



**Poder Judiciário
Do Estado de Sergipe**

JAPARATUBA DA COMARCA DE JAPARATUBA
Av. Pres. Tancredo Neves, Bairro Centro, Japaratuba/SE, CEP 49960000
Horário de Funcionamento: 07:00 às 13:00

Dados do Processo

Processo: 202072000016

Número Único: 0000016-66.2020.8.25.0038

Classe: Procedimento Comum

Situação: Andamento

Processo Origem: *****

Distribuição: 10/01/2020

Competência: Japaratuba

Fase: POSTULACAO

Processo Principal: *****

Assuntos

- DIREITO CIVIL - Responsabilidade Civil - Seguro Obrigatório - Invalidez

Dados das Partes

Requerente: ROZANGELA SANTOS RODRIGUES

Endereço:

Complemento:

Bairro:

Cidade: JAPARATUBA - Estado: SE - CEP: 49960000

Requerente: Advogado(a): EDNALDO BEZERRA DA SILVA JUNIOR 11154/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

JAPARATUBA DA COMARCA DE JAPARATUBA
Av. Pres. Tancredo Neves, Bairro Centro, Japaratuba/SE, CEP 49960000
Horário de Funcionamento: 07:00 às 13:00

Processos Apenasdos:

--

Processos Dependentes:

--



**Poder Judiciário
Do Estado de Sergipe**

JAPARATUBA DA COMARCA DE JAPARATUBA
Av. Pres. Tancredo Neves, Bairro Centro, Japaratuba/SE, CEP 49960000
Horário de Funcionamento: 07:00 às 13:00

PROCESSO:

202072000016

DATA:

15/01/2021

MOVIMENTO:

Juntada

DESCRIÇÃO:

Juntada de Petição Avulsa do Advogado/Procurador/Defensor/Promotor KELLY CHRYSTIAN SILVA MENENDEZ (2592-SE) ao processo eletrônico. Protocolizado sob nº 20210114172103141 às 17:21 em 14/01/2021.

LOCALIZAÇÃO:

Secretaria

PUBLICAÇÃO:

Não

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, 03 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190493943

Vítima: ROZANGELA SANTOS RODRIGUES

Data do Acidente: 05/12/2016

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOAO MARCELO DE CAMPOS LIMA ROBERTINA

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), ROZANGELA SANTOS RODRIGUES

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Foi verificado que o dano pessoal evoluiu sem sequela definitiva, razão pela qual não foi caracterizada a invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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, 23 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190493943

Vítima: ROZANGELA SANTOS RODRIGUES

Data do Acidente: 05/12/2016

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOAO MARCELO DE CAMPOS LIMA ROBERTINA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ROZANGELA SANTOS RODRIGUES

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



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:

018.122.585-51

4 - Nome completo da vítima:

Rozangela Santos Rodrigues

5 - Nome completo:

Rozangela Santos Rodrigues

6 - CPF:

018.122.585-51

7 - Profissão:

Desempregada

8 - Endereço:

Rua do Cemitério

9 - Número:

24

10 - Complemento:

Quadrado 1

11 - Bairro:

maria Madalena

12 - Cidade:

gabaratuba

13 - Estado:

SE

14 - CEP:

249460-000

15 - E-mail:

16 - Tel.(DDD):

(19) 3222-0317

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
 SEM RENDA

R\$1.00 A R\$1.000,00
 R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 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: Promer (0117)

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

CONTA:

01009529 0

(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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, 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 Sim Não

29 - Se tinha filhos, informar teve filhos? Sim Não

30 - Vítima deixou nascituro (val Nazor)? Sim Não

31 - Vítima teve irmãos? Sim Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: Sim Não

33 - Vítima deixou pais/avós vivos? Sim 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 rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

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

38 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

INVESTPREV

39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

22 AGO 2019

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data,

Manaus-SE 21.08.2019

Rozangela Santos Rodrigues

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Giovanni Marçal de Carvalho Lima Alves

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



INVESTPREV
22 AGO 2019



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
Departamento de Polícia Rodoviária Federal
Sistema de Informações Operacionais
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

729

OCORRÊNCIA: 83522510
 Comunicação: C2074182
 * STATUS DA OCORRÊNCIA: Encerrada

DADOS GERAIS DA OCORRÊNCIA

PRF: [1480644 - FABRICIO SOUZA MARINHO]	Data/Hora do Acidente (hora local): [05/12/2016 17:25]	BR: [101]	KM: [45,3]
Município/UF: [JAPARATUBA/SE]	Tipo de Acidente: [Colisão traseira]	Sentido da Via: [Crescente]	
Fase do dia: [Pleno dia]	Condições da Pista: [Seca]	Restrições de Visibilidade: [Inexistente]	
Sinalização existente: [Vertical, Horizontal]	Sinalização luminosa: [Inexistente]	Condição meteorológica: [Céu Claro]	
Houve danos ao patrimônio da União?	Não	Data e horário da solicitação:	
Houve solicitação de perícia?	Não	Data e horário do	
A perícia compareceu ao local do sinistro?	Não		

DESCRIÇÃO DOS DANOS AO PATRIMÔNIO DA UNIÃO:

Houve danos ao patrimônio de terceiros? Não

DESCRIÇÃO DOS DANOS AO PATRIMÔNIO DE TERCEIROS:

Houve danos ao ambiente? Não

DESCRIÇÃO DOS DANOS AO AMBIENTE:**CONDICÃO DA RODOVIA**

Uso do Solo: [Rural] Tipo de Localidade: [Não edificada]

Existe acostamento? Sim Estado de Conservação: [Bom] Há desnível? Não É pavimentado? Sim Largura (m): 2,8

Possui defensa? Não existe Possui meio-fio? Não existe Possui sarjeta? Não existe

Existe canteiro central? Sim Estado de Conservação: [Bom] Largura (m): 1 Tipo de inclinação: Elevação

Obstáculo ao Cruzamento: Muro Estado de Conservação do Obstáculo: [Bom]

Faixa de Domínio - Estado de Conservação: [Bom] Ocupação: [Livre]

Cerca: Conservada Pista de Rolamento - Estado de Conservação: [Bom] Tipo: Dupla Qtd. de Faixas: 2

Tipo de Pavimento: [Concreto] Perfil: [Em nível] Traçado: [Reta] Curva Vertical: [Não Existe] Superelevação: Não

Superlargura: Não Largura da Pista (m): 7,2 Estreitamento: Não Existe

TEXTO DESCRIPTIVO DA CONDIÇÃO DA RODOVIA:

INVESTPREV

22 AGO 2019

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: <http://www.dprf.gov.br>

DATA/HORA DA EXPEDIÇÃO: 22/03/2018 10:09:21
 NÚMERO DE CONTROLE: 9b2afbab59295317

* Somente possuem valor legal as ocorrências em que o status seja "ENCERRADA"

Página 1 de 8



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
Departamento de Polícia Rodoviária Federal
Sistema de Informações Operacionais
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

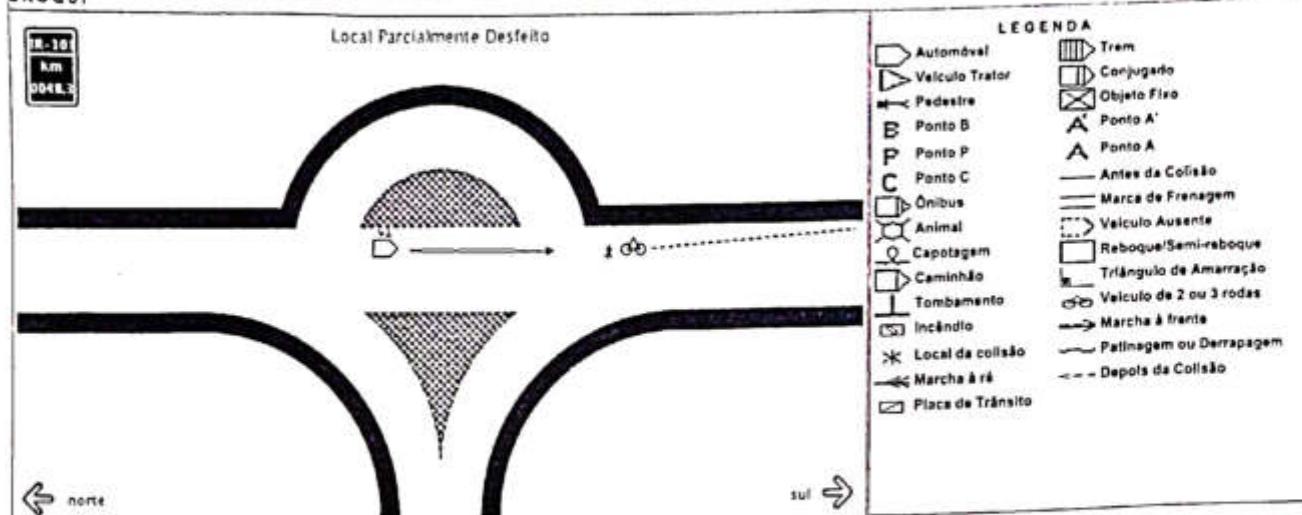
OCORRÊNCIA: 83522510

Comunicação: C2074182

Encerrada

* STATUS DA OCORRÊNCIA:

CROQUI



Latitude do Ponto C:

Longitude do Ponto C:

Referência do Ponto A/A':

Referência do Ponto B:

Distância AB (m):

Distância AC (m):

Distância BC (m):

VEÍCULO	P1	DISTÂNCIA P1-A (m)	DISTÂNCIA P1-B (m)	P2	DISTÂNCIA P2-A (m)	DISTÂNCIA P2-B (m)

Narrativa da Ocorrência:

CONFORME AVERIGUAÇÕES FEITAS NO LOCAL DO ACIDENTE, CORROBORADAS COM DECLARAÇÃO VERBAL DE TESTEMUNHAS, VERIFICAMOS QUE V1 - VEÍCULO BRANCO, ATINGIU V2 - MOTOCICLETA E EVADIU-SE, VINDO O MOTOCICLISTA A PERDER CONTROLE E CAIR.

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: <http://www.dprf.gov.br>

DATA/HORA DA EXPEDIÇÃO: 22/03/2018 10:09:21
NÚMERO DE CONTROLE: 9b2afbab59295317

* Somente possuem valor legal as ocorrências em que o status seja "ENCERRADA"



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
Departamento de Polícia Rodoviária Federal
Sistema de Informações Operacionais
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

OCORRÊNCIA: 83522510

Comunicação: C2074182

* STATUS DA OCORRÊNCIA: Encerrada

VEÍCULOS ENVOLVIDOS

Placa: V1 Sequencial: Descrição: EVADIU-SE Chassi: Renavam:

Marca/Modelo: Cor: Ano: Tipo: Automóvel Emplacamento:

Ocupantes: 1 Espécie: Categoria:

Proprietário: não identificado CPF/CNPJ: 000.000.000-00

Endereço: CEP:

Município/UF: Telefones:

Celular:

COMBINAÇÃO DE VEÍCULO DE CARGA

Placa U1: Placa U2: Placa U3: Placa U4:

Origem: BRASIL Destino: BRASIL

CIRCUNSTÂNCIA DO VEÍCULO

Manobra do Veículo no Acidente: Seguiu fluxo Saída de Pista? Não Derrapagem? Não Capotagem? Não Tombamento? Não

Colisão com Objeto Fixo: Não Houve Colisão com Objeto Móvel: Não Houve Incêndio? Não

Marcas de Frenagem (m): 0,0 Estado dos Pneus: Não Há

Descrição do Recolhimento:

DADOS DA CARGA

Carregamento: Houve Derramamento de Carga? Não Extensão dos Danos: Moeda: Real-R\$

Valor Total da Carga: R\$0,00 Produto Perigoso:

Descrição da Carga:

ENCAMINHAMENTO DO VEÍCULO

Tipo de Receptor: Data/Hora da Recepção (hora local): Motivo:

Responsável pela Recepção:

Documento do Responsável:

Município/UF: Descrição do Encaminhamento:

VEÍCULOS ENVOLVIDOS

- Placa: NVG-0641 Sequencial: V2 Descrição: Chassi: 9C2KC1670BR304788 Renavam: 00274641402

Marca/Modelo: HONDA/CG 150 FAN ESI Cor: PRATA Ano: 2011 Tipo: Motocicletas Emplacamento: JAPARATUBA/SE

Ocupantes: 2 Espécie: Passageiro Categoria: Aluguel

Proprietário: ELIONALDO B. DOS SANTOS CPF/CNPJ: 00.000.725/1575-93

Endereço: CEP:

Município/UF: Telefones:

Celular:

COMBINAÇÃO DE VEÍCULO DE CARGA

Placa U1: Placa U2: Placa U3: Placa U4:

Origem: BRASIL Destino: BRASIL

CIRCUNSTÂNCIA DO VEÍCULO

Manobra do Veículo no Acidente: Seguiu fluxo Saída de Pista? Não Derrapagem? Não Capotagem? Não Tombamento? Não

Colisão com Objeto Fixo: Não Houve Colisão com Objeto Móvel: Não Houve Incêndio? Não

Marcas de Frenagem (m): 0,0 Estado dos Pneus: Bom

Descrição do Recolhimento:

DADOS DA CARGA

Carregamento: Houve Derramamento de Carga? Não Extensão dos Danos: Moeda: Real-R\$

Valor Total da Carga: R\$0,00 Produto Perigoso:

Descrição da Carga:

ENCAMINHAMENTO DO VEÍCULO

Tipo de Receptor: Terceiros Data/Hora da Recepção (hora local): 05/12/2016 18:00 Motivo: Devolução

Responsável pela Recepção: GIVANIO SANTOS RODRIGUES

Documento do Responsável:

Município/UF: JAPARATUBA/SE Descrição do Encaminhamento: IRMAO DO CONDUTOR

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: <http://www.dprf.gov.br>

DATA/HORA DA EXPEDIÇÃO: 22/03/2018 10:09:21

NÚMERO DE CONTROLE: 9b2afbab59295317

* Somente possuem valor legal as ocorrências em que o status seja "ENCERRADA"



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
 Departamento de Polícia Rodoviária Federal
 Sistema de Informações Operacionais
 BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

OCORRÊNCIA: 83522510
Comunicação: C2074182
*** STATUS DA OCORRÊNCIA:** Encerrada

CONDUTOR ENVOLVIDO

Veículo: V1/ EVADIU-SE

Nome/Apelido: NAO IDENTIFICADO

Data de Nascimento: Sexo: Ignorado Estado Civil: []

Nome do Pai: []

Nome da Mãe: []

Endereço: [] CEP: []

Município/UF: [] Telefones: [] Celular: []

Grau de Instrução: []

Naturalidade: [] Nacionalidade: BRASIL Ocupação Principal: []

CPF: [] Documento de Identificação: [] Orgão Expedidor: []

Origem: [] Destino: []

Estado Físico: [] Socorrido pela PRF? Não Usava Cinto? Ignorado Usava Capacete? Ignorado

Existe Declaração em Anexo? Não Havia Vestígio de Ingestão de Álcool? Ignorado

Transcrição da Declaração:

Condutor é Habilitado? Ignorado Categoria CNH: [] Registro CNH: [] Primeira Habilitação: []
 Validade CNH: [] País CNH: [] Dormia? Não Km Percorridos: [] Horas Dirigindo: Ignorado

Pertences: []

Informações Complementares: []

ENCAMINHAMENTO DO CONDUTOR

Tipo de Receptor: [] Responsável pela Recepção: []

Documento do Responsável: [] Data/Hora da Recepção (hora local): []

Município/UF: [] Motivo: []

Descrição do []

CONDUTOR ENVOLVIDO

Veículo: V2/NVG-0641

Nome/Apelido: GILVAN SANTOS RODRIGUES

Data de Nascimento: [] Sexo: Masculino Estado Civil: []

Nome do Pai: []

Nome da Mãe: []

Endereço: [] CEP: []

Município/UF: [] Telefones: [] Celular: []

Grau de Instrução: []

Naturalidade: [] Nacionalidade: BRASIL Ocupação Principal: []

CPF: 013.899.925-27 Documento de Identificação: [] Orgão Expedidor: []

Origem: [] Destino: []

Estado Físico: Lesões Graves Socorrido pela PRF? Não Usava Cinto? Não Aplicável Usava Capacete? Sim

Existe Declaração em Anexo? Não Havia Vestígio de Ingestão de Álcool? Ignorado

Transcrição da Declaração:

Condutor é Habilitado? Sim Categoria CNH: AD Registro CNH: 02533852367/SE Primeira Habilitação: 22/09/2002

Validade CNH: 18/11/2020 País CNH: [] Dormia? Não Km Percorridos: [] Horas Dirigindo: Ignorado

Pertences: []

Informações Complementares: []

ENCAMINHAMENTO DO CONDUTOR

Tipo de Receptor: SAMU Responsável pela Recepção: PLANTAO

Documento do Responsável: 00 Data/Hora da Recepção (hora local): 05/12/2016 18:00

Município/UF: JAPARATUBA/SE Motivo: Socorro

Descrição do []

2018-03-22 10:09:21

2018-03-22 10:09:21

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: <http://www.dprf.gov.br>

DATA/HORA DA EXPEDIÇÃO: 22/03/2018 10:09:21

NÚMERO DE CONTROLE: 9b2afbab59295317

* Somente possuem valor legal as ocorrências em que o status seja "ENCERRADA"



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
 Departamento de Polícia Rodoviária Federal
 Sistema de Informações Operacionais
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

OCORRÊNCIA: 83522510
Comunicação: C2074182
*** STATUS DA OCORRÊNCIA:** Encerrada

VEÍCULOS ENVOLVIDOS

Placa:	Sequencial:	V1	Descrição:	EVADIU-SE	Chassi:	Renavam:	
Marca/Modelo:	Cor:		Ano:		Tipo:	Automóvel	Emplacamento:
Ocupantes:	1	Espécie:		Categoria:		CPF/CNPJ:	000.000.000-00
Proprietário:	não identificado				CEP:		
Endereço:					Telefones:		
Município/UF:					CEP:		
Celular:					Telefones:		

COMBINAÇÃO DE VEÍCULO DE CARGA

Placa U1:	Placa U2:	Placa U3:	Placa U4:
Origem:	BRASIL	Destino:	BRASIL

CIRCUNSTÂNCIA DO VEÍCULO

Manobra do Veículo no Acidente:	Seguiu fluxo	Salida de Pista?	Não	Derrapagem?	Não	Capotagem?	Não	Tombamento?	Não
Colisão com Objeto Fixo:	Não Houve	Colisão com Objeto Móvel:	Não Houve	Incêndio?	Não				

Marcas de Frenagem (m): 0.0 Estado dos Pneus: Não Há

Descrição do Recolhimento:

PÁDOS DA CARGA

Carregamento:	Houve Derramamento de Carga?	Não	Extensão dos Danos:		Moeda:	Real-R\$
Valor Total da Carga:	R\$0,00	Produto Perigoso:				

Descrição da Carga:

ENCAMINHAMENTO DO VEÍCULO

Tipo de Receptor: Data/Hora da Recepção (hora local): Motivo:

Responsável pela Recepção:

Documento do Responsável:

Município/UF: Descrição do Encaminhamento:

VEÍCULOS ENVOLVIDOS

Placa:	NVG-0641	Sequencial:	V2	Descrição:		Chassi:	9C2KC1670BR304788	Renavam:	00274641402
Marca/Modelo:	HONDA/CG 150 FAN ESI	Cor:	PRATA	Ano:	2011	Tipo:	Motocicletas	Emplacamento:	JAPARATUBA/SE
Ocupantes:	2	Espécie:	Passageiro	Categoria:	Aluguel				
Proprietário:	ELIONALDO B. DOS SANTOS				CPF/CNPJ:	00.000.725/1575-93			

Endereço:

Município/UF:

Destino:

Cellular:

COMBINAÇÃO DE VEÍCULO DE CARGA

Placa U1:	Placa U2:	Placa U3:	Placa U4:
Origem:	BRASIL	Destino:	BRASIL

Descrição da Carga:

CIRCUNSTÂNCIA DO VEÍCULO

Manobra do Veículo no Acidente:	Seguiu fluxo	Salida de Pista?	Não	Derrapagem?	Não	Capotagem?	Não	Tombamento?	Não
Colisão com Objeto Fixo:	Não Houve	Colisão com Objeto Móvel:	Não Houve	Incêndio?	Não				

Marcas de Frenagem (m): 0.0 Estado dos Pneus: Bom

Descrição do Recolhimento:

PÁDOS DA CARGA

Carregamento:	Houve Derramamento de Carga?	Não	Extensão dos Danos:		Moeda:	Real-R\$
Valor Total da Carga:	R\$0,00	Produto Perigoso:				

Descrição da Carga:

ENCAMINHAMENTO DO VEÍCULO

Tipo de Receptor: Terceiros Data/Hora da Recepção (hora local): 05/12/2016 18:00 Motivo: Devolução

Responsável pela Recepção: GIVANIO SANTOS RODRIGUES

Documento do Responsável: 58821856534

Município/UF: JAPARATUBA/SE Descrição do Encaminhamento: IRMAO DO CONDUTOR

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: <http://www.dprf.gov.br>

DATA/HORA DA EXPEDIÇÃO: 22/03/2018 10:09:21

NÚMERO DE CONTROLE: 9b2afbab59295317

* Somente possuem valor legal as ocorrências em que o status seja "ENCERRADA"



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
Departamento de Polícia Rodoviária Federal
Sistema de Informações Operacionais
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

OCORRÊNCIA: 83522510
Comunicação: C2074182
* STATUS DA OCORRÊNCIA: Encerrada

PESSOAS ENVOLVIDAS

Tipo de Envolvido: Passageiro Veículo V2/NVG-0641 /

Nome/Apelido: ROSANGELA RODRIGUES

Sexo: Feminino Data de

Nome do Pai:

Nome da Mãe:

Endereço:

CEP:

Município/UF: Naturalidade: Nacionalidade: BRASIL

CPF: Documento de Identificação: Orgão Expedidor: Telefones

Estado Civil: Grau de Instrução:

Ocupação Principal: Origem: Destino:

Estado Físico: Lesões Leves Socorrido pela PRF? Não Usava Cinto? Não Aplicável Usava Capacete? Sim

Existe Declaração em Anexo? Não

Transcrição da Declaração:

Pertences:

Informações Complementares:

ENCAMINHAMENTO DO ENVOLVIDO

Tipo de Receptor: SAMU Responsável pela Recepção: PLANTAO

Documento do Responsável: 00 Data/Hora da Recepção (hora local): 05/12/2016 18:00

Município/UF: JAPARATUBA/SE Motivo: Socorro

Descrição do Encaminhamento:

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: <http://www.dprf.gov.br>

DATA/HORA DA EXPEDIÇÃO: 22/03/2018 10:09:21

NÚMERO DE CONTROLE: 692afab59295317

* Somente possuem valor legal as ocorrências em que o status seja "ENCERRADA"



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
 Departamento de Polícia Rodoviária Federal
 Sistema de Informações Operacionais
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

OCORRÊNCIA: 83522510

Comunicação: C2074182

Encerrada

• STATUS DA OCORRÊNCIA:

RELATÓRIO DE AVARIAS PARA CLASSIFICAÇÃO DO DANO EM AUTOMÓVEIS, CAMIONETAS, CAMINHONETES E UTILITÁRIOS

Veículo:	V1	Placa:										
Nome do Agente/Assinatura:	FABRICIO SOUZA MARINHO	Nº BOAT:	83522510									
Registro/Matricula do Agente:	1480644	Data:	05/12/2016 17:25									
<hr/>												
Item	Descrição do componente	Valor	Sim	Não	NA	Item	Descrição do componente	Valor	Sim	Não	NA	
1	Teto	1		X		26	Longarina traseira esquerda	3		X		
2	Capô	1		X		27	Caixa de Roda traseira esquerda	3		X		
3	Painel corta fogo	3		X		28	Assoalho porta-malas / Assoalho	1		X		
4	Painel dianteiro	1		X		29	Caixa de rodas traseira direita	3		X		
5	Quadro / Suporte do motor	2		X		30	Longarina traseira direita	3		X		
6	Longarina Completa / Caixa de roda esq.	3		X		31	Chassi porção traseira (veículos carga)	3		X		
7	Longarina Parcial / Avental esquerdo	1		X		32	Suspensão traseira direita	2		X		
8	Chassi porção dianteira (veículos carga)	3		X		33	Lateral traseira direita	1		X		
9	Pára-lama dianteiro esquerdo	1		X		34	Coluna traseira externa direita	1		X		
10	Suspensão dianteira esquerda	2		X		35	Coluna traseira externa e estrutura direita	3		X		
11	Coluna dianteira externa esquerda	1		X		36	Porta traseira direita	1		X		
12	Coluna dianteira externa e estrutura esq.	3		X		37	Coluna central externa direita	1		X		
13	Porta dianteira esquerda	1		X		38	Coluna central externa e estrutura direita	3		X		
14	Soleira externa esquerda	1		X		39	Soleira externa direita	1		X		
15	Soleira externa e estrutura esquerda	3		X		40	Soleira externa e estrutura direita	3		X		
16	Assoalho central esquerdo	3		X		41	Assoalho central direito	3		X		
17	Coluna central externa esquerda	1		X		42	Porta dianteira direita	1		X		
18	Coluna central externa e estrutura esq.	3		X		43	Coluna dianteira externa direita	1		X		
19	Porta traseira esquerda	1		X		44	Coluna dianteira externa e estrutura direita	3		X		
20	Coluna traseira externa esquerda	1		X		45	Pára-lama dianteiro direito	1		X		
21	Coluna traseira externa e estrutura esq.	3		X		46	Suspensão dianteira direita	2		X		
22	Lateral traseira esquerda	1		X		47	Longarina completa / Caixa de roda dir.	3		X		
23	Suspensão traseira esquerda	2		X		48	Longarina parcial / Avental direito	1		X		
24	Tampa traseira	1		X		Soma de todos os pontos assinalados na coluna "SIM":				0		
25	Painel Traseiro / divisor	1		X		Soma de todos os pontos assinalados na coluna "NA":				0		
Total de pontos "SIM" + "NA":												0

ITENS NÃO PONTUÁVEIS

Item	Descrição do componente	SIM	NAO	Item	Descrição do componente	SIM	NAO
49	Air Bag Motorista		X	55	Faróis		X
50	Air Bag Passageiro	X		56	Lanternas (dianteiras, laterais, e/ou traseiras)		X
51	Air Bag Lateral		X	57	Retrovisores externos (direito e/ou esquerdo)		X
52	Local gravação VIN	X		58	Pára-choques (dianteiro e/ou traseiro)		X
53	Pára-brisa	X		59	Rodas/pneus		X
54	Vidros laterais e/ou traseiros	X					

CLASSIFICAÇÃO DO DANO DO VEÍCULO

Assinale abaixo o campo que corresponde ao dano do veículo

 Dano de Pequena Monta: até 20 pontos, somando os pontos de todos os itens assinalados na colunas "SIM" e "NA". Dano de Média Monta: de 21 a 30 pontos, somando os pontos de todos os itens assinalados na colunas "SIM" e "NA". Dano de Grande Monta: acima de 30 pontos, somando os pontos de todos os itens assinalados na colunas "SIM" e "NA".

Observações:

Quando o componente estiver danificado, assinalar com um X a coluna SIM

Quando o componente não estiver danificado, ou não existir originalmente, assinalar com um X a coluna NÃO

Caso não tenha sido possível avaliar se o componente foi ou não danificado no acidente, assinalar com um X a coluna NA.

SIM = Item danificado no acidente

NÃO = Item não danificado ou não existente

NA = Item que não foi possível avaliar o dano (Não Avaliado)

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: <http://www.dprf.gov.br>

DATA/HORA DA EXPEDIÇÃO: 22/03/2018 10:09:21

NÚMERO DE CONTROLE: 9b2afbab59295317

* Somente possuem valor legal as ocorrências em que o status seja "ENCERRADA"



RELATÓRIO DE AVARIAS PARA CLASSIFICAÇÃO DO DANO EM MOTOCICLETAS E ASSEMELHADOS

Veículo: V2 / HONDA/CG 150 FAN ESI	Placa: NVG-0641
Nome do Agente/Assinatura: FABRICIO SOUZA MARINHO	Nº BOAT: 83522510
Registro/Matrícula do Agente: 1480644	Data: 05/12/2016 17:25

Item	Descrição - Componentes Não Estruturais	Valor	Sim	Não	NA
1	Guidão, suas fixações e comandos nele instalados.	2	X		
2	Sist. de freio dianteiro hidráulico ou mecânico (fixações, mangueiras, cabos, acionamentos, pinças, tambor, disco, etc)	2	X		
3	Amortecedor(es) trás. (inclusive fixação no chassis).	2	X		
4	Motor e suas fixações.	2		X	
5	Eixo do garfo traseiro	2		X	
6	Roda traseira (aro, cubo, raios, flanges, coroa, etc.)	2		X	
7	Eixo da roda dianteira/traseira.	2		X	
8	Sist. de freio traseiro hidráulico ou mecânico (fixações, mangueiras, acionamentos, pinça, tambor, disco, pedal, etc)	2		X	
9	Pedais de apoio do condutor e passageiro	1	X		
10	Bagageiro traseiro deformado (se houver).	1	X		
11	Alça traseira	1		X	
12	Assento (fixação e firmeza)	1		X	
13	Tanque de combustível, tampa do tanque e mangueiras.	2	X		
14	Roda dianteira (aro, cubo, raios, flanges, etc.)	2		X	
Descrição- Componentes estruturais					
A	Coluna de direção e mesas sup./inf. (folga anormal, danos)	3		X	
B	Amortecedor(es) dianteiro(s)	3		X	
C	Chassis (deformações, desalinhamentos, rompimentos, etc.)	3		X	
D	Garfo traseiro (deformações, desalinhamentos, rompimentos, etc.)	3		X	
Soma dos pontos de todos os itens assinalados nas colunas "SIM" E "NA":		10			

CLASSIFICAÇÃO DO DANO DO VEÍCULO

Assinale abaixo o campo que corresponde ao dano do veículo

- Dano de Pequena Monta:** até 16 pontos, somando os pontos de todos os itens assinalados nas colunas "SIM" e "NA", desde que não tenha sido danificado nenhum componente estrutural.
- Dano de Média Monta:** acima de 16 pontos, somando os pontos de todos os itens assinalados nas colunas "SIM" e "NA", desde que não tenham sido danificados três ou mais componentes estruturais.
- Dano de Grande Monta:** quando tiverem sido assinalados nas colunas "SIM" e "NA", três ou mais componentes estruturais, independentemente do somatório de pontos.

Observações:

Quando o componente estiver danificado, assinalar com um X a coluna SIM

Quando o componente não estiver danificado, ou não existir originalmente, assinalar com um X a coluna NÃO.

Caso não tenha sido possível avaliar se o componente foi ou não danificado no acidente, assinalar com um X a coluna NA.

SIM = Item danificado no acidente

NÃO = Item não danificado ou Não Existente

NA = Item que não foi possível definir o dano (Não Avaliado)

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: <http://www.dprf.gov.br>

DATA/HORA DA EXPEDIÇÃO:	22/03/2018 10:09:21
NÚMERO DE CONTROLE:	9b2afbab59295317

* Somente possuem valor legal as ocorrências em que o status seja "ENCERRADA"



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
Departamento de Polícia Rodoviária Federal
Sistema de Informações Operacionais
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

OCORRÊNCIA:

83522510

Comunicação:

C2074182

Encerrada

* STATUS DA OCORRÊNCIA:

RELATÓRIO DE AVARIAS PARA CLASSIFICAÇÃO DO DANO EM MOTOCICLETAS E ASSEMELHADOS

Veículo: V2 / HONDA/CG 150 FAN ESI	Placa: IVG-0641
Nome do Agente/Assinatura: FABRICIO SOUZA MARINHO	Nº BOAT: 83522510
Registro/Matricula do Agente: 1480644	Data: 05/12/2016 17:25

SEM FOTO

Frente

Traseira

SEM FOTO

SEM FOTO

INVESTPREV

22 AGO 2019

Lateral Esquerda

Lateral Direita

JUSTIFICATIVA

Internet do posto não consegue enviar fotos do smart para email

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: <http://www.dprf.gov.br>

DATA/HORA DA EXPEDIÇÃO: 22/03/2018 10:09:21

NÚMERO DE CONTROLE: 9b2afbab59295317

* Somente possuem valor legal as ocorrências em que o status seja "ENCERRADA"

Página 8 de 8

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:

018.122.585-51

4 - Nome completo da vítima:

Rozangela Santos Rodrigues

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

5 - Nome completo:

Rozangela Santos Rodrigues

6 - CPF:

018.122.585-51

7 - Profissão:

Desempregada

8 - Endereço:

Rua do Cemitério

9 - Número:

24

10 - Complemento:

Quadrado 1

11 - Bairro:

maria Madalena

12 - Cidade:

ppiatuba

13 - Estado:

SE

14 - CEP:

219460-000

15 - E-mail:

(11) 9222-0327

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
 SEM RENDA

R\$1.00 A R\$1.000,00
 R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 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: Promer (017)

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

CONTA:

0109529 0

(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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, 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 Sim Não teve filhos?

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (velho/velha)? Sim Não

31 - Vítima teve irmãos? Sim Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:

33 - Vítima deixou Sim pais/avós vivos? 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 rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

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

38 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

INVESTPREV

39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

22 AGO 2019

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Maracaju-SE 21.08.2019

Rozangela Santos Rodrigues

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Gilmar Marçal de Campos Lima Rodrigues

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



INVESTPREV
22 AGO 2019

MS/DATASUS

HOSPITAL GOVERNADOR JOAO ALVES FILHO

No. DO BE: 450837

DATA: 05/12/2016 HORA: 19:18 USUARIO: ELMENEZES

CNS:

SETOR: 06-SUTURA

NOME	ROZANGELA SANTOS RODRIGUES	IDENTIFICACAO DO PACIENTE	PS - Adulto
IDADE	33 ANOS	NASC: 13/01/1983	DOC...:
ENDERECO	R DO TABULEIRO		SEXO...: FEMININO
COMPLEMENTO	706701521308311	BAIRRO: CENTRO	NUMERO: 73
MUNICIPIO	JAPARATUBA	UF: SE	CEP...:
NOME PAI/MAE	MARIA BISPO SANTOS	/JOSE ROCHA DOS SANTOS	TEL...: 9820-6255
RESPONSAVEL	IOLANDA/ IRMA		
PROCEDENCIA	JAPARATUBA		
ATENDIMENTO	ACIDENTE MOTOCICLISTICO (MOTOS)		
CASO POLICIP.	NAO	PLANO DE SAUDE....: NAO	TRAUMA: NAO
ACID. TRABALHO	NAO	VEIO DE AMBULANCIA: SIM	

PA: [] 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: 05/12/16

Paciente trazida pelo SAMU, 10%te, vítima de colisão moto x carro. Glasgow 15, refere dor em mi com deformidade. Abdome = NDN Torax = S/alterações

ANOTACOES DA ENFERMAGEM:

INVESTPREV

22 AGO-2019

CID:

Rfn
Dra. Rosana Freitas
Clínica Plástica
CRM - 4285

DIAGNOSTICO:

PRESCRICAO

HORARIO DA MEDICACAO

Kejim osq iv dle no momento

Profund 100mg iv dle no momento

raio x me abd e p (scbra e fibula + gotejo)

DATA DA SAIDA: / /

ALTA: [] DECISAO MEDICA [] A PEDIDO [] EVASAO HORA DA SAIDA: :
 [] ENCAMINHADO AO AMBULATORIO [] DESISTENCIA

INTERNACAO NO PROPRIO HOSPITAL (SETOR):

TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):

OBITO: [] ATE 48HS [] APoS 48HS [] FAMILIA [] IML [] ANAT. PATOL.

Iolanda dos Santos
ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSAVEL

05/12/16 # Linha Gral
25h Paciente apresenta fratura em fibula

REALIZADO EM 05/12/16

AS 25:20 HORAS

TECNICO DE RADIOLOGIA

Assinatura e Carimbo do Médico

Cd = Av. Antônio

McNeil Bay

DOCUMENTO PARA PAGAMENTO



ENERGISA SERGIPE-DISTRIB.ENERGIA SA
Rua Min. Agostinho Sales, 81 - Inácio Barbosa
Aracaju / SE - CEP 49900-150
CNPJ 13.017.462/0001-43 - Inscrição Estadual: 278.787.428

Documento com valor fixo.
VALOR FIXO: R\$ 102,96
VALOR PAGO: R\$ 102,96

Nº 012.114.899

DADOS DO CLIENTE

GILVAN SANTOS RODRIGUES
RUA DO CEMITERIO 29 QUINTAL
JAPARATUBA

CEP: 49960-000

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

3/914952-7

REFERÊNCIA

APRESENTAÇÃO

CONSUMO

VENCIMENTO

TOTAL A PAGAR

MAR/2019

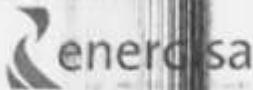
21/03/2019

117

28/03/2019

R\$ 102,96

Acesse: www.energisa.com.br



GILVAN SANTOS RODRIGUES
Roteiro: 13-260-820-0135
CONTA PAGA - Data de Pagamento: 03/04/2019

VENCIMENTO	TO	A PAGAR	MATRÍCULA
28/03/2019		102,96	914952-2019-03-9

INVESTPREV

22 AGO 2019



Nº da Conta: 0268986363
Mês de referência: 05/2019
Período: 25/04/2019 a 24/05/2019
Data de emissão: 01/06/2019

JOÃO MARCELO DE CAMPOS LIMA ROBERTI
AV AUGUSTO MAYNARD, 554
AND 1
SAO JOSE
49015-380 ARACAJU - SE

www.vivo.com.br/meuvivo
Fale conosco: Central de Relacionamento
*8486 ou www.vivo.com.br/faleconosco
Telefonica Brasil S.A.
Avenida Barão de Maruim, 304
CEP: 49010-340 - Aracaju - SE
I.E.: 27.106.814-0
CNPJ Matriz :02.558.157/0001-62
CNPJ Filial :02.558.157/0025-30

Vencimento
10/06/2019

Total a Pagar - R\$
51,59

Seus Números Vivo
79-99969-0167

Caso você tenha mais linhas, consulte o detalhamento da sua conta.

Aproveite os benefícios do Vivo Valoriza no App Meu Vivo.

O que está sendo cobrado	Quantidade de Plano/Pacote	Quantidade de Números Vivo	Valor R\$ Plano/Pacote	Incluso Plano/Pacote	Utilizado Minutos/Unidades	Valor Total R\$
Serviços Contratados						
VIVO CONTROLE DIGITAL-2,5GBILIM_- VIVO CONTROLE SERV DIGITAL II	1	1	49,99	-	-	49,99
Subtotal			0,00	-	-	-
						49,99
Outros Lançamentos						
Encargos Financeiros						1,60
Subtotal						1,60
INVESTPREV						
22 AGO 2019						
TOTAL A PAGAR						51,59

MENSAGEM IMPORTANTE PARA VOCÊ

O relatório detalhado está disponível em www.vivo.com.br/meuvivo e pode ser solicitado impresso, de forma permanente ou não.

App Meu Vivo. É o jeito mais prático de acessar a sua conta detalhada, 2ª via de conta, consumo de internet e muito mais! Baixe agora em vivo.com.br/app e navegue sem consumir seu pacote de dados

Até emissão desta conta constava(m) débitos de contas anteriores. O pagamento desta conta não quita débitos anteriores. Mantenha o pagamento em dia e evite a suspensão parcial/total dos serviços e a inclusão nos órgãos de proteção do crédito. Para pagamentos após o vencimento serão cobrados encargos de 2% e juros de 1% ao mês em conta futura.



Nome do Cliente

JOÃO MARCELO DE CAMPOS LIMA ROBERTI

Vencimento

10/06/2019

Total a Pagar - R\$

51,59

Cód. Débito Automático 0268986363-9

Nº da Conta 0268986363

Mês Referência 05/2019

8466000000000

515900420016

102689863631

051961906107

Autenticação Mecânica





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/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 ILICITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98,

Pelo exposto, eu José Marcelo de Camilo Lima Robertina

Inscrito (a) no CPF/CNPJ 069.129.729 / 40, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Reganella Santos Rodrigues Inscrito (a) no CPF sob o N° 013.122.555 / 51,

do sinistro de DPVAT cobertura Impedimento da Vítima Reganella Santos Rodrigues

Inscrito (a) no CPF sob o N° 013.122.585 / 51, 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>Residência Júlio Góes Maynard</u>	Número:	<u>804</u>	Complemento:	<u>1º andar</u>
Bairro:	<u>Centro</u>	Cidade:	<u>Macajú</u>	Estado:	<u>SE</u>
E-mail:				CEP:	<u>199015-380</u>

Local e Data: Macajú-SE, 21.08.2019

José MARCOS DE CAMILo LIMA ROBERTINA

Assinatura do Declarante



GOVERNO DO BAHIA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

RELATÓRIO MÉDICO

Fundação
Hospitälar
de Saúde

NOME DO PACIENTE: Dozonvala Santos Rodrigues
 DATA DA ENTRADA: 05/12/2016
 DATA DA SAÍDA: 06/12/2016

INTERNAMENTO: PS() ENFERMARIA() UTI()

HISTÓRICO CLÍNICO:

Traente vítima de colisão entre carro e moto, ferida pelo SAVU. Glancou L5. Fissura de dor em M1 e com deformidade de fratura de tíbia e fíbula. Fissurada no joelho. Foi encaminhado ao Hospital.

HISTÓRICO CIRÚRGICO:

EXAMES COMPLEMENTARES:

Radiografia

INVESTPREV

22 AGO 2019

MÉDICOS ASSISTENTES:

Dra Rosana Freitas; Dra Layla Bandeira Barros; Dra Fernanda Viana

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

ARACAJU, 06 de Dezembro de 2016

Selma de Oliveira Souza
MÉDICO DO SETOR DE ANÁLISE DE PRONTUÁRIO

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.

MS/DATASUS

HOSPITAL GOVERNADOR JOAO ALVES FILHO

No. DO BE: 450837

DATA: 05/12/2016 HORA: 19:18 USUARIO: ELMENEZES
CNS: SETOR: 06-SUTURA

NOME

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

PS - Adulto

IDADE

ROZANGELA SANTOS RODRIGUES

DOC...:

33 ANOS NASC: 13/01/1983

SEXO...: FEMININO

ENDERECO

R DO TABULEIRO

NUMERO: 73

COMPLEMENTO

706701521308311 BAIRRO: CENTRO

MUNICIPIO

JAPARATUBA

UF: SE

CEP...:

NOME PAI/MAE

MARIA BISPO SANTOS

/JOSE ROCHA DOS SANTOS

RESPONSAVEL

IOLANDA/ IRMA

TEL...: 9820-6255

PROCEDENCIA

JAPARATUBA

ATENDIMENTO

ACIDENTE MOTOCICLISTICO (MOTOS)

CASO POLICIA

NAO

PLANO DE SAUDE....: NAO

TRAUMA: NAO

ACID. TRABALHO

NAO

VEIO DE AMBULANCIA: SIM

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: 05/12/16

Paciente trazida pelo SAMU, 10^oºC, vítima de colisão moto x carro. Glasgow 15, refere dor em mi com deformidade. Abdome = NDN Torax = S/alterações

ANOTACOES DA ENFERMAGEM:

DIAGNOSTICO:

CID:

Ribeiro
Dr. Rosana Freitas
CRM - 4285

PRESCRICAO

HORARIO DA MEDICACAO

Kejulin 05g iv de momento

Proteind 100mg iv de momento

Raio X mre AP e P (tibia e fibula + gengivo)

09:00

DATA DA SAIDA: / /

ALTA: [] DECISAO MEDICA

HORA DA SAIDA: : :

[] 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

REALIZADO EM 05/12/16

05/12/16 # Carimbo Geral
05h Paciente apresenta fratura no fíbula

AS HORAS

20:20

Col = Av. Antônio

TÉCNICO DE RADIOLOGIA

McCull Lary

Este é o formulário de atendimento
com classificação de risco
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:

SITUAÇÃO / QUEIXA:

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

FLUXOGRAMA:

DISCRIMINADOR:

ALERGIAS (MEDICAMENTOS E ALIMENTOS):

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

OBSERVAÇÃO:

DESTINO / ENCAMINHAMENTO:

ENF.:	COREN:	ASSINATURA:
COORDENADOR:		
RECLASIFICAÇÃO PARA A PRIORIDADE: _____ DISCRIMINADOR às ____ h ____ min.	ENF.:	COREN:

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

COLOCADA PULSEIRA? (S/N)

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







Laclise
consultas e exames

Relatório Médico

I - Rosângela Souto Rodrigues

II - C.I.D 582.4

III - Tempo de afastamento: 120 dias

IV - Maiores Agravos médicos:

festuras ocorridas em 5/12/2016
quando immobilizado na moto.

V - Médico: Dr. MASAYUKI ISHI

VI - CRM 1276 / SE

VII - Aracaju, 27/12/2016

Masayuki Ishi
Ortopedista
CRM-SE 1276

Obs. Este receituário não vale como recibo de honorários médicos.

Rua Bahia, 975 - B. Siqueira Campos - Aracaju/SE

www.laclise.com.br

Fone: (79) 3253-7200

WhatsApp: (79) 98112-1117 / 99105-3815 / 98875-6772

MARQUE LOGO SEU PRÓXIMO ATENDIMENTO, TRABALHAMOS POR ORDEM DE PAGAMENTO.

magete



Laclide

consultas e exames

Rossângela Souto Rodrigues

Rx perna E (AS + P).

Centrôle de fraturas de
fíbula, bifocal
st lomas

Masayuki Ishi
M. Ortopedista
M. 1276

27/12/2016

Obs. Este receituário não vale como recibo de honorários médicos.

Rua Bahia, 975 - B. Siqueira Campos - Aracaju/SE

www.laclide.com.br

Fone: (79) 3253-7200

WhatsApp: (79) 98112-1117 / 99105-3815 / 98875-6772

MARQUE LOGO SEU PRÓXIMO ATENDIMENTO, TRABALHAMOS POR ORDEM DE PAGAMENTO.

Relatório Médico

A sena. Rozangela Souto Ribeiro
ages, 35 anos de idade, viúva.
foi no grupo de uma moto
eletrônico, quando bateu colidiu com
um carro em 05/12/2016 e
caino no grito.

Socorrida pelo SAMU e condu-
zida ao HUSe, foi constatado fratura
no bifocal do fibular e C105824
Inabilitada em tese sessenta, 7267
menos inabilitado por quase 3m.

Obs. Este receituário não vale como recibo de honorários médicos.

Rua Bahia, 975 - B. Siqueira Campos - Aracaju/SE

www.lacrise.com.br

Fone: (79) 3253-7200

WhatsApp: (79) 98112-1117 / 99105-3815 / 98875-6772

MARQUE LOGO SEU PRÓXIMO ATENDIMENTO, TRABALHAMOS POR ORDEM DE PAGAMENTO.



Após retorno da ressaca, fiz
20 sessões de fisioterapia.
Apesar do bom tratamento fiz
nem sequer permanentes obti-
ve resultados:

- (a) Dor no perna e tornozelo E
- (b) Edema residual da perna
- (c) Dificuldade para andar e correr.
- (d) Limitação dos movimentos da
tornozelo G.
- (e) Daudações.

Obs. Este receituário não vale como recibo de honorários médicos.

Rua Bahia, 975 - B. Siqueira Campos - Aracaju/SE

www.laclise.com.br

Fone: (79) 3253-7200

WhatsApp: (79) 98112-1117 / 99105-3815 / 98875-6772

MARQUE LOGO SEU PRÓXIMO ATENDIMENTO, TRABALHAMOS POR ORDEM DE PAGAMENTO.



Laclise
consultas e exames

Perda funcional do membro
inferior esquerdo de 25%

Aracaju, 04/09/2018

Dr. Masayuki Ishii
Médico Ortopedista
CRM 1274

Obs. Este receituário não vale como recibo de honorários médicos.

Rua Bahia, 975 - B. Siqueira Campos - Aracaju/SE

www.laclise.com.br

Fone: (79) 3253-7200

WhatsApp: (79) 98112-1117 / 99105-3815 / 98875-6772

MARQUE LOGO SEU PRÓXIMO ATENDIMENTO, TRABALHAMOS POR ORDEM DE PAGAMENTO.

INVESTPREV

22 AGO 2019



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2.146.797-8 2. VIA DATA DE EXPEDIÇÃO 12/02/2007

NOME: ROSÂNGELA SANTOS RODRIGUES

FILIAÇÃO: JOSÉ RICHA DAS SANTOS
MARIA BISPO SANTOS

NATURALIDADE: JAPANIRUBA/SE

DATA DE NASCIMENTO: 13/01/1983

DOC ORIGEM: CT. DISAM. NR 1218 LV 06 FL 114

CPF: 047.057.004-00

MFC: 122.395-51

PTS: 15074410051 ASSINATURA DO TITULAR

LEI-Nº 11.636 DE 20/07/2008

INVESTPREV



INVESTPREV

22 AGO 2019



À seguradora líder

EU, ROZANGELA SANTOS RODRIGUES, inscrito no cadastro de pessoas físicas 013.122.585-51, venho através dessa informa que sofri um acidente de trânsito no dia 05.12.2016, fui socorrido e levado para o Hospital de Urgência de Sergipe. DIAGNOSTICADO FRATURA BIFOCAL DA FIBULA E CID:S82.4. Porém, a seguradora líder NEGOU O PROCESSO.

Fui orientado pelo call center a procurar um medico para fazer um relatório especificando as seqüelas. Contudo o processo foi NEGADO NOVAMENTE. Decisão arbitrarria SEM SEQUER FAZER UMA ANALISE DAS minhas seqüelas. Voltei ao medico para refazer um novo relatório, PORÉM ele me informou que bastava colocar o percentual de invalidez. Portanto estou enviando novos documentos médicos que comprova minha invalidez e solicito que tal decisão seja revista.

Embora tenha feito todo tratamento possível, imobilização, fisioterapia e repouso, ficou seqüela permanente que levarei para o resto da minha vida assim vejamos:

- DOR NA Perna e no tornozelo, EDEMA, DIFICULDADES DE LOCOMOÇÃO, LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO TORNозELO E CLAUDICAÇÃO; dificuldades para agachar e ficar muito tempo em pé, não posso correr nem subir escadas, sinto dores e inchaços constantes.

Por existir seqüela, peço a reanálise do processo visto que tudo já mencionado foi diagnosticado como invalidez pelo ortopedista Masayuki Ishi CRM 1276. Portanto requer o pagamento do beneficio social do seguro DPVAT. Não sendo esse o entendimento da seguradora peço para que seja agendada uma perícia médica com um médico da seguradora para que assim não pare nenhuma dúvida e seja paga a indenização na modalidade invalidez.

Aracaju-Se, 16 de agosto de 2019

Rozângela Santos Rodrigues

ROZANGELA SANTOS RODRIGUES

INVESTPREV

22 AGO 2019

PROCURAÇÃO PARTICULAR

Outorgante: (Dados do Beneficiário do Seguro DPVAT)

Nome: Rogángela Vazquez Rodriguez

Nacionalidade: Brasileira Estado civil: Casada

Profissão: Desempregada

Identidade: 0146949-8 CPF: 013.120.555-11

Endereço: Rua do Cemitério, 89 / Quadra 1

Bairro: Maria Madalena Cidade: Toronto

Estado: São Paulo CEP: 04996-000

Outorgado:

Outorgado:

JOÃO MARCELO DE CAMPOS LIMA ROBERTINA, natural de Maringá Paraná, solteiro, portador de cédula de identidade nº 10.283.504-2 SSP/PR, inscrito no cadastro de pessoa física nº 067.127.729-40, ADVOGADO inscrito na ordem OAB nº13.646, domiciliado na Avenida Augusto Maynard nº554, bairro São José, Aracaju, Sergipe, CEP 49.015-380.

Pelo presente Instrumento Particular de procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a **SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT** e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar o pedido de indenização do Seguro Obrigatório – DPVAT, a que tenho direito, concedendo ao outorgado poderes para assinatura nos formulários de Aviso de Sinistro, Protocolo de Recepção de Documentos, Declaração de Ausência de Laudo do IML, Autorização de Pagamento de Indenização do Seguro DPVAT, podendo enfim assinar ou requerer quaisquer documentos relacionados com o Seguro Obrigatório – DPVAT em meu nome, praticar todos os atos de direito permitidos para perfeito cumprimento deste mandato, da qual figura como vítima:

Weslley Santos Rodrigues

Local: JAPANATUBA UF: SE Data: 31 de Junho de 2015

Assinatura do Outorgante (Beneficiário)
(Reconhecer firma por autenticidade)

REGISTRO DO 1º OFÍCIO Dr. Fernando Carvalho Cabral Japaratuba - Sergipe	Reconhecido como Verdadeira a Técnica de <u>Japaratuba - Sergipe</u> Assinatura: _____ _____	Número do Ofício: 3-2438 Data: 10/01/2002 Assinatura: _____
O referido é verdadeiro fôr Em testemunha: _____		
<input checked="" type="checkbox"/> Autenticidade <input type="checkbox"/> Semelhança Japaratuba (SE) 31/01/2002		
R. Tabellão _____		

INVESTPREV

22 AGO 2019

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0289676/19

Vítima: ROZANGELA SANTOS RODRIGUES

CPF: 013.122.585-51

CPF de: Próprio

Data do acidente: 05/12/2016

Titular do CPF: ROZANGELA SANTOS RODRIGUES

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médica-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

JOAO MARCELO DE CAMPOS LIMA ROBERTINA : 067.127.729-40

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

ROZANGELA SANTOS RODRIGUES : 013.122.585-51

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- 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.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data da entrega: 22/08/2019

Nome: JOAO MARCELO DE CAMPOS LIMA ROBERTINA
CPF: 067.127.729-40

Data do cadastramento: 22/08/2019

Nome: JOSE MARINO GOYA ARAUJO
CPF: 221.365.090-04

JOAO MARCELO DE CAMPOS LIMA ROBERTINA

JOSE MARINO GOYA ARAUJO