

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: 06/05/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.531,25

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JAILTON FRANCISCO DOS SANTOS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01045

CONTA: 000000023140-1

Nr. da Autenticação EDCECF7372092E1A

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200159053 **Cidade:** Aracaju **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JAILTON FRANCISCO DOS SANTOS **Data do acidente:** 28/12/2019 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 29/04/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA CLAVÍCULA ESQUERDA. PG. 1
FRATURA BIMALEOLAR DO TORNOZELO ESQUERDO. PG. 1

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - FIXADOR EXTERNO PG. 22,26,27.
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL DO OMBRO E TORNOZELO ESQUERDOS.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA LIMITAÇÃO FUNCIONAL DO OMBRO ESQUERDO EM GRAU LEVE E DO TORNOZELO ESQUERDO EM GRAU MÉDIO.

**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 completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			18,75 %	R\$ 2.531,25

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: 020.437.275-59 4 - Nome completo da vítima: Jailton Francisco dos 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: Jailton Francisco dos Santos 6 - CPF: 020.437.275-59
7 - Profissão: Sem profissão 8 - Endereço: Rua Maruim 9 - Número: 2161 10 - Complemento:
11 - Bairro: Cirurgião 12 - Cidade: Anacapi 13 - Estado: SE 14 - CEP: 49055-440
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): (74) 998885963

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\$1.000,00 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) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: _____
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 1045 CONTA: 000 231 40 1 AGÊNCIA: CONTA:

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) ☐ Divorçado ☐ 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(s) (nascidos)? ☐ 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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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, Anacapi SE, 26/03/20

Jailton Francisco dos Santos
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0123870/20

Vítima: JAILTON FRANCISCO DOS SANTOS

CPF: 020.437.275-59

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 28/12/2019

Titular do CPF: JAILTON FRANCISCO DOS SANTOS

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

JAILTON FRANCISCO DOS SANTOS : 020.437.275-59

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 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.

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.

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 27/04/2020
Nome: JAILTON FRANCISCO DOS SANTOS
CPF: 020.437.275-59

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 27/04/2020
Nome: MARIA MORGANA ANDRADE NASCIMENTO
CPF: 842.887.445-04

JAILTON FRANCISCO DOS SANTOS

MARIA MORGANA ANDRADE NASCIMENTO

NOME DO PACIENTE: JAILTON FRANCISCO DOS SANTOS
DATA DA ENTRADA: 28/12/2019 SE-102688
DATA DA SAÍDA: 14/01/2020

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.

INTERNAMENTO: PS (☒) ENFERMARIA () UTI ()

HISTÓRICO CLÍNICO:

Atendido no AUSE-PS/UTI, vítima de colisão motorcleta + carro em uso de vaporizadores, tendo sido submetido ao protocolo de suporte de vida, com injeção de adrenalina.
ID - Fratura da clavícula esquerda E + fratura da clavícula E -

HISTÓRICO CIRÚRGICO:

Em 10/01/2020 foi submetido à cirurgia para redução de fratura da clavícula esquerda + com colocação de placa metálica (de placa de 10 furos) e fixação percutânea de fratura medial.

EXAMES COMPLEMENTARES:

Rx tórax
Rx abdome E
Rx joelho e punho E
ECG

MÉDICOS ASSISTENTES:

Edsonilton B. Santos - Cir. Geral - CRM-PR 5974
Antonio Franco Gabriel - Otorrinolaringologista - CRM-PR 876
Sergio, Gonçalves M. de Melo - Otorrinolaringologista - CRM-PR
Miguel Souza Ribeiro - Anestesiologista - CRM-PR

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

ARACAJU, 28 de junho de 2020
Marco Aurelio Facanha
MÉDICO
CRM - 1814

MS/DATASUS

HOSPITAL DE URGENCIAS DE SERGIPE - HUSE

No. DO BE: 102688
CNS:DATA: 28/12/2019
SETOR: 06-SUTURAHORA: 19:02
USUARIO: WSANTOS

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME : JAILTON FRANCISCO DOS SANTOS
IDADE.....: 32 ANOS NASC: 15/03/1987
ENDereco.....: TRAV.CAMPO DO BRITO
COMPLEMENTO....: 703206631683596 BAIRRO: AMERICA
MUNICIPIO.....: ARACAJU UF: SE CEP....: 49000-00
NOME PAI/MAE...: JOSE FRANCISCO DOS SANTOS /SILVANIA MARIA DOS SANTOS
RESPONSAVEL....: JESSICA DA CRUZ-ESPOSA/BOMBEIROS TEL....: 79-99988
PROCEDENCIA....: ARACAJU - CAPITAL 615
ATENDIMENTO....: COLISAO CARRO X MOTO
CASO POLICIAL.: NAO PLANO DE SAUDE.....: NAO TRAUMA: NAO
ACID. TRABALHO: NAO VEIO DE AMBULANCIA: SIM

PA: [X] mmHg] PULSO: [] TEMP.: [] PESO: []

EXAMES COMPLEMENTARES: [] RAO X [] SANGUE [] URINA [] TC
[] LIQUOR [] ECG [] ULTRASSONOGRAFIA

SUSPEITA DE VIOLENCIA OU MAUS TRATOS: [] SIM [] NAO

DADOS CLINICOS:

DATA PRIMEIROS SINTOMAS: ___/___/___

Vitima de colisao moto x carro, com capote, ferido pelo vidro e posterior de
buzina. Sem relato de consumo de alcool. No exame, vit. est.
maio, sem alter. (A) Vias aereas livres, c/c, s/c, s/c, s/c.

ANOTACOES DA ENFERMAGEM:

Exame: expansao normal, sem crepitações
em pulmões, s/nr

Exame: expansao normal, s/nr

DIAGNOSTICO: Politrauma

CID:

PRESCRICAO

HORARIO DA MEDICACAO

Soluç: radiografia de tórax AP + radiografias de ombro (E) em 02 + rad. joelho + Rmn

1) Soluç: N. na dose posada

3) Voltaren 75mg, IV

4) Diprione 2g, + ad, IV

DATA DA SAIDA: / /

HORA DA SAIDA: :

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

INTERNACAO NO PROPRIO HOSPITAL (SETOR):

TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):

OBITO: [] ATE 48HS [] APOS 48HS [] FAMILIA [] ANAT. PAT

Edeleverton B. Dantas

CRM 5954

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSAVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

REALIZADO EM 29/12/19 EXAME DE RADIOLOGIA - HUSE

AS 20:31 HORAS REALIZADO EM 28/12/19

AS 19:45 HORAS

TÉCNICO EM RADIOLOGIA

TÉCNICO EM RADIOLOGIA

4 - Hospitais / Serviços / Prestou atendimento:

28.12.2019 1^a ATENÇÃO / HORTA & CORDÃO DE SERRALHA

5 - Descrição das perdas funcional / Invalidez permanente / Pós-tratamento realizados:

[illegible]

6 - Alta definitiva do tratamento: 1 03/2020. DO MIRE

7 - Data do Exame do Paciente / 16/03/2022

8 - Segue Exame Anexo

9 - Médico responsável pela avaliação após análise da documentação do primeiro atendimento médico / Internação hospitalar / Histórico do paciente / Exame Físico / Exames Complementares:

Nome do Médico Renato Teixeira		Nº do CRM 1450	Fone: (079) 3211-5368	
Endereço Rua Itaporanga, Bairro Getulio Vargas	Número 598	Cidade Aracaju	Estado Sergipe	

Atenção: As sequelas das lesões sofridas só poderam ser determinadas após decorridos 60, 90, 180... 1 ano ou mais tempo da alta definitiva

16.03.2020

Data

Renato Teixeira CRM 1450
Ortopedia - Traumatologia

Assinatura e Carimbo



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
REQUISIÇÃO DE RUA: 3.128.773-5	DATA DE EMISSÃO: 11/04/2011
NOME: JAILLTON FRANCISCO DOS SANTOS	
FUNÇÃO: JUIZ FRANCISCO DOS SANTOS	
SILVANIA MARIA DOS SANTOS	
NATURALIDADE: PIAUÍ-SE	DATA DE NASCIMENTO: 15/03/1987
SOC. ORIGIN: UT. NASCIM. IR: 17939 LV A20 FL 88	
CPF: 04413060197-0001.PIAUÍ-SE	
020.437.275-59	
ASSINATURA DO DIRETOR	
LEIA 1-7 316 016 2016 53	

FORMULÁRIO PARA PEDIDO DE REANÁLISE - DPVAT

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: 32 00131, 290

Data da solicitação: 24/04/2020
DD/MM/AA

Nome do beneficiário: Jailton Francisco dos Santos

CPF do beneficiário: 020.437.275-59

Nome do solicitante: Jailton Francisco dos Santos

CPF do solicitante: 020.437.275-59

DADOS PARA CONTATOTel. Celular: (24) 998385963
DDDTel. Comercial: ()
DDDTel. Residencial: ()
DDD

E-mail:

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)
documentos 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

venho solicitar que seja reconsiderado a reanálise da avaliação médica com base no relatório anexo do especialista ortopedista Dr. Renato Teixeira, CRM 15E 3450 o qual conclui o final do tratamento e as sequelas permanentes devido as mesmas, caso seja necessário, serem constatadas através de um especialista indicado por uma segunda opinião, certo que meu pedido será atendido, aguardo os devidos procedimentos.

Anacapi 15E, 24/04/2020
Local e DataJailton Francisco dos 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).



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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 001530/2020-A01

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 06/01/2020 10:33 Data/Hora Fim: 06/01/2020 10:33
Delegado de Polícia: Daniela Ramos Lima Barreto

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia Especial de Delitos de Trânsito
Data/Hora do Fato: 28/12/2019 17:30

Local do Fato

Município: Aracaju (SE)
Logradouro: Rua Acre

Bairro: Ponto Novo

CEP: 49.000-000

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1223: LESÃO CORPORAL CULPOSA NA DIREÇÃO DE VEÍCULO AUTOMOTOR (ART. 303 CAUT DA LEI DOS CRIMES DE TRÂNSITO - CTB)	Veículo

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: LUCIENE SOUZA ARAÚJO (SUPOSTO AUTOR/INFRATOR)

Nacionalidade: Brasileira Sexo: Feminino Idade: 25
Estado Civil: Sem Informação

Endereço

Município: Aracaju - SE

Nome Civil: JAILTON FRANCISCO DOS SANTOS (VÍTIMA)

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: SE - Própria Sexo: Masculino Nasc: 15/03/1987
Profissão: Motorista
Estado Civil: Solteiro(a)
Nome da Mãe: SILVANIA MARIA DOS SANTOS Nome do Pai: JOSE FRANCISCO DOS SANTOS

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 020.437.275-59
RG - Carteira de Identidade: 31287735

Endereço

Município: Aracaju - SE
Logradouro: TRAVESSA CAMPO DO BRITO Nº: 156
Complemento: CASA
Bairro: AMERICA CEP: 49.080-120
Telefone: (79) 98836-2666 (Celular)

Nome Civil: JÉSSICA DA CRUZ SANTOS (COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: SE - Aracaju Sexo: Masculino Nasc: 27/08/1991
Profissão: Manicure e Pedicure
Estado Civil: Solteiro(a)
Nome da Mãe: Maria Gildete Santos Nome do Pai: José Wellington da Cruz Santos

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 045.178.955-56



Delegado de Polícia Civil: Daniela Ramos Lima Barreto
Impresso por: Raimundo Renato Valença Junior
Data de Impressão: 06/01/2020 10:34
Protocolo nº: Não disponível



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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 001530/2020-A01

RG - Carteira de Identidade: 3353162-5

Endereço

Município: Aracaju - SE

Logradouro: Travessa Campo do Brito

Bairro: América

Telefone: (79) 99988-2615 (Celular) (79) 98836-2666 (Celular)

Nº: 156

CEP: 49.000-000

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo	Subgrupo Automóvel/Utilitário/Camioneta/Caminhão
CPF/CNPJ do Proprietário 032.476.587-85	Placa QKP4716
Renavam 01031228770	Número do Motor V243529
Número do Chassi 9BRB29BT6F2063253	Ano/Modelo Fabricação 2015/2014
Cor CINZA	UF Veículo Sergipe
Município Veículo Aracaju	Marca/Modelo TOYOTA/ETIOS SD XS
Modelo TOYOTA/ETIOS SD XS	Veículo Adulterado? Não
Quantidade 1 Unidade	Situação Meio Empregado
Última Atualização Denatran 18/12/2014	Situação do Veículo ALIENACAO FIDUCIARIA
Nome Envolvido	Envolvimentos
Luciene Souza Andrade	Possuidor

Grupo Veículo	Subgrupo Motocicleta/Motoneta
CPF/CNPJ do Proprietário 409.331.485-34	Placa HZW8303
Renavam 00802059120	Número do Motor MD34E-3104738
Número do Chassi 9C2MD34003R104738	Ano/Modelo Fabricação 2003/2003
Cor AZUL	UF Veículo Sergipe
Município Veículo Aracaju	Marca/Modelo HONDA/XR 250 TORNADO
Modelo HONDA/XR 250 TORNADO	Veículo Adulterado? Não
Quantidade 1 Unidade	Situação Meio Empregado
Última Atualização Denatran 15/03/2013	Situação do Veículo NADA CONSTA
Nome Envolvido	Envolvimentos
JAILTON FRANCISCO DOS SANTOS	Depositário

RELATO/HISTÓRICO

Relata a comunicante que seu esposo conduzia a motocicleta citada pela via citada, sentido sul/norte, e quando chegou no cruzamento com a rua Dom Pedro I, o outro veículo citado, conduzido por Luciene, que vinha no sentido contrário, foi realizar uma conversão à esquerda e acabou colidindo com a motocicleta conduzida pela vítima, com a colisão a vítima sofreu fratura na perna esquerda, clavícula esquerda, além de escoriações, informa também que houve danos materiais na motocicleta, a conferir em orçamento. A motocicleta está licenciada em nome de José Roberto dos Santos. A comunicante informa que a vítima não deseja processar criminalmente a autora do fato.



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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 001530/2020-A01

ASSINATURAS

Raimundo Renato Valença Junior
Agente de Polícia Judiciária
Mat. 13688103

Raimundo Renato Valença Junior

Agente de Polícia

Matrícula 13688103

Responsável pelo Atendimento

JAILTON FRANCISCO DOS SANTOS

(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-Denunciação Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro.

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: 020.437.275-59 4 - Nome completo da vítima: Jailton Francisco dos 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: Jailton Francisco dos Santos 6 - CPF: 020.437.275-59
7 - Profissão: Sem profissão 8 - Endereço: Rua Maruim 9 - Número: 2161 10 - Complemento:
11 - Bairro: Cirurgica 12 - Cidade: Anacapi 13 - Estado: SE 14 - CEP: 49055-440
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): (74) 998885963

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\$1.000,00 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) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: _____
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 1045 CONTA: 000 231 40 1 AGÊNCIA: CONTA:

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) ☐ Divorçado ☐ 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(s) nascidos? ☐ 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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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, Anacapi SE, 26/03/20

Jailton Francisco dos Santos
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

Rio de Janeiro, 12 de Maio de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200159053

Vítima: JAILTON FRANCISCO DOS SANTOS

Data do Acidente: 28/12/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JAILTON FRANCISCO DOS SANTOS

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 2.531,25

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros
25%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 25%) 6,25%

Valor a indenizar: 6,25% x 13.500,00 = R\$ 843,75

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um tornozelo 25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: JAILTON FRANCISCO DOS SANTOS

Valor: R\$ 2.531,25

Banco: 104

Agência: 000001045

Conta: 0000023140-1

Tipo: CONTA POUPANÇA

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

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, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

