

# 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: 21/09/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 100,00

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: TIAGO DOS SANTOS SANTANA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 02405

CONTA: 000000025288-9

---

Nr. da Autenticação 212342CCB54D5C1B

# PARECER DE DAMS



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200326496

**Data do acidente:** 16/06/2019

**Vítima:** TIAGO DOS SANTOS SANTANA

**Atendimento:** HOSPITAL

**Cidade:** Aracaju

**UF:** SE

**Análise:** Primeira Análise

**Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

**Data:** 16/09/2020 16:27:09

## DADOS DO PARECER

**Diagnóstico:** TRAUM MULT NE TRAUM MULT NE -

**Internação:** Não

**Tratamento:** CONSERVADOR CLINICO

**Tratamento Odontológico:** Não

Grupo	Código	Descrição	Pleiteado	Avaliado
Honorários Médicos	1.01.01.01-2	Em consultório (no horário normal ou pre estabelecido)	100,00	100,00
<b>Total da Análise Atual</b>			<b>100,00</b>	<b>100,00</b>

**Indicadores:** Valores avaliados conforme parâmetros objetivos de aferição e praticados no âmbito do sistema de saúde

**Observações:**

Informações administrativas	Pleito anterior	Avaliação anterior	Pago anterior	Pleito atual	Avaliação atual	Valor à pagar
Beneficiário: TIAGO DOS SANTOS SANTANA Relacionamento: Vítima	0,00	0,00	0,00	100,00	100,00	100,00
<b>Total da Análise Atual</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>100,00</b>	<b>100,00</b>	<b>100,00</b>

**TOTAL PLEITEADO:** 100,00

**TOTAL AVALIADO:** 100,00

**TOTAL PAGO + À PAGAR:** 100,00

## INFORMAÇÕES ANÁLISE MÉDICA

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0256966/20

**Vítima:** TIAGO DOS SANTOS SANTANA

**CPF:** 047.677.195-18

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 16/06/2019

**Titular do CPF:** TIAGO DOS SANTOS SANTANA

**Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Comprovantes de despesas médicas  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação

### JOAO MARCELO DE CAMPOS LIMA ROBERTINA : 067.127.729-40

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

### TIAGO DOS SANTOS SANTANA : 047.677.195-18

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

## 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](http://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.

O reembolso de despesas médico-hospitalares é de até R\$2.700,00. Esse valor varia conforme o total de despesas comprovadas, tomado por base os limites definidos pelas tabelas autorizadas pela Superintendência de Seguros Privados – SUSEP.

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

### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 11/09/2020  
Nome: JOAO MARCELO DE CAMPOS LIMA ROBERTINA  
CPF: 067.127.729-40

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 11/09/2020  
Nome: MATHEUS DE FIGUEIREDO CARSTEN BASTOS  
CPF: 098.038.499-05

JOAO MARCELO DE CAMPOS LIMA ROBERTINA

MATHEUS DE FIGUEIREDO CARSTEN BASTOS



**RECIBO**

Nº

VALOR

# 100,00 #

Recebi (emos) de

Tuigo dos Santos Santoro  
Cem reais

a quantia de

Correspondente a

consulto me

e para clara firma (emos) o presente.

Aroeaju, 04 de setembro de 2020

Assinatura

Name

Até assinatura

Roberton Cesar  
Oficina de Escrita  
09/04/2021 10:20 h

CPF / RG

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:		<input checked="" type="checkbox"/> DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)	<input checked="" type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE	<input type="checkbox"/> MORTE
2 - Nº do sinistro ou ASI:	3 - CPF da vítima:	4 - Nome completo da vítima: Tiago dos Santos Santana		
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012				
5 - Nome completo:	Tiago dos Santos Santana		6 - CPF:	097.677.195-18
7 - Profissão:	8 - Endereço:	9 - Número:	10 - Complemento:	Pintor Rua São Bento Cabral 268 Bloco C/ Ap. 08
11 - Bairro:	12 - Cidade:	13 - Estado:	14 - CEP:	Capão Redondo Macaíba MG 39063-067
15 - E-mail:	16 - Tel.(DDD): (79) 9322-0817			

## 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 checked="" type="checkbox"/> RECUZO 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)

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_

CONTA: \_\_\_\_\_

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 2105

CONTA: 25288

9

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

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

## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:	<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? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:	30 - Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	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 Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34	35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)	38 - 1º   Nome: _____ CPF: _____
	36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)	Assinatura da testemunha
	37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)	39 - 2º   Nome: _____ CPF: _____
	40 - Local e Data: Macaíba - SE, 27.07.2020 Tiago dos Santos Santana	Assinatura da testemunha
	41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)	43 - Assinatura do Procurador (se houver)



GOVERNO DO ESTADO DE SERGIPE  
POLÍCIA CIVIL  
DELEGACIA ESPECIAL DE DELITOS DE TRÂNSITO - ARACAJU - SE



BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 040165/2020

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 21/05/2020 11:19 Data/Hora Fim: 21/05/2020 11:34  
Delegado de Polícia: Daniela Ramos Lima Barreto

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia Especial de Delitos de Trânsito

Data/Hora do Fato: 16/06/2019 18:00

Local do Fato

Município: Aracaju (SE)

Bairro: Cidade Nova - Sanatório

Logradouro: Rua Cláudio Batista

CEP: 49.000-000

Ponto de Referência: Hospital Universitário

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1223: LESÃO CORPORAL CULPOSA NA DIREÇÃO DE VEÍCULO AUTOMOTOR (ART. 303 DA LEI 9.503/1997 - CTB )	Veículo

ENVOLVIDO(S)

**Nome Civil: TIAGO DOS SANTOS SANTANA (VÍTIMA , COMUNICANTE )**

Nacionalidade: Brasileira Sexo: Masculino Nasc: 01/11/1988 Idade: 31 anos

Naturalidade: SE - Aracaju Profissão: Pintor

Estado Civil: Solteiro(a)

Nome da Mãe: JOELINA DOS SANTOS

Nome do Pai: APARECIDO ALVES DE SANTANA

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 047.677.195-18

RG - Carteira de Identidade: 32619294

Endereço

Município: Aracaju - SE

Logradouro: Rua São Carlos

Nº: 406

Bairro: Japãozinho

CEP: 49.000-000

Telefone: (79) 99946-4217 (Celular)

**Nome Civil: DESCONHECIDO 1 (SUPÓSTO AUTOR/INFRATOR )**

Nacionalidade: Brasileira Idade:

Endereço

Município: Aracaju - SE

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo: Veículo

Subgrupo: Motocicleta/Motoneta

Placa: qks4782

Veículo Adulterado? Não

Quantidade: 1 Unidade

Situação: Meio Empregado

**Nome Envolvido**

**Envolvimentos**

TIAGO DOS SANTOS SANTANA

Possuidor



GOVERNO DO ESTADO DE SERGIPE  
PÓLICIA CIVIL  
DELEGACIA ESPECIAL DE DELITOS DE TRÂNSITO - ARACAJU - SE



BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 040165/2020

RELATO/HISTÓRICO

Relata a vítima que conduzia a motocicleta citada, sentido sul/norte, e quando chegou próximo ao Hospital Universitário foi surpreendido por uma moça, da qual não sabe o nome, que atravessou repentinamente a rua, fazendo com que a vítima perdesse o controle da moto na tentativa de desviar e atropelasse a moça, com a colisão, ambos caíram e a vítima sofreu diversas escoriações pelo corpo, da moça, só sabe que esta sofreu uma fratura na perna, a motocicleta está licenciada em nome de Cleones de Sales Santos.

ASSINATURAS

Raimundo Renato Valença Júnior

Agente de Polícia Judiciária

Mat. 13688103

Raimundo Renato Valença Júnior

Agente de Polícia

Matrícula 13688103

Responsável pelo Atendimento

TIAGO DOS SANTOS SANTANA

(Comunicante / Vítima)

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

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 27 de Setembro de 2020

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200326496**

**Vítima: TIAGO DOS SANTOS SANTANA**

**Data do Acidente: 16/06/2019**

**Cobertura: DAMS**

**Procurador: JOAO MARCELO DE CAMPOS LIMA ROBERTINA**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), TIAGO DOS SANTOS SANTANA**

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

**Rebedor: TIAGO DOS SANTOS SANTANA**

**Valor: R\$ 100,00**

**Banco: 104**

**Agência: 000002405**

**Conta: 0000025288-9**

**Tipo: CONTA CORRENTE**



Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você