

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 14/11/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE SOUSA NETO

BANCO: 001

AGÊNCIA: 00612-2

CONTA: 000010023849-1

Nr. da Autenticação 81755D4335FF8389

**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vitimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3190610014
Nome do(a) Examinado(a): Jose Sousa Neto
Endereço do(a) Examinado(a): Rua Mizael de Barros, 641 Casa
Centro Nossa Senhora da Gloria SE CEP: 49680-000
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / SE] 3.730.885-8
Data local do acidente: [03/12/2017]
Data local do exame: [06/11/2019] Aracaju [SE]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:

FRATURA DE MALÉOLO MEDIAL (TÍBIA) A ESQUERDA

- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

Tratamento: O QUADRO FOI TRATADO COM IMOBILIZAÇÃO GESSADA NA FRATURA DE MALÉOLO MEDIAL ESQUERDO (TÍBIA).

Complicações: BLOQUEIO MODERADO DA ARTICULAÇÃO DO TORNOZELO COM RESTRIÇÃO DOS MOVIMENTOS

Data da Alta: 03/12/2017

- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:

AO EXAME FÍSICO FOI EVIDENCIADO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO COM MARCHA CLAUDICANTE (+++/4+), FORÇA MUSCULAR DA PERNA E PÉ DIMINUÍDA (+++/+5), AUMENTO DO VOLUME DA EPIFISE DISTAL DA TÍBIA (CALO ÓSSEO), ATROFIA MODERADA DA MUSCULATURA DA PANTURRILHA E PÉ, DOR E BLOQUEIO MODERADO DA ARTICULAÇÃO DO TORNOZELO, RESTRIÇÃO DO MOVIMENTO DE FLEXÃO E EXTENSÃO DA ARTICULAÇÃO DO TORNOZELO. AMPLITUDE ARTICULAR DO TORNOZELO: DORSIFLEXÃO 15° / EXTENSÃO 30°

- IV. Nexo de casualidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

☒ (X) Sim ☐ () Não

- V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)

☒ (X) Sim ☐ () Não

- VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO EM TORNOZELO ESQUERDO.

Caso a resposta do item V seja ""Não"", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b"

- VII. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

- a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

☐ () "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

☐ () "Sem sequela permanente"

(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

TORNOZELO - Lado Esquerdo

% do dano: ☐ () 10% residual ☐ () 25% leve

☒ (X) 50% médio ☐ () 75% intensa ☐ () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: ☐ () 10% residual ☐ () 25% leve

☐ () 50% médio ☐ () 75% intensa ☐ () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: ☐ () 10% residual ☐ () 25% leve

☐ () 50% médio ☐ () 75% intensa ☐ () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: ☐ () 10% residual ☐ () 25% leve

☐ () 50% médio ☐ () 75% intensa ☐ () 100% completo

- VIII. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com Nome e CRM


Manoel Otacilio Nascimento Junior
Clínica e Auditoria Médica
CRM 1827

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190610014 **Cidade:** Nossa Senhora da Glória **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE SOUSA NETO **Data do acidente:** 03/12/2017 **Seguradora:** PORTO SEGURO CIA DE SEGUROS GERAIS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 30/10/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DO MALÉOLO LATERAL ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: & SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VIGÊNCIA DESTAS INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

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 tornozelo	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

Rio de Janeiro, 23 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: JOSE SOUSA NETO

Nº Sinistro: 3180228714
Vitima: JOSE SOUSA NETO
Data do Acidente: 03/12/2017
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador JOSE MARCOS DE OLIVEIRA ROSA

Assunto: NEGATIVA TÉCNICA - SEM SEQUELAS

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no seu pedido de indenização (sinistro número **3180228714**), esclarecemos que não foram identificadas sequelas permanentes em razão do acidente ocorrido em **03/12/2017**. Por esse motivo, o seu pedido de indenização foi **negado**.

Qualquer dúvida, é só ir até o nosso site **www.seguradoralider.com.br**, ou ligue através do telefone **0800 022 12 04** (ligação gratuita) ou **0800 022 12 06** que atende apenas aos deficientes auditivos e de fala. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

Nome completo da vítima

089-310-495-79

José Sousa Neto

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo <u>José Sousa Neto</u>		CPF titular da conta <u>089-310-495-79</u>	Profissão <u>Estudante</u>
Endereço <u>Rua Miguel de Barros</u>		Número <u>341</u>	Complemento <u>Casa</u>
Bairro <u>Dirimera</u>	Cidade <u>Nossa Senhora da Glória</u>	Estado <u>Sergipe</u>	CEP <u>49680-000</u>
Email <u>marcosdegloria@gmail.com</u>	Telefone (DDD) <u>79-</u>		

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR <input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00		<input type="checkbox"/> SEM RENDA <input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00		<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00 <input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00		<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00 <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00	
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) <input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input checked="" type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAU (341) <input type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)				<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos)			
AGÊNCIA NRO. <u>0612</u> (Informar dígito se existir)		D/V <u>2</u>		CONTA NRO. <u>03849</u> (Informar dígito se existir)		D/V <u>X</u>	
AGÊNCIA NRO. _____ (Informar dígito se existir)		D/V _____		CONTA NRO. _____ (Informar dígito se existir)		D/V _____	

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

17 MAI 2018

Glória 07 de Maio de 2018
Local e Data

RECEBIDO

José Sousa Neto

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Karla Suyane dos Santos Sousa

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 - "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

089-310-495-79

Nome completo da vítima

Jose Sousa Neto

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo <u>Jose Sousa Neto</u>		CPF titular da conta <u>089-310-495-79</u>	Profissão <u>Estudante</u>
Endereço <u>Rua Luizel de Barros</u>		Número <u>341</u>	Complemento <u>Casa</u>
Bairro <u>Divinópolis</u>	Cidade <u>Itaú de Azeite</u>	Estado <u>Sergipe</u>	CPF <u>49680-000</u>
E-mail <u>Marcondesgloria@gmail.com</u>	Telefone (DDD) <u>79</u>		

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00		<input type="checkbox"/> SEM RENDA R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00		<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00 R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00		<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00 ACIMA DE R\$ 10.000,00	
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) BRADESCO (237) <input checked="" type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAU (341) CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)				<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos)			
AGÊNCIA NRO <u>0612</u> D/V <u>2</u>		CONTA NRO <u>03849</u> D/V <u>X</u>		BANCO Nome <u> </u> NRO <u> </u>		AGÊNCIA NRO <u> </u> D/V <u> </u>	
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Lider a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Blanca 07 de Maio de 2018
Local e Data

17-MAI-2018

RECEBIDO

Jose Sousa Neto
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Blanca Siqueira dos Santos Sousa
Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



GOVERNO DO ESTADO DE SERGIPE
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA
PÚBLICA
SUPERINTENDÊNCIA DA POLÍCIA CIVIL

POLÍCIA ON-LINE



DELEGACIA REGIONAL DE POLÍCIA DE N. SRA DA GLÓRIA
RUA DA PALMA, CENTRO FONE: () 3411-1356 EMAIL: depol.nsgloria@pc.se.gov.br
RPO - Registro Policial de Ocorrência 2018/06570.0-000908

DELEGACIA RESPONSÁVEL

Nome: DELEGACIA REGIONAL DE POLÍCIA DE N. SRA DA GLÓRIA
Endereço: RUA DA PALMA, CENTRO FONE: () 3411-1356 EMAIL: depol.nsgloria@pc.se.gov.br

FATO

Data e Hora do Fato: 03/12/2017 - 08:00 até 03/12/2017 - 08:00

Endereço: TRECHO NA SAIDA PRA CARIA Número: Complemento: CEP: 49000-000

Bairro: CENTRO Cidade: NOSSA SENHORA DA GLORIA - SE Circunscrição: DELEGACIA REGIONAL DE POLÍCIA DE N. SRA DA GLÓRIA

Tipo de local: VIA PUBLICA Meio Empregado: NENHUM

VÍTIMA-NOTICIANTE

Nome: JOSE CARLOS AMARAL

Nome do pai: JOSEVALDO SOUSA AMARAL Nome da mãe: MARIA JOSE SANTOS AMARAL

Pessoa: Física CPF/CGC: 000.000.000-00 RG: 13931300 UF: SE Órgão expedidor:

Naturalidade: NOSSA SENHORA DA GLORIA Data de nascimento: 16/12/1976 Sexo: Masculino Cor da pele: S/A

Profissão: Não informado Estado civil: Não informado Grau de instrução:

Endereço: RUA DOMINGO DOS REIS Número: 133 Complemento:

CEP: Bairro: NOVA ESPERANÇA Cidade: NOSSA SENHORA DA GLORIA UF: SE

Proximidades: Telefone: 79-9-9991-9145

08 JUN 2018

RECEBIDO

HISTÓRICO

RELATA O NOTICIANTE QUE NO DIA E HORÁRIO CITADO ACIMA CONDUZIA SUA MOTO HONDA CG 160 TITAN COR VERMELHA PLACA QMA9868, CHASSI 9C2KC2210JR002413, SENTIDO GLORIA - CARICA QUANDO O MENINO QUE ESTAVA NA GARUPA DE 15 ANOS DE IDADE CHAMADO JOSE SOUSA NETO CAIU DA MOTO, QUE EM VIRTUDE DA QUEDA O MENINO FRATUROU O TORNOZELO ESQUERDO, QUE PRESTA ESSE BOLETIM DE OCORRÊNCIA COM O FIM DE OBTER O SEGURO DPVAT.

Data e hora da comunicação: 28/05/2018 às 14:54

Última Alteração: 28/05/2018 às 14:54

OBS.: As informações noticiadas pelo declarante/vítima são de sua inteira responsabilidade, cabendo, inclusive, a responsabilização penal daquele que faltar com a verdade no fornecimento das informações, nos termos do artigo 340 do Código Penal Brasileiro: Art. 340 - Provocar a ação de autoridade, comunicando-lhe a ocorrência de crime ou de contravenção que sabe não se ter verificado: Pena - detenção, de um a seis meses, ou multa.

JOSE CARLOS AMARAL
Responsável pela comunicação

Aline Santos Andrade
Responsável pelo preenchimento



GOVERNO DO ESTADO DE SERGIPE
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA
SUPERINTENDÊNCIA DA POLÍCIA CIVIL

POLÍCIA ON-LINE



DELEGACIA REGIONAL DE POLÍCIA DE N. SRA DA GLÓRIA

RUA DA PALMA, CENTRO FONE: () 3411-1356 EMAIL: depol.nsgloria@pc.se.gov.br

Boletim de Ocorrência 2018/06570.0-000908 - Alterado

DELEGACIA RESPONSÁVEL

Nome: DELEGACIA REGIONAL DE POLÍCIA DE N. SRA DA GLÓRIA

Endereço: RUA DA PALMA, CENTRO FONE: () 3411-1356 EMAIL: depol.nsgloria@pc.se.gov.br

FATO

Natureza: FATO ATÍPICO

Data e Hora do Fato: 03/12/2017 - 08:00 até 03/12/2017 - 08:00

Endereço: TRECHO NA SAÍDA PRA CARIA Número: Complemento: CEP: 49000-000

Bairro: Centro Cidade: NOSSA SENHORA DA GLÓRIA - SE Circunscrição: DELEGACIA REGIONAL DE POLÍCIA DE N. SRA DA GLÓRIA

Tipo de local: VIA PÚBLICA Meio Empregado: NENHUM

VÍTIMA-NOTICIANTE

Nome: JOSE CARLOS AMARAL

Nome do pai: JOSEVALDO SOUSA AMARAL Nome da mãe: MARIA JOSE SANTOS AMARAL

Pessoa: Física CPF/CGC: 000.000.000-00 RG: 13931300 UF: SE Órgão expedidor:

Naturalidade: NOSSA SENHORA DA GLÓRIA Data de nascimento: 16/12/1976 Sexo: Masculino Cor da pele:

Profissão: Não informado Estado civil: Não informado Grau de instrução:

Endereço: RUA DOMINGO DOS REIS Número: 133 Complemento:

CEP: Bairro: NOVA ESPERANÇA Cidade: NOSSA SENHORA DA GLÓRIA UF: SE

Proximidades: Telefone: 79-9-9991-9145

HISTÓRICO

RELATA O NOTICIANTE QUE NO DIA E HORÁRIO CITADO ACIMA CONDUZIA SUA MOTO HONDA CG 160 TITAN COR VERMELHA PLACA QMA9868, CHASSI 9C2KC2210JR002413, SENTIDO GLÓRIA - CARICA QUANDO O MENINO QUE ESTAVA NA GARUPA DE 15 ANOS DE IDADE CHAMADO JOSE SOUSA NETO CAIU DA MOTO. QUE EM VIRTUDE DA QUEDA O MENINO FRATUROU O TORNOZELO ESQUERDO. QUE PRESTA ESSE BOLETIM DE OCORRÊNCIA COM O FIM DE OBTER O SEGURO DPVAT.

Acrescentado por Rodrigo Guimarães Mendonça Moraes - 14/08/2018 às 09:34

QUE A VÍTIMA DO ACIDENTE POSSUI O RG nº 3.730.885-8 SSP/SE, PORTADOR CPF nº 089.310.495-79; NASCIDO NO DIA 26/03/2002; residente na rua Mízael de Barros, nº 541 - DIVINEIA, NOSSA SENHORA DA GLÓRIA/SE, CEP 49680000.

Data e hora da comunicação: 28/05/2018 às 14:54

Responsável pela Alteração: Rodrigo Guimarães Mendonça Moraes

Última Alteração: 14/08/2018 às 09:31.

OBS.: As informações noticiadas pelo declarante/vítima são de sua inteira responsabilidade, cabendo, inclusive, a responsabilização penal daquele que faltar com a verdade no fornecimento das informações, nos termos do artigo 340 do Código Penal Brasileiro: Art. 340 - Provocar a ação de autoridade comunicando-lhe a ocorrência de crime ou de contravenção que sabe não se ter verificado: Pena - detenção, de um a seis meses, ou multa.

JOSE CARLOS AMARAL
Responsável pela comunicação

Samuel Souza Brito Oliveira
Delegado de Polícia

Rodrigo Guimarães Mendonça Moraes
Responsável pelo preenchimento

Jorge Eduardo dos Santos Filho
Delegado de Polícia Civil



GOVERNO DO ESTADO DE SERGIPE
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA
SUPERINTENDÊNCIA DA POLÍCIA CIVIL

POLÍCIA ON-LINE



DELEGACIA REGIONAL DE POLÍCIA DE N. SRA DA GLÓRIA

RUA DA PALMA, CENTRO FONE: (3411-1356 EMAIL: depol.nsgloria@pc.se.gov.br

Boletim de Ocorrência 2018/06570.0-000908 - Alterado

DELEGACIA RESPONSÁVEL

Nome: DELEGACIA REGIONAL DE POLÍCIA DE N. SRA DA GLÓRIA

Endereço: RUA DA PALMA, CENTRO FONE: (3411-1356 EMAIL: depol.nsgloria@pc.se.gov.br

FATO

Natureza: FATO ATÍPICO

Data e Hora do Fato: 03/12/2017 - 08:00 até 03/12/2017 - 08:00

Endereço: TRECHO NA SAÍDA PRA CARIA Número: Complemento: CEP: 49000-000

Bairro: Centro Cidade: NOSSA SENHORA DA GLÓRIA - SE Circunscrição: DELEGACIA REGIONAL DE POLÍCIA DE N. SRA DA GLÓRIA

Tipo de local: VIA PÚBLICA Meio Empregado: NENHUM

VÍTIMA-NOTICIANTE

Nome: JOSE CARLOS AMARAL

Nome do pai: JOSEVALDO SOUSA AMARAL Nome da mãe: MARIA JOSE SANTOS AMARAL

Pessoa: Física CPF/CGC: 000.000.000-00 RG: 13931300 UF: SE Órgão expedidor:

Naturalidade: NOSSA SENHORA DA GLÓRIA Data de nascimento: 16/12/1976 Sexo: Masculino Cor da cútis:

Profissão: Não informado Estado civil: Não informado Grau de instrução:

Endereço: RUA DOMINGO DOS REIS Número: 133 Complemento:

CEP: Bairro: NOVA ESPERANÇA Cidade: NOSSA SENHORA DA GLÓRIA UF: SE

Proximidades: Telefone: 79-9-9991-9145

HISTÓRICO

RELATA O NOTICIANTE QUE NO DIA E HORÁRIO CITADO ACIMA CONDUZIA SUA MOTO HONDA CG 160 TITAN COR VERMELHA PLACA QMA9868, CHASSI 9C2KC2210JR002413, SENTIDO GLÓRIA - CARICA QUANDO O MENINO QUE ESTAVA NA GARUPA DE 15 ANOS DE IDADE CHAMADO JOSE SOUSA NETO CAIU DA MOTO, QUE EM VIRTUDE DA QUEDA O MENINO FRATUROU O TORNOZELO ESQUERDO. QUE PRESTA ESSE BOLETIM DE OCORRÊNCIA COM O FIM DE OBTER O SEGURO DPVAT.

Acrescentado por Rodrigo Guimaraes Mendonca Moraes - 14/08/2018 às 09:34.

QUE A VÍTIMA DO ACIDENTE POSSUI O RG nº 3.730.885-8 SSP/SE, PORTADOR CPF nº 089.310.495-79; NASCIDO NO DIA 26/03/2002; residente na rua Mizael de Barros, nº 541 - DIVINEIA, NOSSA SENHORA DA GLÓRIA/SE, CEP 49680000.

Data e hora da comunicação: 28/05/2018 às 14:54

Responsável pela Alteração: Rodrigo Guimaraes Mendonca Moraes

, Última Alteração: 14/08/2018 às 09:31.

OBS.: As informações noticiadas pelo declarante/vítima são de sua inteira responsabilidade, cabendo, inclusive, a responsabilização penal daquele que faltar com a verdade no fornecimento das informações, nos termos do artigo 340 do Código Penal Brasileiro. Art. 340 - Provocar a ação de autoridade, comunicando-lhe a ocorrência de crime ou de contravenção que sabe não se ter verificado: Pena - detenção, de um a seis meses, ou multa.

Jose Carlos Amaral
JOSE CARLOS AMARAL
Responsável pela comunicação

Samuel Souza de Brito Oliveira
Samuel Souza de Brito Oliveira
Delegado de Polícia

Rodrigo Guimaraes Mendonca Moraes
Rodrigo Guimaraes Mendonca Moraes
Responsável pelo preenchimento

Jorge Edvardos Santos Filho
Jorge Edvardos Santos Filho
Delegado de Polícia Civil

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos - O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador - Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

Jose Sousa Neto

CPF da Vítima

089.310.495-79

Data do Acidente

03.12.2012

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

Telefone (DDD)

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:

Assinalar uma das opções abaixo:

☐ Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☒ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido.

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

SEGURO DPVAT - SEGURADORA SIA

17 MAI 2013

Blanca

07 de Maio

de 2013 RECEBIDO

Local e Data

X Jose Sousa Neto

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Marla Sanyane dos Santos Sousa

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

Nome completo da vítima:

089.310.495-79 Jose Sousa Neto

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

Nome completo:

Jose Sousa Neto

CPF:

089.310.495-78

Profissão:

Endereço:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

Estado:

CEP:

E-mail:

Tel. (DDD):

Atto

[] FAMILIA [] ^{SEMI} ANAT. PATOL.
 Dr. Jose Cicero da Silva
 MEDICO
 ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

Energisa
ENERGISA SERVISI CUSTOMER SERVICE SA
Kantor Utama: Jalan R. A. Kartini No. 10
Jakarta 10110 Telp. (021) 6711 7171
Fax. (021) 6711 7171
Cek pem. Dik. Autentikasi: 000012/70

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPI/ CNPI/ RAN
Mar / 2018	12/03/2018	11/04/2018	2000367500

Canal de co

Furto de energia é maior motivo. Pode provocar acidentes graves, além de ser crime e causar danos à rede pública, até quando não há o furto propriamente dito, mas de fornecimento. Para evitar a queda de energia, quanto de eletrodistribuição é afetado?

— Chefe de Engenharia e energia e entre as causas de interrupção de fornecimento de energia elétrica e manutenção. Ministério da Saúde

Anterior		Atual		Constante	Consumo	Dias	
Data	Letura	Data	Letura				
12/03/18	7940	12/03/18	7997		90	39	
Demonstrativo							
CD	Descrição	Saldo Inicial	Saldo Final	Valor Base Calc.	Alte. Consumo	Base Calc. Ploteio	Calor (KJ)
		Tratamento	Tratamento	Consumo	Consumo	Consumo	Consumo
0001	Consumo em kg	92,000	92,000	88,38	20,28	25	18,16
LANÇAMENTO DE SERVIÇOS							
0007	CONTROLE LAMPUELA						
0004	JUROS DE MORA 20018			2,70	0,00	0	0,00
				2,14	0,00	0	0,00
0005	MULTA 20018			2,30	0,00	0	0,00

VENCIMENTO
19/03/2018

TOTAL A PAGAR
R\$ 68,99

Histórico de Consumo (kWh)

	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100	101	102	103	104	105	106	107	108	109	110	111	112	113	114	115	116	117	118	119	120	121	122	123	124	125	126	127	128	129	130	131	132	133	134	135	136	137	138	139	140	141	142	143	144	145	146	147	148	149	150	151	152	153	154	155	156	157	158	159	160	161	162	163	164	165	166	167	168	169	170	171	172	173	174	175	176	177	178	179	180	181	182	183	184	185	186	187	188	189	190	191	192	193	194	195	196	197	198	199	200	201	202	203	204	205	206	207	208	209	210	211	212	213	214	215	216	217	218	219	220	221	222	223	224	225	226	227	228	229	230	231	232	233	234	235	236	237	238	239	240	241	242	243	244	245	246	247	248	249	250	251	252	253	254	255	256	257	258	259	260	261	262	263	264	265	266	267	268	269	270	271	272	273	274	275	276	277	278	279	280	281	282	283	284	285	286	287	288	289	290	291	292	293	294	295	296	297	298	299	300	301	302	303	304	305	306	307	308	309	310	311	312	313	314	315	316	317	318	319	320	321	322	323	324	325	326	327	328	329	330	331	332	333	334	335	336	337	338	339	340	341	342	343	344	345	346	347	348	349	350	351	352	353	354	355	356	357	358	359	360	361	362	363	364	365	366	367	368	369	370	371	372	373	374	375	376	377	378	379	380	381	382	383	384	385	386	387	388	389	390	391	392	393	394	395	396	397	398	399	400	401	402	403	404	405	406	407	408	409	410	411	412	413	414	415	416	417	418	419	420	421	422	423	424	425	426	427	428	429	430	431	432	433	434	435	436	437	438	439	440	441	442	443	444	445	446	447	448	449	450	451	452	453	454	455	456	457	458	459	460	461	462	463	464	465	466	467	468	469	470	471	472	473	474	475	476	477	478	479	480	481	482	483	484	485	486	487	488	489	490	491	492	493	494	495	496	497	498	499	500	501	502	503	504	505	506	507	508	509	510	511	512	513	514	515	516	517	518	519	520	521	522	523	524	525	526	527	528	529	530	531	532	533	534	535	536	537	538	539
--	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----

b2ef 5335 d722 002e e56d 1c2f 3f8d d73f

[illegible]

ATENÇÃO

Faturas em atraso

SEP 20 1994
 001270 54830-340-1107
 MATRONS 012707-2010-03-0

VENCIMENTO
19/03/2018

TOTAL A PAGAR
RS 68 99

83830000000-4 88990049000-4 09127872018-9 03300430019



RECEIVED

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala).

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 nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Francisco J. A. Rosa inscrito (a) no CPF/CNPJ 020.003.675/00 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Vanila Guyma dos S. Santos inscrito (a) no CPF sob o Nº 007.702.935/65 do sinistro de DPVAT cobertura Integral da Vitima João Santos Neto inscrito (a) no CPF sob o Nº 089.310.495/79 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 Saneos</u>		Número	<u>217</u>	Complemento	<u>Centro</u>
Bairro	<u>Brasília</u>	Cidade	<u>N. Sr. da Glória</u>	Estado	<u>SE</u>	CEP
Email	<u>marcondes@igmail.com</u>		Telefone comercial(DDD)	<u>79.99.18.9207</u>	Telefone celular(DDD)	<u>79.9925.2568</u>

Vanila Guyma dos S. Santos 09 de 05 de 18
Local e Data

Francisco J. A. Rosa
Assinatura do Declarante



Atesto para os devidos fins
que o Sr. José Sousa Neto
sofreu fratura em tíbia
esquerda (S82.3) devido a
trauma, foi realizado trata-
mento estando o paciente
de alta definitiva.
(Acidente no dia: 03/12/2017).

24107148


Jucia Lima Bezerra Moraes
Médica
CRM/SE 3273

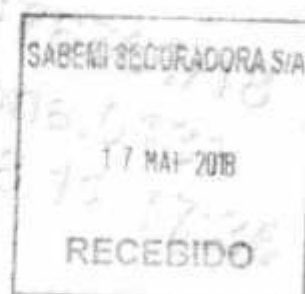
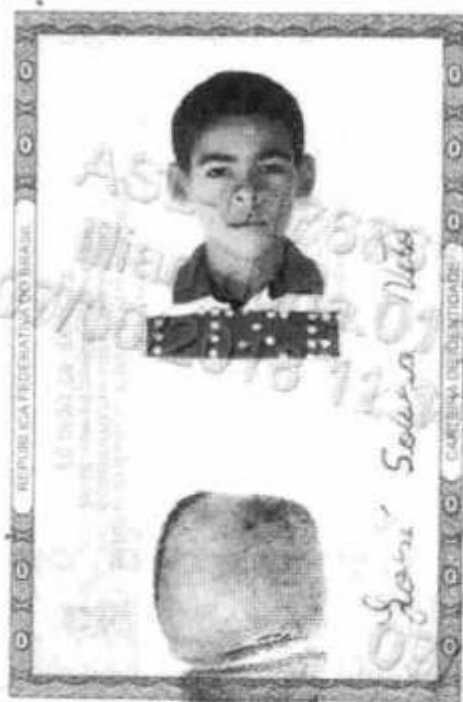
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Rua Antônio Francisco de Souza, 47 - Centro - CEP: 49.680-000 - Nossa Senhora da Glória/SE
Fone: 79 3411.1068 - E-mail: saudegloria-se@gmail.com

SABEMI SEGURADORA S/A

09 OUT 2018

RECEBIDO



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

CS 000006277993 N° 013443708411
DETRAN - SE CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA COD. RENAVAM RNTTC EXERCÍCIO
1 01130682991 000000000000 2017

NOME
JOSE CARLOS AMARAL

CNPJ PLACA
908.011.305-06 QMA986B

PLACA ANT./UF CHASSI
006B041/SE 9C2KC2210JR002413

ESPECIE TIPO COMBUSTÍVEL
PAS/MOTOCICLETA/ ALCQ/GASOL

MARCA/MODELO ANO FAB. ANO MOD.
HONDA/CG 160 TITAN 2017 2018

CAP./POT./CC CATEGORIA COR PREDOMINANTE
2P0CV/162CC ALUGUEL VERMELHA

COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA
I P V A ***** 1 *****
***** 2 *****
***** 3 *****

FAIXA LPV.A PARCELAMENTO/COTAS

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) IOF (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO
***** * PAGO * *****

OBSERVAÇÕES

SEM RESTRICÇÕES

NOSSA SENHORA DA GLÓRIA-S 04/10/2017
Rua do Anjo do Costa Neto
BOQUEIRÃO PRESIDENTE

SE N° 013443708411 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO DATA EMISSÃO
2017 04/10/2017

VIA CNPJ PLACA
908.011.305-06 QMA986B

RENAVAM MARCA/MODELO
01130682991 HONDA/CG 160 TITAN

ANO FAB. QDT. TIPO NR. CHASSI
2017 09 9C2KC2210JR002413

PRÊMIO TARIFÁRIO

FINE (R\$)	DENATIAN (R\$)	CUSTO DO SEGURO (R\$)
81,29	9,03	90,32
CUSTO DO BILHETE (R\$)	IOF (R\$)	TOTAL SEM IMPOSTOS (R\$)
4,15	0,70	185,50

PAGAMENTO DATA DE QUITAÇÃO
☒ COTA ÚNICA ☐ PARCELADO 29/09/2017
* PAGO *

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.608/0001-03

08R-2017

ASL-0178781/18
lilian.doria.0131
07/08/2018 10:34:13

ASL-0178781/18
lilian.doria.0131
07/08/2018 10:34:13

ASL-0178781/18
lilian.doria.0131
07/08/2018 10:34:13

SABEMI SEGURADORA S/A

17 MAI 2018

RECEBIDO

Solicitação de Re-análise

Eu Karla Suyane dos Santos, Portadora do RG: 1344.207 e CPF: 007 702 935-65, residente e domiciliado na Rua: Missal de Barros Nº 641, Bairro Divinópolis, cidade: Nossa Senhora da Glória SE. CEP: 49680-000.

Representante legal de José Sousa Neto, Portador do RG: 3.730.885-8 e CPF: 089.310.495-79 - Sinistro: 31802287-14.

Venho por meio desta solicitar das Senhores que seja marcada uma perícia para meu filho para que verifique a fratura que meu filho tem devido ao acidente que foi fratura da tíbia, já consegui 3 relatórios médicos e não tenho como conseguir outros, então peço encarecidamente que por favor marque a perícia com urgência para comprovar o que aqui descrevo.

Certo de contar com vossa compreensão, agradeço desde já.

Karla Suyane dos Santos Sousa

RG: 1344.207

Nossa Senhora da Glória SE 25 de julho de 2018



Solicitação de Re-análise

SABEMI SEGURODORA S/A

20 AGO 2018

RECEBIDO

Eu Karla Suyane dos Santos, Portadora do RG: 1344.207 e CPF: 007 702 935-65, residente e domiciliado na Rua Mussul de Barros Nº 641, Bairro Divinópolis, cidade: Nossa Senhora da Glória SE. CEP: 49680-000.

Representante legal de José Sousa Neto, Portador do RG: 3 730.885-8 e CPF: 089.310.495-79 - Sinistro: 3180228714.

Venho por meio desta solicitar das Senhoras que seja marcada uma perícia para meu filho para que verifique a fratura que meu filho tem devido ao acidente que foi fratura da tíbia, foi conseguir 3 relatórios médicos e não tenho como conseguir outros, então peço encarecidamente que por favor marque a perícia com urgência para comprovar o que aqui descrevo.

Certa de contar com vossa compreensão, agradeço desde já.

Karla Suyane dos Santos Sousa

RG: 1344.207

Nossa Senhora da Glória SE 25 de julho de 2018

PROCURAÇÃO PARTICULAR PARA FINS ESPECÍFICOS DE
PEDIDO DO SEGURO DPVAT

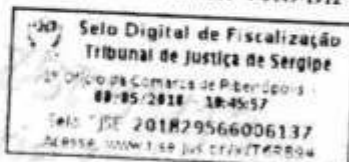
Por este instrumento particular, eu (nome completo) Karla Suyane dos Santos Sousa
(nacionalidade) Brasileira, (profissão) homossexual, portador da cédula
de identidade RG nº 1.344.207, emitido pela SSP / (UF) SE,
inscrito sob o CPF nº 007.700.935-65, residente na (endereço
completo) Rua Legal de Baseas, 641, na cidade de
Passo Sembrado de Ilhéus (UF) SE, CEP 49680-000, nomeio e
constituo meu procurador, (nome do representante) Jose Marcos de Oliveira Rosa
(nacionalidade) Brasileiro, (profissão) Consultor, portador da cédula
de identidade RG nº 21233829, emitido pela SSP / (UF) SE,
inscrito sob o CPF nº 020.093.675-00, residente na (endereço
completo) Rua dos Silos, n.º 217, na cidade de
Passo Sembrado de Ilhéus (UF) SE, CEP 49680-000, 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) Jose Sousa Neto,
junto à **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT**.

(local e data) N.º 00 Da Glória 08 05 18

(assinatura) Karla Suyane dos Santos Sousa

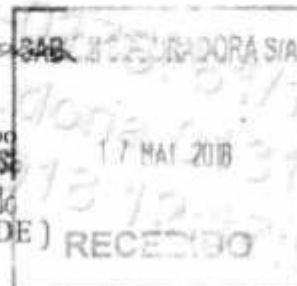
(RG) 1.344.207

Reconheço (por autenticidade) a firma de: KARLA SUZANE DOS SANTOS SOUSA
Ribeirão Preto/SE. Telefone: 79-3449.1912



Mylena Melo Sousa

MYLENA MELO SOUSA
ESCREVENTE AUTORIZADO
Mylena Melo Sousa
Escrevente Autorizado



OBS: (a assinatura deve ser reconhecida por AUTENTICIDADE)

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0370278/18

Número do Sinistro: 3180474907

Vítima: JOSE SOUSA NETO

CPF: 089.310.495-79

Seguradora: PORTO SEGURO CIA DE SEGUROS GERAIS

Data do acidente: 03/12/2017

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOSE SOUSA NETO

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Comprovação de ato declaratório

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- 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.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 17/10/2018
Nome: JOSE MARCOS DE OLIVEIRA ROSA
CPF: 020.003.675-00

JOSE MARCOS DE OLIVEIRA ROSA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 17/10/2018
Nome: LILIAN SPINOLA TEIXEIRA DORIA
CPF: 029.259.055-52

LILIAN SPINOLA TEIXEIRA DORIA