

BANCO DO BRASIL S.A.

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: Doc - Transferencia para conta em outro banco

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001

AGÊNCIA: 1234

CONTA: 12345

DATA DA TRANSFERENCIA:

16/10/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

320035706001

VALOR TOTAL:

2.362,50

TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ROSILEIDE VIEIRA DA CRUZ

BANCO: 001

AGÊNCIA: 02320

CONTA: 000000014507

Número da Autenticação

346648A55A6241EA

PROCURAÇÃO PARTICULAR PARA FINS ESPECÍFICOS DE
PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Por este instrumento particular, eu (nome completo) Rosilene Vieira Cruz Santos
(nacionalidade) Brasileira, (profissão) Sanitadora, portador da cédula
de identidade RG nº 3020116-0, emitido pela SSP / (UF) SE,
inscrito sob o CPF nº 960.562.595-49, residente na (endereço
completo) Rua Paço Roldando, na cidade de
Paço Roldando, (UF) SE, CEP 19.210-000, nomeio e
constituo meu procurador, (nome do representante) Jose Manoel do O. Rêgo
(nacionalidade) Brasileira, (profissão) Advogado, portador da cédula
de identidade RG nº 91233829, emitido pela SSP / (UF) SE,
inscrito sob o CPF nº 020.003.695-00, residente na (endereço
completo) Rua Léo Sales, na cidade de
Coa da União, (UF) SE, CEP 19.690-000, a quem confiro
amplos e gerais poderes para, tratar, requerer, assinar papéis e
documentos que se faça necessário para fins de **SOLICITAÇÃO DO
SEGURO DPVAT** da vítima (nome da vítima) Rosilene Vieira Cruz Santos
junto à **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT**.

(local e data) Paço Roldando 05.10.2020

(assinatura) X Rosilene Vieira da Cruz Santos

(RG) 3020.116.0

OBS: (a assinatura deve ser reconhecida por AUTENTICIDADE)

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: 960.862.895-49 4 - Nome completo da vítima: Resaleide Vieira Da Cruz Santos

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

5 - Nome completo: Resaleide Vieira Da Cruz Santos 6 - CPF: 960.862.895-49
7 - Profissão: Advogada 8 - Endereço: Rua Faco Redondo 9 - Número: 253 10 - Complemento: casa
11 - Bairro: Centro 12 - Cidade: Faco Redondo 13 - Estado: SE 14 - CEP: 49.800-000
15 - E-mail: marcosoliveira@gmail.com 16 - Tel (DDD): 49.9989207

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: _____
18 - CPF do Representante Legal: _____ 19 - Profissão do Representante Legal: _____

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

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

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

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

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

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: 2320 Brasil

AGÊNCIA: CONTA: AGÊNCIA: 0320 6 CONTA: 14507 6
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

28 - Vítima teve filhos? Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: _____ 30 - Vítima deixou nascituro (vairasor)? 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, J. So Da Graia 05 10 2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3200357060 **Cidade:** Monte Alegre de Sergipe **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ROSILEIDE VIEIRA DA CRUZ **Data do acidente:** 02/02/2020 **Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 13/07/2021

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO FÊMUR E DA TÍBIA ESQUERDA COM LESÃO DE PARTES MOLES

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO. ALTA MÉDICA. P1,227,228

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida: Sim

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações: APÓS FEITA REVISÃO DA AMD DE 13/10/2020 EVIDENCIAMOS QUE A SEQUELA JÁ FOI INDENIZADA CONFORME TABELA PREVISTA EM LEI VIGENTE.

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3200357060 **Cidade:** Monte Alegre de Sergipe **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ROSILEIDE VIEIRA DA CRUZ **Data do acidente:** 02/02/2020 **Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 13/10/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO FÊMUR E DA TÍBIA ESQUERDA COM LESÃO DE PARTES MOLES.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO. ALTA MÉDICA. P1,227,228

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

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 DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações:

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
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3200357060 **Cidade:** Monte Alegre de Sergipe **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ROSILEIDE VIEIRA DA CRUZ **Data do acidente:** 02/02/2020 **Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 19/02/2021

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO FÊMUR E DA TÍBIA ESQUERDA COM LESÃO DE PARTES MOLES.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO. ALTA MÉDICA. P1,227,228

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida: Sim

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações: APÓS FEITA REVISÃO DA AMD DE 13/10/2020 EVIDENCIAMOS QUE A SEQUELA JÁ FOI INDENIZADA CONFORME TABELA PREVISTA EM LEI VIGENTE.

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
		Total	0 %	R\$ 0,00



GOVERNO DO ESTADO DE SERGIPE
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE MONTE ALEGRE DE SERGIPE - MONTE ALEGRE DE
SERGIPE - SE

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 013351/2020

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 04/02/2020 09:48 Data/Hora Fim: 04/02/2020 10:23
Delegado de Polícia: Eurico César Souza Nascimento

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia Municipal de Monte Alegre de Sergipe

Data/Hora do Fato: 02/02/2020 22:00

Local do Fato

Município: Monte Alegre de Sergipe (SE)

Bairro: POVOADO BOM NOME

Logradouro: POVOADO BOM NOME

Tipo do Local: Área Rural

Natureza	Melo(s) Empregado(s)
1210: PRATICAR HOMICÍDIO CULPOSO NA DIREÇÃO DE VEÍCULO AUTOMOTOR DEIXANDO DE PRESTAR SOCORRO À VÍTIMA (ART. 302, § 1º, INC. III DA LEI DOS CRIMES DE TRÂNSITO - CTB)	Não Houve

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: ROSILEIDE VIEIRA DA CRUZ (VÍTIMA)

Nome Civil: ALANE ELLEN SANTOS (COMUNICANTE)

Nome Civil: JOSEVALDO ALVES SANTOS (VÍTIMA)

Nome Civil: DESCONHECIDO 1 (SUPOSTO AUTOR/INFRATOR)

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Nenhum Objeto Informado

RELATO/HISTÓRICO

NO DIA DE HOJE A DECLARANTE AFIRMA, QUE NO DIA 02/02/2020, SEUS PAIS ESTAVAM PILOTANDO UMA MOTO, QUANDO VEIO UM CARRO E COLIDIU NA MOTO DO SEU PAI, DEIXANDO SUA MÃE DE NOME ROSILEIDE VIEIRA DA CRUZ COM UMA FRATURA NA PERNA, E SEU PAI DE NOME JOSEVALDO ALVES SANTOS COM UMA PANCADA NO TORNOZELO; QUE O CONDUTOR DO VEICULO NÃO PRESTOU SOCORRO AS VITIMAS; QUE O CONDUTOR DO CARRO ESTAVA APARENTIMENTE EMBREAGADO; QUE O VEICULO FOI LEVADO PARA ESTA DELEGACIA DE POLICIA DE MONTE ALEGRE; QUE O VEICULO É CHEVETE PRATA DE PLACA JKS0584; QUE A VITIMA ROSILEIDE VIEIRA DA CRUZ ESTÁ INTERNADA NO HOSPITAL JOÃO ALVES EM ARACAJU; QUE A DECLARANTE QUER TOMAR AS PROVIDÊNCIAS CABIVES.



GOVERNO DO ESTADO DE SERGIPE
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE MONTE ALEGRE DE SERGIPE - MONTE ALEGRE DE
SERGIPE - SE

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 013351/2020

ASSINATURAS

Leonardo Dias Santos
Responsável pelo Atendimento

Alane Ellen Santos
(Comunicante)

"Declaro para os devidos fins de direito que sou (sou) (única) responsável pelas informações acima assinaadas e ciente que poderei 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."

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: 960.862.895-49 4 - Nome completo da vítima: Resaleide Vieira da Cruz Santos

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

5 - Nome completo: Resaleide Vieira da Cruz Santos 6 - CPF: 960.862.895-49
7 - Profissão: Advogada 8 - Endereço: Rua Faco Redondo 9 - Número: 253 10 - Complemento: casa
11 - Bairro: Centro 12 - Cidade: Faco Redondo 13 - Estado: SE 14 - CEP: 49.800-000
15 - E-mail: marcosoliveira@gmail.com 16 - Tel (DDD): 49.9989207

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: _____
18 - CPF do Representante Legal: _____ 19 - Profissão do Representante Legal: _____

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

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

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

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

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

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: 2320 Brasil

AGÊNCIA: CONTA: AGÊNCIA: 0320 6 CONTA: 14507 6
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

28 - Vítima teve filhos? Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: _____ 30 - Vítima deixou nascituro (vairasor)? 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, J. So da Graia 05 10 2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

Confirma Dados?

BANCO: 0001

AGENCIA: 02320

CONTA: 00000000014507-6

FAVORECIDO: ROSILEIDE V CRUZ SANTOS

VALOR DEPOSITO: R\$50,00

Rede Mais Voce

Via Cliente

DAIANACRED

Pos: 72605001 LT: 857 Doc: 68 Oper: 172605

03/10/20 10:49:55

COBAN: 072605 LOJA: 0001 PDV: 000001

03/10/2020 BANCO DO BRASIL 10:49:54

232060501 CORRESPONDENTE BANCARIO 0117

COMPROVANTE DEPOSITO EM CONTA CORRENTE

EM DINHEIRO

CLIENTE: ROSILEIDE V CRUZ SANTOS

AGENCIA: 2320-5 CONTA: 14.507-6

DATA

05/10/2020

NR. DOCUMENTO

23.207.260.500.117

VALOR DINHEIRO

50,00

VALOR TOTAL

50,00

NR. AUTENTICACAO E. 1F5.900.780.20B.C7B

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios): Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h

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

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

Número do pedido DPVAT:

Data da solicitação:

DD/MM/AA

Nome do beneficiário:

Rosilvide Vieira da Cruz Santos

CPF do beneficiário:

960.862.895-49

Nome do solicitante:

CPF do solicitante:

DADOS PARA CONTATO

Tel. Celular: (DDD) 9918-9207

Tel. Comercial: (DDD) _____

Tel. Residencial: (DDD) _____

E-mail:

matildevieira@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) documento(s) 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

Solicito SASSA Genheira que seja marcado uma Perícia médica para meu processo pois ao ser liberado a 362,50 para SASSA que meu encontro com o Julatario médica estava Julia sendo trata do Arregramento ficando com sequelas para molumentar e ordei por isso fico desencorajadamente que man que Perícia medico.

Local e Data

X Rosilvide Vieira da Cruz Santos

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

IMPORTANTE:

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

Observação sobre beneficiário/vítima não alfabetizado:

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

Serviços

- Laboratório
- Scan Duplex
- Citologia
- Colposcopia
- Ultrassonografia
- ECG
- M.A.P.A.
- Exame / próstata
- Biópsia
- Capterização
- Holter
- Ecocardiograma

Especialidades

- Clínico geral
- Pediatria
- Urologista
- Ginecologista
- Cardiologista
- Dermatologista
- Angiologista
- Ortopedista
- Nutricionista
- Otorrinolaringologia
- Medicina do Trabalho
- Endocrinologista
- Mastologista
- Oftalmologista

Convênios

- IPES
- PLAMED
- CAMED
- CASSE
- CASSI
- CAIXA
- BRADESCO
- DESO
- CAPSAÚDE
- PREVMED
- ASSEM
- CORREIOS



Clinica e Laboratório

Solliclin

Cuidando da sua Saúde

Ribeirão Preto

A Sra ROSIHEIDE VIEIRA DA CUNHA SANTOS. (RG: 3.020.116-0-SE)

apresenta fratura do fêmur e
perna (no dia 03/02/2020),
sendo tratado cirurgicamente
estando de alta definitiva.

(CID: S82.2, S82.3)

Ribeirão Preto: 30/06/2021

Dr. Leopoldo Soares Barreto
Ortopedia/Traumatologia
CRM - SE 1531

solliclin.clinica@vadoo.com.br

Filial

Avenida Engenheiro Carlos Reis, 9071
Frei Paulo/SE (Em frente ao Hospital)
Fone: (79) 99957-9991

Matriz

Rua Antônio Mendonça, 254 - Ribeirão Preto/SE
(antiga farmácia de Regis) CEP: 49.530-000
Fones: (79) 3448-1400 / 99941-4442

Filial

Avenida Aroaldo Chagas, S/N Centro
Carira/SE (Em frente ao Hospital)
Fone: (79) 98132-6730 / 99647-4695

ASL-0281773/20
alexia.pvital
17/03/2023 18:11:14

ASL-0281773/20
alexia.pvital
17/03/2023 18:11:14

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE SERGIPE

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA

LABORATÓRIO DE IDENTIFICAÇÃO



ROSI LIDE VIEIRA DA CRUZ SANTOS



CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 3.020.116-0

NOME ROSILEIDE VIEIRA DA CRUZ SANTOS

RACÃO 2.014

ADRES VIEIRA DA CRUZ

JULIANA ALVES DE OLIVEIRA

NATURALIDADE

TIPO DE DOC. GERAL

DATA DE NASCIMENTO 16/10/1976

CI. CASARÉTO NR 2290 LV B 26 FL. 002

CE. CRT. DO DIST. DE CORONÇA DE FERRO DA FILHA

960.882.895-09

LABORATÓRIO DE IDENTIFICAÇÃO

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA

ESTADO DE SERGIPE

UNIDADE DE REG. IDENT. DO CASARÉTO

ASL-0281773/20
alexia.pvital
17/03/2023 18:11:19

ASL-0281773/20
alexia.pvital
17/03/2023 18:11:19

ASL-0281773/20
alexia.pvital
17/03/2023 18:11:19

ASL-0281773/20
alexia.pvital
17/03/2023 18:11:19

ASL-0281773/20
alexia.pvital
17/03/2023 18:11:19

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 da O. Rosa

inscrito (a) no CPF/CNPJ 020.003.675/00, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Presidente Viena Laing Santos inscrito (a) no CPF sob o Nº 960.862.895/49

do sinistro de DPVAT cobertura imvalidez da Vítima Presidente Viena Laing Santos

inscrito (a) no CPF sob o Nº 960.862.895/49, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço: <u>Rua dos Silos</u>	Número: <u>217</u>	Complemento: <u>Secunario</u>
Bairro: <u>Silos</u>	Cidade: <u>St. So. Da Aurora</u>	Estado: <u>SE</u>
E-mail: <u>marcosdelys@gmail.com</u>	CEP: <u>49.680-000</u>	Tel. (DDD): <u>999.189207</u>

Local e Data: St. So. Da Aurora 05.10.2020

Jose Marcos da Oliveira Rosa
Assinatura do Declarante

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 MINISTÉRIO DAS CIDADES
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
 CATEGORIA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

SE

INAME
 JOSE MARCOS DE OLIVEIRA ROSA

DOC. EXISTENTE / CRIAL. EMISSOR/UF
 21233829 SSP SE

CPF
 020.003.675-00 DATA NASCIMENTO
 28/11/1985

FRANÇÃO
 JOSE LUIZ ROSA

LUIZETE SANTOS DE OLIVEIRA ROSA

PERMISSÃO: AB AD AT

REGISTRO: 04659447376 VALIDADE: 07/01/2024 HABILITAÇÃO: 02/06/2009

OBSERVAÇÕES
 SEM OBSERVAÇÃO:

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL: ARACAJU, SE DATA DE EMISSÃO: 08/01/2019

59018844231
 88021769567

SERGIPE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 1749963409

PROIBIDO PLASTIFICAR 1749963409

ASL-0281773/20
 alexia.pvital
 17/03/2023 18:11:34

ASL-0281773/20
 alexia.pvital
 17/03/2023 18:11:34

17/03/2023 18:11:34

ASL-0281773/20
 alexia.pvital
 17/03/2023 18:11:34

ASL-0281773/20
 alexia.pvital
 17/03/2023 18:11:34

ASL-0281773/20
 alexia.pvital
 17/03/2023 18:11:34

ASL-0281773/20
 alexia.pvital
 17/03/2023 18:11:34

ASL-0281773/20
 alexia.pvital
 17/03/2023 18:11:34