



**Poder Judiciário  
Do Estado de Sergipe**

**1ª VARA CÍVEL E CRIMINAL DE NOSSA SENHORA DA GLÓRIA DA COMARCA DE N. SRA. DA GLÓRIA**  
**Rua Floriano Peixoto, Bairro Centro, N. Sra. Da Glória/SE, CEP 49680000**  
**Horário de Funcionamento: 07:00 às 13:00**

**Dados do Processo**

Processo: 202077000267  
Número Único: 0000435-56.2020.8.25.0048  
Classe: Procedimento Comum  
Situação: Andamento  
Processo Origem: \*\*\*\*\*

Distribuição: 17/02/2020  
Competência: 1ª Vara Cível e Criminal de Nossa Senhora da Glória  
Fase: CONCILIAÇÃO  
Processo Principal: \*\*\*\*\*

**Assuntos**

- DIREITO PROCESSUAL CIVIL E DO TRABALHO - Partes e Procuradores - Assistência Judiciária Gratuita  
- DIREITO CIVIL - Responsabilidade Civil - Seguro Obrigatório - Invalidez

**Dados das Partes**

Requerente: JOSE SOUSA NETO  
Endereço: RUA MISael DE BARROS

Complemento:

Bairro: CENTRO

Cidade: NOSSA SENHORA DA GLORIA - Estado: SE - CEP: 49680000

Requerente: Advogado(a): JOSÉ JEOVANY DA SILVA 12367/AL

Requerido: SEGURADORA LÍDER DO CONSÓRCIO DO SEGURO DPVAT S.A.

Endereço: RUA SENADOR DANTAS

Complemento: 5º ANDAR

Bairro: CENTRO

Cidade: RIO DE JANEIRO - Estado: RJ - CEP: 20010000

Requerido: Advogado(a): KELLY CHRYSTIAN SILVA MENENDEZ 2592/SE



Poder Judiciário  
Do Estado de Sergipe

**1ª VARA CÍVEL E CRIMINAL DE NOSSA SENHORA DA GLÓRIA DA COMARCA DE N. SRA. DA GLÓRIA**  
**Rua Floriano Peixoto, Bairro Centro, N. Sra. Da Glória/SE, CEP 49680000**  
**Horário de Funcionamento: 07:00 às 13:00**

**Processos Apenasdos:**

--

**Processos Dependentes:**

--



Poder Judiciário  
Do Estado de Sergipe

1ª VARA CÍVEL E CRIMINAL DE NOSSA SENHORA DA GLÓRIA DA COMARCA DE N. SRA. DA GLÓRIA  
Rua Floriano Peixoto, Bairro Centro, N. Sra. Da Glória/SE, CEP 49680000  
Horário de Funcionamento: 07:00 às 13:00

**PROCESSO:**

202077000267

**DATA:**

19/10/2020

**MOVIMENTO:**

Juntada

**DESCRIÇÃO:**

Juntada de Petição Avulsa do Advogado/Procurador/Defensor/Promotor KELLY CHRYSTIAN SILVA MENENDEZ (2592-SE) ao processo eletrônico. Protocolizado sob nº 20201016142103229 às 14:21 em 16/10/2020.

**LOCALIZAÇÃO:**

Secretaria

**PUBLICAÇÃO:**

Não

# 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 Vítimas 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 Glória 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 DIMINUIDA (+++/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 causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

Sim  Não

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

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"

"Sem sequela permanente"

Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

(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):

Região Corporal (Sequela):

**TORNOZELO - Lado Esquerdo**

% do dano:  10% residual  25% leve  
 50% médio  75% intensa  100% completo

% do dano:  10% residual  25% leve  
 50% médio  75% intensa  100% completo

Região Corporal (Sequela):

Região Corporal (Sequela):

% do dano:  10% residual  25% leve  
 50% médio  75% intensa  100% completo

% 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 Otávio Nascimento Júnior*  
Manoel Otávio Nascimento Júnior  
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

<b>DANOS CORPORAIS COMPROVADOS</b>	<b>Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)</b>	<b>Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)</b>	<b>% Apurado</b>	<b>Indenização pelo dano</b>
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
<b>Total</b>			<b>6,25 %</b>	<b>R\$ 843,75</b>

---

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](http://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

## AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS 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 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 Senna Neto

### DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	CPF titular da conta	Profissão
José Senna Neto	089.310.495-79	Estudante
Endereço	Número	Complemento
Rua Miguel de Barros	54	Casa
Bairro	Estado	CEP
Dirinéia	Sergipe	49680-000
Email	Telefone (DDD)	
Marcordegloria@gmail.com	79-	

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"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00

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

BRADESCO (237)  BANCO DO BRASIL (001)  ITAÚ (341)  
 CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA N.R.	D/V	CONTA N.R.	D/V
06/2	2	03849	X
(Informar dígito se existir)			

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO Nome	N.R.		
<input type="text"/>	<input type="text"/>		
AGÊNCIA N.R.	D/V	CONTA N.R.	D/V
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
(Informar dígito se existir)			

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 efetuado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

17 MAI 2018

Flória 07 de Maio de 2018

RECEBIDO

Local e Data

José Senna Neto

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Karla Suyane dos Santos Souza

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



**AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO  
DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS 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 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 Vito

**DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL**

Nome completo

José Sousa Vito

CPF titular da conta

089-310-495-79

Profissão

Estudante

Endereço

Rua Luizel de Barros

Número

541

Bairro

Divinópolis

Cidade

Santa Cecília da Glória

Estado

Sergipe

Email

marcordigloria@gmail.com

CEP

49680-000

Telefone (DDD)

79-

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**

RÉCUSO INFORMAR

R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00

SEM RENDA

R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00

ATÉ R\$ 1.000,00

R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00

R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00

ACIMA DE R\$ 10.000,00

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

BRADESCO (237)  BANCO DO BRASIL (001)  ITAU (041)  
CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

CONTA CORRENTE (não é os bancos)

BANCO

Nº

Sim

Não

(informar digito se existir)



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: (03411) 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: (03411) 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 GLÓRIA - SE Circunscrição: DELEGACIA REGIONAL DE

Tipo de local: VIA PÚBLICA Meio Empregado: NENHUM

**VITIMA-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

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 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 FRATIROU 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: (0) 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: (0) 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 GLORIA - 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

Pessoal: Física CPF/CGC: 000.000.000-0 RG: 13931300 UF: SE Órgão expedidor:

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

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

**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.

Acrescentado por Rodrigo Guimaraes Mendonça Morais - 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 - DIVINÉIA, NOSSA SENHORA DA GLÓRIA/SE, CEP 49680000.

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

Responsável pela Alteração: Rodrigo Guimaraes Mendonça Morais

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 aquele que faltar com a verdade no fornecimento das informações, nos termos do artigo 340 do Código Penal Brasileiro: Art. 340 - Provocar a ação de autoridades 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 de Brito Oliveira  
Delegado de Polícia

Rodrigo Guimaraes Mendonça Morais  
Responsável pelo preenchimento

Jorge Eduardo dos Santos Filho  
Delegado de Polícia Civil



## DELEGACIA REGIONAL DE POLÍCIA DE N. SRA DA GLÓRIA

RUA DA PALMA, CENTRO FONE: (03411) 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: (03411) 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 SAIDA 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 cutis:

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 Morais - 14/08/2018 às 09:34

QUE A VÍTIMA DO ACIDENTE POSSUI O RG nº 3.730.885-6 SSP/SE, PORTADOR CPF nº 089.310.495-79; NASCIDO NO DIA 26/03/2002; residente na rua Mizaal de Barros, nº 541 - DIVINÉIA, NOSSA SENHORA DA GLÓRIA/SE, CEP 49680000.

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

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

Responsável pela Alteração: Rodrigo Guimaraes Mendonca Morais

OBS.: As informações noticiadas pelo declarante/vítima são de sua inteira responsabilidade, cabendo, inclusive, a responsabilização penal de quem 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 Brito Oliveira  
Delegado de Polícia

*Rodrigo Guimaraes Mendonca Morais*  
Rodrigo Guimaraes Mendonca Morais  
Responsável pelo preenchimento

*Jorge Eduardo dos Santos Filho*  
Delegado de Polícia Civil



## DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - 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 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:

*José Souza 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 atende 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 Lider 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.

Lugar e Data:

*Bloco 07 de Maio*

*07 de Maio de 2018 RECEBIDO*

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

DAI 001 V001/2017

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 José Sousa Neto

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

Nome completo:

José Sousa Neto

CPF:

089.310.495-78

Profissão:

Endereço:

Bananeiro Rua Júzef de Barros

Número:

043

Complemento:

Casa

Bairro:

Cidade:

Centro

Nossa Senhora da Glória

Estado:

SE

CEP:

43680-000

E-mail:

Marcosdigloria@gmail.com

Tel.(DDD):

79-99918-9207

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

DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO:

- |   |  |  |   |
|---|--|--|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR | <input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00             | <input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00 |
| <input type="checkbox"/> SEM RENDA                  | <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 | <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00        |

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Bradesco (237)                   | <input type="checkbox"/> Itaú (341)                    |
| <input checked="" type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) | <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104) |

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: 0612

CONTA: 23849

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_

CONTA: \_\_\_\_\_

(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.

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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- |  |
|--|
| <input type="checkbox"/> Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou   |
| <input checked="" type="checkbox"/> O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou      |
| <input type="checkbox"/> O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido. |

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: _____ Falecidos: _____	Vítima deixou nascituro (vai nascer)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> 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.

Local e Data: Nossa Senhora da Glória, 19  
Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_

TESTEMUNHAS

1º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura

2º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura

(\* ) Assinatura de quem assina A RODO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Karla Souza dos Santos Souza  
Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(\*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU RODO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

*Ato*

MS/DAT. S/0

## HOSPITAL REGIONAL DE NOSSA SENHORA DA GLORIA

NO. DO BE: 323671  
CNS:DATA: 03/12/2017 HORA: 15:16 USUARIO: *Patr. PM/SE*

SETOR: 02-CONSULTORIO ADULTO

SABEMI SEGURADORA S/A

IDENTIFICACAO DO PACIENTE			17 OUT 2018
NOME	: JOSE SOUSA NETO	DOC...: 3,730,885-8	
IDADE.....	: 15 ANOS NASC: 26/03/2002	SEXO...: MASCULINO	
ENDERECO.....	RUA ANTONIO CALIXTO DOS SANTOS	NUMERO RECEBIDO	
COMPLEMENTO....	CASA BAIRRO: DIVINEIA		
MUNICIPIO.....	NOSSA SENHORA DA GLORIA	UF: SE	CEP...: 49680-000
NOME PAI/MAE...:	WALMIR MACHADO SOUSA	/KARLA SUYANE DOS SANTOS SOUSA	
RESPONSAVEL....	A GENITORA	TEL...: 79 9125-28	
PROCEDENCIA....	NOSSA SENHORA DA GLORIA-SE		29
ATENDIMENTO....	ACIDENTE MOTOCICLISTICO (MOTOS)		
CASO POLICIAL.: NAO	PLANO DE SAUDE....: NAO	TRAUMA: NAO	
ACID. TRABALHO: NAO	VEIO DE AMBULANCIA: NAO		

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

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

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

DADOS CLINICOS:

DATA PRIMEIROS SINTOMAS: / /

*headache de mola, com dor de dentes*  
*longilhos e*  
*anofatores da febre fria.*

DIAGNOSTICO:

SABEMI SEGURADORA S/A
CID: 17 MAI 2018
HORARIO DA MEDICACAO

PRESCRICAO

*RECEBIDO*DATA DA SAIDA: / /  
ALTA: [ ] DECISAO MEDICA [ ] A PEDIDO [ ] EVASAO HORA DA SAIDA: :  
[ ] ENCAMINHADO AO AMBULATORIO [ ] DESISTENCIA  
INTERNACAO NO PROPRIO HOSPITAL (SETOR):

TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):

OBITO: [ ]ATE 48HS [ ] APOS 48HS

[ ] FAMILIA [ ] ANAT. PATOL.

*Dr. José Cícero da Silva**Medico SE 5498*

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSAVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO



## 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 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 nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Silviano Lira Ribeiro inscrito (a) no CPF/CNPJ 020.003.675.00 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Karla Quigam dos Santos inscrito (a) no CPF sob o Nº 007.702.935/65 do sinistro de DPVAT cobertura 100% da Vítima João Souza Neto inscrito (a) no CPF sob o Nº 089.310.495/78 conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: \_\_\_\_\_ Renda: \_\_\_\_\_ e apresento os documentos comprobatórios:

Recuso informar

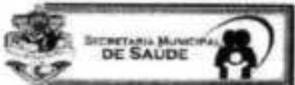
Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço:	<u>Rua Dos Sáuis</u>			Número:	<u>217</u>	Complemento:	<u>0001000</u>
Barro:	<u>Brasília</u>	Cidade:	<u>N. Sra Da Cebola</u>	Estado:	<u>SE</u>	CEP:	<u>29.660.000</u>
Email:	<u>marcosduglasc@gmail.com</u>			Telefone comercial (DDD):	<u>19.99.18.9207</u>	Telefone celular (DDD):	<u>19.99.25.2568</u>
				Local e Data:	<u>09/05/2018</u>		

Assinatura do Declarante



**RECEITUÁRIO**

Atento para os devidos fins  
que o Sr. José Souza Neto  
sofreu fratura em tibia  
esquerda (582.3) devido a  
trauma .. foi realizado trata-  
mento estando o paciente  
de alta definitiva.  
(Assinado no dia : 03/12/2017).

24107148

Juca Lima Bezerra Moraes  
Médico  
CRMSE 3273

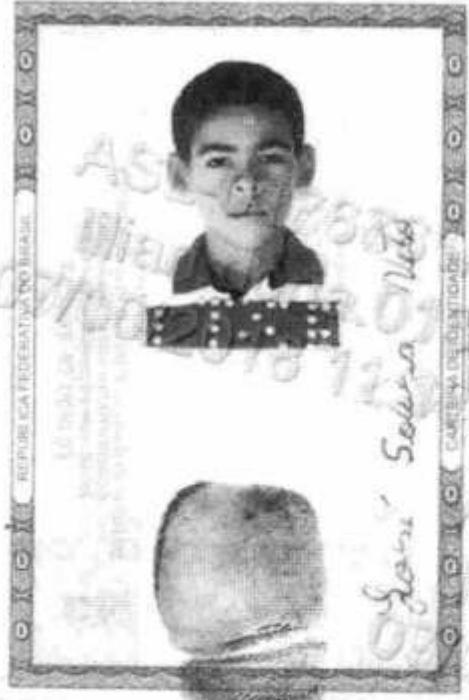
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

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

**SABEMI SEGURADORA S/A**

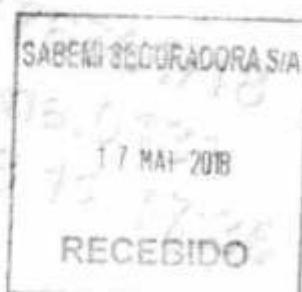
09 OUT 2018

RECEBIDO



ABL-0326559/13  
Bilhar. do Rio. 0131  
03/03/2013 17:17:38

ABL-0326559/13  
Bilhar. do Rio. 0131  
03/03/2013 17:17:38



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

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

VIA	CÓD. RENAVAM	INSCRIÇÃO	EXERCÍCIO
1	01130682991	000000000000	2017
NOVO			
JOSE CARLOS AMARAL			
908.011.305-06 QMA986B			
PLACA ANT./UF	0068041/SE	NR. CHASSI	9C2KC2210JR002413
ESPECIE/TIPO	PAS/MOTOCICLETA/	COMBUSTIVEL	ALCO/GASOL
MARCA/MODELO	HONDA/CG 160 TITAN	ANO FAB.	2017
CAP./POT./CIL.	2POCV/162CC	CATEGORIA	ALUGUEL
VENC. COTA UNICA	1.000,00	VENC. COTA UNICA	1.000,00
FAIXA LPVA	PARCELAMENTO/COTAS	2.000,00	3.000,00
PRÉMIO TARIFÁRIO (R\$)	10F (R\$)	PRÉMIO TOTAL (R\$)	DATA DE PAGAMENTO
000000000000	000000000000	000000000000	000000000000
OBSERVAÇÕES			
SEM RESTRIÇÕES			
NOSSA SENHORA DA GLÓRIA-S 04/10/2017			
Int. de Acordo Costa Rica DIRETOR PRESIDENTE			

SEGURADO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS E MATERIAIS POURNE LUCRO  
AUTOMOTOR DE VIAGEM TERRESTRE (OUPOR S/NCARGA APENAS  
TRANSPORTIZADAS OU NÃO) - SEGURO DPVAT

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](http://www.seguradoralider.com.br)  
SAC DPVAT 0800 022 1204

07/08/2018 10:34:13

EXERCÍCIO DATA EMISSÃO  
2017 04/10/2017

VIA	908.011.305-06	PLACA	QMA986B		
RENAVAM	01130682991	MARCA / MODELO	HONDA/CG 160 TITAN		
ANO FAB.	2017	NR. CHASSI	9C2KC2210JR002413		
09	09				
PRÊMIO TARIFÁRIO					
FIM (R\$)	81,29	DENATRAN (R\$)	9,03	CUSTO DO SEGURO (R\$)	90,32
QUINTO DO BILHETE (R\$)	4,15	10F (R\$)	0,70	TOTAL DES PRIMO MENSAL (R\$)	185,50
PAGAMENTO				DATA DE QUITAÇÃO	
<input type="checkbox"/> COTA UNICA	<input type="checkbox"/> PARCELADO			29/09/2017	
* P A B D *					
SEGURADORA LÍDER - DPVAT					
CNPJ 09.248.608-0001-03					

07/08/2018 10:34:13

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

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 N° 641, Bairro Divinéia, cidade: Nossa Senhora da Glória SE. CEP: 49680-000.

Representante legal de José Souza Neto, Portador do RG: 3.730.885-8 e CPF: 089.310.495-79 - Sanitário: 3180228754.

Venho por meio desta solicitar des senhores que seja marcada uma Perícia para meus filhos para que verifique a fratura que meu filho tem devido ao acidente que foi fratura de tibia, já consegui 3 relatórios médicos e não tinha como conseguir outros, então peço encarecidamente que por favor marque a perícia com urgência para comprovar o que aqui descrevo.

Preta de contar com vossa compreensão,  
agradecendo desde já.

Karla Suyane dos Santos Souza

RG: 1344.207  
Nossa Senhora da Glória SE 25 de julho  
p. 21 de 2018



# Solicitação de Re-análise

SABEMI SEGURADORA 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 Missal de Barros  
Nº 641, Bairro Devineia, cidade: Nossa  
Senhora da Glória SE. CEP: 49680-000.  
Representante legal de José Souza Neto,  
Portador do RG: 3730.885-8 e CPF: 089.  
310.495-79 - Sanitário: 31802287-54.

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 de tibia, já consegui  
3 relatórios médicos e não tinha como  
conseguir outros, então peço encareci-  
mente que por favor marque a perícia  
com urgência para comprovar o que  
aqui descrevo.

Conte de contar com nossa compreensão,  
agradecendo desde já.

Karla Suyane dos Santos Souza  
RG: 1344.207  
Nossa Senhora da Glória SE 25 de julho  
de 2018

## **PROCURAÇÃO PARTICULAR PARA FINS ESPECÍFICOS DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

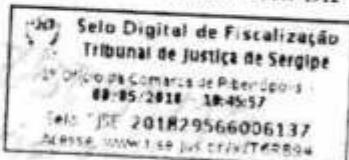
Por este instrumento particular, eu ( nome completo ) Karla Suyane dos Santos Souza ( nacionalidade ) Brasileira , ( profissão ) barradora , portador da cédula de identidade RG nº 1.344-207 , emitido pela SSP / (UF) SC . inscrito sob o CPF nº 007.700.935-65 , residente na ( endereço completo ) Rua Júgafel de Barros, 641 , na cidade de Vara Senhor da Glória ( UF ) SC , CEP 49680-000 , nomeio e constituo meu procurador , ( nome do representante ) José Marcos de Oliveira Rosa ( nacionalidade ) Brasileiro , ( profissão ) Consultor , portador da cédula de identidade RG nº 2123 3829 , emitido pela SSP / (UF) SC . inscrito sob o CPF nº 020.093.675-00 , residente na ( endereço completo ) Rua das Silvas, 10-217 , na cidade de Vara Senhor da Glória ( UF ) SC , 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 ) José Souza Neto , junto à **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT** .

( local e data ) N.S. Da. Aloic 08 05 18

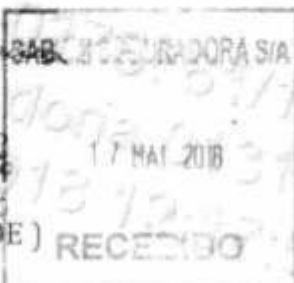
(assinatura) Karla Serrano dos Santos Souza

( RG ) - 1344.203

Reconhecido (por autenticidade) e firmado de: KARLA SUZANE DOS SANTOS SOUSA  
Ribeirópolis SE. Telefone: 79-3449-1912



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

Data do acidente: 03/12/2017

CPF: 089.310.495-79

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOSE SOUSA NETO

Seguradora: PORTO SEGURO CIA DE SEGUROS GERAIS

## 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](http://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

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

JOSE MARCOS DE OLIVEIRA ROSA

LILIAN SPINOLA TEIXEIRA DORIA