



Poder Judiciário  
Do Estado de Sergipe

MONTE ALEGRE DA COMARCA DE MONTE ALEGRE  
Praça Deputado Passos Porto, Bairro Centro, Monte Alegre/SE, CEP 49690000  
Horário de Funcionamento: 07:00 às 13:00

**PROCESSO:**

202286100843

**DATA:**

28/03/2023

**MOVIMENTO:**

Juntada

**DESCRIÇÃO:**

Juntada de Petição Avulsa do Advogado/Procurador/Defensor/Promotor KELLY CHRYSYAN SILVA MENENDEZ (2592-SE) ao processo eletrônico. Protocolizado sob nº 20230327173805884 às 17:38 em 27/03/2023.

**LOCALIZAÇÃO:**

Secretaria

**PUBLICAÇÃO:**

Não

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 da 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 Redondo, na cidade de  
Paço Redondo, ( 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  
Caroá, ( 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 da Cruz Santos  
junto à **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT**.

( local e data ) Paço Redondo 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 (vairasos)?  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 Guiana 05/10/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

**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
<b>Total</b>			<b>17,5 %</b>	<b>R\$ 2.362,50</b>

# 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 assinadas 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.\*

ASL-0281773/20  
 alexia.pvital  
 17/03/2023 18:11:01

ASL-0281773/20  
 alexia.pvital  
 17/03/2023 18:11:01

ASL-0281773/20  
 alexia.pvital  
 17/03/2023 18:11:01

ASL-0281773/20  
 alexia.pvital  
 17/03/2023 18:11:01

ASL-0281773/20  
 alexia.pvital  
 17/03/2023 18:11:01



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.

NÃO ALFABETIZADO

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 \_\_\_\_\_

TESTEMUNHAS

40 - Local e Data, J. So. da Guiana 05/10/2020  
Resaleide Vieira da Cruz Santos  
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](http://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:

Rosilvete 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:

matheusduferia@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 Guimarães que seja marcado uma Perícia médica para meu processo pois ao ser liberado a 362,50 para SASSA que tem em anexo embaixo julgado médico para a Julia sendo trata do Arteriosclerose e não ficando com sequelas para molumentar e ordenar por isso fico desencorajadamente que meu que Perícia médico.

Local e Data

X Rosilvete 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 (L) e PUNHA (R) (no dia: 03/02/2020), sendo tratado cirurgicamente, estando de Alta definitiva.

(CID: S82.2, S72.3)

Ribeirão Preto: 30/06/2021

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

solliclin.clinica@vadoo.com.br

**Filial**

Avenida Engenheiro Carlos Reis, 9073  
Frei Paulo/SE (Em frente ao Hospital)  
Fone: (79) 99957-9991

**Matriz**

Rua Antônio Mendonça, 254 - Ribeirão Preto  
(antiga farmácia de Regis) CEP: 49.530-000  
Fones: (79) 3448-1400 / 99961-4442

**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 18:11:19

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

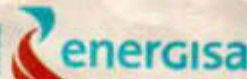
ASL-0281773/20  
alexia.pvital  
17/03/2023 18:11:19

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

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

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

JOSE MARDOS DE OLIVEIRA ROSA  
RUA DOS SILOS, 2217 / CASA 4 - SAO JOSÉ  
NOSSA SENHORA DA GLÓRIA / SE - CEP: 49000-000



Uso: Básico  
Clas: Res MTC B1 / RESIDENCIAL / RESIDENCIAL  
Rotam: 5 - 430 - 340 - 1201  
Medidor: E000348-23

ENERGISA SERGIPE DISTRIB ENERGI SA  
Rua Manoel Soares, 51 - Inhaúba/Batista  
Aracaju/SE - CEP: 49000-150  
CNPJ: 07.462031/43 - Inscrição: 279787406  
Nome Fantasia: Energia Sergipe Distribuição S/A  
CNP: 07.462031/43 - Inscrição: 279787406  
CNP: 07.462031/43 - Inscrição: 279787406

Atendimento ao Cliente ENERGISA 08000 79 0196 Acesso: www.energisa.com.br

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/CNPJ/RANI
Fev/2020	07/02/2020	10/03/2020	020.003.576-00

UC (Unidade Consumidora): 31912787-9

Canal de contato  
Comunicação e atendimento através do WhatsApp  
Especialize-se com informações sobre o seu consumo, tarifas e serviços oferecidos pela Energisa. Acesse o aplicativo Energisa no celular ou acesse o site www.energisa.com.br

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
----------	-------	-----------	---------	------

Data	Leitura	Data	Leitura	Dias
07/02/2020	1122	07/02/2020	1122	

Descrição	Quantidade (kWh)	Valor (R\$)	Valor (R\$)	Valor (R\$)	Valor (R\$)	Valor (R\$)
Consumo em kWh	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Adm. F. Anual						
CONTRIB. CUMPL. PÚBLICA						
IMP. J. PROD. DE ENERGIA ELÉTRICA						
MULTIPLICADOR						

Vencimento	Total a Pagar
14/02/2020	R\$ 62,98

Histórico de Consumo (kWh)
120   172   102   116   79   75   64   57   56   118   110   77

RESERVADO AO FISCO  
Ocad.a0bd.bd84.d45d.4efe.7667.8f45.e754

Indicadores de Qualidade			Composição do Consumo		
Limites da ANEEL	Aparado	Limite de Tensão (V)	Descrição	Valor (R\$)	%
FC MÉDIA	100%	127	Reserva de Custos Energética	11,76	21,83
FC TENSÃO	100%	127	Imposto de Renda	18,34	35,59
FC ATUAL	100%	127	Imposto de Renda	0,34	0,53
FC MÉDIA	100%	127	Imposto de Renda	0,34	0,53
FC TENSÃO	100%	127	Imposto de Renda	0,34	0,53
FC ATUAL	100%	127	Imposto de Renda	0,34	0,53
FC MÉDIA	100%	127	Imposto de Renda	0,34	0,53
FC TENSÃO	100%	127	Imposto de Renda	0,34	0,53
FC ATUAL	100%	127	Imposto de Renda	0,34	0,53
FC MÉDIA	100%	127	Imposto de Renda	0,34	0,53
FC TENSÃO	100%	127	Imposto de Renda	0,34	0,53
FC ATUAL	100%	127	Imposto de Renda	0,34	0,53
FC MÉDIA	100%	127	Imposto de Renda	0,34	0,53
FC TENSÃO	100%	127	Imposto de Renda	0,34	0,53
FC ATUAL	100%	127	Imposto de Renda	0,34	0,53
FC MÉDIA	100%	127	Imposto de Renda	0,34	0,53
FC TENSÃO	100%	127	Imposto de Renda	0,34	0,53
FC ATUAL	100%	127	Imposto de Renda	0,34	0,53
FC MÉDIA	100%	127	Imposto de Renda	0,34	0,53
FC TENSÃO	100%	127	Imposto de Renda	0,34	0,53
FC ATUAL	100%	127	Imposto de Renda	0,34	0,53
FC MÉDIA	100%	127	Imposto de Renda	0,34	0,53
FC TENSÃO	100%	127	Imposto de Renda	0,34	0,53
FC ATUAL	100%	127	Imposto de Renda	0,34	0,53
FC MÉDIA	100%	127	Imposto de Renda	0,34	0,53
FC TENSÃO	100%	127	Imposto de Renda	0,34	0,53
FC ATUAL	100%	127	Imposto de Renda	0,34	0,53
FC MÉDIA	100%	127	Imposto de Renda	0,34	0,53
FC TENSÃO	100%	127	Imposto de Renda	0,34	0,53
FC ATUAL	100%	127	Imposto de Renda	0,34	0,53
FC MÉDIA	100%	127	Imposto de Renda	0,34	0,53
FC TENSÃO	100%	127	Imposto de Renda	0,34	0,53
FC ATUAL	100%	127	Imposto de Renda	0,34	0,53
FC MÉDIA	100%	127	Imposto de Renda	0,34	0,53
FC TENSÃO	100%	127	Imposto de Renda	0,34	0,53
FC ATUAL	100%	127	Imposto de Renda	0,34	0,53
FC MÉDIA	100%	127	Imposto de Renda	0,34	0,53
FC TENSÃO	100%	127	Imposto de Renda	0,34	0,53
FC ATUAL	100%	127	Imposto de Renda	0,34	0,53
FC MÉDIA	100%	127	Imposto de Renda	0,34	0,53
FC TENSÃO	100%	127	Imposto de Renda	0,34	0,53
FC ATUAL	100%	127	Imposto de Renda	0,34	0,53
FC MÉDIA	100%	127	Imposto de Renda	0,34	0,53
FC TENSÃO	100%	127	Imposto de Renda	0,34	0,53
FC ATUAL	100%	127	Imposto de Renda	0,34	0,53
FC MÉDIA	100%	127	Imposto de Renda	0,34	0,53
FC TENSÃO	100%	127	Imposto de Renda	0,34	0,53
FC ATUAL	100%	127	Imposto de Renda	0,34	0,53
FC MÉDIA	100%	127	Imposto de Renda	0,34	0,53
FC TENSÃO	100%	127	Imposto de Renda	0,34	0,53
FC ATUAL	100%	127	Imposto de Renda	0,34	0,53
FC MÉDIA	100%	127	Imposto de Renda	0,34	0,53
FC TENSÃO	100%	127	Imposto de Renda	0,34	0,53
FC ATUAL	100%	127	Imposto de Renda	0,34	0,53
FC MÉDIA	100%	127	Imposto de Renda	0,34	0,53
FC TENSÃO	100%	127	Imposto de Renda	0,34	0,53
FC ATUAL	100%	127	Imposto de Renda	0,34	0,53
FC MÉDIA	100%	127	Imposto de Renda	0,34	0,53
FC TENSÃO	100%	127	Imposto de Renda	0,34	0,53
FC ATUAL	100%	127	Imposto de Renda	0,34	0,53
FC MÉDIA	100%	127	Imposto de Renda	0,34	0,53
FC TENSÃO	100%	127	Imposto de Renda	0,34	0,53
FC ATUAL	100%	127	Imposto de Renda	0,34	0,53
FC MÉDIA	100%	127	Imposto de Renda	0,34	0,53
FC TENSÃO	100%	127	Imposto de Renda	0,34	0,53
FC ATUAL	100%	127	Imposto de Renda	0,34	0,53
FC MÉDIA	100%	127	Imposto de Renda	0,34	0,53
FC TENSÃO	100%	127	Imposto de Renda	0,34	0,53
FC ATUAL	100%	127	Imposto de Renda	0,34	0,53
FC MÉDIA	100%	127	Imposto de Renda	0,34	0,53
FC TENSÃO	100%	127	Imposto de Renda	0,34	0,53
FC ATUAL	100%	127	Imposto de Renda	0,34	0,53
FC MÉDIA	100%	127	Imposto de Renda	0,34	0,53
FC TENSÃO	100%	127	Imposto de Renda	0,34	0,53
FC ATUAL	100%	127	Imposto de Renda	0,34	0,53
FC MÉDIA	100%	127	Imposto de Renda	0,34	0,53
FC TENSÃO	100%	127	Imposto de Renda	0,34	0,53
FC ATUAL	100%	127	Imposto de Renda	0,34	0,53
FC MÉDIA	100%	127	Imposto de Renda	0,34	0,53
FC TENSÃO	100%	127	Imposto de Renda	0,34	0,53
FC ATUAL	100%	127	Imposto de Renda	0,34	0,53
FC MÉDIA	100%	127	Imposto de Renda	0,34	0,53
FC TENSÃO	100%	127	Imposto de Renda	0,34	0,53
FC ATUAL	100%	127	Imposto de Renda	0,34	0,53
FC MÉDIA	100%	127	Imposto de Renda	0,34	0,53
FC TENSÃO	100%	127	Imposto de Renda	0,34	0,53
FC ATUAL	100%	127	Imposto de Renda	0,34	0,53
FC MÉDIA	100%	127	Imposto de Renda	0,34	0,53
FC TENSÃO	100%	127	Imposto de Renda	0,34	0,53
FC ATUAL	100%	127	Imposto de Renda	0,34	0,53
FC MÉDIA	100%	127	Imposto de Renda	0,34	0,53
FC TENSÃO	100%	127	Imposto de Renda	0,34	0,53
FC ATUAL	100%	127	Imposto de Renda	0,34	0,53
FC MÉDIA	100%	127	Imposto de Renda	0,34	0,53
FC TENSÃO	100%	127	Imposto de Renda	0,34	0,53
FC ATUAL	100%	127	Imposto de Renda	0,34	0,53
FC MÉDIA	100%	127	Imposto de Renda	0,34	0,53
FC TENSÃO	100%	127	Imposto de Renda	0,34	0,53
FC ATUAL	100%	127	Imposto de Renda	0,34	0,53
FC MÉDIA	100%	127	Imposto de Renda	0,34	0,53
FC TENSÃO	100%	127	Imposto de Renda	0,34	0,53
FC ATUAL	100%	127	Imposto de Renda	0,34	0,53
FC MÉDIA	100%	127	Imposto de Renda	0,34	0,53
FC TENSÃO	100%	127	Imposto de Renda	0,34	0,53
FC ATUAL	100%	127	Imposto de Renda	0,34	0,53
FC MÉDIA	100%	127	Imposto de Renda	0,34	0,53
FC TENSÃO	100%	127	Imposto de Renda	0,34	0,53
FC ATUAL	100%	127	Imposto de Renda	0,34	0,53
FC MÉDIA	100%	127	Imposto de Renda	0,34	0,53
FC TENSÃO	100%	127	Imposto de Renda	0,34	0,53
FC ATUAL	100%	127	Imposto de Renda	0,34	0,53
FC MÉDIA	100%	127	Imposto de Renda	0,34	0,53
FC TENSÃO	100%	127	Imposto de Renda	0,34	0,53
FC ATUAL	100%	127	Imposto de Renda	0,34	0,53
FC MÉDIA	100%	127	Imposto de Renda	0,34	0,53
FC TENSÃO	100%	127	Imposto de Renda	0,34	0,53
FC ATUAL	100%	127	Imposto de Renda	0,34	0,53
FC MÉDIA	100%	127	Imposto de Renda	0,34	0,53
FC TENSÃO	100%	127	Imposto de Renda	0,34	0,53
FC ATUAL	100%	127	Imposto de Renda	0,34	0,53
FC MÉDIA	100%	127	Imposto de Renda	0,34	0,53
FC TENSÃO	100%	127	Imposto de Renda	0,34	0,53
FC ATUAL	100%	127	Imposto de Renda	0,34	0,53
FC MÉDIA	100%	127	Imposto de Renda	0,34	0,53
FC TENSÃO	100%	127	Imposto de Renda	0,34	0,53
FC ATUAL	100%	127	Imposto de Renda	0,34	0,53
FC MÉDIA	100%	127	Imposto de Renda	0,34	0,53
FC TENSÃO	100%	127	Imposto de Renda	0,34	0,53
FC ATUAL	100%	127	Imposto de Renda	0,34	0,53
FC MÉDIA	100%	127	Imposto de Renda	0,34	0,53
FC TENSÃO	100%	127	Imposto de Renda	0,34	0,53
FC ATUAL	100%	127	Imposto de Renda	0,34	0,53
FC MÉDIA	100%	127	Imposto de Renda	0,34	0,53
FC TENSÃO	100%	127	Imposto de Renda	0,34	0,53
FC ATUAL	100%	127	Imposto de Renda	0,34	0,53
FC MÉDIA	100%	127	Imposto de Renda	0,34	0,53
FC TENSÃO	100%	127	Imposto de Renda	0,34	0,53
FC ATUAL	100%	127	Imposto de Renda	0,34	0,53
FC MÉDIA	100%	127	Imposto de Renda	0,34	0,53
FC TENSÃO	100%	127	Imposto de Renda	0,34	0,53
FC ATUAL	100%	127	Imposto de Renda	0,34	0,53
FC MÉDIA	100%	127	Imposto de Renda	0,34	0,53
FC TENSÃO	100%	127	Imposto de Renda	0,34	0,53
FC ATUAL	100%	127	Imposto de Renda	0,34	0,53
FC MÉDIA	100%	127	Imposto de Renda	0,34	0,53
FC TENSÃO	100%	127	Imposto de Renda	0,34	0,53
FC ATUAL	100%	127	Imposto de Renda	0,34	0,53
FC MÉDIA	100%	127	Imposto de Renda	0,34	0,53
FC TENSÃO	100%	127	Imposto de Renda	0,34	0,53
FC ATUAL	100%	127	Imposto de Renda	0,34	0,53
FC MÉDIA	100%	127	Imposto de Renda	0,34	0,53
FC TENSÃO	100%	127	Imposto de Renda	0,34	0,53
FC ATUAL	100%	127	Imposto de Renda	0,34	0,53
FC MÉDIA	100%	127	Imposto de Renda	0,34	0,53
FC TENSÃO	100%	127	Imposto de Renda	0,34	0,53
FC ATUAL	100%	127	Imposto de Renda	0,34	0,53
FC MÉDIA	100%	127	Imposto de Renda	0,34	0,53
FC TENSÃO	100%	127	Imposto de Renda	0,34	0,53
FC ATUAL	100%	127	Imposto de Renda	0,34	

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://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 SUSEP<sup>1</sup> 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 COAF<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. <sup>2</sup> 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 invalidez 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>Secretario</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 TRÁNSITO  
 CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

SE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL  
 1749963409

Nome: JOSE MARCOS DE OLIVEIRA ROSA

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

CPF: 020.003.675-00 DATA NASCIMENTO: 28/11/1985

FRANÇÃO: JOSE LUIZ ROSA

LUIZETE SANTOS DE OLIVEIRA ROSA

PERMISSÃO:  AB  B  C  D

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

OBSERVAÇÕES:  
 SEM OBSERVAÇÃO:

Assinatura do Titular: *Jose Marcos de Oliveira Rosa*

ASSINATURA DO PORTADOR

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

*Luizete Santos de Oliveira Rosa*  
 Luízetete Santos de Oliveira Rosa  
 SECRETARIA PRESIDENTE

59018844231  
 88021769567

ASSINATURA DO EMISSOR

PROIBIDO PLASTIFICAR  
 1749963409

SERGIPE

084724517321560

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