

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 17/02/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 914,84

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ANDRE DOS SANTOS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01045

CONTA: 000000016726-6

Nr. da Autenticação FE4ECFCE477A44E1

PARECER DE DAMS



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200067597

Data do acidente: 06/10/2019

Vítima: ANDRE DOS SANTOS

Atendimento: HOSPITAL

Cidade: São Cristóvão

UF: SE

Análise: Primeira Análise

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

Data: 13/02/2020 10:40:04

DADOS DO PARECER

Diagnóstico: FRAT DA Perna INCL TORNOZELO FRAT DE OUTR PARTES DA Perna -

Internação: Não

Tratamento: CONSERVADOR CLINICO

Tratamento Odontológico: Não

Grupo	Código	Descrição	Pleiteado	Avaliado
Honorários Médicos	1.01.01.01-2	EM CONSULTÓRIO (NO HORÁRIO NORMAL OU PRE ESTABELECIDO)	100,00	100,00
Exames	4.11.01.31-6	RM - ARTICULAR (POR ARTICULAÇÃO)	550,00	550,00
Farmáncias			264,84	264,84
Total da Análise Atual			914,84	914,84

Indicadores: Valores avaliados conforme parâmetros objetivos de aferição e praticados no âmbito do sistema de saúde

Observações:

Informações administrativas	Pleito anterior	Avaliação anterior	Pago anterior	Pleito atual	Avaliação atual	Valor à pagar
Beneficiário: ANDRE DOS SANTOS Relacionamento: Vítima	0,00	0,00	0,00	914,84	914,84	914,84
Total da Análise Atual	0,00	0,00	0,00	914,84	914,84	914,84

TOTAL PLEITEADO: 914,84 **TOTAL AVALIADO:** 914,84 **TOTAL PAGO + À PAGAR:** 914,84

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 21 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200067597

Vítima: ANDRE DOS SANTOS

Data do Acidente: 06/10/2019

Cobertura: DAMS

Procurador: JOAO MARCELO DE CAMPOS LIMA ROBERTINA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ANDRE DOS SANTOS

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

Rebedor: ANDRE DOS SANTOS

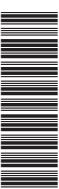
Valor: R\$ 914,84

Banco: 104

Agência: 000001045

Conta: 0000016726-6

Tipo: CONTA POUPANÇA



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: **845 759.995-04** 3 - CPF da vítima: **845 759.995-04** 4 - Nome completo da vítima: **André dos Santos**

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

5 - Nome completo:	6 - CPF:	
André dos Santos		845 759.995-04
7 - Profissão:	8 - Endereço:	9 - Número:
Instalador	Rua Henrique Dias	214
10 - Complemento:		
11 - Bairro:	12 - Cidade:	13 - Estado:
novo Paraíso	Anacaju	Sergipe
14 - CEP:	15 - E-mail:	
49082-130	(79) 3222-0817	

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:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> 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: _____

AGÊNCIA: **J045**

CONTA: **JG726**

6

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): Sim Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou Sim Não 31 - Vítima Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou Sim Não pais/avós vivos? Não teve filhos?

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

34

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

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

38 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, **Anacaju - SE, 07 novembro 2019**

André dos Santos

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Jon Maia de Almeida

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019



GOVERNO DO ESTADO DE SERGIPE
PÓLICIA CIVIL
COORDENADORIA DE POLÍCIA CIVIL DA CAPITAL - ARACAJU - SE

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 120550/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 14/11/2019 16:07

Data/Hora Fim: 14/11/2019 16:24

Delegado de Polícia: Nalile Bispo de Castro

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia Especial de Delitos de Trânsito

Data/Hora do Fato: 06/10/2019 18:00

Local do Fato

Município: São Cristóvão (SE)

Bairro: Alto De Itabatana

Logradouro: BR-464

Complemento: em frente à mercearia Alto Santo Antonio

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1093: ACIDENTE DE TRÂNSITO SEM VÍTIMA - OUTROS	Não Houve

EN VOLVIDO(S)

Nome Civil: ANDRE DOS SANTOS (COMUNICANTE , VITIMA)

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: SE - Aracaju Sexo: Masculino Nasc: 26/04/1984

Profissão: Técnico de Instalação

Estado Civil: Solteiro(a)

Nome da Mãe: Maria Anita Santos

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 845.759.995-04

Endereço

Município: Aracaju - SE

Nº:214

Logradouro: Rua Henrique Dias

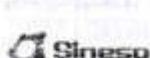
Bairro: Novo Paraíso

Telefone: (79) 99976-2884 (Celular)

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo: Veículo	Subgrupo: Motocicleta/Motoneta
CPF/CNPJ do Proprietário: 845.759.995-04	Placa: QMB4276
Renavam: 01136774227	Número do Motor: E3V2E-011825
Número do Chassi: 9C6SEB510J0011825	Ano/Modelo Fabricação: 2018/2017
Cor: CINZA	UF Veículo: Sergipe
Município Veículo: Aracaju	Marca/Modelo: YAMAHA/NEO 125
Modelo: YAMAHA/NEO 125	Veículo Adulterado?: Não
Quantidade: 1 Unidade	Situação: Envolvido
Última Atualização Denatran: 30/11/2017	Situação do Veículo: ALIENACAO FIDUCIARIA

Nome Envolvido	Envolvimentos
Andre dos Santos	Proprietário





GOVERNO DO ESTADO DE SERGIPE
PÓLICIA CIVIL
COORDENADORIA DE PÓLICIA CIVIL DA CAPITAL, ARACAJU - SE

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 120550/2019

RELATO/HISTÓRICO

O comunicante informa que sofreu um acidente de moto na data e local supracitados. O comunicante estava andando pela rodovia quando, ao passar por um terreno de escorregadio, veio a cair batendo o joelho esquerdo. Com o impacto teve os ligamentos do joelho rompidos (conforme laudo médico emitido pelo HUSE) e atualmente encontra-se fazendo fisioterapia. Quanto à motocicleta sofreu apenas arranhões e teve um retrovisor quebrado. O comunicante registra este boletim de ocorrência para fins de seguro DPVAT.

ASSINATURAS

Wallisson Pereira Santos Barros
Responsável pelo Atendimento

Andre dos Santos
(Comunicante / Vítima)

"Destino: para os devidos fins de direito que são (a) o(a) responsável pelas informações acima apresentadas e (b) a autoridade policial competente para processar a denúncia criminalizada, conforme previsto nos Artigos 329-Denúncia; 340-Calúnia e 340-Comunicação Falsa ou Crime do Contraventão do Código Penal Brasileiro."



PREFEITURA MUNICIPAL DE ARACAJU

Secretaria Municipal da Fazenda - SEMFAZ

Administração Tributária - Praça General Valadão, Nº 341 - Centro - CEP 49.010-520 - Aracaju/SE Telefone: (79) 3214-9080 e (79) 3214-9083

Nota: 2019000

00012264

Código Verificação

QRKD-C6V8



NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA - NFS-e

RPS número 117190 Série 1 emitido em 15/10/2019

Emissão (Horário de Brasília)

15/10/2019 07:57:41

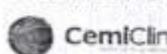
Período de Competência

10/2019

Reg. Especial Tributação

Nenhum

PRESTADOR DE SERVIÇOS



Razão Social

CEMISE RESSONANCIA MAG E TOMOG COMPUTADORIZADA LTDA

Nome Fantasia

CEMICLIN

CPF/CNPJ

32.804.353/0002-11

979469

Inscrição Municipal

Inscrição Estadual

Simples Nacional

Incentivador Cultural

Email

ELENA@TCACONTABILIDADE.COM.BR

Fone/Fax

(79) 3213-7709

Endereço

RUA BAHIA, 1175 , Siqueira Campos - CEP: 49072-050 - Aracaju - SE

TOMADOR DE SERVIÇOS

Nome/Razão Social

ANDRE DOS SANTOS

CPF/CNPJ

845.759.995-04

Inscrição Municipal

Inscrição Estadual

Fone/Fax

E-mail

nfse@cemiclin.com.br

Endereço

Avenida Augusto Franco - Até 2280 - Lado Par, 2000 , Siqueira Campos - CEP: 49075-100 - Aracaju - SE

SERVIÇO PRESTADO

0402 - Análises clínicas, patologia, eletricidade médica, radioterapia, quimioterapia, ultra-sonografia, ressonância magnética, radiologia, tomografia e congêneres. CNAE: 8640206

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS

ANDRE DOS SANTOS - Exames de Ressonancia



CEMISE RESSONANCIA MAG E TOMOG COMPUTADORIZADA LTDA

CEMICLIN

CEMISE RESSONANCIA MAG E TOMOG COMPUTADORIZADA LTDA

CEMICLIN

CEMISE RESSONANCIA MAG E TOMOG COMPUTADORIZADA LTDA

CEMICLIN

RETENÇÕES FEDERAIS

PIS (R\$)	COFINS (R\$)	INSS (R\$)	IR (R\$)	CSLL (R\$)	Outras Retenções (R\$)
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

VALORES

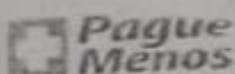
Valor dos Serviços (R\$)	Deduções (R\$)	Desconto Incondicionado (R\$)	Base de Cálculo (R\$)	Aliquota (%)
550,00	0,00	0,00	550,00	5,00
ISS (R\$)	ISS Retido (R\$)	Desconto Condicionado (R\$)	Valor Líquido (R\$)	Valor Total da Nota (R\$)
27,50		0,00	550,00	550,00

OUTRAS INFORMAÇÕES

Visualizado em: 15/10/2019 16:15:13

Para validação desta NFS-e acesse: <https://aracajuse.webiss.com.br/externo/nfse/validar>

Esta NFS-e foi emitida com respaldo no Decreto nº 3.393 de 14 de março de 2011.



CNPJ: 06.626.253/0899-77
EMPREENDIMENTOS PAGUE MENOS S.A.
Av Paulo VI, 58 - Inacio Barbosa
ARACAJU-SE, CEP: 49040-460

DANFE NFC-e - Documento Auxiliar da Nota
Fiscal de Consumidor Eletrônica
Não permite aproveitamento de crédito de ICMS

Código	Descrição	Qtde	UN	Vl	Item	Vl	Total
493678	FLANCOX 500MG CPD/14	1	UN	36,58		36,58	
De:	36,58	Por:	27,45			-9,13	
Desconto sobre item							
339318	XARELTO 10MG CPD/30			1	UN	302,37	302,37
De:	302,37	Por:	226,80			-75,57	
Desconto sobre item							
202738	DIPIRONA 500 500MG CPD/30 GN-MED			1	UN	30,82	30,82
De:	30,82	Por:	10,59			-20,23	
Desconto sobre item							3
Qtde. total de itens							
Valor a Pagar R\$						264,81	
FORMA PAGAMENTO						VALOR PAGO R\$	
Cartão Débito						264,81	

Consulte pela Chave de Acesso em:
www.sefaz.se.gov.br/nfce/consulta

2819 1006 6262 5308 9977 6500 2000 1093 2310 0007 3102

CONSUMIDOR NÃO IDENTIFICADO



NFC-e nº: 109323 Série: 2
09/10/2019 15:14:52

Protocolo de autorização:
328190128402609

Data de autorização:
09/10/2019 15:14:54

CLIENTE SEMPRE PAGUE MENOS

OLASEVERINA,

VOCE E UM CLIENTE OURO.

NESSA COMPRA VOCE ECONOMIZOU R\$ 104,93

LENBRE-SE QUE SUAS COMPRAS SAO CONTABILIZADAS EM ATÉ 15 DIAS. CONFIRA O REGULAMENTO E SEUS BENEFICIOS EM PORTAL PAGUEMENOS.COM.BR/FIDELIDADE

CPF CLIENTE SEMPRE 531-****-72

Operador 81431 Vendedor 81431

Irã³b arox R\$ 35,61 Fed e R\$ 0,00 Est e R\$ 0,00 Muni

Fonte IBPT ca7g13

Obrigado e Volte Sempre.



PREFEITURA MUNICIPAL DE ARACAJU

Secretaria Municipal da Fazenda - SEMFAZ

Administração Tributária - Praça General Valadão, Nº 341 - Centro - CEP 49.010-520 -
Aracaju/SE Telefone: (79) 3214-9080 e (79) 3214-9083

NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA - NFS-e

Emissão (Horário de Brasília)

05/02/2020 08:50:54

Reg. Especial Tributação

Microempresário e Empresa de Pequeno Porte
(ME EPP)

Período de Competência: 02/2020
Município de Prestação do Serviço:

Aracaju - SE

Exigibilidade do ISS:
Exigível em Aracaju

PRESTADOR DE SERVIÇOS

Razão Social:

LABORATORIO DE ANALISES CLINICAS BIOMED LTDA

Nome Fantasia:

BIOMED

CPF/CNPJ:

13.135.678/0002-04

Inscrição Municipal: 115413

Inscrição Estadual: isento

Simples Nacional:

Sim

Email:

apagar@laclide.com.br

Incentivador Cultural:

Fone/Fax:

(79) 3253-7200

Endereço:

Rua Bahia, 966 , Siqueira Campos - CEP: 49075-000 - Aracaju - SE

TOMADOR DE SERVIÇOS

Nome/Razão Social:

ANDRE DOS SANTOS

CPF/CNPJ:

845.759.995-04

Inscrição Municipal:

Inscrição Estadual:

Fone/Fax:

E-mail:

(79) 9974-2884

Endereço:

Rua Henrique Dias, 214 , Novo Paraíso - CEP: 49082-230 - Aracaju - SE

SERVIÇO PRESTADO

0403 - Hospitais, clínicas, laboratórios, sanatórios, manicômios, casas de saúde, prontos-socorros, ambulatórios e congêneres. CNAE: 8630502

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS

CONSULTA AO ORTOPEDISTA PARA O MESMO.

REtenções Federais

IHS (R\$)	COFINS (R\$)	INSS (R\$)	IR (R\$)	CSLL (R\$)	Outras Retenções (R\$)
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

VALORES

Valor dos Serviços (R\$)	Deduções (R\$)	Desconto Incondicionado (R\$)	Base de Cálculo (R\$)	Alíquota (%)
100,00	0,00	0,00	100,00	5,0000
ISS (R\$)	ISS Retido (R\$)	Desconto Condicionado (R\$)	Valor Líquido (R\$)	Valor Total da Nota (R\$)
5,00		0,00	100,00	100,00

OUTRAS INFORMAÇÕES

Optante do Simples Nacional.

Visualizado em: 05/02/2020 08:50:55
Para validação desta NFS-e acesse: <https://aracajuse.mepisx.com.br/externo/nfse/validar>
Esta NFS-e foi emitida com respaldo no Decreto nº 3.393 de 14 de março de 2011.

Nota: 2020000

00002309

Código Verificação:

8LZ4-7HB6



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: 0800-1596 / 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 SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

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

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

Pelo exposto, eu José Marinho de campos Lima Roberto

inscrito (a) no CPF/CNPJ 067.127.729 / 40, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

André dos Santos inscrito (a) no CPF sob o N° 845.759.995 / 04,

do sinistro de DPVAT cobertura invalidez da Vítima André dos Santos

inscrito (a) no CPF sob o N° 845.759.995 / 04, 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 Lider-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 Maynard</u>	Número:	<u>554</u>	Complemento:	<u>1 Andar</u>
Bairro:	<u>Sao José</u>	Cidade:	<u>Anacapri</u>	Estado:	<u>SE</u>
E-mail:				CEP:	<u>49015-380</u>
				Tel.(DDD):	<u>(79)3222-0817</u>

Local e Data: Anacapri-SE 07 Janeiro 2020

Assinatura do Declarante

NOME DO PACIENTE: Anotei os sint

DATA DA ENTRADA: 05/10/12/19

DATA DA SAÍDA: 22/10/12/19

Obs.: Dados obtidos mediante análise do prontuário, sem ter contato profissional com o paciente, isto é, a responsabilidade do atendimento cabe aos médicos que o assistiram.

INTERNAMENTO: PS ENFERMARIA UTI ()

HISTÓRICO CLÍNICO:

Paciente em consulta no HUSC VITIMA DE ACIDENTE
DE TRÂNSITO, PRESENTANDO FERIMENTO NA TECIDOS
MUSC ANALISADA ENTRE, O ATENDIMENTO CLÍNICO
FOU NO HOSPITAL

HISTÓRICO CIRÚRGICO:

/

EXAMES COMPLEMENTARES:

TESTES DE TUBERCULOSE: LEO D 2º CCP positivo

MÉDICOS ASSISTENTES:

Dr. Silvio C.V. Almeida 3971577

CONDIÇÕES DE ALTA: MELHORADO TRANSFERIDO () ÓBITO ()

ARACAJU, 24 de novembro de 2019

Dr. Silvio C.V. Almeida
SAMA / HUSC
CRM 2510

MS/DATASUS

HOSPITAL DE URGENCIAS DE SERGIPE - HUSE

No. DO BE: 63182
CNS:DATA: 06/10/2019 HORA: 18:09 USUARIO: CALIMA
SETOR: 05-ORTOPEDIA

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME : ANDRE DOS SANTOS
 IDADE.....: 35 ANOS NASC: 28/04/1984
 ENDERECO....: RUA HENRIQUE DIAS
 COMPLEMENTO...: 701203059054917 BAIRRO: NOVO PARAISO
 MUNICIPIO....: ARACAJU UF: SE CEP...: 49000-000
 NOME PAI/MAE.: FRANCISCO CARDOSO DOS SANTOS /MARIA ANITA SANTOS
 RESPONSAVEL...: O PROPRIO TEL....: 799976288
 PROCEDENCIA...: NOVO PARAISO
 ATENDIMENTO...: ACIDENTE MOTOCICLISTICO (MOTOS)
 CASO POLICIAL.: NAO PLANO DE SAUDE....: NAO TRAUMA: NAO
 ACID. TRABALHO: NAO VEIO DE AMBULANCIA: NAO

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

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

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

DADOS CLINICOS:

*Dois Mol. Usava Capacet. Pouco tempo Capacet ou dawa!
 Leto: Vomosgas - 8/12 horas desarranjo digestivo
 Dr. Tomado bono*

ANOTACOES DA ENFERMAGEM:

DIAGNOSTICO:

PRESCRICAO

*Dr. Maria Gómez Reis de Britto
 Ortopedico Traumatologista
 CRM: 22277 / TEOT 15697*

HORARIO DA MEDICACAO

*Do Dr. Gómez Reis de Britto 30g Esprinha t.b.
 Est. Solicito TC el Avançado Indicado e pronto*

DATA DA SAIDA: / /

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

HORA DA SAIDA: :

INTERNACAO NO PROPRIO HOSPITAL (SETOR):

[] EVASAO

[] DESISTENCIA.

TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):

OBITO: [] ATE 48HS [] APÓS 48HS [] FAMILIA [] IML [] ANAT. PATO

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSAVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

HUSE
 ELETROCARDIOGRAMA
 EXAME(S) REALIZADO(S)
 DATA: 06/10/19
 HORARIO: 18:09
 TÉCNICO: E.P.P.

*Tc de Joelho E sae**06.10.2019**Tec Moreira*

18.30.6102019
 TÉCNICO EM ENFERMAGEM



HOSPITAL DE URGÊNCIAS DE SERGIPE - HUSE
SERVIÇO DE ORTOPEDIA



LEITO:

// PRESCRIÇÃO MÉDICA

NOME	DNDRE DOS SANTOS	IDADE	35
DIAGNÓSTICOS	1.	Data:	07/01/10

#	PREScrição	HORÁRIOS
①	Dieta vo livre	SPD 10/01/10
②	sf 0.74. 1000ml W c 24h	11/01/10 - 10/02/10
③	Dipirona 200mg + 100mg DD W 6/6h	10/01/10 - 10/02/10
④	Furosem 100mg + 100mg SF W 8/24	10/01/10 - 10/02/10
⑤	Phosit long W 3/24 SOS	30/01/10 - 10/02/10
⑥	cloroxine 100mg SC 1x ao dia	08/01/10 - 09/01/10
⑦	Quinapril 40mg W 1x ao dia	08/01/10 - 09/01/10
⑧	Pre op	
⑨	SSWV + CCCGG	
10		
11		Dr. VICTOR VIEIRAS Médico CRM SE 5405
12		
13		
14		
15		
16		
17		
18		
19		
20		
21		
22		
23		
24		
25		



ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

Nome do Paciente:

Idade:

Sexo:

118

Matrícula:



Atend.
Nome
RG
Méd. Sol.
Convênio

2922098
ANDRE DOS SANTOS
1440598 / SSP-SE
WASHINGTON LUIZ SANTOS BATISTA JUNIOR
TABELA CEMICLIN

Senha
Data
Hora
Idade
Dt. Nasc.

FEX694B1
14/10/2019
09:27
35 anos
28/04/1984

RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DO JOELHO ESQUERDO

TÉCNICA DO EXAME:

Sequências multiplanares, ponderadas em T1 e T2.

RELATÓRIO:

Fratura avulsiva da espinha tibial, local da entese do ligamento cruzado anterior.

Alteração de sinal das fibras do ligamento cruzado anterior (edema, estiramento).

Fratura subcondral impactada em planalto tibial lateral, mais posterior, com tênue infradesnívelamento da superfície osteocondral.

Rotura longitudinal vertical periférica em corno posterior do menisco lateral (*zip lesion*).

Sinais de lesão parcial das fibras proximais do ligamento colateral medial.

Derrame articular, Hemartrose.

Edema de partes moles periarticulares.

Sinais de lesão do ligamento meniscofemoral (porção profunda do LCM).

O menisco medial está de contornos e sinais preservados.

Os ligamentos cruzado posterior e colateral fibular estão de morfologia, espessura e sinais conservados.

As cartilagens de revestimento na femorotibial estão de espessura e sinais habituais, não se individualizando áreas de erosões focais significativas no presente estudo.

Questionável tênue foco de condropatia em faceta lateral da patela.

O ligamento patelar apresenta-se de espessura e sinais preservados.

Os tendões do quadríceps e da pata de ganso estão de aspecto normal.

Ventres musculares analisados com sinais habituais.

Dr. JOÃO PAULO RIBEIRO LISBOA
CRM 2775
ASSINADO ELECTRONICAMENTE

Obs: O valor diagnóstico do presente exame só é válido quando correlacionado com dados clínicos e outros exames complementares.

Unidades Cemise

Cemise
Centro de Medicina Integrada de Sergipe
Rua Construtor João Alves, 228
São José - Aracaju/SE
29 3304.1000

Cemise
Ressonância Magnética e Tomografia Computadorizada
Rua Moacir Rabelo Leite, 138
São José - Aracaju/SE
29 3304.1010

cemise.com.br

[cemise](#)

[cemisemedicina](#)

Cemise Vida
Centro de Reprodução Humana
Rua Guilhermino Rezende, 238
São José - Aracaju/SE
29 3043.1015

NOS
Núcleo de Oncologia de Sergipe
Av. Pedro Valadares, 550
Groveru - Aracaju/SE
29 3301.3235

Cemiclin
Medicina Diagnóstica
Rua Bahia, 1175
Siqueira Campos - Aracaju/SE
29 3304.3050

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO DE RUA 1 440.593 2.711

DATA DE EXPEDIÇÃO 16/05/2016

NOME

ANDRÉ DOS SANTOS

PAIS/AVÓ

FRANCISCO CIRIGO DOS SANTOS

MARIA ANTÉ SANTOS

MATRIZ/AVÓ

EDMILSON

DOC. ONDE

CT. RISCIM. SP 563 LIV 501 F. 141V

CEP 05.290-000 OF. 6151

945.759.995-04

09/04/1964

DATA DE NASCIMENTO

28/04/1964

CARTERA DE IDENTIDADE

André dos Santos

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

PROCURAÇÃO PARTICULAR

Outorgante: (Dados do Beneficiário do Seguro DPVAT)

Nome: Andre dos Santos
Nacionalidade: Brasileiro Estado civil: Solteiro
Profissão: instalador
Identidade: 1440598 CPF: 022010055-16
Endereço: Rua Henrique Dias, nº 214
Bairro: novo Pará Cidade: Aracaju
Estado: Sergipe CEP: 49082-230

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:

Andre dos Santos

Local: Aracaju UF: SE Data: 11 de maio de 2018

8º OFÍCIO

A Andre dos Santos

Assinatura do Outorgante (Beneficiário)
(Reconhecer firma por autenticidade)

S Pierete

CARTÓRIO DO 8º OFÍCIO
TABELIÃO: DANIEL DE SOUZA

Reconheço por autenticidade a(s) firma(s) de:
Andre dos Santos *XXXXXXXXXXXXXX
Selo TJSE: 201829527103473
Acesso: <http://www.tjse.jus.br/x/6X0XJT>
Aracaju, 11/05/2018 09:11:44 20792
Cláudia Luana Soares Bettamio de Sousa - Escrivente Au
Emol.: R\$7,13 Selo: R\$0,00 FERD: R\$1,43 Total: R\$8,56

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0055037/20

Vítima: ANDRE DOS SANTOS

CPF: 845.759.995-04

CPF de: Próprio

Data do acidente: 06/10/2019

Titular do CPF: ANDRE DOS SANTOS

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovantes de despesas médicas
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

JOAO MARCELO DE CAMPOS LIMA ROBERTINA : 067.127.729-40

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

ANDRE DOS SANTOS : 845.759.995-04

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

O reembolso de despesas médico-hospitalares é de até R\$2.700,00. Esse valor varia conforme o total de despesas comprovadas, tomado por base os limites definidos pelas tabelas autorizadas pela Superintendência de Seguros Privados – SUSEP.

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 10/02/2020
Nome: JOAO MARCELO DE CAMPOS LIMA ROBERTINA
CPF: 067.127.729-40

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 10/02/2020
Nome: JOSE MARINO GOYA ARAUJO
CPF: 221.365.090-04

JOAO MARCELO DE CAMPOS LIMA ROBERTINA

JOSE MARINO GOYA ARAUJO