



**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
Número Único: 0000195-95.2020.8.25.0071
Classe: Procedimento Comum
Situação: Andamento
Processo Origem: *****

Distribuição: 30/10/2020
Competência: São Miguel do Aleixo/Comarca de Ribeirópolis
Fase: POSTULACAO
Processo Principal: *****

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 Apenasdos:

--

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: 00000003609-8

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 |

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

Rio de Janeiro, 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: 4 - Nome completo da vítima:
 053.626.465-16 Jose Alex Santos

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

DADOS CADASTRAIS

5 - Nome completo: Jose Alex Santos 6 - CPF: 053.626.465-16
 7 - Profissão: Barnador 8 - Endereço: Pocoado Vargia Do Exu 9 - Número: 510 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:

| | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR | <input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 |
| <input type="checkbox"/> SEM RENDA | <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 | <input type="checkbox"/> 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

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

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

Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

| | | | | | | | | | |
|---|--|---|-------------------------------------|---|--------------------------------|--|-------------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| 23 - Estado civil da vítima: | <input type="checkbox"/> Solteiro | <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) | <input type="checkbox"/> Divorciado | <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente | <input type="checkbox"/> Viúvo | 24 - Data do óbito da vítima: | | | |
| 25 - Grau de Parentesco com a vítima: | 26 - Vítima deixou companheiro(a): | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não | 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: | | | | | |
| 28 - Vítima teve filhos, informar Vivos: Falecidos: | 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: | 30 - Vítima deixou nascituro (aias nascer): | <input type="checkbox"/> Sim | 31 - Vítima teve irmãos: | <input type="checkbox"/> Sim | 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: | 33 - Vítima deixou pais/avós vivos: | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, *Av. Nossa Senhora da Piedade, 04-05-2020*

Nossa Senhora da Piedade, 04-05-2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

4p A Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS



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 | Mel(o)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 IMEDIACOES DO POCOADO 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 assentadas e quelei que poderia 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."



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
PÓLICIA 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: AUTO 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 Alcina dos Santos | | | |

Documento(s)

RG: 54.497248-X

CPF: 053.626.465-16

Endereço

Município: São Miguel do Aleixo - SE

Nº: S/N

Logradouro: Povoado VARZEA

CEP: 49.535-000

Bairro: ZONA RURAL

Telefone: (79) 99998-0508 (Celular)

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

| | |
|---|------------------------------------|
| Grupo Veículo | Subgrupo Motocicleta/Motoneta |
| CPF/CNPJ do Proprietário 053.626.465-16 | Placa ECQ5789 |
| Renavam 00118977300 | Número do Motor KC08E18355712 |
| Número do Chassi 9C2KC08108R355712 | Ano/Modelo Fabricação 2008/2008 |
| Cor AZUL | UF Veículo SE |
| Município Veículo São Miguel do Aleixo/SE | Marca/Modelo HONDA/CG 150 TITAN KS |
| Veículo Adulterado? Nao | Situação Envolvido |
| Última Atualização Denatran 23/05/2016 | Situação do Veículo NADA CONSTA |

| Nome Envolvido | Envolvidos |
|------------------|--------------|
| 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 IMEDIACÕES DO Povoado QUEIMADAS COLIDIU COM UM VEÍCULO DE PLACA POLICIAL HZF0293/SE QUE VINHA NA DIREÇÃO CONTRARIA; QUE DA COLISÃO SOFREU LESÕES NA Perna ESQUERDA E MÃO ESQUERDA CONF RELATÓRIO MEDICO EM ANEXO

ASSINATURAS

Julio Figueiredo de Aquino
Responsável pelo Atendimento

Jose Alex Santos
Vítima, Comunicante

"Declaro para os devidos fins, que o meu Relatório é irreversível quanto ao que consta e que fui eu quem responderá civil e criminalmente pelo impreciso descrever que o(s) objeto(s), conforme previsto nos artigos 339-Contracarroço, 340-Contracarroço Furtivo ou Crime ou Crime contra a Propriedade, no Código Penal Brasileiro."



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

Página 2 de 2
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: 4 - Nome completo da vítima:
 053.626.465-16 Jose Alex Santos

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

DADOS CADASTRAIS

5 - Nome completo: Jose Alex Santos 6 - CPF: 053.626.465-16
 7 - Profissão: Barnador 8 - Endereço: Pocoado Vargia Do Exu 9 - Número: 510 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:

| | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR | <input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 |
| <input type="checkbox"/> SEM RENDA | <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 | <input type="checkbox"/> 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

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

| | | | | | | | | |
|--|---------------------------------------|---|-------------------------------------|---|--------------------------------|---------------------------------------|-------------------------------------|------------------------------|
| 23 - Estado civil da vítima: | <input type="checkbox"/> Solteiro | <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) | <input type="checkbox"/> Divorciado | <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente | <input type="checkbox"/> Viúvo | 24 - Data do óbito da vítima: | | |
| 25 - Grau de Parentesco com a vítima: | 26 - Vítima deixou companheiro(a): | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não | 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: | | | | |
| 28 - Vítima teve filhos, informar Vivos: | 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: | 30 - Vítima deixou nascituro (aias nascer): | <input type="checkbox"/> Sim | 31 - Vítima teve irmãos: | <input type="checkbox"/> Sim | 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: | 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? | <input type="checkbox"/> Sim |
| <input type="checkbox"/> Não | Falecidos: | <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Não | Falecidos: | <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Não |

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, *Av. Nossa Senhora da Piedade, 04-05-2020*

Nossa Senhora da Piedade, 04-05-2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

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/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 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 INVALIDEZ 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 Lider-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

| | | | | | |
|-----------|---------------------------------|---------|--------------------------------|--------------|----------------------------------|
| Endereço: | <u>Rua Das Silos</u> | Número: | <u>277</u> | Complemento: | <u>Casa -1</u> |
| Bairro: | <u>Silos</u> | Cidade: | <u>Nossa Senhora Da Glória</u> | Estado: | <u>SE</u> |
| E-mail: | <u>marcosdeglorio@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

2020 - 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
SETOR: 02-CONSULTORIO ADULTO

CNS:

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME : JOSE ALEX SANTOS
 IDADE.....: 36 ANOS NASC: 20/02/1983
 ENDERECO....: RUA ALBERTO DE BRITO
 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: DATA PRIMEIROS SINTOMAS:

Trauma contante na coxa esq, com grande ex-
 tenção (contato com o solo) após colisão (contato contuso)
 Vaga duração que ex. on. Nig a 01 dia.
 ANOTACOES DA ENFERMAGEM:

DIAGNOSTICO: Trauma contuso extenso (coxab).

PRESRICAO

HORARIO DA MEDICACAO

1. Cefalotina 1g + AD, EV
2. Cetoproleno 01amp 7 100 ml SF 0,9% EV.
3. Dipinidina 01amp
4. vit K 01amp 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

Rose de Francisca de Souza Soárez

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSAVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

Solto a valigas 10 Cinzengas
 mal (Dr. c. a. r. o)

Dr. Sydney Correia Leão

CRM-SE 4403
Clinica Geral/Pneumologia

ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

QUEIXA

PROFISSÃO

ANAMNESE DE ENFERMAGEM

HORÁRIO:

TIPO

ALERTA/ORIENTADO LETARGICO OBNUBLADO TORPOROSO COMATOSO OUTROS

HISTÓRIA PREGRESSA

 DIABETES HIPERTENSÃO ARTERIAL CARDIOPATIA ANC OUTROS:
QUAIS:

ALERGIAS / INTOLERÂNCIA

SIM NÃO

MEDICAMENTO EM USO

SIM NÃO

QUAIS:

QUAIS:

SINAIS VITais

| Clínico | Pressão Arterial | Frequecia Cardíaca | Temperatura | Freq. card. Respiratória | Saturação de Oxigênio | Peso |
|---------|------------------|--------------------|-------------|--------------------------|-----------------------|------|
| mg/dl | / mmHg | bpm | °C | irpm | % | kg |

RISCO: VERMELHO AMARELO VERDE AZUL

OBSERVAÇÃO:

Anexo 5º

Ass. Enfermeiro(a) / Carimbo

ATENDIMENTO MÉDICO

com fundo estéril d. 50cm/ cm
 415, sem lesões d. brancas ou granulosas
 exames
 ① exames de fundo d. 50cm/ cm
 ② exames de fundo d. 50cm/ cm
 ③ exames de fundo d. 50cm/ cm

PREScrição MÉDICA:

1. Cetotriptano 100mg c/ dia, EV.

2. Sif 5.000 U/ dia, EV.

3. SCL 500 U, EV.

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

EVOLUÇÃO MÉDICA

① Cetotriptano 100mg c/ dia, EV.

② Sif 5.000 U/ dia, EV.

③ SCL 500 U, EV.

Eduarda Custodio Dótila
 CRM/SE 5498

REGISTRO DE ENFERMAGEM

Às 08:47 h. Realizado suprimento MSD com gelo nº 38
 instolado renofrigêntico e medicamentos C.P.M.

HOSPITAL REGIONAL DE GLÓRIA

Rua 11 de Setembro, Centro de São Luís - MA

Lançamento: 01/01/2010

001 PROC 2560

QUANT. 01

of

001 PROC

QUANT.

Assinatura e Carimbo

HORÁRIO DE SAÍDA:

NOME DO PACIENTE: J. V. M. M. M.DATA DA ENTRADA: 08/10/2010DATA DA SAÍDA: 11/10/2010

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:

ACIDENTE VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTOCICLETA, PRESENTE
FRATURA DE FALANGA PROXIMAL DA 5^a DEDO DA
MÃO DIREITA, FERIMENTO PORTO-CORTUSO NA MÃO DIREITA
E FRATURA NO FUSTE. FICOU ALTA HOSPITALAR FIM. 9/10/2010.

HISTÓRICO CIRÚRGICO:

ESTURA PENETRADA NO FALANGA DE OÍDAKA NA CIDADE
DE S. M. DA GLÓRIA - SERGIPE

EXAMES COMPLEMENTARES:

EXAMES FUTOS DA MÍDIA PIGMENTADA

MÉDICOS ASSISTENTES:

ELIANO S. JASCONCELOS
THIAGO JORGE SILVA LIMA

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

ARACAJU, 21 de Outubro de 2010

Dr. J. V. M. M. M.
MÉDICO DO SETOR DE ANÁLISE DE PRONTUÁRIO

le Méndez
951.825.5
CRM/SE
Medico
SE

DATASUS

HOSPITAL DE URGENCIAS DE SERGIPE - HUSE

NO. DO BE: 121751

DATA: 08/02/2020 HORA: 15:39 USUARIO: VDMSANTOS
CNS: SETOR: 05-ORTOPEDIA

ENTURADO

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME: JOSE ALEX SANTOS
 IDADE: 36 ANOS NASC: 20/02/1983
 ENDERECO: PIVOADO VARZIA DO ENCHU
 COMPLEMENTO: 705801494930631 BAIRRO: ZONA RURAL
 MUNICIPIO: SAO MIGUEL DO ALEIXO
 NOME PAI/MAE: /MARIA ALBINA DOS SANTOS
 RESPONSAVEL: ESPOSA ROSEILDE
 PROCEDEDENCIA: SAO MIGUEL DO ALEIXO-SE
 ATENDIMENTO: ACIDENTE MOTOCICLISTICO (MOTOS)
 CASO POLICIAL: NAO PLANO DE SAUDE: NAO TRAUMA: SIM
 CID. TRABALHO: NAO VEIO DE AMBULANCIA: SIM

VIOLENCIA E/OU DEMONIO
INVESTIGACAODOC...: SEXO...: MASCULINO
NUMERO:UF: SE CEP...: 49535-000
/MARIA ALBINA DOS SANTOS
TEL...: 999980508

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

Perio-x de mto (c) 18/02/2020 |
 Fratura de fêmur proximal (c) 18/02/2020 |
 Fratura de fêmur distal (c) 18/02/2020 |
 Thiago Jorge Silva Lima
 Ortopedia e Traumatologia
 CRM 3790

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

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

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSAVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

AC + sutura de lesão

Ivaneceno EXAME DE RADIOLUGIA - HUSE
 Thiago Jorge Silva Lima
 Ortopedia e Traumatologia
 CRM 3790
 REALIZADO EM 08/02/2020
 05 HORAS
 15:48

FICHA DE ATENDIMENTO

ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO - SISTEMA DE MANCHESTER

NOME DO PACIENTE (Sem abreviações):

REGISTRO:

IDADE:

ETNIA:

DATA:

HORA:

DATA DE NASCIMENTO

NOME DA MÃE:

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

SITUAÇÃO / QUEIXA:

FLUXOGRAMA:

COORDENADOR:

ALERGIAS (MEDICAMENTOS E ALIMENTOS):

| VERMELHO | CARANJA | AMARELO | VERDE | AZUL |
|----------|---------------|---------|---------------|-------------|
| | MUITO URGENTE | URGENTE | POUCO URGENTE | NAO 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

VIDADE DE ORIGEM

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

SEÇÃO PARA REFERÊNCIA

DIRECCO DA UNIDADE DE REFERÊNCIA

ESTAMOS ENCaminhando o paciente

you like to do

SEXO M NASCIDO EM 30/09/83 MATRÍCULA 982185

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

MOTIVO DA CONSULTA / IMPRESSÕES DIAGNÓSTICAS OU PROBLEMAS IDENTIFICADOS

Final opinion of witness noted above (with
- noted by T.C. for the record):

1960-01-01 (1) Found extensive area of
— MIL (mud) substr. Found extensive
— 5° A.D.

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

Bx: Friction at folate position 5° GDF

ATIVOS DE ENCAMINHAMENTO

Ac. de. Ortopedia

DATA DO ENCAMINHAMENTO

23, 02, 2000

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO



PRONTO SOCORRO ADULTO

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome: José Alex Santos Idade: 12 Data: 01/01/2007

| DATA | HORA | PRESCRIÇÃO | HORÁRIO |
|------------|------|--|-------------|
| 03/02/2020 | | J- Diclo 1000 | SND |
| | | J- SF 0,9% 1000 - p EV e- 24h | 500 500 |
| | | 3- Ketorol 1g + AD EV 6/6h | 18 24 06 10 |
| | | 4- Dipirona 0,5g - p + AD EV 6/6h | 18 24 06 10 |
| | | 5- Profenid 0,2g - p + 100 - p SF 0,9% EV 8/18h | 20 04.12.7 |
| | | 6- O-epirizol 40 - p + AD EV 2x12h | 06 |
| | | 7- Curativos diéticos | |
| | | 8- SSW + CCGG | |
| | | 9- Artilg mto e mto Dr. Jorge Silva Lima Conduz de CRM 3780 CRM 3780 Ortopedia e Traumatologia Cirurgia de cap | |



PRONTO SOCORRO ADULTO

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome: José Alex Santos Idade: 12 Data: 01/01/2007

| DATA | HORA | PRESCRIÇÃO | HORÁRIO |
|------------|------|---|-------------|
| 03/02/2020 | | J- Diclo 1000 | SND |
| | | J- SF 0,9% 1000 - p EV e- 24h | 500 500 |
| | | 3- Kefzol 1g + AD EV 6/6h | 18 24 06 10 |
| | | 4- Dipirona 0,5g - p + AD EV 6/6h | 18 24 06 10 |
| | | 5- Profenid 01g - p + 100 - p SF 0,9% EV 8/18h | 20 04.12.7 |
| | | 6- O-eprzol 40 - p + AD EV 2x12h | 06 |
| | | 7- Cremoros dienol | |
| | | 8- SSN + CCGG | |
| | | 9- Avitrol 100mg e m: Dr. Inez Silva Lima Conduz de ^{CRM 3780} CRM 3780 Ortopedia e Traumatologia Cirurgia de Cavo | |

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 DEDO DA MÃO ESQ.

EVOLUÇÃO MÉDICA: *Paciente m gnu. F.O. m - l Rx*
Gl. PLM c/ ATR

Dr. Francis Vasconcelos
Ortopedia e Traumatologia
CRM 3911 TEO 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 DIARIO 1X/DIA | |
| 18 | <i>1 mês</i> | |
| 19 | | |
| 20 | | |
| 21 | | |



**Secretaria
Municipal de**



RECEITUÁRIO

John D. Sauer

Georgie Michell

Thomas Brolin
Médico
CRM-SE 6486

25 04 2022



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE -SÃO MIGUEL DO ALEIXO-SE
CLINICA DE SAÚDE DA FAMÍLIA – M^ª FRANCISCA FERREIRA

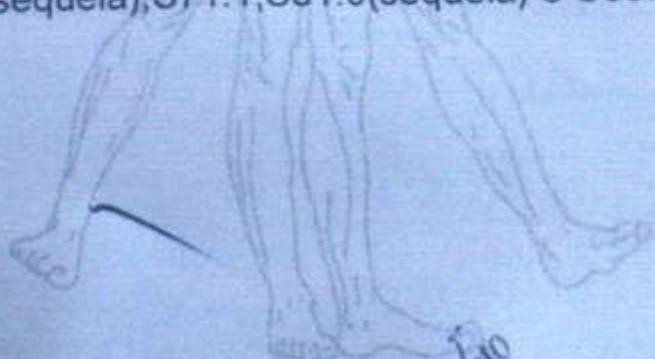


Nome: José Alex Santos

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 e Reabilitação
CRM: 14.2305

ORTHO ORTOPEDIA E SERVIÇOS LTDA. EPP
Av. Gonçalo Prado Rolemberg, 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.

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

FORMULÁRIO PARA PEDIDO DE REANÁLISE - DPVAT

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:

Nome do beneficiário: *Joel Alves Santos*

Nome do solicitante:

Data da solicitação:

DD/MM/AA

CPF do beneficiário: *093.626.465-16*

CPF do solicitante:

DADOS PARA CONTATO

Tel. Celular: (79) 99189207

Tel. Comercial: (0800)

Tel. Residencial: (0800)

E-mail: *marcelodegloria@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 sua Súberia que seja marcado
uma Perícia Para meu Precoioso Pais
so R\$ 1 milreais 675,00 Para as lesas que
num encontro entrei Ruiatudo medico
comprida. Matura Porra (E), fico a merci de
vários Sinto dous homens por vcs que Pcs
encorajadament e marquem a Pericia Para medico
comprida o que qm desejou.*

sr. Sra Da Glória 05.08.2020

Local e Data

Xar 707 Santos

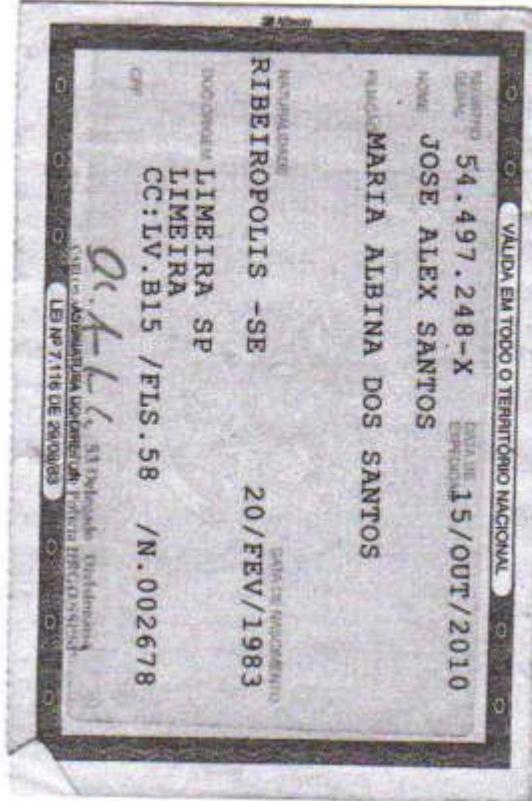
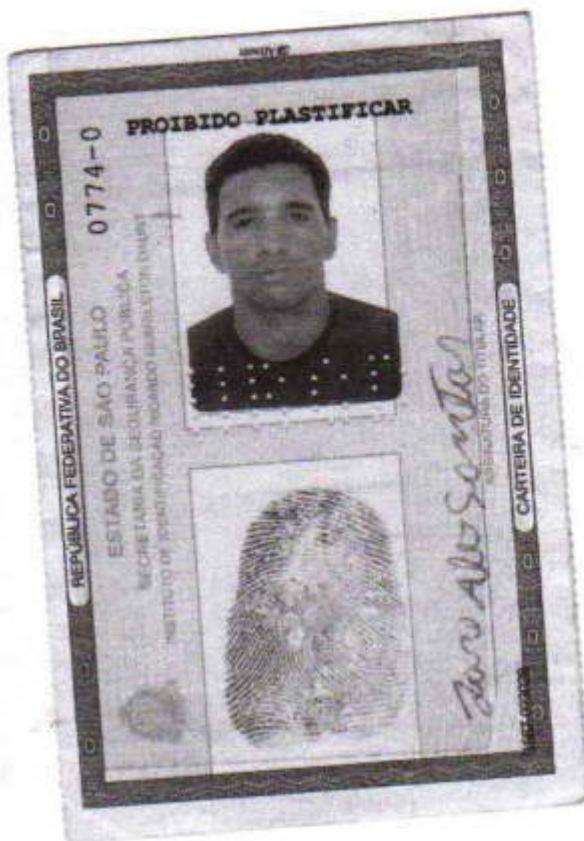
Assinatura do solicitante ou de quem assina o pedido (a rogo)

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:









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

S
E

VALIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL

1749963409

NAME

JOSE MARCOS DE OLIVEIRA ROSA

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR/UF
21233829 SSP SE

CPF
020.003.675-00

DATA NASCIMENTO
28/11/1985

FRUAÇÃO

JOSE LUIZ ROSA

LUIZETE SANTOS DE
OLIVEIRA ROSA

PERMISSÃO

ACC

CAT. HAB.
AB

Nº REGISTRO

04659447376

VALIDADE

07/01/2024

1ª HABILITAÇÃO
02/06/2009

OBSERVAÇÕES

SEM OBSERVAÇÃO:

Assinatura de Aracaju Rosa

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL

ARACAJU, SE

DATA DE EMISSÃO

08/01/2019

Luciana Cândida Dória Chagas de Melo
DIRETORA PRESIDENTE

59018844231
SE021769567

ASSINATURA DO EMISSOR

SERGIPE

1749963409

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

SE N° 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 DATA EMISSÃO
2019 20/02/2020

VIA CPF / CNPJ PLACA
053.626.465-15 ECR 5789

RENAVAM MARCA / MODELO
118977200 MONDO/DS 150 TITON KS

ANO FAB. 2008 CAL. TARE. 9 N° CHASSI 9C2KCR8188955710

PRÉMIO TARIFÁRIO

FIM (R\$) **DENATRAN (R\$)** **CUSTO DO SEGURO (R\$)**

| | | |
|------|------|------|
| 3,64 | 2,42 | 4,05 |
|------|------|------|

- CUSTO DO BILHETE (R\$) - IOF (R\$) - TOTAL A SEU PAGO PELO SEGURO (R\$)

PAGAMENTO **DATA DE QUITAÇÃO**
17/02/2023

SEGURARDOA LÍDER - PRIVAT

ANDREA EIDER

PROCURAÇÃO PARTICULAR PARA FINS ESPECÍFICOS DE
PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Por este instrumento particular, eu (nome completo) Jose Alex Santos
(nacionalidade) Brasileiro, (profissão) Judicial, portador da cédula
de identidade RG nº 54.497.248-X, emitido pela SSP / (UF) SE,
inscrito sob o CPF nº 053.626.965-16, residente na (endereço
completo) Rev. do Vale do Rio, na cidade de
S. Miguel do Aleixo (UF) SE, CEP 49536-000, nomeio e
constituo meu procurador, (nome do representante) Jose Marcos D. C. Rosa
(nacionalidade) Brasileiro, (profissão) Comunitário, 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 D. Osvaldo, na cidade de
S. em da Gloria, (UF) SE, CEP 49.680-009 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) 500 Miguel do Aleixo, 30.04.2020

(assinatura) Jose Alex Santos

(RG) 54.497.248-X

OBS: (a assinatura deve ser reconhecida por AUTENTICIDADE)

Papel Documento Nato da Oficina: 200 - Cartão
Branco, Encartado, 230g, 100% Reciclado
TANQUEAD QUADRADO Jumbo Amarelo de 1000ml

CARTÓRIO DO OFÍCIO ÚNICO
São Miguel do Aleixo/SE
Reconhecido por AUTENTICIDADE a firma de JOSE ALEX SANTOS
em 30/04/2020 e dou fé. Em testemunho verdade. Marcos
Garcia Lima, Escrivente.

Emol. R\$ 3,80 FERD R\$ 0,76; Total R\$ 4,56.
Selo TSE: 202029610000395.
Acesso: www.tse.jus.br/pt/TKGJKH



Marcos Garcia Lima
Escrivente

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0129181/20

Número do Sinistro: 3200165757

Vítima: JOSE ALEX SANTOS

Data do acidente: 08/02/2020

CPF: 053.626.465-16

CPF de: Próprio

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