



**Poder Judiciário
Do Estado de Sergipe**

JAPARATUBA DA COMARCA DE JAPARATUBA
Av. Pres. Tancredo Neves, Bairro Centro, Japaratuba/SE, CEP 49960000
Horário de Funcionamento: 07:00 às 13:00

Dados do Processo

Processo: 202072000016	Distribuição: 10/01/2020
Número Único: 0000016-66.2020.8.25.0038	Competência: Japaratuba
Classe: Procedimento Comum	Fase: POSTULACAO
Situação: Andamento	Processo Principal: *****
Processo Origem: *****	

Assuntos

- DIREITO CIVIL - Responsabilidade Civil - Seguro Obrigatório - Invalidez

Dados das Partes

Requerente: ROZANGELA SANTOS RODRIGUES

Endereço:

Complemento:

Bairro:

Cidade: JAPARATUBA - Estado: SE - CEP: 49960000

Requerente: Advogado(a): EDNALDO BEZERRA DA SILVA JUNIOR 11154/SE

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: 20031205

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



**Poder Judiciário
Do Estado de Sergipe**

**JAPARATUBA DA COMARCA DE JAPARATUBA
Av. Pres. Tancredo Neves, Bairro Centro, Japaratuba/SE, CEP 49960000
Horário de Funcionamento: 07:00 às 13:00**

Processos Apensados:

--

Processos Dependentes:

--



Poder Judiciário
Do Estado de Sergipe

JAPARATUBA DA COMARCA DE JAPARATUBA
Av. Pres. Tancredo Neves, Bairro Centro, Japaratuba/SE, CEP 49960000
Horário de Funcionamento: 07:00 às 13:00

PROCESSO:

202072000016

DATA:

15/01/2021

MOVIMENTO:

Juntada

DESCRIÇÃO:

Juntada de Petição Avulsa do Advogado/Procurador/Defensor/Promotor KELLY CHRYSTIAN SILVA MENENDEZ (2592-SE) ao processo eletrônico. Protocolizado sob nº 20210114172103141 às 17:21 em 14/01/2021.

LOCALIZAÇÃO:

Secretaria

PUBLICAÇÃO:

Não

Rio de Janeiro, 03 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190493943

Vítima: ROZANGELA SANTOS RODRIGUES

Data do Acidente: 05/12/2016

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOAO MARCELO DE CAMPOS LIMA ROBERTINA

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), ROZANGELA SANTOS RODRIGUES

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Foi verificado que o dano pessoal evoluiu sem sequela definitiva, razão pela qual não foi caracterizada a invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

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, acesse o nosso site para maiores orientações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 23 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190493943

Vítima: ROZANGELA SANTOS RODRIGUES

Data do Acidente: 05/12/2016

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOAO MARCELO DE CAMPOS LIMA ROBERTINA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ROZANGELA SANTOS RODRIGUES

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

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, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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 ASI: _____ 3 - CPF da vítima: 018.122.585-51 4 - Nome completo da vítima: Rozângela Santos Rodrigues

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

5 - Nome completo: Rozângela Santos Rodrigues 6 - CPF: 018.122.585-51
7 - Profissão: Desempregada 8 - Endereço: Rua do Cemitério 9 - Número: 29 10 - Complemento: _____
11 - Bairro: Maria Madalena 12 - Cidade: Jupiaatuba 13 - Estado: SE 14 - CEP: 149460-000
15 - E-mail: _____ 16 - Tel. (DDD): (11) 3222-0517

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

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:
 RECUSO INFORMAR R\$1.00 A R\$1.000,00 R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)
 CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
 Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)
 CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: Bomest (047)
AGÊNCIA: 0411 CONTA: 01009529
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- 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.

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

23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: _____
25 - Grau de Parentesco com a vítima: _____ 26 - Vítima deixou companheiro(a): Sim Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
28 - Vítima teve filhos? Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não 31 - Vítima teve irmãos? Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

INVESTPREV
Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

22 AGO 2019

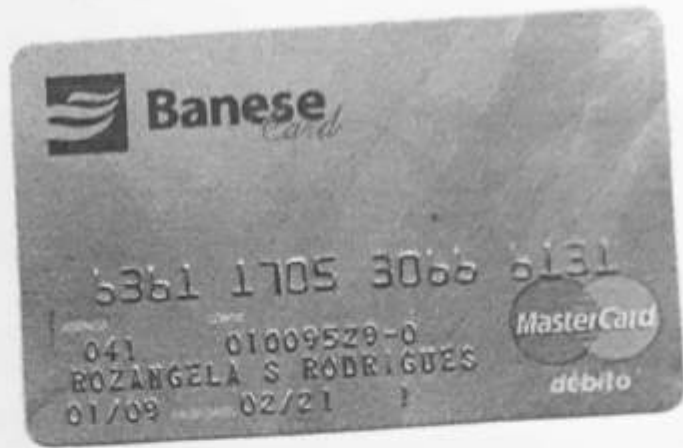
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Macajubá-SE 21.08.2019

Rozângela Santos Rodrigues
41 - Assinatura do vítima/beneficiário (declarante)

Wladimir de Campos Lima Ribeiro
43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)



INVESTPREV

22 AGO 2019



729

DADOS GERAIS DA OCORRÊNCIA

PRF: 1480644 - FABRICIO SOUZA MARINHO Data/Hora do Acidente (hora local): 05/12/2016 17:25 BR: 101 KM: 49,3
 Município/UF: JAPARATUBA/SE Tipo de Acidente: Colisão traseira Sentido da Via: Crescente
 Fase do dia: Pleno dia Condições da Pista: Seca Restrições de Visibilidade: Inexistente
 Sinalização existente: Vertical/Horizontal Sinalização luminosa: Inexistente Condição meteorológica: Céu Claro
 Houve danos ao patrimônio da União? Não
 Houve solicitação de perícia? Não Data e horário da solicitação:
 A perícia compareceu ao local do sinistro? Não Data e horário do

DESCRIÇÃO DOS DANOS AO PATRIMÔNIO DA UNIÃO:

Houve danos ao patrimônio de terceiros? Não

DESCRIÇÃO DOS DANOS AO PATRIMÔNIO DE TERCEIROS:

Houve danos ao ambiente? Não

DESCRIÇÃO DOS DANOS AO AMBIENTE:

CONDIÇÃO DA RODOVIA

Uso do Solo: Rural Tipo de Localidade: Não edificada
 Existe acostamento? Sim Estado de Conservação: Bom Há desnível? Não É pavimentado? Sim Largura (m): 2,8
 Possui defesa? Não existe Possui meio-fio? Não existe Possui sarjeta? Não existe
 Existe canteiro central? Sim Estado de Conservação: Bom Largura (m): 1 Tipo de Inclinação: Elevação
 Obstáculo ao Cruzamento: Muro Estado de Conservação do Obstáculo: Bom
 Faixa de Domínio - Estado de Conservação: Bom Ocupação: Livre
 Cerca: Conservada Pista de Rolamento - Estado de Conservação: Bom Tipo: Dupla Qtd. de Faixas: 2
 Tipo de Pavimento: Concreto Perfil: Em ni-nível Traçado: Reta Curva Vertical: Não Existe Superelevação: Não
 Superlargura: Não Largura da Pista (m): 7,2 Estreitamento: Não Existe

TEXTO DESCRITIVO DA CONDIÇÃO DA RODOVIA:

INVESTPREV

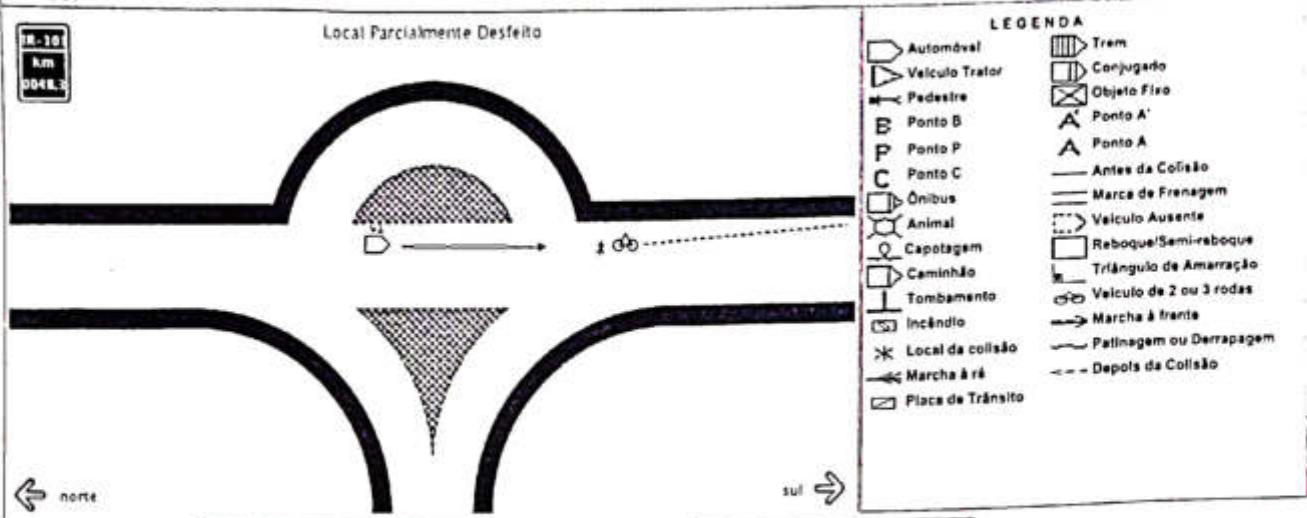
22 AGO 2019

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: <http://www.dprf.gov.br>

DATA/HORA DA EXPEDIÇÃO: 22/03/2018 10:09:21
 NÚMERO DE CONTROLE: 9b2afbab59295317



CROQUI



Latitude do Ponto C: _____ Longitude do Ponto C: _____
 Referência do Ponto A/A': _____ Referência do Ponto B: _____
 Distância AB (m): _____ Distância AC (m): _____ Distância BC (m): _____

VEÍCULO	P1	DISTÂNCIA P1-A (m)	DISTÂNCIA P1-B (m)	P2	DISTÂNCIA P2-A (m)	DISTÂNCIA P2-B (m)

Narrativa da Ocorrência:
 CONFORME AVERIGUAÇÕES FEITAS NO LOCAL DO ACIDENTE, CORROBORADAS COM DECLARAÇÃO VERBAL DE TESTEMUNHAS, VERIFICAMOS QUE V1 - VEÍCULO BRANCO, ATINGIU V2 - MOTOCICLETA E EVADIU-SE, VINDO O MOTOCICLISTA A PERDER CONTROLE E CAIR.



VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: <http://www.dprf.gov.br>

DATA/HORA DA EXPEDIÇÃO: 22/03/2018 10:09:21
 NÚMERO DE CONTROLE: 9b2afb59295317



VEÍCULOS ENVOLVIDOS

Placa: Sequencial: V1 Descrição: EVADIU-SE Chassi: Renavam:
 Marca/Modelo: Cor: Ano: Tipo: Automóvel Emplacamento:
 Ocupantes: 1 Espécie: Categoria:
 Proprietário: nao identificado CPF/CNPJ: 000.000.000-00 CEP:
 Endereço:
 Município/UF: Telefones:
 Celular:

COMBINAÇÃO DE VEÍCULO DE CARGA

Placa U1: Placa U2: Placa U3: Placa U4:
 Origem: BRASIL Destino: BRASIL

CIRCUNSTÂNCIA DO VEÍCULO

Manobra do Veículo no Acidente: Seguiu fluxo Saída de Pista? Não Derrapagem? Não Capotagem? Não Tombamento? Não
 Colisão com Objeto Fixo: Não Houve Colisão com Objeto Móvel: Não Houve Incêndio? Não
 Marcas de Frenagem (m): 0,0 Estado dos Pneus: Não Há

DESCRÇÃO DO RECOLHIMENTO:

PAÇOS DA CARGA

Carregamento: Houve Derramamento de Carga? Não Extensão dos Danos: Moeda: Real-R\$
 Valor Total da Carga: R\$0,00 Produto Perigoso:

DESCRÇÃO DA CARGA:

ENCAMINHAMENTO DO VEÍCULO

Tipo de Receptor: Data/Hora da Recepção (hora local): Motivo:
 Responsável pela Recepção:
 Documento do Responsável:
 Município/UF: Descrição do Encaminhamento:

VEÍCULOS ENVOLVIDOS

Placa: NVG-0641 Sequencial: V2 Descrição: Chassi: 9C2KC1670BR304788 Renavam: 00274641402
 Marca/Modelo: HONDA/CG 150 FAN ESI Cor: PRATA Ano: 2011 Tipo: Motocicletas Emplacamento: JAPARATUBA/SE
 Ocupantes: 2 Espécie: Passageiro Categoria: Aluguel
 Proprietário: ELIONALDO B. DOS SANTOS CPF/CNPJ: 00.000.725/1575-93 CEP:
 Endereço:
 Município/UF: Telefones:
 Celular:

COMBINAÇÃO DE VEÍCULO DE CARGA

Placa U1: Placa U2: Placa U3: Placa U4:
 Origem: BRASIL Destino: BRASIL

CIRCUNSTÂNCIA DO VEÍCULO

Manobra do Veículo no Acidente: Seguiu fluxo Saída de Pista? Não Derrapagem? Não Capotagem? Não Tombamento? Não
 Colisão com Objeto Fixo: Não Houve Colisão com Objeto Móvel: Não Houve Incêndio? Não
 Marcas de Frenagem (m): 0,0 Estado dos Pneus: Bom

DESCRÇÃO DO RECOLHIMENTO:

PAÇOS DA CARGA

Carregamento: Houve Derramamento de Carga? Não Extensão dos Danos: Moeda: Real-R\$
 Valor Total da Carga: R\$0,00 Produto Perigoso:

DESCRÇÃO DA CARGA:

ENCAMINHAMENTO DO VEÍCULO

Tipo de Receptor: Terceiros Data/Hora da Recepção (hora local): 05/12/2016 18:00 Motivo: Devolução
 Responsável pela Recepção: GIVANIO SANTOS RODRIGUES
 Documento do Responsável: 58821856534
 Município/UF: JAPARATUBA/SE Descrição do Encaminhamento: IRMAO DO CONDUTOR

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: <http://www.dprf.gov.br>

DATA/HORA DA EXPEDIÇÃO: 22/03/2018 10:09:21
 NÚMERO DE CONTROLE: 9b2afb59295317



CONDUTOR ENVOLVIDO

Veículo: V1/ EVADIU-SE
 Nome/Apelido: NAO IDENTIFICADO
 Data de Nascimento: Sexo: Ignorado Estado Civil:
 Nome do Pai:
 Nome da Mãe:
 Endereço: CEP: . .
 Município/UF: Telefones: Celular:
 Grau de Instrução:
 Naturalidade: Nacionalidade: BRASIL Ocupação Principal:
 CPF: Documento de Identificação: Orgão Expedidor:
 Origem: Destino:
 Estado Físico: Socorrido pela PRF? Não Usava Cinto? Ignorado Usava Capacete? Ignorado
 Existe Declaração em Anexo? Não Havia Vestígio de Ingestão de Alcool? Ignorado
 Transcrição da Declaração:
 Conductor é Habilitado? Ignorado Categoria CNH: Registro CNH: Primeira Habilitação:
 Validade CNH: País CNH: Dormia? Não Km Percorridos: Horas Dirigindo: Ignorado
 Pertences:
 Informações Complementares:

ENCAMINHAMENTO DO CONDUTOR

Tipo de Receptor: Responsável pela Recepção:
 Documento do Responsável: Data/Hora da Recepção (hora local):
 Município/UF: Motivo:
 Descrição do

CONDUTOR ENVOLVIDO

Veículo: V2/NVG-0641
 Nome/Apelido: GILVAN SANTOS RODRIGUES
 Data de Nascimento: Sexo: Masculino Estado Civil:
 Nome do Pai:
 Nome da Mãe:
 Endereço: CEP: . .
 Município/UF: Telefones: Celular:
 Grau de Instrução:
 Naturalidade: Nacionalidade: BRASIL Ocupação Principal:
 CPF: 013.899.925-27 Documento de Identificação: Orgão Expedidor:
 Origem: Destino:
 Estado Físico: Lesões Graves Socorrido pela PRF? Não Usava Cinto? Não Aplicável Usava Capacete? Sim
 Existe Declaração em Anexo? Não Havia Vestígio de Ingestão de Alcool? Ignorado
 Transcrição da Declaração:
 Conductor é Habilitado? Sim Categoria CNH: AD Registro CNH: 02533852367/SE Primeira Habilitação: 22/09/2002
 Validade CNH: 18/11/2020 País CNH: Dormia? Não Km Percorridos: Horas Dirigindo: Ignorado
 Pertences:
 Informações Complementares:

ENCAMINHAMENTO DO CONDUTOR

Tipo de Receptor: SAMU Responsável pela Recepção: PLANTAO
 Documento do Responsável: 00 Data/Hora da Recepção (hora local): 05/12/2016 18:00
 Município/UF: JAPARATUBA/SE Motivo: Socorro
 Descrição do

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: <http://www.dprf.gov.br>

DATA/HORA DA EXPEDIÇÃO: 22/03/2018 10:09:21
 NÚMERO DE CONTROLE: 9b2afb9b59295317



VEÍCULOS ENVOLVIDOS

Placa: [] Sequencial: V1 Descrição: EVADRU-SE Chassi: [] Renavam: []
 Marca/Modelo: [] Cor: [] Ano: [] Tipo: Automóvel Emplacamento: []
 Ocupantes: 1 Espécie: [] Categoria: []
 Proprietário: não identificado CPF/CNPJ: 000.000.000-00
 Endereço: [] CEP: []
 Município/UF: [] Telefones: []
 Celular: []

COMBINAÇÃO DE VEÍCULO DE CARGA

Placa U1: [] Placa U2: [] Placa U3: [] Placa U4: []
 Origem: BRASIL Destino: BRASIL

CIRCUNSTÂNCIA DO VEÍCULO

Manobra do Veículo no Acidente: Seguiu fluxo Saída de Pista? Não Derrapagem? Não Capotagem? Não Tombamento? Não
 Colisão com Objeto Fixo: Não Houve Colisão com Objeto Móvel: Não Houve Incêndio? Não
 Marcas de Freagem (m): 0.0 Estado dos Pneus: Não Há

Descrição do Recolhimento: []

PADOS DA CARGA

Carregamento: [] Houve Derramamento de Carga? Não Extensão dos Danos: [] Moeda: Real-R\$
 Valor Total da Carga: [] R\$0,00 Produto Perigoso: []

ENCAMINHAMENTO DO VEÍCULO

Tipo de Receptor: [] Data/Hora da Recepção (hora local): [] Motivo: []
 Responsável pela Recepção: []
 Documento do Responsável: []
 Município/UF: [] Descrição do Encaminhamento: []

VEÍCULOS ENVOLVIDOS

Placa: NVG-0641 Sequencial: V2 Descrição: [] Chassi: 9C2KC1670BR304788 Renavam: 00274641402
 Marca/Modelo: HONDA/CG 150 FAN ESI Cor: PRATA Ano: 2011 Tipo: Motocicletas Emplacamento: JAPARATUBA/SE
 Ocupantes: 2 Espécie: Passageiro Categoria: Aluguel
 Proprietário: ELIONALDO B. DOS SANTOS CPF/CNPJ: 00.000.725/1575-93
 Endereço: [] CEP: []
 Município/UF: [] Telefones: []
 Celular: []

COMBINAÇÃO DE VEÍCULO DE CARGA

Placa U1: [] Placa U2: [] Placa U3: [] Placa U4: []
 Origem: BRASIL Destino: BRASIL

CIRCUNSTÂNCIA DO VEÍCULO

Manobra do Veículo no Acidente: Seguiu fluxo Saída de Pista? Não Derrapagem? Não Capotagem? Não Tombamento? Não
 Colisão com Objeto Fixo: Não Houve Colisão com Objeto Móvel: Não Houve Incêndio? Não
 Marcas de Freagem (m): 0.0 Estado dos Pneus: Bom

Descrição do Recolhimento: []

PADOS DA CARGA

Carregamento: [] Houve Derramamento de Carga? Não Extensão dos Danos: [] Moeda: Real-R\$
 Valor Total da Carga: [] R\$0,00 Produto Perigoso: []

ENCAMINHAMENTO DO VEÍCULO

Tipo de Receptor: Terceiros Data/Hora da Recepção (hora local): 05/12/2016 18:00 Motivo: Devolução
 Responsável pela Recepção: GIVANIO SANTOS RODRIGUES
 Documento do Responsável: 58821856534
 Município/UF: JAPARATUBA/SE Descrição do Encaminhamento: IRMAO DO CONDUTOR

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: <http://www.dprf.gov.br>

DATA/HORA DA EXPEDIÇÃO: 22/03/2018 10:09:21
 NÚMERO DE CONTROLE: 9b2afbab59295317





PESSOAS ENVOLVIDAS

Tipo de Envolvido: Veículo:

Nome/Apelido: Sexo: Data de

Nome do Pai:

Nome da Mãe:

Endereço: CEP:

Município/UF: Naturalidade: Nacionalidade:

CPF: Documento de Identificação: Órgão Expedidor: Telefones:

Estado Civil: Grau de Instrução:

Ocupação Principal: Origem: Destino:

Estado Físico: Socorrido pela PRF? Usava Cinto? Usava Capacete?

Existe Declaração em Anexo?

Transcrição da Declaração:

Pertences:

Informações Complementares:

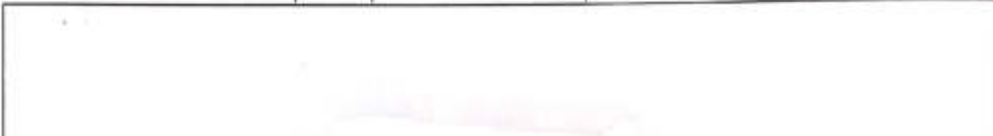
ENCAMINHAMENTO DO ENVOLVIDO

Tipo de Receptor: Responsável pela Recepção:

Documento do Responsável: Data/Hora da Recepção (hora local):

Município/UF: Motivo:

Descrição do Encaminhamento:



VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: <http://www.dprf.gov.br>

DATA/HORA DA EXPEDIÇÃO: 22/03/2018 10:09:21
 NÚMERO DE CONTROLE: 59295317



RELATÓRIO DE AVARIAS PARA CLASSIFICAÇÃO DO DANO EM AUTOMÓVEIS, CAMIONETAS, CAMIÃOINETES E UTILITÁRIOS

Veículo: V1	Placa:
Nome do Agente/Assinatura: FABRICIO SOUZA MARINHO	N° BOAT: 83522510
Registro/Matrícula do Agente: 1480644	Data: 05/12/2016 17:25

Item	Descrição do componente	Valor	SIM	NÃO	NA	Item	Descrição do componente	Valor	SIM	NÃO	NA
1	Teto	1		X		26	Longarina traseira esquerda	3		X	
2	Capô	1		X		27	Caixa de Roda traseira esquerda	3		X	
3	Painel corta fogo	3		X		28	Assoalho porta-malas / Assoalho	1		X	
4	Painel dianteiro	1		X		29	Caixa de rodas traseira direita	3		X	
5	Quadro / Suporte do motor	2		X		30	Longarina traseira direita	3		X	
6	Longarina Completa / Caixa de roda esq.	3		X		31	Chassi porção traseira (veículos carga)	3		X	
7	Longarina Parcial / Avental esquerdo	1		X		32	Suspensão traseira direita	2		X	
8	Chassi porção dianteira (veículos carga)	3		X		33	Lateral traseira direita	1		X	
9	Pára-lama dianteiro esquerdo	1		X		34	Coluna traseira externa direita	1		X	
10	Suspensão dianteira esquerda	2		X		35	Coluna traseira externa e estrutura direita	3		X	
11	Coluna dianteira externa esquerda	1		X		36	Porta traseira direita	1		X	
12	Coluna dianteira externa e estrutura esq.	3		X		37	Coluna central externa direita	1		X	
13	Porta dianteira esquerda	1		X		38	Coluna central externa e estrutura direita	3		X	
14	Soleira externa esquerda	1		X		39	Soleira externa direita	1		X	
15	Soleira externa e estrutura esquerda	3		X		40	Soleira externa e estrutura direita	3		X	
16	Assoalho central esquerdo	3		X		41	Assoalho central direito	3		X	
17	Coluna central externa esquerda	1		X		42	Porta dianteira direita	1		X	
18	Coluna central externa e estrutura esq.	3		X		43	Coluna dianteira externa direita	1		X	
19	Porta traseira esquerda	1		X		44	Coluna dianteira externa e estrutura direita	3		X	
20	Coluna traseira externa esquerda	1		X		45	Pára-lama dianteiro direito	1		X	
21	Coluna traseira externa e estrutura esq.	3		X		46	Suspensão dianteira direita	2		X	
22	Lateral traseira esquerda	1		X		47	Longarina completa / Caixa de roda dir.	3		X	
23	Suspensão traseira esquerda	2		X		48	Longarina parcial / Avental direito	1		X	
24	Tampa traseira	1		X		Soma de todos os pontos assinalados na coluna "SIM":		0			
25	Painel Traseiro / divisor	1		X		Soma de todos os pontos assinalados na coluna "NA":		0			
								Total de pontos "SIM" + "NA":		0	

ITENS NÃO PONTUÁVEIS

Item	Descrição do componente	SIM	NÃO	Item	Descrição do componente	SIM	NÃO
49	Air Bag Motorista		X	55	Faróis		X
50	Air Bag Passageiro		X	56	Lanternas (dianteiras, laterais, e/ou traseiras)		X
51	Air Bag Lateral		X	57	Retrovisores externos (direito e/ou esquerdo)		X
52	Local gravação VIN		X	58	Pára-choques (dianteiro e/ou traseiro)		X
53	Pára-brisa		X	59	Rodas/pneus		X
54	Vidros laterais e/ou traseiros		X				

CLASSIFICAÇÃO DO DANO DO VEÍCULO

Assinale abaixo o campo que corresponde ao dano do veículo

- Dano de Pequena Monta: até 20 pontos, somando os pontos de todos os itens assinalados na colunas "SIM" e "NA".
- Dano de Média Monta: de 21 a 30 pontos, somando os pontos de todos os itens assinalados na colunas "SIM" e "NA".
- Dano de Grande Monta: acima de 30 pontos, somando os pontos de todos os itens assinalados na colunas "SIM" e "NA".

Observações:

Quando o componente estiver danificado, assinalar com um X a coluna SIM
Quando o componente não estiver danificado, ou não existir originalmente, assinalar com um X a coluna NÃO
Caso não tenha sido possível avaliar se o componente foi ou não danificado no acidente, assinalar com um X a coluna NA.

SIM = Item danificado no acidente NÃO = Item não danificado ou não existente ~~Item que não foi possível avaliar o dano (Não Avaliado)~~

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: <http://www.dprf.gov.br>

DATA/HORA DA EXPEDIÇÃO: 22/03/2018 10:09:21
NÚMERO DE CONTROLE: 9b2afbab59295317



RELATÓRIO DE AVARIAS PARA CLASSIFICAÇÃO DO DANO EM MOTOCICLETAS E ASSEMBLHADOS

Veículo: V2 / HONDA/CG 150 FAN ESI	Placa: NVG-0641
Nome do Agente/Assinatura: FABRICIO SOUZA MARINHO	N° BOAT: 83522510
Registro/Matrícula do Agente: 1480644	Data: 05/12/2016 17:25

Item	Descrição - Componentes Não Estruturais	Valor	SIM	NÃO	NA
1	Guidão, suas fixações e comandos nele instalados.	2	X		
2	Sist. de freio dianteiro hidráulico ou mecânico (fixações, mangueiras, cabos, acionamentos, pinças, tambor, disco, etc)	2	X		
3	Amortecedor(es) tras. (inclusive fixação no chassi).	2	X		
4	Motor e suas fixações.	2		X	
5	Eixo do garfo traseiro	2		X	
6	Roda traseira (aro, cubo, raios, flanges, coroa, etc.)	2		X	
7	Eixo da roda dianteira/traseira.	2		X	
8	Sist. de freio traseiro hidráulico ou mecânico (fixações, mangueiras, acionamentos, pinça, tambor, disco, pedal, etc)	2		X	
9	Pedais de apoio do condutor e passageiro	1	X		
10	Bagageiro traseiro deformado (se houver).	1	X		
11	Alça traseira	1		X	
12	Assento (fixação e firmeza)	1		X	
13	Tanque de combustível, tampa do tanque e mangueiras.	2	X		
14	Roda dianteira (aro, cubo, raios, flanges, etc.)	2		X	
Descrição- Componentes estruturais					
A	Coluna de direção e mesas sup./inf. (folga anormal, danos)	3		X	
B	Amortecedor(es) dianteiro(s)	3		X	
C	Chassis (deformações, desalinhamentos, rompimentos, etc.)	3		X	
D	Garfo traseiro (deformações, desalinhamentos, rompimentos, etc.)	3		X	
Soma dos pontos de todos os itens assinalados nas colunas "SIM" E "NA" :			10		

CLASSIFICAÇÃO DO DANO DO VEÍCULO

Assinale abaixo o campo que corresponde ao dano do veículo

- Dano de Pequena Monta:** até 16 pontos, somando os pontos de todos os itens assinalados nas colunas "SIM" e "NA", desde que não tenha sido danificado nenhum componente estrutural.
- Dano de Média Monta:** acima de 16 pontos, somando os pontos de todos os itens assinalados nas colunas "SIM" e "NA", desde que não tenham sido danificados três ou mais componentes estruturais.
- Dano de Grande Monta:** quando tiverem sido assinalados nas colunas "SIM" e "NA", três ou mais componentes estruturais, independente do somatório de pontos.

Observações:

Quando o componente estiver danificado, assinalar com um X a coluna SIM
 Quando o componente não estiver danificado, ou não existir originalmente, assinalar com um X a coluna NÃO
 Caso não tenha sido possível avaliar se o componente foi ou não danificado no acidente, assinalar com um X a coluna NA.

SIM = Item danificado no acidente NÃO = Item não danificado ou Não Existente NA = Item que não foi possível definir o dano (Não Avaliado)

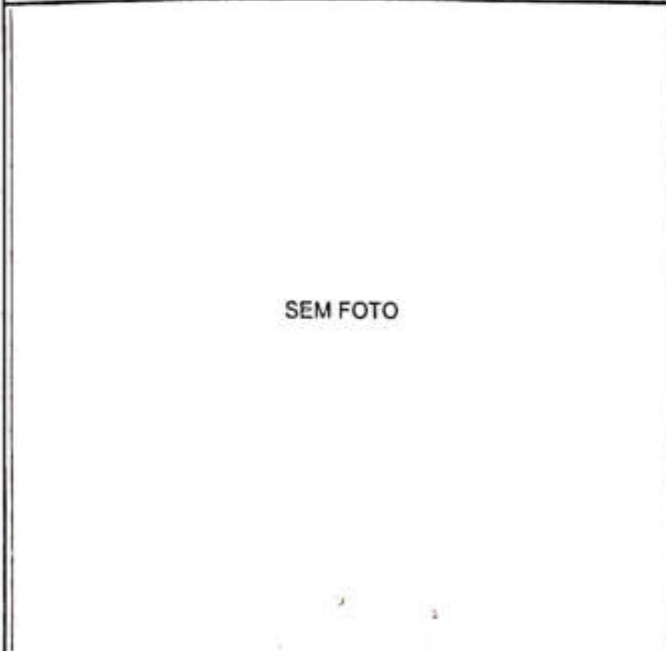
VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: <http://www.dprf.gov.br>

DATA/HORA DA EXPEDIÇÃO: 22/03/2018 10:09:21
NÚMERO DE CONTROLE: 9b2afb59295317



RELATÓRIO DE AVARIAS PARA CLASSIFICAÇÃO DO DANO EM MOTOCICLETAS E ASSEMELHADOS

Veículo: V2 / HONDA/CG 150 FAN ESI	Placa: NVG-0641
Nome do Agente/Assinatura: FABRICIO SOUZA MARINHO	N° BOAT: 83522510
Registro/Matricula do Agente: 1480644	Data: 05/12/2016 17:25

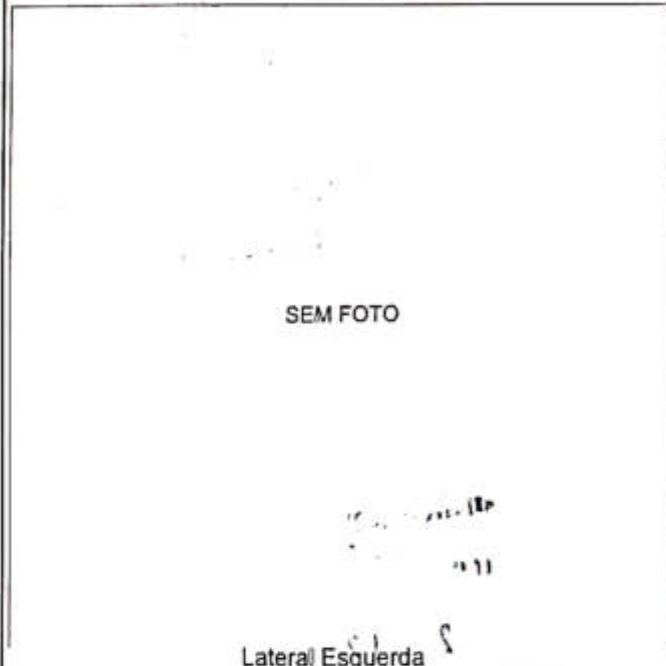


SEM FOTO

Frente



Traseira



SEM FOTO

Lateral Esquerda



SEM FOTO

Lateral Direita

JUSTIFICATIVA

Internet do posto não consegue enviar fotos do smart para email

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: <http://www.dprf.gov.br>

DATA/HORA DA EXPEDIÇÃO: 22/03/2018 10:09:21
NÚMERO DE CONTROLE: 9b2afb59295317

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASI: _____ 3 - CPF da vítima: 018.122.585-51 4 - Nome completo da vítima: Rozângela Santos Rodrigues

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

5 - Nome completo: Rozângela Santos Rodrigues 6 - CPF: 018.122.585-51
7 - Profissão: Desempregada 8 - Endereço: Rua do Cemitério 9 - Número: 29 10 - Complemento: _____
11 - Bairro: Maria Madalena 12 - Cidade: Jupia Kubá 13 - Estado: SE 14 - CEP: 149460-000
15 - E-mail: _____ 16 - Tel. (DDD): (11) 3222-0517

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

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:
 RECUSO INFORMAR R\$1.00 a R\$1.000,00 R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ACIMA DE R\$5.000,00

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

CONTA POUPOANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
 Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: Bomest (047)
AGÊNCIA: 041 CONTA: 01009529
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- 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.

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

23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: _____
25 - Grau de Parentesco com a vítima: _____ 26 - Vítima deixou companheiro(a): Sim Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
28 - Vítima teve filhos? Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não 31 - Vítima teve irmãos? Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

INVESTPREV
Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

22 AGO 2019

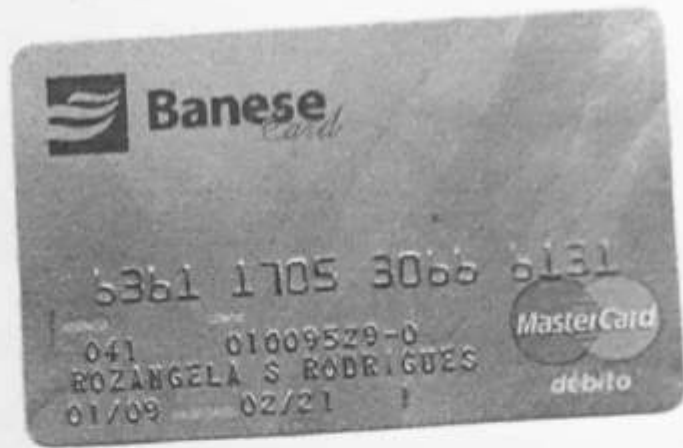
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Macau-SE 21.08.2019

Rozângela Santos Rodrigues
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Wladimir de Campos Lima Ribeiro
43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)



INVESTPREV

22 AGO 2019

MLA

NÚCLEO HOSPITALAR DE EPIDEMIOLOGIA

CLÍNICA ALÉRGICA À DILSONA 7

MS/DATA SUS HOSPITAL GOVERNADOR JOAO ALVES FILHO

No. DO BE: 450837 DATA: 05/12/2016 HORA: 19:18 USUARIO: ELMENEZES
CNS: SETOR: 06-SUTURA

Idade PS-Adulto

IDENTIFICACAO DO PACIENTE
NOME : ROZANGELA SANTOS RODRIGUES DOC...:
IDADE : 33 ANOS NASC: 13/01/1983 SEXO...: FEMININO
ENDERECO : R DO TABULEIRO NUMERO: 73
COMPLEMENTO : 706701521308311 BAIRRO: CENTRO
MUNICIPIO : JAPARATUBA UF: SE CEP...:
NOME PAI/MAE : MARIA BISPO SANTOS /JOSE ROCHA DOS SANTOS
RESPONSAVEL : IOLANDA/ IRMA TEL...: 9820-6255
PROCEDENCIA : JAPARATUBA
ATENDIMENTO : ACIDENTE MOTOCICLISTICO (MOTOS)
CASO POLICIAL : NAO PLANO DE SAUDE...: NAO TRAUMA: NAO
ACID. TRABALHO: NAO VEIO DE AMBULANCIA: SIM

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

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

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

DADOS CLINICOS: DATA PRIMEIROS SINTOMAS: 05/32/16
Paciente trazida pelo SAMU, hoje, vítima de colisão com moto x carro. Glasgow 15, refere dor em miembros com deformidade. Abdômen = N/D Tórax = S/alteração

ANOTACOES DA ENFERMAGEM:

INVESTPREV
22 AGO 2019

Dr. Rosana Frempong
Cirurgia Plástica
CRM - 4285

DIAGNOSTICO: CID:

PRESCRICAO HORARIO DA MEDICACAO

Kejelin 0,9g IV dil no momento
Profenid 100mg IV dil no momento
raio x m.e. AP e P (cibia e fibula + joelho)

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 [] IML [] ANAT. PATOL.

Assinatura do paciente/responsavel: Iolanda dos Santos
Assinatura e carimbo do medico: 05/12/16 # Cirurgia Geral
23h Paciente apresenta fratura em fíbula
Cd = Av. Antagonista
M. Carol

REALIZADO EM 05/12/16
AS 20:20 HORAS
TÉCNICO DE RADIOLOGIA

DOCUMENTO PARA PAGAMENTO



ENERGISA SERGIPE-DISTRIB. ENERGIA SA
Rua Min Apaterio Sales, 81 - Inacio Barbosa
Aracaju / SE - CEP 49040-100
CNPJ 13.017.462/0001-83 - Insc. Est. 273.787.438

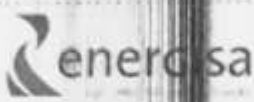
Documento sem valor fiscal
Documento emitido em conformidade com a Lei nº 12.546/2012
Nº 012.114.899

DADOS DO CLIENTE		CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR	
GILVAN SANTOS RODRIGUES RUA DO CEMITERIO 29 DUMICAL JAPARATUBA		3/914952-7	

CEP: 49960.000

REFERÊNCIA	APRESENTAÇÃO	CONSUMO	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
MAR/2019	21/03/2019	117	28/03/2019	R\$ 102,96

Accesse: www.energisa.com.br



GILVAN SANTOS RODRIGUES
Rotelro: 13-260-820-0135
CONTA PAGA - Data de Pagamento: 03/04/2019

VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR	MATRÍCULA
28/03/2019	R\$ 102,96	914952-2019-03-9

INVESTPREV
22 AGO 2019



Nº da Conta: 0268986363
 Mês de referência: 05/2019
 Período: 25/04/2019 a 24/05/2019
 Data de emissão: 01/06/2019

www.vivo.com.br/meuvivo

Fale conosco: Central de Relacionamento
 *8486 ou www.vivo.com.br/faleconosco

Telefonica Brasil S.A.
 Avenida Barão de Maruim, 304
 CEP: 49010-340 - Aracaju - SE
 I.E.: 27.106.814-0
 CNPJ Matriz :02.558.157/0001-62
 CNPJ Filial :02.558.157/0025-30

JOÃO MARCELO DE CAMPOS LIMA ROBERTI
 AV AUGUSTO MAYNARD, 554
 AND 1
 SAO JOSE
 49015-380 ARACAJU - SE

Vencimento
10/06/2019

Total a Pagar - R\$
51,59

Seus Números Vivo
79-99969-0167

Caso você tenha mais linhas, consulte o detalhamento da sua conta.

Aproveite os benefícios do Vivo Valoriza no App Meu Vivo.

O que está sendo cobrado	Quantidade de Plano/Pacote	Quantidade de Números Vivo	Valor R\$ Plano/Pacote	Incluso Plano/Pacote	Utilizado Minutos/Unidades	Valor Total R\$
Serviços Contratados						
VIVO CONTROLE DIGITAL-2,5GBILIM_	1	1	49,99	-	-	49,99
VIVO CONTROLE SERV DIGITAL II	1	1	0,00	-	-	-
Subtotal						49,99
Outros Lançamentos						
Encargos Financeiros						1,60
Subtotal						1,60
INVESTPREV						
22 AGO 2019						
TOTAL A PAGAR						51,59

MENSAGEM IMPORTANTE PARA VOCÊ

O relatório detalhado está disponível em www.vivo.com.br/meuvivo e pode ser solicitado impresso, de forma permanente ou não.

App Meu Vivo. É o jeito mais prático de acessar a sua conta detalhada, 2ª via de conta, consumo de internet e muito mais! Baixe agora em vivo.com.br/app e navegue sem consumir seu pacote de dados

Até emissão desta conta constava(m) débitos de contas anteriores. O pagamento desta conta não quita débitos anteriores. Mantenha o pagamento em dia e evite a suspensão parcial/total dos serviços e a inclusão nos órgãos de proteção do crédito. Para pagamentos após o vencimento serão cobrados encargos de 2% e juros de 1% ao mês em conta futura.



Nome do Cliente

JOÃO MARCELO DE CAMPOS LIMA ROBERTI

Vencimento

10/06/2019

Total a Pagar - R\$

51,59

Cód. Débito Automático **0268986363-9**

Nº da Conta **0268986363**

Mês Referência **05/2019**

846600000000

515900420016

102689863631

051961906107

Autenticação Mecânica



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

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

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

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu João Marcelo de Campos Lima Robertina

Inscrito (a) no CPF/CNPJ 064.124.729 / 40, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Regenilda Santos Rodrigues inscrito (a) no CPF sob o Nº 013.122.555 / 51

do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Regenilda Santos Rodrigues

Inscrito (a) no CPF sob o Nº 013.122.555 / 51, 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>Avenida Augusto Maysland</u>	Número: <u>554</u>	Complemento: <u>1º andar</u>
Bairro: <u>San José</u>	Cidade: <u>Maracá</u>	Estado: <u>SE</u>
E-mail: _____	CEP: <u>49015-350</u>	Tel.(DDD): <u>(79) 3222-0814</u>

Local e Data: Maracá-SE, 21.08.2019

JOÃO MARCELO DE CAMPOS LIMA ROBERTINA
Assinatura do Declarante



GOVERNO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE



RELATÓRIO MÉDICO

NOME DO PACIENTE: Rozamaria Santos Rodrigues
DATA DA ENTRADA: 05/12/2016
DATA DA SAÍDA: 06/12/2016

INTERNAMENTO: PS () ENFERMARIA () UTI ()

HISTÓRICO CLÍNICO:

Paciente vítima de colisão motorizada com trator da PMU. Glasgow 15. Lesão de dor em MIE com deformidade de natureza de fratura. Transferido para este hospital.

HISTÓRICO CIRÚRGICO:

EXAMES COMPLEMENTARES:

Radiografia

INVESTPREV

22 AGO 2019

MÉDICOS ASSISTENTES:

Dr. Rosana Freire; Dr. Layla
Barbosa Barros; Dr. Agostinho

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

ARACAJU, de Dezembro de 2016

MÉDICO DO SETOR DE ANÁLISE DE PRONTUÁRIO

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.

MILA

NUCLEO HOSPITALAR DE EPIDEMIOLOGICA
CLINICA ALERGICA A AERONAUTICA

MS/DATA SUS HOSPITAL GOVERNADOR JOAO ALVES FILHO
No. DO BE: 450837 DATA: 05/12/2016 HORA: 19:18 USUARIO: ELMENEZES
CNS: SETOR: 06-SUTURA

IDENTIFICACAO DO PACIENTE
NOME : ROZANGELA SANTOS RODRIGUES PS-Adulto
IDADE : 33 ANOS NASC: 13/01/1983 DOC...:
ENDERECO : R DO TABULEIRO SEXO...: FEMININO
COMPLEMENTO : 706701521308311 BAIRRO: CENTRO NUMERO: 73
MUNICIPIO : JAPARATUBA UF: SE CEP...:
NOME PAI/MAE : MARIA BISPO SANTOS /JOSE ROCHA DOS SANTOS
RESPONSAVEL : IOLANDA/ IRMA TEL...: 9820-6255
PROCEDENCIA : JAPARATUBA
ATENDIMENTO : ACIDENTE MOTOCICLISTICO (MOTOS)
CASO POLICIAL : NAO PLANO DE SAUDE...: NAO TRAUMA: NAO
ACID. TRABALHO: NAO VEIO DE AMBULANCIA: SIM

PA: [] 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: 05/32/16
Paciente trazida pelo SAMU, com dor, vermelha de coti-
sas no tórax e antebraço. Glasgow 15, refere dor em mi-
com deformidade. Abdômen = N/A tórax = S/A alteração

ANOTACOES DA ENFERMAGEM:

DIAGNOSTICO: CID: *RFA*
Dra. Rosana Frempong
CRM - 4295

PRESCRICAO HORARIO DA MEDICACAO
Kejelin 0,5g IV dil no momento
Profenid 100mg IV dil no momento
raio X m.e. A.P. (tibia e fibula + joelho) 20:20

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 [] IML [] ANAT. PATOL.

Assinatura do paciente/responsavel: *Iolanda dos Santos*
Assinatura e carimbo do medico: *05/12/16 # Cirurgião Geral*
23h Paciente apresenta fratura em tibia
Ed = Av. Antagonica
Alc. Carl

REALIZADO EM: 05/12/16
AS 20:20 HORAS
TÉCNICO DE RADIOLOGIA

HUSE

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE SERGIPE



Atendimento de urgência de rotina - com o fluxo de atendimento normal
Dr. Edson Batista
Dr. Carlos Roberto

FICHA DE ATENDIMENTO

Rua Cel. João de Deus, 100 - Petrópolis

ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO - SISTEMA DE MANCHESTER

NOME DO PACIENTE (Sem abreviações): _____ REGISTRO:

IDADE: _____ ETNIA: _____ DATA: ___/___/___
HORA: _____

DATA DE NASCIMENTO: ___/___/___ NOME DA MÃE: _____

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

SITUAÇÃO / QUEIXA: _____

FLUXOGRAMA: _____

DISCRIMINADOR: _____

ALERGIAS (MEDICAMENTOS E ALIMENTOS): _____

VERMELHO	LARANJA	AMARELO	VERDE	AZUL
	MUITO URGENTE	URGENTE	POUCO URGENTE	NÃO URGENTE
0 MIN	10 MIN	60 MIN	120 MIN	240 MIN

OBSERVAÇÃO: _____

DESTINO / ENCAMINHAMENTO: _____

ENF.: _____ COREN: _____ ASSINATURA: _____

COORDENADOR: _____ DATA: ___/___/___ HORA: ___:___ h

RECLASSIFICAÇÃO PARA A PRIORIDADE: _____ DISCRIMINADOR _____
às ___ h ___ min. ENF.: _____ COREN: _____

CONFIRMADA IDENTIFICAÇÃO COM O PACIENTE / FAE / PULSEIRA? (S/N) _____

COLOCADA PULSEIRA? (S/N) _____

EM QUAL MEMBRO? (PULSO E / PULSO D / TORNOZELO E / TORNOZELO D) _____







Lactise
consultas e exames

Relatório médico

I - Rosângela Santos Rodrigues

II - CID 582.4

III - Tempo de afastamento: 120 dias

IV - Max Alexandre Mendes:
fatura ocorrida em 5/12/2016
Fundo inutilizado em total.

V - Médico: Dr. MASAYUKI / (SH)

VI - CAM 1276 / SE.

VII - Aracaju, 27/12/2016

Masayuki Isht
Ortopedista
CRM 1276

Obs. Este receituário não vale como recibo de honorários médicos.

Rua Bahia, 975 - B. Siqueira Campos - Aracaju/SE

www.lactise.com.br

Fone: (79) 3253-7200

Whatsapp: (79) 98112-1117 / 99105-3815 / 98875-6772

MARQUE LOGO SEU PRÓXIMO ATENDIMENTO, TRABALHAMOS POR ORDEM DE PAGAMENTO.

urgente



Lactise
consultas e exames

Rosângela Santos Rodrigues

Rx perna E (AS + P).

Controle de fratura de
fibula, bifocal
51 lâminas

Masayuki Ishii
Otorrinolaringologista
CRP: 12716

27/12/2016

Obs. Este receituário não vale como recibo de honorários médicos.
Rua Bahia, 975 - B. Siqueira Campos - Aracaju/SE
www.lactise.com.br Fone: (79) 3253-7200
© Whatsapp: (79) 98112-1117 / 99105-3815 / 98875-6772
MARQUE LOGO SEU PROXIMO ATENDIMENTO, TRABALHAMOS POR ORDEM DE PAGAMENTO.



Lactise
consultas e exames

Relatório Médico

A Sra. Rozângela Santos Rodrigues, 35 anos de idade, viajou no gongo de uma motocicleta, quando isto colidiu com um carro em 05/12/2016 e caiu no chão.

Socorrida pelo SAMU e conduzida ao HUSE, foi constatada fratura bifocal da fíbula e CID S82.4. Imobilizado em tala gessada, 72h manteve imobilizado por quase 3m.

Obs. Este receituário não vale como recibo de honorários médicos.

Rua Bahia, 975 - B. Siqueira Campos - Aracaju/SE

www.lactise.com.br

Fone: (79) 3253-7200

© Whatsapp: (79) 98112-1117 / 99105-3815 / 98875-6772

MARQUE LOGO SEU PRÓXIMO ATENDIMENTO, TRABALHAMOS POR ORDEM DE PAGAMENTO.



Após retirada do mesmo, fez
20 sessões de fisioterapia.
Apesar do bom tratamento ficou
com sequelas permanentes abin-
ta métodos:

- (a) Dor no pé e tornozelo E
- (b) Edema residual do tornozelo
- (c) Dificuldade p/ andar e correr.
- (d) Limitação dos movimentos do
tornozelo E.
- (e) Claudicação.

Obs. Este receituário não vale como recibo de honorários médicos.

Rua Bahia, 975 - B. Siqueira Campos - Aracaju/SE

www.lactise.com.br

Fone: (79) 3253-7200

☎ Whatsapp: (79) 98112-1117 / 99105-3815 / 98875-6772

MARQUE LOGO SEU PRÓXIMO ATENDIMENTO, TRABALHAMOS POR ORDEM DE PAGAMENTO.



Lactise
consultas e exames

Perda funcional do membro inferior esquerdo de 25%

Aracaju, 04/09/2018

[Signature]
Dr. Masayuki Ishi
Médico Ortopedista
CRal 1276

Obs. Este receituário não vale como recibo de honorários médicos.
Rua Bahia, 975 - B. Siqueira Campos - Aracaju/SE
www.lactise.com.br Fone: (79) 3253-7200
Whatsapp: (79) 98112-1117 / 99105-3815 / 98875-6772
MARQUE LOGO SEU PRÓXIMO ATENDIMENTO, TRABALHAMOS POR ORDEM DE PAGAMENTO.

INVESTPREV

22 AGO 2019

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE SERGIPE
SECRETARIA DA SEGURANCA PUBLICA
COORDENADORIA GERAL DE PERICIAS
INSTITUTO DE IDENTIFICACAO "DR. CARLOS MENEZES"




Rozângela Santos Rodrigues
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITORIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2.146.797-8 2.VIA DATA DE EXPEDICAO 17/02/1987

NOME **ROZANGELA SANTOS RODRIGUES**

FILIAÇÃO **JOSE ROCHA DOS SANTOS
MARIA BEZPO SANTOS**

NACIONALIDADE **JAPANEZA-SE** DATA DE NASCIMENTO **13/01/1983**

DOC ORIGEM **CT. CASM. NR 1218 LV D6 FL 114**

CPF **013.122.585-51**

PTS **1307411051** ASSINATURA DO TITULAR

LEI Nº 7.116 DE 2008 (SIS)

INVESTPREV

TEM FÉ PÚBLICA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 12950169

USO OBRIGATÓRIO
IDENTIDADE CIVIL PARA TODOS OS FINS LEGAIS
(Art. 13 da Lei n.º 8.951/94)



JOÃO MARCELO DE CAMPOS LIMA ROBERTINA

Observações



INVESTPREV

22 AGO 2019

ORDEM DOS ADVOGADOS DO BRASIL
CONSELHO SECCIONAL DO PIAUÍ
IDENTIDADE DE ADVOGADO

NOME
JOÃO MARCELO DE CAMPOS LIMA ROBERTINA

INSCRIÇÃO
13646

FILIAÇÃO
ANGELO LIBERTO ROBERTINA
ELIETE DE CAMPOS LIMA

NACIONALIDADE
MARINGÁ-PR

RG
10283504-2 - SSP/PR

DATA DE NASCIMENTO
25/01/1988

CPF
067.127.729-40

ORGÃO DE ORGÃO E TECIDOS
SIM

VIA EXPEDIDO EM
02 18/04/2017

FRANCISCO LUCAS COSTA VELOSO
PRESIDENTE

À seguradora líder

EU, ROZANGELA SANTOS RODRIGUES, inscrito no cadastro de pessoas físicas 013.122.585-51, venho através dessa informa que sofri um acidente de trânsito no dia 05.12.2016, fui socorrido e levado para o Hospital de Urgência de Sergipe. DIAGNOSTICADO FRATURA BIFOCAL DA FIBULA E CID:S82.4. Porém, a seguradora líder NEGOU O PROCESSO.

Fui orientado pelo call center a procurar um medico para fazer um relatório especificando as seqüelas. Contudo o processo foi NEGADO NOVAMENTE. Decisão arbitraria SEM SEQUER FAZER UMA ANALISE DAS minhas seqüelas. Voltei ao medico para refazer um novo relatório, PORÉM ele me informou que bastava colocar o percentual de invalidez. Portanto estou enviando novos documentos médicos que comprova minha invalidez e solicito que tal decisão seja revista.

Embora tenha feito todo tratamento possível, imobilização, fisioterapia e repouso, ficou seqüela permanente que levarei para o resto da minha vida assim vejamos:

- DOR NA PERNA E NO TORNOZELO, EDEMA, DIFICULDADES DE LOCOMOÇÃO, LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO TORNOZELO E CLAUDICAÇÃO; dificuldades para agachar e ficar muito tempo em pé, não posso correr nem subir escadas, sinto dores e inchaços constantes.

Por existir seqüela, peço a reanálise do processo visto que tudo já mencionado foi diagnosticado como invalidez pelo ortopedista Masayuki Ishi CRM 1276. Portanto requer o pagamento do benefício social do seguro DPVAT. Não sendo esse o entendimento da seguradora peço para que seja agendada uma pericia médica com um médico da seguradora para que assim não paire nenhuma dúvida e seja paga a indenização na modalidade invalidez.

Aracaju-Se, 16 de agosto de 2019

Rozângela Santos Rodrigues
ROZANGELA SANTOS RODRIGUES

INVESTPREV

22 AGO 2019

PROCURAÇÃO PARTICULAR

Outorgante: (Dados do Beneficiário do Seguro DPVAT)

Nome: Rozângela Santos Rodrigues
Nacionalidade: Brasileira Estado civil: Casada
Profissão: Desempregada
Identidade: 8.146749-8 CPF: 013.122.555-11
Endereço: Rua do Cemitério, 29 / Quadra 1
Bairro: Maria Madalena Cidade: Japaratuba
Estado: Sergipe CEP: 49960-000

Outorgado:

JOÃO MARCELO DE CAMPOS LIMA ROBERTINA, natural de Maringá Paraná, solteiro, portador de cédula de identidade nº 10.283.504-2 SSP/PR, inscrito no cadastro de pessoa física nº 067.127.729-40, ADVOGADO inscrito na ordem OAB nº13.646, domiciliado na Avenida Augusto Maynard nº554, bairro São José, Aracaju, Sergipe, CEP 49.015-380.

Pelo presente Instrumento Particular de procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a **SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT e suas respectivas consorciadas**, a fim de encaminhar o pedido de indenização do Seguro Obrigatório – DPVAT, a que tenho direito, concedendo ao outorgado poderes para assinatura nos formulários de Aviso de Sinistro, Protocolo de Recepção de Documentos, Declaração de Ausência de Laudo do IML, Autorização de Pagamento de Indenização do Seguro DPVAT, podendo enfim assinar ou requerer quaisquer documentos relacionados com o Seguro Obrigatório – DPVAT em meu nome, praticar todos os atos de direito permitidos para perfeito cumprimento deste mandato, da qual figura como vítima:

Rozângela Santos Rodrigues

Local: JAPARATUBA UF: SE Data: 31 de Junho de 2015

x. Rozângela Santos Rodrigues
Assinatura do Outorgante (Beneficiário)
(Reconhecer firma por autenticidade)

RECONHECIMENTO DO 1º OFÍCIO
Carvalho Cabral
Japaratuba - Sergipe

Reconheço como Verdadeira a firma de
Rozângela Santos Rodrigues

O referido é verdade e eu le
Em testº 31/06/15

Autenticidade Semelhança
Japaratuba (SE) 31/06/15

Carvalho Cabral
Carvalho do 1º Ofício
Japaratuba

14012015 20:30
Assessor: Wendell

NZ

INVESTPREV
22 AGO 2019

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0289676/19

Vítima: ROZANGELA SANTOS RODRIGUES

CPF: 013.122.585-51

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 05/12/2016

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ROZANGELA SANTOS
RODRIGUES

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

JOAO MARCELO DE CAMPOS LIMA ROBERTINA : 067.127.729-40

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

ROZANGELA SANTOS RODRIGUES : 013.122.585-51

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

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: 22/08/2019
Nome: JOAO MARCELO DE CAMPOS LIMA ROBERTINA
CPF: 067.127.729-40

JOAO MARCELO DE CAMPOS LIMA ROBERTINA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 22/08/2019
Nome: JOSE MARINO GOYA ARAUJO
CPF: 221.365.090-04

JOSE MARINO GOYA ARAUJO