

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, 07 de Março de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190175574

Vítima: RODRIGO EUZEBIO DOS SANTOS

Data do Acidente: 12/11/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE MARCOS DE OLIVEIRA ROSA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), RODRIGO EUZEBIO DOS SANTOS

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



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, 07 de Março de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190175574

Vítima: RODRIGO EUZEBIO DOS SANTOS

Data do Acidente: 12/11/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE MARCOS DE OLIVEIRA ROSA

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), RODRIGO EUZEBIO DOS SANTOS

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Comprovante de residência incorreto(a), necessário verificar as informações e apresentar o documento com os dados corretos.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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, 25 de Abril de 2019

**Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3190175574**

Vítima: RODRIGO EUZEBIO DOS SANTOS

Data do Acidente: 12/11/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE MARCOS DE OLIVEIRA ROSA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), RODRIGO EUZEBIO DOS SANTOS

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 843,75

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

Graduação: Em grau leve 25%

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

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

Recebedor: RODRIGO EUZEBIO DOS SANTOS

Valor: R\$ 843,75

Banco: 237

Agência: 000003164-0

Conta: 0000027905-6

Tipo: CONTA CORRENTE

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

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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 com 16 ou 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

026.004.595-02

Nome completo da vítima

Rodrigo Eugênio dos Santos

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	CPF titular da conta	Profissão
Rodrigo Eugênio dos Santos	026.004.595-02	Tarevedor
Endereço	Número	Complemento
Av Getúlio Vargas Battista	02	Vila
Bairro	Cidade	Estado
Centro	Malhador	SE
Email	CEP	Telefone (DDD)
rodrigoeugenio@gmail.com	49.570-000	79.9918-9207

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"/> RECLUSO 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

NRO.

D/V

CONTA

NRO.

D/V

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

 CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO

Nome

Bradesco

NRO.

237

AGÊNCIA

NRO.

D/V

CONTA

NRO.

D/V

3164

0

27905

6

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

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

J. S. Salvo, 18 de 10 de 18

Local e Data

Rodrigo Eugênio dos Santos

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

2019
25 NOV 2019

DELEGACIA DE POLÍCIA DE MOITA BONITA

RUA ANTONIO JOSE SANTANA, CENTRO FONE:(0) (79)3453-1239

RPO - Registro Policial de Ocorrência 2018/06565.0-000240

DELEGACIA RESPONSÁVEL

Nome: DELEGACIA DE POLÍCIA DE MOITA BONITA

Endereço: RUA ANTONIO JOSE SANTANA, CENTRO FONE:(0) (79)3453-1239

FATO

Data e Hora do Fato: 12/11/2017 - 06:00 até 12/11/2017 - 06:00

Endereço: Número: Complemento: CEP: 49560-000

Bairro: POVOADO CANDEIAS Cidade: MOITA BONITA - SE Circunscrição: DELEGACIA DE POLÍCIA DE MOITA BONITA

Tipo de local: VEICULO Meio Empregado: OUTRO

VÍTIMA-NOTICIANTE

Nome: RODRIGO EUZÉBIO DOS SANTOS

Nome do pai: JOSÉ ELIVALDO DOS SANTOS Nome da mãe: JULIANA EUZÉBIO DOS SANTOS

Pessoa: Física CPF/CFC: 026.004.595-02 RG: 33024286 UF: SE Órgão expedidor:

Naturalidade: ITABAIANA Data de nascimento: 29/10/1993 Sexo: Masculino Cor da cutis: Parda

Profissão: TAXISTA Estado civil: Solteiro Grau de instrução: 2º Grau Incompleto

Endereço: AVENIDA GOVERNADOR LOURIVAL BAPTISTA Número: 20 Complemento:

CEP: 49.550-000 Bairro: CENTRO Cidade: MALHADOR UF: SE

Proximidades: Telefone: 79 9 9885-4439

HISTÓRICO

Relata o noticiante que na data e hora acima informada, estava retornando de uma festa na cidade de São Miguel do Aleixo, em companhia dos amigos, WENDELL DA PAIXÃO CUNHA e ANDREW BARBOSA, estando todos no veículo do pai do noticiante, HONDA CITY LX FLEX, ANO 2010, PLACA POLICIAL IAM-8052, CHASSI: 93HGM2520AZ127600, na ocasião, conduzido por WENDELL, sendo que nas proximidades do povoado Candeias, ele perdeu o controle do veículo, vindo o mesmo a capotar na rodovia. Que no acidente, WENDELL faleceu no local, e o noticiante teve lesão no joelho esquerdo, além de escoriações, enquanto que ANDREW teve um corte na cabeça e lesões pelo corpo. Que diante do exposto registra o fato.

Data e hora da comunicação: 25/09/2018 às 10:44

Última Alteração: 25/09/2018 às 10:40

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 - delação, de um a seis meses, ou multa.

Rodrigo Euzebio dos Santos
RODRIGO EUZÉBIO DOS SANTOS
Responsável pela comunicação

Firmino Correia de Oliveira Neto
Firmino Correia de Oliveira Neto
Responsável pelo preenchimento

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

Rodrigo Eugênio dos Santos

CPF da Vítima

026.004.595-02

Data do Acidente

12.11.2017

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

Email

CPF do Representante legal

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 Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

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

N.º Grau de Cuidado: 18 de 10 de 18
Local e Data

Rodrigo Eugênio dos Santos

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

RELATÓRIO 01076 / 2018 REFERENTE À OCORRÊNCIA

NÚMERO: 1711120099 / ESUS – SAMU

O SAMU 192 SERGIPE foi acionado às 05h33min do dia 12 de Novembro de 2017, para atendimento de vítima identificada como **Rodrigo Euzebio dos Santos**, com relato de **capotamento de carro**, no Povoado Candeias, no município de Moita Bonita.

A equipe da Unidade de Suporte Básico – Itabaiana realizou atendimento no local, seguido de remoção para o Hospital Regional do município de Itabaiana, onde deixou o paciente aos cuidados da equipe.

Aracaju, 25 de Julho de 2018

Dra. Anaclá Lenir Bustos Paiva Neto
Coordenadora da Regulação Médica
SAMU 192 Sergipe
CRM/SE 4554

Tiemi Sayuri Menezes Oki Fontes

Coordenadora Médica

SAMU 192 SERGIPE

BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA: 28/03/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: RODRIGO EUZEBIO DOS SANTOS

BANCO: 237

AGÊNCIA: 03164-0

CONTA: 000000027905-6

Nr. Autenticação

BRADESCO2803201905000000000237031640000002790584375 PAGO

DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda-via de conta.

Bolígrafo para sempre pagamento da nota fiscal contra da energia elétrica - N° 010.824.579

27 FEVEREIRO 2019



ENERGISA SERTÃOZINHO LTDA ME

ENERGISA SERGIPE-DISTRIBUÍDORA SA

Rua Min Apolinário Sales, 81 - Inácio Barbosa

Araçaju / SE - CEP 49040-150

CNPJ 13.817.462/0001-63 Insc Est 278.787.436

DADOS DO CLIENTE

JOSE MARCOS DE OLIVEIRA ROSA
RUA DOS SILOS 0217 CASA A
NOSSA SENHORA DA GLÓRIA

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

3/912787-9

REFERÊNCIA

FEV/2019

APRESENTAÇÃO

07/02/2019

CONSUMO

120

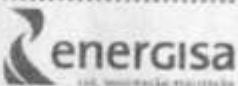
VENCIMENTO

14/02/2019

TOTAL A PAGAR

R\$ 99,53

Acesse: www.energisa.com.br



JOSE MARCOS DE OLIVEIRA ROSA

Roteiro: 05-430-340-7391

CONTA PAGA - Data de Pagamento: 20/02/2019

VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR	MATRÍCULA
14/02/2019	R\$ 99,53	912787-2019-02-5

DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segundaria de conta.

Billet para simples pagamento na rede fidelizada da energia elétrica - Nº 011.386.305.

15 MAR 2019



ENERGISA SERGIPE-CRISTAL ENERGIA SA
Rua Min. Apolônio Sales, 81 - Início Barreiros
Aracaju / SE - CEP 49045-150
CNPJ 13.617.482/0001-43 - Ins. Est. 270.767.436

DADOS DO CLIENTE

JULIANA EUZÉBIO DOS SANTOS
AV GOV JOURNAL BATISTA 0020
MALHADOR

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

3/135385-3

REFERÊNCIA	APRESENTAÇÃO	CONSUMO	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
FEV/2019	27/02/2019	225	08/03/2019	R\$ 190,21

Acesse: www.energisa.com.br



PESQUE AQUI

JULIANA EUZÉBIO DOS SANTOS

Roteiro: 16-100-145-4120

83610000001-4 90210049000-9 01353852019-1 02700100019-2



VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR	MATRÍCULA
08/03/2019	R\$ 190,21	135385-2019-02-7



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

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAE².

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e reseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 6.135/70.

Pelo exposto, eu jose marcos l.o. Reis inscrito (a) no CPF/CNPJ 020.003.675/00, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Rodrigo Eugenio dos Santos inscrito (a) no CPF sob o Nº 026.004.535/02, do sinistro de DPVAT cobertura limpalux da Vítima Rodrigo Eugenio dos Santos inscrito (a) no CPF sob o Nº 026.004.535/02, 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 no cancelamento imediato desse ato e na responsabilidade

Endereço	Rua dos Sinos	Número	217	Complemento	Santana		
Bairro	Brasília	Cidade	IV. Sra. Da Cunha	Estado	SE	CEP	49.680-000
Email	marcosdiegofaria@gmail.com	Telefone comercial(DDD)	49.99189207	Telefone celular (DDD)	49.99252568		

N. Sra. Do Céu, 18 de 30 de 18
Local e Data

Local e Data

Assinatura do Declarante

AMAIABATI DO JORNAL 2010 05 NOV 2010

DATASUS

HOSPITAL REG DR PEDRO GARCIA MORENO

DO BE: 477096

DATA: 12/11/2017 HORA: 07:04 USUARIO: ATACOQUEIRA
SETOR: 05-SUTURA

NAME : RODRIGO EUZEBIO DOS SANTOS
IDADE....: 24 ANOS NASC: 29/10/1993
ENDERECO...: RUA FRANCISCO OLIVEIRA
COMPLEMENTO...: CASA BAIRRO: CENTRO
MUNICIPIO...: ITABAIANA UF: SE CEP...: 49500-000
NAME PAI/MAE.: JOSE ELIVALDO DOS SANTOS /JULIANA EUZEBIO DOS SANTOS
NSAVEL...: O AMIGO TEL...: 07998607492
PROCEDENCIA...: ITABAIANA - CENTRO - SE
ATENDIMENTO...: ACIDENTE AUTOMOBILISTICO
CASO POLICIAL.: NAO PLANO DE SAUDE....: NAO TRAUMA: NAO
ACID. TRABALHO: NAO VEIO DE AMBULANCIA: NAO

DOC...: 33024286
SEXO..: MASCULINO
NUMERO: 3961

CEP...: 49500-000
TEL...: 07998607492

TRAUMA: NAO

AMES COMPLEMENTARES: [X] RAIO X [] SANGUE [] URINA [] TC
[] LÍQUOR [] ECG [] ULTRASSONOGRAFIA

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

S CLINICOS:

DATA PRIMEIROS SINTOMAS:

Paciente vítima de acidente de carro. Vaga desvitalizada na esquerda.
PQD: Dr. D. Ex da pélvis relatado pelo SAMU. Aspecto de bacia.
ANOTACOES DA ENFERMAGEM:
Paciente diariamente presente hematoma.

AGNOSTICO:

CID:

PRESRICAO

HORARIO DA MEDICACAO

(Lesão anterior à pélvis - lesão cruzada posterior)
Dipirona 5g. Staff 400 mg iv 7:30 h. Sust. infusao
colar redutor da luxação da pélvis
P de antibio.

Dr. Rodrigo Pires S. Lima
Cirurgia Geral
CRM-SE 5200

SAIDA:

HORA DA SAIDA:

[] DECISAO MEDICA [] A PEDIR [] EVISAO [] DESISTENCA
[] ENCAMINHADO AO AMBULATORIO

[] DESISTENCA

TRANSFERENCIA NO PROPRIO HOSPITAL (SETOR):

TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):

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

[] FAMILIA [] IML [] ANAT. FATO

Anthony Lino Lino Santos Barbosa

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSAVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

Alta da Ag. 09/11/2017
Loco Ortopedia

Dr. Rodrigo Pires S. Lima
Cirurgia Geral
CRM-SE 5200

650
646
Dr. Rodrigo P. S. Lima
CRM-SE 5200

HOSPITAL REGIONAL DE ITABAIANA

Dr. PEDRO GARCIA MORENO FILHO

UP: PRONTO SOCORRO

ACOLHIMENTO & CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Identificação do Paciente

Nome:

Data de Nascimento:

Tempo de Espera

04 Horas (Ambulatório)

Até 50 minutos (Emergência)

Imediato (Emergência)

Busca espontânea

Gestante

SAMU

Acidente de trabalho

Encaminhamento

Ambulância

Corpo de Bombeiro

Duração da Queixa:

DM

Cardiopatias

HAS

Iguda

Enlistia

Tabagista

Crônica

Uso de Medicação:

Não

Sim

Qual:

História Pregressa:

Não

Sim

Outras:

Sinais Vitais:

Escala de Coma e Glasgow:

FC (bpm)	FR (rpm)	SPO2 (%)	Tax (°C)	PA (mmHg)	GLC (mG/dL)	Peso (Kg)	Abertura Ocular	Resposta Verbal	Resposta Motoria	TOTAL

Sistema Nervoso

Sistema Respiratório

Sistema Cardiovascular

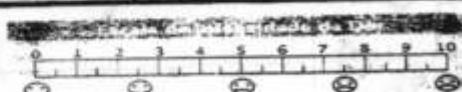
Consciente	Inconsciente	Eufílico	Tosse	Normocárdico	Hipotensivo
Orientado	Desorientado	Ortopneia	Hemoptise	Hipertensivo	Hipertensivo
Confuso	Confuso	Taquipneico	Secreção	Dor Torácica	Bradicárdico
Tontura	Náusea	Tir. Intercostal	Tir. Subcostal	Angúria	Precordialgia
Isocoria	Midriase	Dispneico	Bradipneico	P. Ritmico	P. Arritmico
Anisocoria	Miose			Taquicárdico	

S. Gastrointestinal

Sistema Geniturinário

Sistema Endoarticular

Flacidez	Hemorrémeze	Anúria	Micturíria	C/Sedimentos	Artralgia	Atrofia
Glaucozo	Melena	Colúria	Hemaniria	Giordano	Cervicalgia	Lombalgia
Emese	Constipação	Oligúria	Polaciúria		Espasmos	Câimbra
Pirose		Disúria	Priapismo		Hemiparesia	Hemiplegia
Diarreia		Bexigoma	Impido e Claro		Paraplegia	
Rígido		Diurese Concentrada	+		Susp. Fratura/Qual?	



Especialidade:

Clinico

Cirúrgico

Pediátrico

Oriopédico

Enfermagem

Classificação de Risco

Vermelho

Laranja

Amarelo

Verde

Verde

Hora da Classificação:

Carimbo e Assinatura do Enfermeiro

Data/Hora

Evolução de Enfermagem

ORTOPÉDICO

Paciente vítima de queda por acidente do crânio, apresentando luxação do queixo (P). Fissuras distais simétricas (mediana e tibia posterior) (P). Anotação de Enfermagem

Data/Hora

led = Reduzida Incurvada
Imobilizada

Dr. Mário Henrique Sá Seabra
Médico - CRM SE 5109



Clinica & Hospital

Paciente : RODRIGO EUZEBIO DOS SANTOS
 Convênio : AMB - ITABAIANA
 Protocolo: 1251074 / 1

Idade : 24 anos
 Página: 1
 Data : 16/12/2017

RM (EXTREMIDADE) SEM CONTRASTE

RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DO JOELHO ESQUERDO

Técnica: Exame realizado em aparelho de 1,5 T, com aquisições multiplanares com ponderação T1, T2, GRE e DP, com e sem saturação de gordura.

Relatório:

Pequeno derrame articular.

Meniscos com aspecto preservado.

Edema / impactação óssea / microfratura na porção anterior do côndilo femoral medial. Discreto edema subcondral posterior no planalto tibial medial. Achados relacionados a mecanismo de lesão ligamentar.

Rotura praticamente completa na porção central do ligamento cruzado anterior.

Rotura parcial extensa na porção proximal e central do ligamento cruzado posterior, menos evidente que a lesão do cruzado anterior.

Afilamento importante indicando lesão parcial extensa na porção proximal do ligamento colateral lateral, com edema periligamentar. Achados semelhantes no tendão popliteo proximal, adjacente.

Lesão de espessura parcial, na porção proximal do ligamento colateral medial, notadamente posterior, com edema periligamentar.

Demais estruturas do canto pôsterolateral sem alterações.

Patela com situação habitual, sem sinais de subluxação ou inclinação lateral.

Fissura condral profunda no fundo / faceta medial da tróclea, sem alterações subcondrais.

Tendão do quadriceps e patelar sem alterações significativas.

Atenciosamente,

Drª. ARIANA CARLA VERAS LINS
 CRM: 2720/SE

Paciente : RODRIGO EUZEBIO DOS SANTOS

Idade : 24 anos

Convênio : AMB - ITABAIANA

Página: 2

Protocolo: 1251074 / 1

Data : 16/12/2017

*Clinica & Hospital***RM (EXTREMIDADE) SEM CONTRASTE**

Alteração de sinal e edema periligamentar na porção mais distal do retináculo medial da patela indicando lesão intersticial.

Estiramento dos gastrocnemios.

Mínimo edema peritendíneo no trajeto da pata de ganso.

Não há evidências de formações com efeito expansivo no segmento analisado.

Líquido laminar no recesso gastrocnemio medial / semimembranoso.

Edema de subcutâneo.

Feixes neurovasculares sem alterações.



Atenciosamente,

Dr^a. ARIANA CARLA VERAS LINS
CRM: 2720/SE

PREFEITURA MUNICIPAL DE SAÚDE

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE PADRE ANTÔNIO RESENDE DE SOUZA

Rodrigo Gomes dos Santos

Relatório

Presente scimus fui intitular
de Unidade Básica de Saúde
12 de Novembro de 2014 (em anexo).

e apresentar: Rodolfo profundo e ex-
plorando os planos frontal da base do crânio
anterior e posteriores e laterais no processo per-
tineo e central da ligamenta cervical posterior.

A fibração imposta pelo processo basi-
cristal estende-se por todo o processo paracristal da ligamenta
celo da base em espessura paracristal.
separando, no dorso, as apófises processuais
adjaçente. Fazendo de permanecer paralelas no
processo paracristal da ligamenta celo da base medial
medialmente ao dorso, em direção paracristal
por - Dentes e dentina sem alterações
grossas e profundas no fundo

apartado medial da base, seu alargamento sub-
cervical. Fundo de quadrigono e paralelo ao dorso.
Rogamos o nome do enfermeiro. Eleu
em auxílio desses, nascendo no dorso

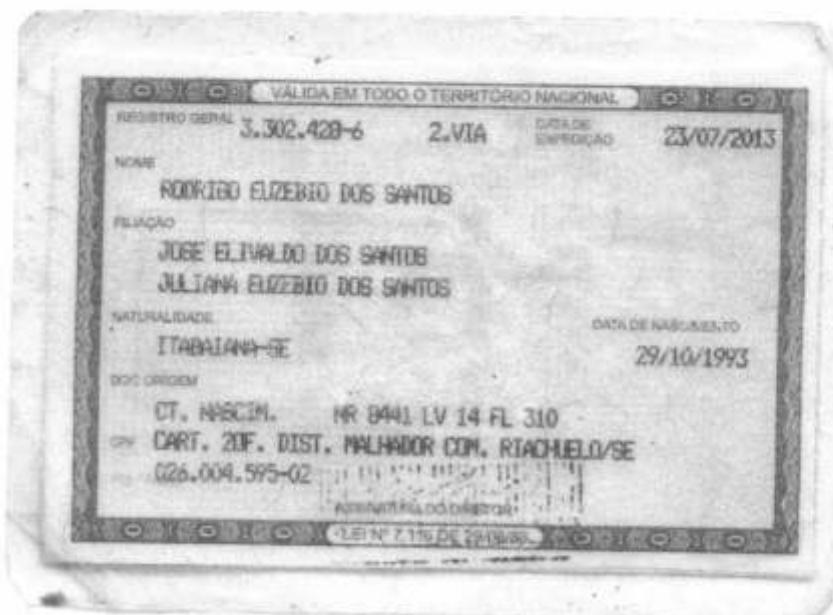
Avenida Walter Franco, SN - Centro - Malhador/SE - CEP 49570.000

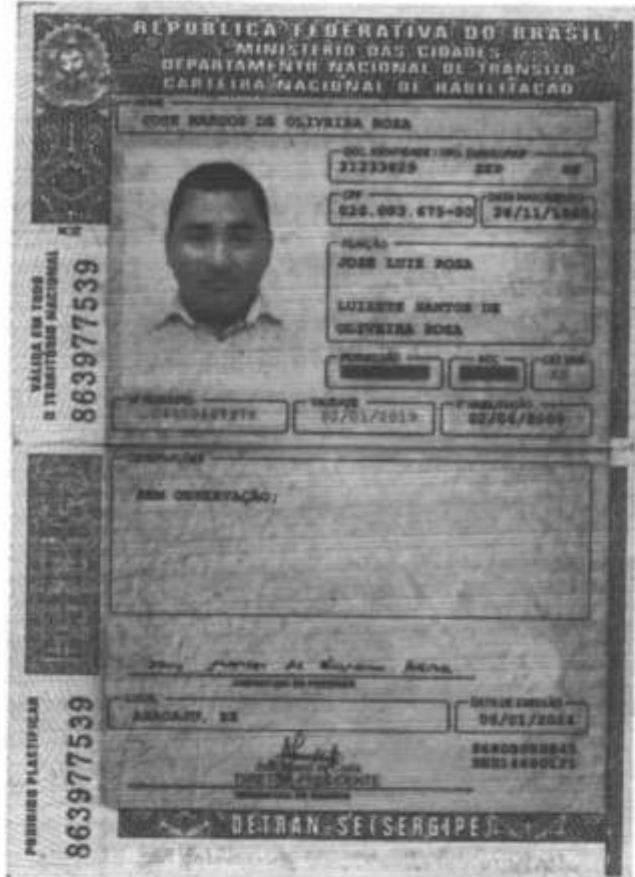
CNPJ N° 31.104.757/0901-77
FONE/FAX(79)3441690

Assessoria em Atletismo

Mel (B0119)

15 NOV 2010





65 NOV 2010

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN-SE

DETAN-SE

N-012161706600

LS:84470093487

CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO

PLA COD. REGR. VEH. TINIC
1 00209580907 00000000000

JOSE ELIVALDO DOS SANTOS
AV. LOURIVAL BATISTA, 20
CENTRO
49370000 - MACHADUR-SE

107.747.172-08 PLACA
LAMB052

NOME ANTERIOR:

PRO. COMERCIAL DE VEÍCULOS E LTA.

PLACA ANTIGUA CHASSI

LAMB052/SE 93H0M25Z0A2127800

ESPECIE TIPO

COMBUSTIVEL

PAS/AUTOMÓVEL/

ALCO/ GASOL

MARCA/ MODELO

ANO FAB/ ANO MOD

HONDA/CITY LX FLEX

2010/2010

CAPACITAC

CATEGORIA

COR PREDOMINANTE

SP/116CV/1496

PARTIC

CINZA

OBSEVAÇÕES:

AL. FIDELIS - BANCO X LAUCHRO S.A.

MACHADUR-SE

DATA

27/10/2015

LEIAO SINDR DA MTA/NETO

(SEU) PRECÁRIO

Solicitação de Ré - Análise

Eu: Rodrigo Euzebio Dos Santos portador do RG : 3302428-6 CPF : 026.004.595-02 residente na Avenida Lourival Batista Nº 20 Bairro : Centro Cidade: Malhador -SE, Cep: 49570-000 venho pelo presente instrumento, solicitar aos senhores que seja marcado uma Pericia médica para o meu processo ,pois não foi liberado nada para as lesões que mim encontro ,envie relatório médico que comprovam as lesões que foram **FRATURA EM JOELHO ESQUERDO** sinto muitas dores horríveis não trabalho não consigo andar direito fico a merecer dos outros por isso peço encarecidamente que marquem com urgência uma pericia para que o perito verifique e comprove o que aqui descrevo.

Certo de contar com vossa compreensão ,agradeço desde já.

NOSSA SENHORA DA GLÓRIA-SE 21/01/2019

Rodrigo Euzebio dos Santos

RODRIGO EUZEBIO DOS SANTOS

TESTEMUHAS:

Galdilide D. feso

maria Debora Santos Costa Oliveira

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190175574 **Cidade:** Moita Bonita **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: RODRIGO EUZEBIO DOS SANTOS **Data do acidente:** 12/11/2017 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 22/03/2019

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: LUXAÇÃO DO JOELHO ESQUERDO COM LESÃO LIGAMENTAR.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR.
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO JOELHO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO JOELHO ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações:

DANOS

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

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

Por este instrumento particular, eu (nome completo) Rodrigo Engelin do Santu,
 (nacionalidade) Brasileiro, (profissão) Mecânico, portador da cédula
 de identidade RG nº 3.352.428-6, emitido pela SSP / (UF) SE,
 inscrito sob o CPF nº 026.024.595-02, residente na (endereço
 completo) Fazenda Lourival Batista, na cidade de
Malhador, (UF) SE, CEP 49570-000, nomeio e
 constituo meu procurador, (nome do representante) José Francisco de Souza
 (nacionalidade) Brasileiro, (profissão) Computador, portador da cédula
 de identidade RG nº 21233829, emitido pela SSP / (UF) SE,
 inscrito sob o CPF nº 020.003.675-00, residente na (endereço
 completo) Rua Dos Sulus, na cidade de
N. Gr. da Cunha, (UF) SE, CEP 99.680-000, 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) Rodrigo Engelin do Santu
 junto à **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT**.

(local e data) Malhador 03/10/2018

(assinatura) Rodrigo Engelin do Santu

(RG) 3.302.408-6

CARTÓRIO DO 1º OFÍCIO / MALHADOR - SE	
Ailton Passos de Oliveira <input type="checkbox"/> Tabelião Titular <input checked="" type="checkbox"/> Elizabeth Gomes Escrivente	Reconheço a Firma por Autenticidade de: <u>Rodrigo Engelin do Santu</u> Em Test ^o (<input type="checkbox"/>) dou fe da verdade <u>03/10/18</u> Data <u>Assinatura</u> Selo Digital de Fiscalização - Tribunal de Justiça de Sergipe. SELO TJSE: <u>201829619005592</u> <u>www.tjse.jus.br/1YMYX8J</u>

OBS: (a assinatura deve ser reconhecida por AUTENTICIDADE)

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0072051/19

Número do Sinistro: 3190175574

Vítima: RODRIGO EUZEBIO DOS SANTOS

CPF: 026.004.595-02

CPF de: Próprio

Data do acidente: 12/11/2017

Titular do CPF: RODRIGO EUZEBIO DOS SANTOS

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

RODRIGO EUZEBIO DOS SANTOS : 026.004.595-02

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: 15/03/2019
Nome: JOSE MARCOS DE OLIVEIRA ROSA
CPF: 020.003.675-00

JOSE MARCOS DE OLIVEIRA ROSA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 15/03/2019
Nome: RODRIGO SILVEIRA DE OLIVEIRA
CPF: 011.995.625-05

RODRIGO SILVEIRA DE OLIVEIRA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190175574 **Cidade:** Moita Bonita **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: RODRIGO EUZEBIO DOS SANTOS **Data do acidente:** 12/11/2017 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 22/03/2019

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: LUXAÇÃO DO JOELHO ESQUERDO COM LESÃO LIGAMENTAR.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR.
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO JOELHO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO JOELHO ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações:

DANOS

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