
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

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



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, retorne 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



05 NOV 2018



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 Luiz dos Santos

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

| | | | | | | | |
|---------------|----------------------------|--------|----------------------|----------------|-------------|-----------|------------|
| Nome completo | Rodrigo Luiz dos Santos | | CPF titular da conta | 026.004.595-02 | Profissão | Carreador | |
| Endereço | AV. Gd. Senatorial Batista | | Número | 02 | Complemento | Caba | |
| Bairro | Centro | Cidade | Malhada | Estado | SE | CEP | 49.570-000 |
| Email | marcelodegloria@gmail.com | | Telefone (DDD) | 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"/> RECUSO INFORMAR <input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00 | | <input type="checkbox"/> SEM RENDA <input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00 | | <input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00 <input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00 | | <input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00 <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00 | |
| <input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) <input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAU (341) <input type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104) | | | | <input checked="" type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos) | | | |
| AGÊNCIA NRO. <input type="text"/> D/V <input type="text"/> (Informar dígito se existir) | | CONTA NRO. <input type="text"/> D/V <input type="text"/> (Informar dígito se existir) | | BANCO Nome <input type="text"/> NRO. <input type="text"/> | | AGÊNCIA NRO. <input type="text"/> D/V <input type="text"/> (Informar dígito se existir) | |
| <input type="text"/> <input type="text"/> | | <input type="text"/> <input type="text"/> | | <input type="text"/> <input type="text"/> | | <input type="text"/> <input type="text"/> | |
| <input type="text"/> <input type="text"/> | | <input type="text"/> <input type="text"/> | | <input type="text"/> <input type="text"/> | | <input type="text"/> <input type="text"/> | |

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.

M. So. da Silva, 18 de 10 de 18
Local e Data

8 Rodrigo Luiz dos Santos

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



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

POLÍCIA ON-LINE



DELEGACIA DE POLÍCIA DE MOITA BONITA

RUA ANTONIO JOSE SANTANA, CENTRO FONE: (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: (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/CGC: 026.004.595-02 RG: 33024286 UF: SE Órgão expedidor:

Naturalidade: ITABAIANA Data de nascimento: 29/10/1993 Sexo: Masculino Cor da cútils: 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 - detenção, de um a seis meses, ou multa.

Rodrigo Euzébio 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

CPF do Representante legal

Email

Telefone (DDD)

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

Assinalar uma das opções abaixo:

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

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

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

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

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

N. Graça Celoria, 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

Dr. Anderson Leal Bastos Paiva Neto
Serviço de 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

BRADESCO280320190500000000002370316400000002790584375 PAGO

65 NOV 2018



SEIJE: Rua Campo de Brito, 335, 13 de Julho, Aracaju-SE, 49020-000
 CNPJ: 13.018.171/0001-90 - INSC. EST. 27.091.000-2

FATURA MENSAL

Matricula

258556.0

JOSE ELIVALDO DOS SANTOS

AV GOV LOURIVAL BATISTA, 20, MALHADOR, 49570-000

113008/00053

Classe de Lecture

0399999801

RES: 1

| | |
|------------------------------|----------|
| Leil. Anterior | 5849 |
| Leil. Atual | 5849 |
| Correção Faturado (483) | 10 |
| Multa de consumo (483) | 10 |
| Competência de Leitura | 30/09/16 |
| Data da Leil. Anterior | 18/08/16 |
| Data de Consumo | 30 |
| Multa diária (483) | 0,03 |
| Previdência para Prox. Leil. | 17/08/16 |

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

AGUA
ESGOTO

| | |
|--------|-------|
| Value: | 35,64 |
| | 0,00 |

07/2018

VENCIMENTO: 25/07/2018

| | |
|-------------------|-------|
| TOTAL A PAGAR RIB | 35.64 |
|-------------------|-------|

INFORMAMOS AOS SEUS USUÁRIOS, QUE O MANUAL DE SERVIÇOS DA DESO, ESTÁ DISPONÍVEL NO NOSSO ENDEREÇO ELETRÔNICO: WWW.DESO-DE.COM.BR

A falta de pagamento dessa fatura 30 (trinta) dias após seu vencimento implicará na interrupção do fornecimento de serviços - art 21, Decreto Lei nº 27.668/2014.

CANAL DE ATENDIMENTO: 0800 079 0195 – SAC: 4020-0195
AGÊNCIA VIRTUAL: www.desp-sa.com.br/agenciavirtual

Qualidade da Água Distribuída (Decreto Federal nº 5.440/2005 – Art.5º inciso I)

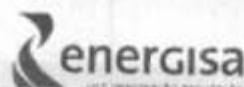
| Parâmetro | Turbidez | Cor | Cloro | Fólor | Coliformes Totais | Bactérias Tot |
|--|----------|-----|-------|-------|-------------------|---------------|
| Nº litrino de Amostras Exigidas | 20 | 10 | 20 | | 20 | |
| Nº de Amostras Antecipadas | 18 | 18 | 18 | | 18 | 18 |
| 1º litrino de Amostras em Conformidade com Portaria 291/2001 | 18 | 17 | 18 | | 18 | 18 |

1994-1995

Ergonomics 2006, 49, 1069–1080

DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

27 FEV 2019



Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda-via de conta.

Bolão para sempre pagamento da nota fiscal/conta de energia elétrica. Nº 010.824.579

ENERGISA SERGIPE-DISTRIB. ENERGIA SA
Rua Min Apolônio Sales, 81 - Inácio Barbosa
Aracaju / SE - CEP 49045-100
CNPJ 13.817.462/0001-63 Insc.Est. 270.787.438

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

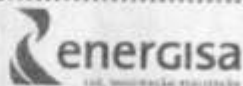
VENCIMENTO

14/02/2019

TOTAL A PAGAR

R\$ 99,53

Acesse: www.energisa.com.br



DETENHA AQUI

JOSE MARCOS DE OLIVEIRA ROSA

Roteiro: 05-430-340-7391

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

VENCIMENTO

14/02/2019

TOTAL A PAGAR

R\$ 99,53

MATRÍCULA

912787-2019-02-3

DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

15 MAR 2019



Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda via de conta.

Boleto para depósito pagamento da nota fiscalizada de energia elétrica. Nº 011.386.305

ENERGISA SERGIPE DISTRIB. ENERGIA SA
Rua Min Apolinário Sales, 81 - Inácio Barbosa
Aracaju / SE - CEP 49040-190
CNPJ 13.817.462/0001-43 Insc. Est. 270.767.438

DADOS DO CLIENTE

JULIANA EUZEBIO DOS SANTOS
AV GOV LOURIVAL BATISTA 0020
MALHADOR

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

3/135385-3

REFERÊNCIA

FEV/2019

APRESENTAÇÃO

27/02/2019

CONSUMO

225

VENCIMENTO

08/03/2019

TOTAL A PAGAR

R\$ 190,21

Acesse: www.energisa.com.br



DETACHE AQUI

JULIANA EUZEBIO DOS SANTOS

Roteiro: 18-100-145-4120

83610000001-4 902100490000-9 01353852019-1 02700100019-2

VENCIMENTO

08/03/2019

TOTAL A PAGAR

R\$ 190,21

MATRÍCULA

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/biblioteca/web/docoriginal.aspx?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

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

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

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu João Marcos D.O. Rosa inscrito (a) no CPF/CNPJ 020.003.675/00, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Rodrigo Eugênio Dos Santos inscrito (a) no CPF sob o Nº 026.004.535/02, do sinistro de DPVAT cobertura Limboaludiz da Vítima Rodrigo Eugênio 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 na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

| | | | |
|--|-----------------------------------|---|---|
| Endereço <u>Rua Dos Silveiros</u> | | Número <u>217</u> | Complemento <u>Santana</u> |
| Bairro <u>Brasília</u> | Cidade <u>N. Sr. Da Curoia</u> | Estado <u>SE</u> | CEP <u>49.680-000</u> |
| Email <u>marcosdegloria@gmail.com</u> | | Telefone comercial (DDD) <u>29.9918 9207</u> | Telefone celular (DDD) <u>29.9925 2568</u> |

N. Sr. Da Curoia, 18 de JO de 18
Local e Data

Assinatura do Declarante

AMAIABATI 90 17/10/2017 05 NOV 2018

DATASUS

HOSPITAL REG DR PEDRO GARCIA MORENO

DO BE: 477090

DATA: 12/11/2017

HORA: 07:04

USUARIO: ATANOCUEIRA

RS:

SETOR: 05-SUTURA

NOME : RODRIGO EUZEBIO DOS SANTOS DOC....: 33024286
 IDADE.....: 24 ANOS NASC: 29/10/1993 SEXO...: MASCULINO
 ENDEREÇO.....: RUA FRANCISCO OLIVEIRA NUMERO: 3961
 COMPLEMENTO....: CASA BAIRRO: CENTRO
 MUNICIPIO.....: ITABAIANA UF: SE CEP....: 49500-000
 NOME PAI/MAE...: JOSE ELIVALDO DOS SANTOS /JULIANA EUZEBIO DOS SANTOS
 CONSAVEL....: O AMIGO TEL....: 0799860742
 PROCEDENCIA....: ITABAIANA - CENTRO - SE
 ATENDIMENTO....: ACIDENTE AUTOMOBILISTICO
 CASO POLICIAL..: NAO PLANO DE SAUDE.....: NAO TRAUMA: NAO
 ACID. TRABALHO: NAO VEIO DE AMBULANCIA: NAO

EXAMES COMPLEMENTARES: ☒ RAIO X ☐ SANGUE ☐ URINA ☐ TC
☐ LIQUOR ☐ ECG ☐ ULTRASSONOGRAFIA

SUSPEITA DE VIOLENCIA OU MAUS TRATOS: ☐ SIM ☐ NAO

EXAMES CLINICOS: DATA PRIMEIROS SINTOMAS: / /

Paciente vítima de acidente de carro. Nega consumo de drogas.
 ABCD = A. Ex de joelho / relatado pelo SAMU. Aspecto de luxação.

ANOTAÇÕES DA ENFERMAGEM:
 Fica distal produzindo hematomas.

DIAGNOSTICO: CID:

PRESCRIÇÃO | HORARIO DA MEDICAÇÃO

Ex (luxação anterior de joelho - lesão cruzada posterior)
 Dupla Injeção de Analg. 7:30h Sur: Nefes
 Colar redução de luxação de joelho
 Ex de curativo.

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

SAÍDA: HORA DA SAÍDA:

☐ DECISÃO MÉDICA ☐ A. DEBIL ☐ EVASÃO ☐ DESISTÊNCIA
☐ ENCAMINHADO AO AMBULATORIO

INTERNAÇÃO NO PRÓPRIO HOSPITAL (SETOR):

TRANSFERÊNCIA (UNIDADE DE SAÚDE):
 OBITO: ☐ ATE 48HS ☐ APOS 48HS ☐ FAMÍLIA ☐ IML ☐ ANAT. PATO

Assinatura do Paciente/Responsável

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO

Anthony Vinício Santos Barbosa
 Alta de G. G.
 Lucio Oliveira

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

RX
 650
 646
 Dr. Rodrigo Pires S. Lima
 Cirurgia Geral
 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 (Urgência) Imediato (Emergência)

Busca espontânea

Gestante

SAMU

Acidente de trabalho

Encaminhamento

Ambulância

Corpo de Bombeiros

Duração da Queixa:

Iguda
Crônica

História Progressiva:

DM Cardíopatia HAS
Etilista Tabagista

Uso de Medicação:

Não Sim

Qual:

Alergias:

Não Sim

Qual:

Sinais Vitais:

Escala de Coma e Glasgow:

| FC (bpm) | FR (rpm) | SP02 (%) | Tem °C | PA (mmHg) | GLC (mg/dL) | Peso (Kg) | Abertura Ocular | Resposta Verbal | Resposta Motora | TOTAL |
|----------|----------|----------|--------|-----------|-------------|-----------|-----------------|-----------------|-----------------|-------|
| | | | | | | | | | | |

Sistema Nervoso

Consciente Inconsciente
Orientado Desorientado
Lúcido Confuso
Torção Náusea
Isocoria Midríase
Anisocoria Miose

Sistema Respiratório

Eupneico Tosse
Oripnéia Hemoptise
Taquipneico Secreção
Tir. Intercosta Tir. Subcostal
Dispneico Bradipneico

Sistema Cardiovascular

Normocárdico Hipotensão
Hipertensão Não palpável
Dor Torácica Bradicárdico
Angina Precordialgia
P. Rítmico P. Arritmico
Taquicárdico

S. Gastrointestinal

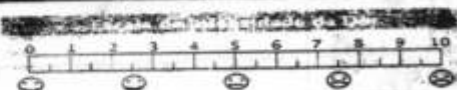
Flacidez Hematêmese
Glóbulo Melena
Êmese Constipação
Pirose
Diarreia
Rígido

Sistema Geniturinário

Anúria Micúria C/Sedimentos
Colúria Hematúria Giordano
Oligúria Polaciúria
Disúria Priapismo
Bexigoma Limpido e Claro
Diurese Concentrada +

Sistema Osteoarticular

Artroalgia Atrofia
Cervicalgia Lombalgia
Espasmos Câmbria
Hemiparesia Hemiplegia
Paraplegia
Susp. Fratura/Qual?



Especialidade:

Clinico Cirúrgico Pediátrico Ortopédico Enfermagem

Classificação de Risco

Vermelho Laranja Amarelo Verde Azul

Hora da Classificação:

Carimbo e Assinatura do Enfermeiro

Data/Hora

Evolução de Enfermagem

≠ Ortopedia

Data/Hora

Paciente vítima de queda por acidente de carro, apresentando luxação do joelho (L) - Luxação distal simétrica (medial e lateral posterior) (L)

Anotação de Enfermagem

Ed = Redução Inevitável Imobilização

Dr. Marcos Paulo Sobral

Médico
CRM-SE 5109



Clínica & 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 poplíteo proximal, adjacente.

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

Demais estruturas do canto pósterolateral 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 quadríceps 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 peritendineo no trajeto da pata de ganso.

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

Líquido laminar no recesso gastrocnêmio medial / semimembranoso.

Edema de subcutâneo.

Feixes neurovasculares sem alterações.

Atenciosamente,

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

03 NOV 2009

0110

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE SERGIPE

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA

COORDENADORIA GERAL DE POLÍCIA

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO DO ESTADO DE SERGIPE

RODRIGO ELZEBIO DOS SANTOS



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 3.302.428-6 2. VIA DATA DE EMISSÃO 23/07/2013

NOME
RODRIGO ELZEBIO DOS SANTOS

FILIAÇÃO
JOSE ELIVALDO DOS SANTOS
JULIANA ELZEBIO DOS SANTOS

NATURALIDADE
ITABAIANA-SE DATA DE NASCIMENTO
29/10/1993

DIGIT. ORDEM

CT. NASCIM. NR 0441 LV 14 FL 310

CART. 20F. DIST. MALHADOR COM. RIACHUELO/SE

026.004.595-02

ACREDITADO DIRETOR

LEI Nº 7.115 DE 2010

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 MINISTERIO DAS CIDADES
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
 CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACAO

NOME: **JOSE NARCOS DE OLIVEIRA ROSA**

COL. EXERCÍCIO: 00000000000000000000
 21233823 SEX: **M**

CPF: **020.002.675-00** DATA NASCIMENTO: **24/11/1960**

RAÇA: **JOSE LUIZ ROSA**
LUIZES NARCOS DE OLIVEIRA ROSA

PERMISSÃO: **CONDUZIR** NÚM. **00000000** CAT. **02**

VENCIMENTO: **02/04/2019** VALIDADE: **02/04/2024**

OBSERVAÇÃO:

Assinatura: *João Carlos de Oliveira Rosa*
 Assessorado em: **06/01/2014**
 Assessorado por: **DETRAN-SE (SERGIPE)**
 Assessorado em: **06/01/2014**
 Assessorado por: **DETRAN-SE (SERGIPE)**

VÁLIDA EM TODAS AS VEICULAÇÕES NACIONAIS
 863977539

PERMISSÃO PLACARDAS
 863977539

27 FEV 2019

65 NOV 2010

| REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL | | | |
|------------------------------------|---------------|-------------------|--|
| MINISTÉRIO DAS CIDADES | | | |
| DETRAN - SE | | Nº 012161706600 | |
| | | CS: 84470093487 | |
| CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO | | | |
| RA | QDD REGISTRAM | RNTIC | |
| 1 | 00209980907 | 000000000000 | |
| NOME ENDEREÇO | | | |
| JOSE ELIVALDO DOS SANTOS | | | |
| AV LOURIVAL BATISTA, 20 | | | |
| CENTRO | | | |
| 49520000 MALHADOR-SE | | | |
| CHASSI | | PLACA | |
| 107.747.095-6B | | 1AMB052 | |
| NOME ANTERIOR | | | |
| R.D. COMERCIO DE VEICULOS LTDA | | | |
| PLACA ANTIGA | | CLASS | |
| 1AMB052/SE | | 93HGM2320A2127600 | |
| ESPECÍFICO | | COMBUSTÍVEL | |
| PAS/AUTOMÓVEL | | ALCO/GASOL | |
| MARCA/MODELO | | ANO FAB - ANO MOD | |
| HONDA/CITY LX FLEX | | 2010/2010 | |
| CAPOT/CL | CATEGORIA | COR PREDOMINANTE | |
| 5P/116CV/1496 | PARTIC | CINZA | |
| OBSERVAÇÕES | | | |
| AL.FIDUC. - BANCO ITAUCARD S.A | | | |
| LOCAL | | DATA | |
| MALHADOR-SE | | 27/10/2010 | |
| LEONARDO SIBREDO DA SILVA NETO | | | |
| DETER. PROCON/SE | | | |

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 Perícia médica para o meu processo ,pois não foi liberado nada para as lesões que mim encontro ,enviei 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 perícia 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:

Valdileide D. Feres

maria Lúcia 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

Valoração 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) Roberto Eugênio dos Santos
(nacionalidade) Brasil, (profissão) Motorista, portador da cédula
de identidade RG nº 3.302.428-6, emitido pela SSP / (UF) SE,
inscrito sob o CPF nº 026.004.595-02, residente na (endereço
completo) Av. Epitácio Pessoa, na cidade de
Malhada, (UF) SE, CEP 45570-000, nomeio e
constituo meu procurador, (nome do representante) João Manoel da Rosa
(nacionalidade) Brasil, (profissão) Comerciante, 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 Sábios, na cidade de
N. Sra. da Glória, (UF) SE, CEP 49.680-000, 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 Augusto dos Santos
junto à **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT**.

(local e data) Malhada 03/10/2018

(assinatura) Roberto Eugênio dos Santos

(RG) 3.302.428-6

| | |
|---|---|
| CARTÓRIO DO 1º OFÍCIO / MALHADOR - SE | |
| <input type="checkbox"/> Ailton Passos de Oliveira Tabelião Interno <input checked="" type="checkbox"/> Elizabete Gomes Escrivente | Reconheço a Firma por Autenticidade de: |
| | <u>Rodrigo Augusto dos Santos</u> |
| | Em Teste () dou fé da verdade |
| | <u>03/10/18</u> |
| | Data Assinatura |
| Selo Digital de Fiscalização - Tribunal de Justiça de Sergipe. | |
| SELO TJSE: <u>201829619005592</u> | |
| www.tjse.jus.br/11MXX8J | |

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

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 12/11/2017

CPF de: Próprio

Titular do CPF: RODRIGO EUZEBIO DOS SANTOS

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

Valoração 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 |