRIÇÃO MÉDICA
HUSE	

Nome: Jose Alex Santos.

Idade: _____

Data: _____

DATA	HORA	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
03/02/2020		1- Dieta livre	SND
		2- SF 0,9% 1000 - e EV e - 24h	500 500
		3- Ketazol 1g + AD EV 6/6h	18 24 04 10
		4- Dipirona 500mg + AD EV 6/6h	18 24 06 12
		5- Profenid 500mg + 100 - e SF 0,9% EV 8/8h	20 04 12 7
		6- Omeprazol 40mg + AD EV 2x 12h	06
		7- Curativos diários	
		8- SSW + CCGG	
		9- Avaliação e conduta de <u>André Luiz Silva Lima</u> Ortopedia e Traumatologia CRM 3790	

EVOLUÇÃO/PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA 09/02/2020

NOME: JOSE ALEX SANTOS

ALA: VERDE TRAUMA LEITO: CORREDOR GÊNERO: MASCULINO IDADE: 36

DIAGNÓSTICOS: FRATURA DE FALANGE PROXIMAL DO 5º DEDÃO DA MÃO ESQ.

EVOLUÇÃO MÉDICA:

*Paciente em tratamento F.O. em L.Rx
G.I. PLM - / D.T.R.*

Dr. Francis Vasconcelos
Ortopedia e Traumatologia
CRM 3911 TEOT 15921

	PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIO DE ADMINISTRAÇÃO
1	Dieta VO LIVRE	
2	AVP PERVIO	
3	Keflin 1g, IV, 6h/6h OU Kefazol 1g, IV, 8h/8h D1	
4	Ranitidina, 02 mL + 18 mL AD, IV, 12h/12h OU Omeprazol 40mg, IV, às 6:00	
5	Dipirona, 02 mL + 08 mL AD, IV, 6h/6h	
6	Profenid, 01 ampola IV + 100mL SF0,9%, 12h/12h	
7	Tramal 100mg + 250 ml SF0,9, IV, 8/8h SOS	
8	Clexane 40mg SC, 1x/dia OU Heparina 5.000UI SC, 2x/dia SUSP	
9	Bromoprida, 02 mL + 18 mL AD, IV, 8h/8h, se náuseas ou vômitos	
10	Glicemia capilar, 6h/6h, se diabético	
11	Insulina regular, conforme glicemia:	
12	<200 = Ø 251 – 300 = 4U 351 – 400 = 8U	
13	201 – 250 = 2U 301 – 350 = 6U > 400 = 10U	
14	Glicose 25%, 40ml, IV, se glicemia < 70	
15	Captopril 25mg, VO, se PAS > 180mmHg ou PAD > 110mmHg SOS	
16	CCGG + SSVV 6h/6h	
17	CURATIVO DIÁRIO 1X/DIA	
18	<i>para hospital</i>	
19		
20		
21		

Dr. Francis Vasconcelos
Ortopedia e Traumatologia
CRM 3911 TEOT 15921

RECEITUÁRIO

Jose Alde Santos

Patricio Medeiros

Paciente de 34 anos, referiu, segundo relato, vários episódios de entorpecimento, ocorridos antes e durante sua 1ª de gestação de 2020, com aumento, porém lesão cirúrgica com o aumento da região posterior da perna esquerda (com 40 cm) e deformidade em 3º grau da mão esquerda (com impossibilidade de flexão e extensão). Evoluiu com melhora gradual do quadro geral.

Thomas Brolin
Médico
CRM-SE 6486

23 04 2020



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE - SÃO MIGUEL DO ALEIXO-SE
CLÍNICA DE SAÚDE DA FAMÍLIA - M^{te} FRANCISCA FERREIRA



Nome: Jose Alex Santos

RELATÓRIO e ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins de direito, que José Alex Santos, 37 anos, ajudante geral (material de construção), sofreu acidente de trânsito (moto), em 27/02/2020, no percurso para o trabalho, com lesão de partes moles da coxa E e joelho esquerdo, com perda de substância e exposição óssea e articular, e fratura exposta do 5º quirodáctilo Esquerdo. Atendido em emergência, submeteu-se à cirurgia de reparação no membro inferior esquerdo, e na mão esquerda. No momento apresenta grande e dolorosa cicatriz no joelho e coxa esquerda distal, com instabilidade lateral do joelho E, presença de cicatriz na mão esquerda e fratura consolidada viscosamente com desvio lateral do 5º quirodactilo esquerdo, com limitação funcional importante. O paciente encontra-se em tratamento.

CID10: S62.6 (sequela), S71.1, S81.0 (sequela) e S83.5 (sequela)



Aracaju, 19 de Agosto de 2020

Dr. Bráulio Costa Neto
Ortopedia-Fisioterapia
CRM 1305

ORTHO ORTOPEDIA E SERVIÇOS LTDA. EPP
Av. Gonçalo Prado Rollemberg, 230 - B. São José - Tel. (79) 3218-6822 / 3218-6800 / 98871-0145
CEP 49015-230 - Aracaju-SE - C.N.P.J.: 02.365.918/0001-60



Nome: José Alex Santos
Idade: 20/02/1983
Convênio: Particular
Médico: Dr. Bráulio Costa Neto
Data: 19/08/2020


LAUDO RADIOLÓGICO

MÃO E:

Sequela de fratura do V quirodáctilo esquerdo,
com desvio lateral e consolidação viciosa.

JOELHO E:

Aparente lesão do ligamento colateral lateral,
com abertura do compartimento lateral.



Dr. Gilmário Macedo de Oliveira
RADIOLOGISTA
CRM - 602/SE

Obs: Exames Digitalizados.

ORTHO ORTOPEDIA E SERVIÇOS LTDA.

Rua Engenheiro Rollemberg, 230 - Bairro São José - Tel.: (79)3218-6822/3218-6800 - CNPJ - 02.365.918/0001-60 - CEP: 49015-230 - Aracaju-SE

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): Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h

SAC (para dúvidas e reclamações): 0800 022 8189 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06

Canal de Denúncia: 0800 591 2563 | Ouvidoria: 0800 021 91 35

Número do pedido DPVAT:

Data da solicitação:

DD/MM/AA

Nome do beneficiário: *Jose Alex Santos*

CPF do beneficiário: *093.626.465-16*

Nome do solicitante:

CPF do solicitante:

DADOS PARA CONTATO

Tel. Celular: *79 99189207*

Tel. Comercial: ()

Tel. Residencial: ()

E-mail: *marceodegloria@gmail.com*

INFORME A COBERTURA DO SEU PEDIDO

☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

MOTIVO DA SOLICITAÇÃO

☐ DISCORDO DA NEGATIVA

☒ DISCORDO DO VALOR RECEBIDO

☐ DISCORDO DA EXIGÊNCIA DE DOCUMENTOS

ESTÁ APRESENTANDO UM NOVO DOCUMENTO PARA COMPLEMENTAR O PEDIDO DE REANÁLISE?

☐ NÃO

☒ SIM, informe qual(is) documentos estão sendo entregues:

☒ Novos documentos médicos

☐ Laudo do IML

☐ Boletim de Ocorrência

☐ Notas fiscais complementares

☐ Outros:

(DESCREVER)

NO CAMPO ABAIXO, SE DESEJAR, DESCREVA A JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

Solicitar a essa Smbria que seja marcado uma Perícia Para meu Processo Pais no valor de R\$ 675,00 Para as Lesões que num encontro com a Prática médica completa. Prática Para (E), fez a marcação dentro do corpo dos membros por isso que, Pelo encarecimento, marque a Perícia Para meus membros o que aqui descrevo.

St. da Colônia 05.08.2020
Local e Data

Jose Alex Santos
Assinatura do solicitante ou de quem assina a pedido (a rogo)

IMPORTANTE:

Depois de preencher todos os dados, imprima o formulário, assine e entregue no mesmo ponto de atendimento em que deu entrada inicialmente no seu pedido do Seguro DPVAT.

Observação sobre beneficiário/vítima não alfabetizado:

O não alfabetizado deverá escolher pessoa de sua confiança, alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o formulário, a seu pedido (a seu rogo).



35.4 N



33.4 N

PROIBIDO PLASTIFICAR


0-4760


REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE SÃO PAULO

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO





Jose Alex Santos

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO 54.497.248-X DATA DE 15/OUT/2010

NOME JOSE ALEX SANTOS

MATRÍCULA MARIA ALBINA DOS SANTOS

NACIONALIDADE RIBEIROPOLIS -SE DATA DE NASCIMENTO 20/FEV/1983

ENDEREÇO LIMEIRA SP

CC: LV.B15 / FLS.58 / N.002678

0-4760

LE Nº 7116 DE 24/08/83



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

SE

VÁLIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL
1749963409

NOME

JOSE MARCOS DE OLIVEIRA ROSA



DOC IDENTIDADE / ORG EMISSORA
21233829 SSP SE

CPF
020.003.675-00

DATA NASCIMENTO
28/11/1985

FILIAÇÃO

JOSE LUIZ ROSA

LUIZETE SANTOS DE
OLIVEIRA ROSA

PERMISSÃO

ACC

CAT HAB

AB

1ª REGISTRO

04659447376

VALIDADE

07/01/2024

1ª HABILITAÇÃO

02/06/2009

OBSERVAÇÕES

SEM OBSERVAÇÃO:

Jose Marcos de Oliveira Rosa

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL

ARACAJU, SE

DATA DE EMISSÃO

08/01/2019

Luciana Cândida Deda Chagas de Melo

Luciana Cândida Deda Chagas de Melo
DIRETORA PRESIDENTE

59018844231
SE021769567

ASSINATURA DO EMISSOR

SERGIPE

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS
TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT

SE Nº 015855382374 BILHETE DE SEGURO DPVAT

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 2019		DATA EMISSÃO 20/02/2020	
VIA R\$	CPF / CNPJ 053.626.465-16	PLACA EC05789	
RENAVAM 116972300	MARCA / MODELO HONDA/CG 150 TITAN RS		
ANO FAB. 2008	CAT. TARIF. 9	Nº CHASSI 9C2KC08108R355712	
PRÊMIO TARIFÁRIO			
FNS (R\$) 3,64	DENATRAM (R\$) 0,40	CUSTO DO SEGURO (R\$) 4,05	
CUSTO DO BILHETE (R\$) 4,15	IOF (R\$) 0,05	TOTAL SERVIÇO FEITO SEGURO (R\$) 12,30	
PAGAMENTO <input checked="" type="checkbox"/> COTA ÚNICA <input type="checkbox"/> PARCELADO		DATA DE QUITAÇÃO 17/02/2020	

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 06.348.805/0001-04

04/7/2019



PROCURAÇÃO PARTICULAR PARA FINS ESPECÍFICOS DE
PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Por este instrumento particular, eu (nome completo) Jose Alex Santos
(nacionalidade) Brasileiro (profissão) Procurador portador da cédula
de identidade RG nº 54.497.248-1, emitido pela SSP / (UF) SE,
inscrito sob o CPF nº 053.626.965-16, residente na (endereço
completo) Rua Vaz de Almeida, na cidade de
Macapá (UF) AP, CEP 68000-000, nomeio e
constituo meu procurador, (nome do representante) Jose Milton do Rocio
(nacionalidade) Brasileiro, (profissão) Procurador, portador da cédula
de identidade RG nº 21233829, emitido pela SSP / (UF) SE,
inscrito sob o CPF nº 020.003.675-00, residente na (endereço
completo) Rua Dos Saneles, na cidade de
Macapá, (UF) AP, CEP 68000-000, 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) Jose Alex Santos,
junto à **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT**.

(local e data) San Miguel de Nevón, 30.04.2020

(assinatura) Zero Net Center

(RG) 54.497.048-x

OBS: (a assinatura deve ser reconhecida por AUTENTICIDADE)

Philip Dunbar, Andean Games, 228 • Carlos
Molina, *La guerra*, 239 • María José Muñoz,
"Cervantes' *Don Quixote* and the American
Colonial Clergy: Issues, Assumptions, and Domination,"
249

CARTÓRIO DO OFÍCIO ÚNICO
LÉO MARCEL DE ALMEIDA

Reconheço por AUTENTICIDADE a firma de JOSÉ ALEX SANTOS em 30/04/2020 e dou fé. Em testemunho verdade. Marcos

Garcia Lima, Escrevente.

São Miguel do Aleixo/SE.

mol. R\$ 3.80 FERD R\$ 0.76 Total R\$ 4.56.

10 TISE: 202029610000395

www.fishbase.org

Marcos Garcia Lima
Escritor

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0129181/20

Número do Sinistro: 3200165757

Vítima: JOSE ALEX SANTOS

CPF: 053.626.465-16

CPF de: Próprio

Data do acidente: 08/02/2020

Titular do CPF: JOSE ALEX SANTOS

Seguradora: BRASIL VEICULOS CIA DE SEGUROS

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência

ATENÇÃO

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

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 18/06/2020
Nome: JOSE MARCOS DE OLIVEIRA ROSA
CPF: 020.003.675-00

JOSE MARCOS DE OLIVEIRA ROSA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 18/06/2020
Nome: GERALDO HENRIQUE DE CASTRO
CPF: 749.689.716-72

GERALDO HENRIQUE DE CASTRO