

	<p><b>Protocolo Nº 20190829174505258</b></p> <p>Sua solicitação foi enviada à <b>2ª Vara Cível de Socorro da Comarca de NOSSA SENHORA DO SOCORRO</b> em 29/08/2019 17:45 por <b>KELLY CHRYSTIAN SILVA MENENDEZ, OAB 2592##SE.</b></p>
---	---

**DADOS DO PROTOCOLO****Tipo de Protocolo:** PETICIONAMENTO GERAL - Outras Petições**Processo:** 201588101201**Classe:** Exibição de Documento ou Coisa

<b>Dados do Processo Origem</b>		
<b>Número</b> 201588101201	<b>Classe</b> Exibição de Documento ou Coisa	<b>Competência</b> 2ª Vara Cível de Socorro
	<b>Situação</b> ANDAMENTO	<b>Distribuido Em:</b> 30/10/2015

<b>Partes</b>		
<b>Tipo</b>	<b>CPF</b>	<b>Nome</b>
Autor	76362809572	CLEBERTON LUIZ DOS SANTOS
Réu	09248608000104	SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT

<b>Anexos</b>		
	<b>Nome</b>	<b>Tipo</b>
1	2636327_ELABORAR JUNTADA DE DOCS_01.pdf	Petição
2	2636327_ELABORAR JUNTADA DE DOCS_Anexo_01.pdf	Outros documentos

**ATENÇÃO!**

1. Documentos produzidos eletronicamente serão considerados originais, para os efeitos da lei, devendo os originais dos documentos digitalizados ser preservados pelo seu detentor até o trânsito em julgado da sentença ou, quando admitida, até o final do prazo para interposição de ação rescisória.
2. Os documentos cuja digitalização seja tecnicamente inviável devido ao grande volume ou por motivo de ilegibilidade deverão ser apresentados ao cartório ou secretaria no prazo de 10 (dez) dias contados do envio de petição eletrônica comunicando o fato, os quais serão devolvidos à parte após o trânsito em julgado.
3. Ressalvados os casos de sigilo e segredo de justiça, os documentos digitalizados juntados em processo eletrônico somente estarão disponíveis para acesso por meio da rede externa para suas respectivas partes processuais, através dos seus advogados, e para o Ministério Público.
4. Caso haja impedimento para o registro do processo eletrônico pelo Juízo, a solicitação será devolvida ao Portal do patrono solicitante (advogado, defensor público ou promotor de justiça), a fim de que possa ser submetido à regularização.
5. Atualize o seu e-mail para o Sistema Push. Este serviço promove o envio de correspondência eletrônica, dando-lhe informações sobre o andamento dos processos ajuizados por Vossa Senhoria. Se for caso de vinculação posterior a processos, o cadastro deverá ser realizado através do Portal TJSE.

[Imprimir](#)



**EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 2<sup>a</sup> VARA CÍVEL DA COMARCA DE SOCORRO/SE**

Processo: 201588101201

**SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.**, previamente qualificada nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada por seus advogados que esta subscrevem, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **CLEBERTON LUIZ DOS SANTOS**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem respeitosamente, à presença de V. Exa., requerer que seja determinada a juntada do incluso processo administrativo pertinente ao processo em comento.

Nestes Termos,  
Pede Deferimento,

SOCORRO, 28 de agosto de 2019.

**JOÃO BARBOSA**  
**OAB/SE 780-A**

**KELLY CHRYSTIAN SILVA MENENDEZ**  
**2592 - OAB/SE**



Rio de Janeiro, 24 de Junho de 2015

Carta nº: 7230368

A/C: CLEBERTON LUIZ DOS SANTOS

**Sinistro:** 3150553979  
**Vitima:** CLEBERTON LUIZ DOS SANTOS  
**Data Acidente:** 20/02/2015  
**Natureza:** INVALIDEZ  
**Procurador:**

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br), ou ligue para o SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br), não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

#### ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do inicio ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

**Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à GENTE SEGURADORA S/A de origem onde o sinistro foi cadastrado.**

Atenciosamente,



---

Rio de Janeiro, 03 de Julho de 2015

Carta nº: 7310837

A/C: CLEBERTON LUIZ DOS SANTOS

**Sinistro:** 3150553979  
**Vítima:** CLEBERTON LUIZ DOS SANTOS  
**Data Acidente:** 20/02/2015  
**Natureza:** INVALIDEZ  
**Procurador:**

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

Em relação sinistro acima referenciado, comunicamos que após análise da documentação apresentada, foi detectada a necessidade de informações complementares, razão pela qual está sendo interrompido o prazo regulamentar para o pagamento da indenização.

Pedimos aguardar novo pronunciamento o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as averiguações cabíveis.

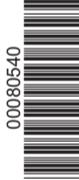
Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br).

**ATENÇÃO:**

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do inicio ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**





Seguradora Líder • DPVAT



Rio de Janeiro, 28 de Julho de 2015

Carta n°: 7492877

A/C: CLEBERTON LUIZ DOS SANTOS

Sinistro: 3150553979  
Vitima: CLEBERTON LUIZ DOS SANTOS  
Data Acidente: 20/02/2015  
Natureza: INVALIDEZ  
Procurador:

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: CLEBERTON LUIZ DOS SANTOS

Valor: R\$ 4.725,00

Banco: 104

Agência: 000003780

Conta: 000000002070-4

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	4.725,00

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 70%) 35,00%

Valor a indenizar: 35,00% x 13.500,00 = R\$ 4.725,00

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

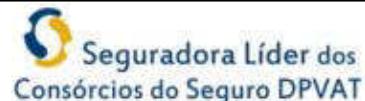
Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br).

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3150553979      **Cidade:** Nossa Senhora do Socorro      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** CLEBERTON LUIZ DOS SANTOS      **Data do acidente:** 20/02/2015      **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** TRAUMA DIRETO COM LESÃO LIGAMENTAR EM JOELHO DIREITO

**Descrição do exame** APRESENTA GRAVE INSTABILIDADE EM JOELHO DIREITO, O QUE INTERFERE NA MARCHA E NA SUSTENTAÇÃO DO  
**médico pericial:** MEMBRO INFERIOR DIREITO. MC MURRAY POSITIVO; LACHMANN POSITIVO À DIREITA.

**Resultados terapêuticos:** SUBMETIDO A AVALIAÇÃO RADIOLÓGICA, SEM SINAIS DE FRATURA. INICIOU TRATAMENTO CONSERVADOR COM IMOBILIZAÇÃO GESSIONADA. DEVIDO A MANUTENÇÃO DO QUADRO ÁLGICO, FEZ CONSULTA COM ORTOPEDISTA QUE SOLICITOU RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DO JOELHO DIREITO. TEVE DIAGNÓSTICO DE LESÃO EM MENISCOS MEDIAL E LATERAL E ROTURA COMPLETA DO LIGAMENTO CRUZADO POSTERIOR E ESTIRAMENTO DO LIGAMENTO CRUZADO ANTERIOR, ALÉM DE MICROFRATURA DO TRABECULADO ÓSSEO DA PORÇÃO POSTERIOR DE TODA TÍBIA E DE TODO PLATÔ TIBIAL LATERAL. REFERE 20 SESSÕES DE FISIOTERAPIA. REFERE QUE AGUARDA PROGRAMAÇÃO CIRÚRGICA.

**Sequelas permanentes:** Limitação funcional do membro inferior direito

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 10/07/2015

**Conduta mantida:**

**Observações:**

**Médico examinador:** Aleksandro Silva Bonfim

**CRM do médico:** 4233

**UF do CRM do médico:** SE

## DANOS

<b>DANOS CORPORAIS COMPROVADOS</b>	<b>Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)</b>	<b>Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)</b>	<b>% Apurado</b>	<b>Indenização pelo dano</b>
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
		<b>Total</b>	<b>35 %</b>	<b>R\$ 4.725,00</b>

## PRESTADOR

ACE Gestão de Saúde Ltda.

**Médico revisor:** OTELO CORRÊA DOS SANTOS FILHO

**CRM do médico:** 52.18145-0

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3150553979      **Cidade:** Nossa Senhora do Socorro      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** CLEBERTON LUIZ DOS SANTOS      **Data do acidente:** 20/02/2015      **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 03/07/2015

**Valoração do IML:** 0

**Diagnóstico:** TRAUMA NO JOELHO DIREITO

**Resultados terapêuticos:** DEPENDE DE PERICIA DE MEDICA (BAM INCONCLUSIVO)

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**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
		Total	0 %	R\$ 0,00

## PRESTADOR

AMORIM E MATTOS SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS LT

**Nome do médico:** DORIAN BRAGA SARAIVA

**CRM do médico:** 52.32571-1

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**

**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e  
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

---

**Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo**

Nome do(a) Examinado(a): **CLEBERTON LUIZ DOS SANTOS** Sinistro: **3150553979** Data: **20/02/2015**

Endereço do(a) Examinado(a):  
**RUA CENTO E SESSENTA E DOIS , 0040, CS - CONJUNTO ALBANO FRANCO - Nossa Senhora do Socorro - SE - CEP 49160-000**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [ **SSP /SE** ] **1355016**

Data local do exame: [ **10/07/2015** ] **Aracaju** [ **SE** ]

**Resultado da Avaliação Médica**

I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)  
**TRAUMA DIRETO COM LESÃO LIGAMENTAR EM JOELHO DIREITO. APRESENTA GRAVE INSTABILIDADE EM JOELHO DIREITO, O QUE INTERFERE NA MARCHA E NA SUSTENTAÇÃO DO MEMBRO INFERIOR DIREITO. MC MURRAY POSITIVO; LACHMANN POSITIVO À DIREITA.**

a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação? [ **X** ] Sim [    ] Não

Caso a resposta seja "Não", favor NÃO preencher os demais campos abaixo, exceto o das observações (item V(\*)), se necessário

b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico? [ **X** ] Sim [    ] Não

Caso a resposta seja "Não", prosseguir SOMENTE se houver alguma correlação entre a queixa e o histórico do acidente, justificando-a nas observações (item V(\*))

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações.

**SUBMETIDO A AVALIAÇÃO RADIOLÓGICA, SEM SINAIS DE FRATURA. INICIOU TRATAMENTO CONSERVADOR COM IMOBILIZAÇÃO GESSADA. DEVIDO A MANUTENÇÃO DO QUADRO ÁLGICO, FEZ CONSULTA COM ORTOPEDISTA QUE SOLICITOU RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DO JOELHO DIREITO. TEVE DIAGNÓSTICO DE LESÃO EM MENISCOS MEDIAL E LATERAL E ROTURA COMPLETA DO LIGAMENTO CRUZADO POSTERIOR E ESTIRAMENTO DO LIGAMENTO CRUZADO ANTERIOR, ALÉM DE MICROFRATURA DO TRABECULADO ÓSSEO DA PORÇÃO POSTERIOR DE TODA TÍBIA E DE TODO PLATÔ TIBIAL LATERAL. REFERE 20 SESSÕES DE FISIOTERAPIA. REFERE QUE AGUARDA PROGRAMAÇÃO CIRÚRGICA.**

III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)? [ **X** ] Sim [    ] Não

Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

**Limitação funcional do membro inferior direito**

Caso a resposta seja "Não", concluir dentre as opções no item IV "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item IV opções "b" ou "c"

IV. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (\*).

(    ) "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em \_\_\_ dias

(    ) "Sem sequela permanente" (Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

(    ) "Exame não permite conclusão"

Vide motivo do impedimento no campo das observações

b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):  
**Membro inferior direito**

% do dano: (    ) 10% residual (    ) 25% leve  
( **X** ) 50% médio (    ) 75% intensa (    ) 100% completo

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

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

c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações (\*).

(    ) Total = "100% da IS"

V. (\*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

Alexandro Bonfim  
Assinatura do Médico Examinador - CRM/SE  
4233

Alexandro Silva Bonfim - CRM: 4233 - SE



Seguradora Líder • DPVAT

## AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT



Nº DO SINISTRO \_\_\_\_\_

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com **dados do beneficiário** da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, Cleberton Luiz dos Santos

PORTADOR(A) DO RG Nº 1.355.016

EXPEDIDO POR SSP/SE

EM 28/05/10 E

CPF 763698095-72 /CNPJ 00000000-0000-0000-0000-0000-0000, PROFISSÃO Autônomo

E RENDA MENSAL DE R\$ 900,00 (\*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO Y REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Cleberton Luiz dos Santos, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(\*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.



AUTO-ATENDIMENTO - AG. UNIBRA  
DATA: 28/05/2015 HORA: 09:36:55  
TERMINAL: 487410030117

COMPROVANTE PROVISÓRIO DE  
DEPÓSITO EM DINHEIRO

CONTA CREDITADA:  
NOME: CLEBERTON LUIZ DOS SANTOS  
VALOR TOTAL EM DINHEIRO:  
3780,013,00002078-4 5,00  
NÚMERO DO ENVELOPE:  
NÚMERO DE CONTROLE:  
4678341675 148835500

A confirmação do depósito se dará pelo  
lancamento do valor na conta do beneficiário após  
a abertura do envelope e a verificação dos  
valores contidos.

Informações, reclamações, sugestões e elogios  
SAC CAIXA: 0800-725-7401  
Ouvidoria da CAIXA: 0800-725-7474  
[www.caixa.gov.br](http://www.caixa.gov.br)

e forma alguma, ser apresentados:

OCIAL ou Salário ou Funcional,  
IDA.DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT

CONTEUDO NAO VERIFICADO

ja mensal de até R\$ 2.000,00  
24 JUN 2015Gente Seguradora S/A  
o site da RECEITA FEDERAL  
R. Sete de Setembro, 88 Loja P  
ita informada para Depósito&J / RJagem digitalizada/scanner colorido,  
do cartão múltiplo com informação

de Cunhau de Seguradaria.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO \_\_\_\_\_ Nº da AGENCIA (com dígito, se existir) \_\_\_\_\_ Nº da CONTA (com dígito, se existir) \_\_\_\_\_

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO 101 Nº da AGENCIA (com dígito, se existir) 3780 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 013 - 00002030-4

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO,  
DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCritas, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

nesta Senhora de Serraria 95 de Maio de 2015  
LOCAL E DATA

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

## ! ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na Lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.

- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br) ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.



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

POLÍCIA ON-LINE



05<sup>a</sup> DELEGACIA METROPOLITANA

RUA 24, CONJ. JOÃO ALVES FILHO FONE: (0) 3254-1538

Boletim de Ocorrência 2015/06523.0-001383 - Alterado

**DELEGACIA RESPONSÁVEL**

Nome: 05<sup>a</sup> DELEGACIA METROPOLITANA

Endereço: RUA 24, CONJ. JOÃO ALVES FILHO FONE: (0) 3254-1538

**FATO**

Natureza: LEI 9.503/97 - LESAO CORPORAL CULPOSA NA DIRECAO DO VEICULO

Data e Hora do Fato: 30/03/2015 - 16:00 até 30/03/2015 - 16:00

Endereço: NA ROTA DO CONJ. ALBANO FRANCO Número: Complemento: CEP: 49160-000

Bairro: ALBANO FRANCO 1 Cidade: NOSSA SENHORA DO SOCORRO - SE Circunscrição: 05<sup>a</sup> DELEGACIA

Tipo de local: VIA PÚBLICA Melo Empregado: NENHUM

**VÍTIMA-NOTICIANTE**

Nome: CLEBERTON LUIZ DOS SANTOS

Nome do pai: JOSE DOS SANTOS Nome da mãe: MARTA LUIZA DOS SANTOS

Pessoa: Física CPF/CFC: 000.000.000-00 RG: 13550160 UF: SE Órgão expedidor: SSP-SE

Naturalidade: ARACAJU Data de nascimento: 28/02/1980 Sexo: Masculino Cor da cutis: Negra

Profissão: ESTUDANTE Estado civil: Não informado Grau de Instrução:

Endereço: RUA 162 Número: 40 Complemento: CONJ. ALBANO FRANCO

CEP: Bairro: Cidade: NOSSA SENHORA DO SOCORRO UF: SE

Proximidades: Telefone:

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT

CONTEUDO NAO VERIFICADO

24 JUN 2015

Gente Seguradora S/A  
R. Sete de Setembro, 88 Lapa I  
Centro - RJ / RJ

**PERÍCIAS E ATENDIMENTO HOSPITALAR**

Perícia: IML Guia de Exame

Descrição: LOESÕES CORPORAIS - CLEBERTON LUIZ DOS SANTOS

NR

**HISTÓRICO**

RELATA O DECLARANTE QUE FOI ATROPELADO PELO UM VEICULO DE MARCA HAILLY DE COR PRATA, E TEVE LESÃO NO JOELHO DIREITO E NO PULSO DIREITO, FOI LEVADO PARA O HUZE PELA SAMU. PELO EXPOSTO SOLICITA DAS AUTORIDADES COMPETENTES AS DEVIDAS PROVIDENCIAS CABIVEIS.

Acrecentado por Carmem Virginia Borges - 11/05/2015 às 12:38

ACRESCENTA O NOTICIANTE QUE O DIA CORRETO DO ACIDENTE FOI DIA 20.02.2015, E FOI ENCAMINHADO PARA O HOSPITAL NESTOR PIVA E SOFRÉU UM TRAUMA NO JOELHO DIREITO E NO PULSO DIREITO

Data e hora da comunicação: 30/03/2015 às 17:04  
Responsável pela Alteração: Carmem Virginia Borges

Última Alteração: 11/05/2015 às 12:38

CLEBERTON LUIZ DOS SANTOS  
Responsável pela comunicação

João Moreira Aragão  
Delegado(a) de Polícia

Carmem Virginia Borges  
Responsável pelo preenchimento



"VALIDO SOMENTE COM O  
SELO DE AUTENTICIDADE"

SE AD 795612

CARTÓRIO DO 1º OFÍCIO	Certifico e dou fé que a presente cópia é a reprodução fiel do original que me foi exibido.
Fernanda M <sup>a</sup> Souza Serravalle Tabeliã	
Albirlene Rodrigues Mendes Tabeliã Substituta	
COMARCA DE UMBAÚBA SERGIPE	Umbaúba <u>02/06/15</u> <u>Alciane</u>
VALIDO SOMENTE COM SELO DE AUTENTICIDADE	TABELIÃ / SUBSTITUTA

Alciane Rodrigues de Souza  
ESCREVENTE  
1º OFÍCIO UMBAÚBA SE

# DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML



Eu, Alberto Pinay dos Santos, portador da carteira de identidade nº 1.355.016 e inscrito no CPF/MF sob o nº 363.628.095-72, residente e domiciliado na Rua Pinto e Serrante - 42, Cidade Nossa Senhora do Socorro Estado Paraíba, 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 estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
- O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido 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 a 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 impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

Assinatura do declarante  
conforme documento de identificação

DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
24 JUN 2015
Gente Seguradora S/A R. Sete de Setembro, 88 Loja P Centro - RJ / RJ

Nossa Senhora do Socorro 25 de junho de 2015

Local e data



## DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Elberton Spinx dos Santos

RG nº 1.355.016, data de expedição 28/05/10, Órgão SSP / Se,

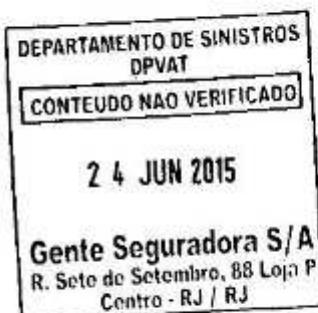
CPF nº 763.628.095-72, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Rua Lento e Nossa Senhora das</u>
Número	<u>0040</u>
Apto / Complemento	<u>casa</u>
Bairro	<u>Pennyto Nossa Senhora</u>
Cidade	<u>Nossa Senhora do Socorro</u>
Estado	<u>Bergipe</u>
CEP	<u>49.160-000</u>
Telefone de Contato	<u>(79)9800-9541</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Nossa Senhora do Socorro 25 de Maio de 2015

Assinatura do Declarante: 



JOSE RAIMUNDO DA SILVA  
RUA CENTO E SESSENTA E DOIS CONJ ALBANO FRANCO, 0006 - CENTRO  
NOSSA SENHORA DO SOCORRO / SE CEP: 49180000 (AG: 20)

Classificacis RESIDENCIAL / RESIDENCIAL MONOFASICO  
Rota 8-20 - 789-4010 Referencia Abr/2015  
Nºmedidor W1026512336 Emissao 15/04/2015

ENERGISA SERGipe-DISTRIBUICAO SA  
Rua Min Apolinario Salles, 81 - Inicio Barreiros  
Aracaju/SE - CEP: 49040-160  
CNPJ 12.017.462/0001-63 Ins Est 270.767.456  
Nota Fisco/Contrato de Energia Eletrica N°000.044.956  
Código para Débito Automático: 00004170826

Atendimento ao Cliente ENERGISA 08000 79 0196 Acesse: www.energisa.com.br

até o dia 02/06/2015 00:00h 30/05/2015

Conta referente a **CDC (Código do Consumidor): 3/417082-5**

Abr / 2015

Canal de contato

Apresentação

15/04/2015

Data prevista da  
próxima leitura

15/05/2015

CPF/ CNPJ/ RANI  
41269216546

Faturas em atraso	Data	Cálculo de consumo					
		Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias	Unidade
	15/03/15	16189	15/04/15	15382	1	713	30
<b>Demonstrativo</b>							
	21/03/2015	83,61					
			Descrição	Quantidade	Preço	Vl. (R\$)	
			Consumo em kWh	713	0,38877	78,78	
			Adic. B Vermelha			11,71	
<b>IMPOSTOS E ENCARGOS</b>							
			PIS			1,63	
			COFINS			7,59	
			CONTRIBUICAO PUBLICA			15,25	
			ICMS (Base de Calculo R\$ 132,82   Alíquota 25,00%)			33,23	

#### Histórico de Consumo (kWh)

Mar/15 165  
Fev/15 167  
Jan/15 225  
Dez/14 148  
Nov/14 165  
Out/14 149  
Set/14 145  
Ago/14 153  
Jul/14 139  
Jun/14 127  
May/14 188  
Abr/14 146

**VENCIMENTO** 21/05/2015 **TOTAL A PAGAR** R\$ 148,17

Média dos últimos meses:  
184,10/kWh

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
OPVAT

CONTEUDO NAO VERIFICADO

24 JUN 2015

Gente Seguradora S/A  
R. Sete de Setembro, 88 Loja P  
Centro - RJ / RJ

#### Indicadores de Qualidade

2/2015 - TAÇOCA

Limits da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
DIG.MENSAL	5,20	0,00
DIG.TRIMESTRAL	10,40	NOMINAL
DIG.ANUAL	20,80	127
FIC.MENSAL	3,40	0,00
FIC.TRIMESTRAL	8,80	CONTRATADA
FIC.ANUAL	13,70	LIMITE INFERIOR
DNG	2,94	LIMITE SUPERIOR
OCR	12,22	133

Descrição	Valor (R\$)	%
Serviços de Det da Energisa/SE	36,08	25,69
Campanha Energia	41,81	28,08
Serviço de Transfundo	1,57	1,06
Energia Selvagem	9,23	6,23
Impostos e Outros Encargos	57,70	38,94
Outras Taxas	0,00	0,00
<b>Total</b>	<b>148,17</b>	<b>100,00</b>

Valor do encargo colocado sobre o Saldo da Detribuição  
(Ref 2/2015) R\$ 26,66

#### ATENÇÃO:

- REAVISO DE VENCIMENTO: Caso a(s) fatura(s) acima mencionada(s) permaneça(m) em atraso, o fornecimento poderá ser suspenso a partir de 30/04/2015. Conforme Resolução 414 da ANEEL, o pagamento após essa data não elimina a possibilidade de débito e suspensão do fornecimento, caso o mesmo não seja comunicado ou se as contas pagas não estejam na unidade consumidora para comprovação. Caso já tenha sido feito o pagamento da(s) fatura(s) acima, desconsiderar essa mensagem.  
Fatura sujeita a inclusão em órgãos de proteção ao crédito no caso de não pagamento.  
Regras Extrajudicatórias-Vigência 02/03/2015-Res. ANEEL Nº 1.858-Efeito médio 8,19%  
- Leitura confirmada

SERGIPE

**VENCIMENTO**

**TOTAL A PAGAR**



## Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Claudia Leizier dos Santos,

RG nº 1231175, data de expedição 20/06/2013  
Órgão SSP/SE, portador do CPF nº 661983305-59, com  
domicílio na cidade de Nossa Sra do Socorro, no Estado de  
Sergipe, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)  
Rua 11, Bairro Maria do Carmo nº 61,  
complemento casa. declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo  
mentionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a  
vítima elberton luiz dos Santos cujo o condutor era  
elberton luiz dos Santos.

Veículo: Motocicleta

Modelo: Yamaha / YBR 125 Factor K1

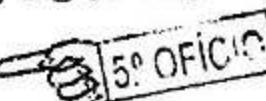
Ano: 2013

Placa: OEU 0545

Chassi: 9C6KE1950E0015144

Data do Acidente: 20/02/2015

Local e Data: Nossa Senhora do Socorro, 12/105/2015

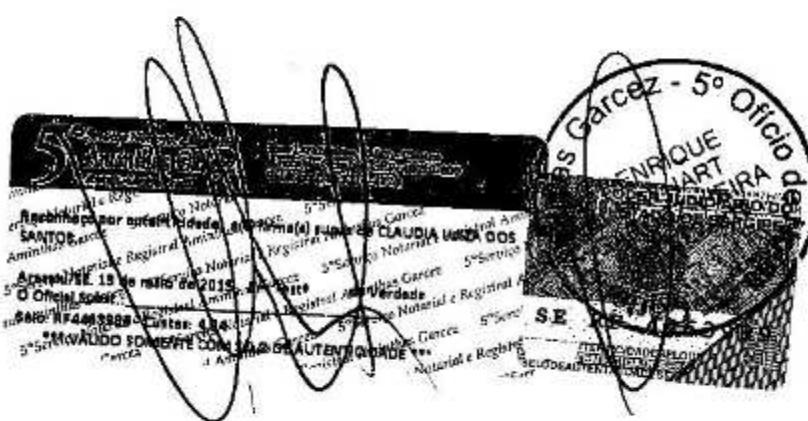


Claudia Leizier dos Santos

Assinatura do Declarante

Cláudia Leizier dos Santos

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)



DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT
CONTEUDO NAO VERIFICADO
24 JUN 2015
Gente Seguradora S/A R. Sete de Setembro, 88 Loja P Centro - RJ / RJ



**Lacrise**  
consultas e exames

O paciente recebeu R\$ 60  
de desconto na consulta  
e não paga mais a taxa de  
acesso ao atendimento.

MORADA

Av. Bahia, 975 - B. Siqueira Campos - Aracaju/SE  
Fone: (79) 3253-7200

Obs. Este receituário não vale como recibo de honorários médicos.  
Rua Bahia, 975 - B. Siqueira Campos - Aracaju/SE  
www.lacrise.com.br

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

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT

CONTEUDO NAO VERIFICADO

24 JUN 2015

Gente Seguradora S/A  
R. Sete de Setembro, 88 Loja P  
Centro - RJ / RJ

*Samu*  
PREFEITURA MUNICIPAL DE ARACAJU  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

*lin 18*  
Aracaju

FICHA DE ATENDIMENTO

Unidade: *NF* | Data: *10/06/2015* | Hora de entrada: *17:05*  
Identificação  
Nome: *Cleberton Soeiro Sá* | Cartão SUS: *S-100* | RG: *17355016*  
Sexo: Masc.  Fem  | Data de Nascimento: *26/01/1980*  
Nome da Mãe: *Flávia Bezerra* | Telefone para contato: *(70) 99162-0748*  
Endereço: *Rua 162 nº 748 - Alhônia - Fim do*

I - AVALIAÇÃO DE RISCO

1. Queixa/Motivo que levou a procurar o Pronto Socorro.

2. Cronologia/Duração da Queixa: Agudo  Crônico

3. História Pregressa: DM  Cardiopatias  HAS  Alergias  Medicações  Outros

4. Sinais e Sintomas:

R23.0	CLANOSSE
R07.1	DOR TORÁCICA
R06.0	DISPNEIA
R61	SUDORESE
R00.2	PALPITAÇÃO
R40.0	SONOLÊNCIA
R45.1	AGITAÇÃO
R31/R30.0	HEMATURIA e/ou DISÚRIA
R10	DOR
R51	CÉFALÉIA
R10	DOR ABDOMINAL

R31/R30.0	MAL ESTAR/FADIGA e/ou FALTA DE APETITE
R19.4	DIARRÉIA e/ou OBSTIPAÇÃO
R50	FEbre
R20.2	PARESTESIA
R60	HDERIA
R42	TONTURA
R26.2	DIFÍCULDADE P/ ANDAR
R11	NAUSEAS/VÓMITOS
R05	TOSSE
R23	ALTERAÇÕES DE PELE

5. Dados Vitais

P.A. \_\_\_\_\_ I \_\_\_\_\_ Pulso \_\_\_\_\_ Temperatura \_\_\_\_\_ Freq. Resp. \_\_\_\_\_

Normal  Alterado  Com Relação com a Queixa  Sem Relação com a Queixa

6. Cálculo do Escorço de Risco

Pontuação	Dados Vitais	Relação	Cronologia	Escrô

7. Risco: BAIXO  MODERADO  ALTO

8. Destino/ Área: \_\_\_\_\_

DEPARTAMENTO DE SINISTRA  
OPVAT

CONTEUDO NAO VERIFICADA

24 JUN 2015

Gente Seguradora S/A  
R. Sete de Setembro, 88 Loja  
Centro - RJ / RJ

1. História Clínica

II - ATENDIMENTO MÉDICO

Assinatura e Carimbo do Profissional

1. Exame Físico

3. Hipótese diagnóstica

4. Avaliação de Risco realizada pelo médico:

BAIXO  MODERADO  ALTO

5. Conduta Terapêutica:

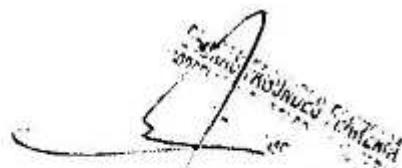
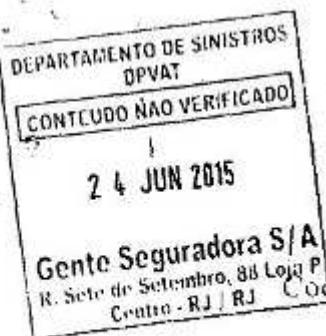
  
ESTADO DE SERGIPE  
PREFEITURA MUNICIPAL DE ARACAJU  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
REDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

RELATÓRIO MÉDICO

Deston Luis dos Santos Piva  
Aguardado no Hospital Nestor  
Piva em 20/02/15, vítima  
de acidente do trânsito.  
Por favor, é procedimento  
que deve ser feito o exame  
completo seu paciente.

707

09/03/15



Dr. Esdras Fagundes Ferreira

Coordenador dos Médicos Ortopedistas e Cirurgiões da REUE

ESTADO DE SERGIPE  
PREFEITURA MUNICIPAL DE ARACAJU  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
REDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

RELATÓRIO MÉDICO

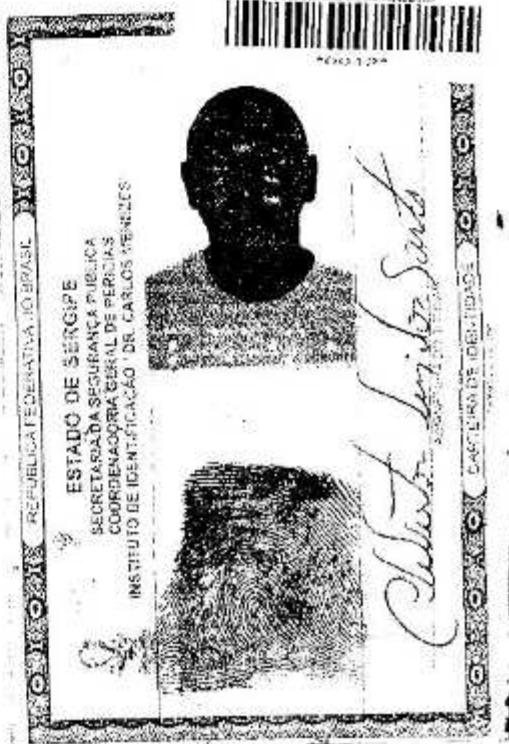
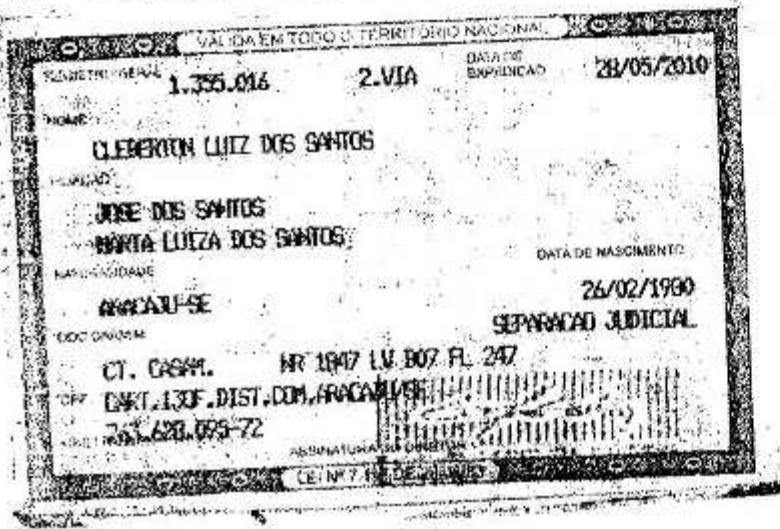
Objetivo Luis dos Santos Jr.  
Atendido no Unidade de Pronto Atendimento  
PMA em 20/03/15, vítima  
de acidente do trânsito.  
Por R\$ 0,00. Foi procedido  
tratamento de ferimento  
com o seu prontuário.

707

04/03/15

Dr. Esdras Fagundes Ferreira  
Coordenador dos Médicos Ortopedistas e Cirurgiões da REUE

DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT
CONTEUDO NAO VERIFICADO
24 JUN 2015
Gente Seguradora S/A R. Sete de Setembro, 88 Loja P Centro - RJ / RJ



DEPARTAMENTO DE SITUAÇÕES  
OPVAF  
[CONECTADO NA VERIFICAÇÃO]

24 JUN 2015

Gente Seguradora S/A  
R. José de Schepper, 350 - Centro  
Castro, RJ, RJ

