

# 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
Total da Análise Atual			100,00	100,00

**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
Total da Análise Atual	0,00	0,00	0,00	100,00	100,00	100,00

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

**Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

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

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

**CPF de:** Próprio

## 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, tomando 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

TEM FÉ PÚBLICA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 12950169

USO OBRIGATORIO  
IDENTIDADE CIVIL PARA TODOS OS FINS LEGAIS  
(Art. 13 da Lei nº 8.386/94)



JOÃO ROBERTO LIMA ROBERTINA

CPF: 000.000.000-00

DATA DE NASCIMENTO: 22/01/1988

SEXO: M

DATA DE EXPIRAÇÃO: 16/04/2017

ASSINATURA: [Assinatura]

COBRANÇA: 02

PRESTADOR: FRANCISCO LUCAS COSTA VILAS BOAS

COBRANÇA: 02

PRESTADOR: FRANCISCO LUCAS COSTA VILAS BOAS

COBRANÇA: 02

PRESTADOR: FRANCISCO LUCAS COSTA VILAS BOAS

**ORDEN DOS ADVOGADOS DO BRASIL**  
CONSELHO SECCIONAL DO PIAUÍ  
IDENTIDADE DE ADVOGADO

NOME  
JOÃO MARCELO DE CAMPOS LIMA ROBERTINA

PROCURADOR  
ANGELO LIBERTO ROBERTINA  
ELIETE DE CAMPOS LIMA

NACIONALIDADE  
MARINGÁ-PR

RG  
10283504-2 - SSP/PR

DATA DE NASCIMENTO  
22/01/1988

SEXO  
M

DATA DE EXPIRAÇÃO  
16/04/2017

COBRANÇA  
02

PRESTADOR  
FRANCISCO LUCAS COSTA VILAS BOAS

RECIBO

Nº

VALOR

# 100,00 #

Recebi (emos) de

Trigo dos Santos Antonio

a quantia de

Cem reais

Correspondente a

consulta me

e para clareza firmo (amos) o presente.

Aracaju

04

de

setembro

de

2020

Assinatura

Nome

Aleberton César  
Obediente, Fiel e Sincero  
10/14 2481 7821 10001

CPF / RG



# 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 ASI: 3 - CPF da vítima: 047.677.195-18 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: 047.677.195-18  
7 - Profissão: Pintor 8 - Endereço: Rua São Raimundo Cabral 9 - Número: 267 10 - Complemento: Bloco C/Ap. 08  
11 - Bairro: Capangueiro 12 - Cidade: Macaé 13 - Estado: RJ 14 - CEP: 29063-067  
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): (21) 9999-0817

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: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Caixa Econômica Federal (MCA)

AGÊNCIA: 2405 CONTA: 25288 9

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (a) (nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

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

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

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Macaé - RJ, 27.07.2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)





GOVERNO DO ESTADO DE SERGIPE  
POLÍCIA CIVIL  
DELEGACIA 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

Ponto de Referência: Hospital Universitário  
Tipo do Local: Via Pública

CEP: 49.000-000

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  
Bairro: Japãozinho  
Telefone: (79) 99946-4217 (Celular)  
Nº: 406  
CEP: 49.000-000

Nome Civil: DESCONHECIDO 1 (SUPOSTO AUTOR/INFRATOR )	
Nacionalidade: Brasileira	Idade:

Endereço

Município: Aracaju - SE

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo	Subgrupo Motocideta/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  
POLÍCIA 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 Junior*  
Agente de Polícia Judiciária  
Matr. 13688103

Raimundo Renato Valença Junior

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



---

**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:**

**Recebedor: 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

