Protocolo Nº 20190829174505258

Sua solicitação foi enviada à 2ª Vara Cível de Socorro da Comarca de NOSSA SENHORA DO SOCORRO em 29/08/2019 17:45 por KELLY CHRYSTIAN SILVA MENENDEZ, OAB 2592##SE.

DADOS DO PROTOCOLO

Tipo de Protocolo: PETICIONAMENTO GERAL - Outras Petições

Processo: 201588101201

Classe: Exibição de Documento ou Coisa

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

Partes		
Tipo	**CPF**	**Nome**
Autor	76362809572	CLEBERTON LUIZ DOS SANTOS
Réu	09248608000104	SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT

Anexos		
	Nome	**Tipo**
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

JOÃO BARBOSA
ADVOGADOS ASSOCIADOS

EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 2ª 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

Seguradora Líder • DPVAT

seguro DPVAT 40 ANOS

Rio de Janeiro, 24 de Junho de 2015

Carta n°: 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, 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, 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,

Seguradora Líder-DPVAT

Seguradora Líder • DPVAT

seguro DPVAT 40 ANOS

Rio de Janeiro, 03 de Julho de 2015

Carta n°: 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.

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.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

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 médico pericial: 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.

Resultados terapêuticos: 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.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do membro inferior direito

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 10/07/2015

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Alexsandro Silva Bonfim

CRM do médico: 4233

UF do CRM do médico: SE

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 funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau médio - 50 %	35%	R$ 4.725,00
		Total	**35 %**	**R$ 4.725,00**

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

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

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:

DBSaraiva

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 opçõe 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, §1° do art. 3° 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

( ) "Exame não permite conclusão"
Vide motivo do impedimento no campo das observações

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

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

Região Corporal (Sequela):
_____

% 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.

Assinatura do Médico Examinador – CRM/SE

Alexsandro Silva Bonfim - CRM: 4233 - SE

Autorização de pagamento

0014

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 763.692.805-72 /CNPJ ___-___-___, PROFISSÃO Autônomo E RENDA MENSAL DE R$ 900,00 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / 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.

CAIXA
CAIXA ECONÔMICA FEDERAL

AUTO-ATENDIMENTO - AG. UMBAUBA
DATA: 28/05/2015 HORA: 05:38:55
TERMINAL: 48741003 CONTROLE: 487410030117

COMPROVANTE PROVISÓRIO DE DEPÓSITO EM DINHEIRO

CONTA CREDITADA: 3780.013.00002070-4
NOME: CLEBERTON LUIZ DOS SANTOS

VALOR TOTAL EM DINHEIRO: 5,00

NÚMERO DO ENVELOPE: 467834167 5
NÚMERO DE CONTROLE: 148035500

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

Informações, reclamações, sugestões e elogios
SAC CAIXA: 0800-726 0101
Ouvidoria da CAIX: 0800-725 7474
www.caixa.gov.br

e forma alguma, ser apresentados:

OCIAL ou Salário ou Funcional.

TDA.

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

ja mensal de até R$ 2.000,00;
e conta como documento

o site da RECEITA FEDERAL
nta informada para depósito.

agem digitalizada/scanner colorido,
do cartão múltiplo com informação
de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)
Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (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 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 3780 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 013 - 00002070-4

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.

Nossa Senhora do Socorro 25 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 ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.

Boletim de Ocorrência
"0001"

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

POLÍCIA ON-LINE

POLÍCIA CIVIL 5.ª DM SUPCI/SSP/SE

05ª DELEGACIA METROPOLITANA

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

Boletim de Ocorrência 2015/06523.0-001383 - Alterado

20094H

DELEGACIA RESPONSÁVEL

Nome: 05º DELEGACIA METROPOLITANA
Endereço: RUA 24, CONJ. JOÃO ALVES FILHO FONE:() 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 I **Cidade:** NOSSA SENHORA DO SOCORRO - SE **Circunscrição:** 05ª DELEGACIA METROPOLITANA
Tipo de local: VIA PUBLICA **Meio 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/CGC:** 000.000.000-00 **RG:** 13550160 **UF:** SE **Órgão expedidor:** SSP-SE
Naturalidade: ARACAJU **Data de nascimento:** 26/02/1980 **Sexo:** Masculino **Cor da cútis:** 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
Centro - RJ / RJ

PERÍCIAS E ATENDIMENTO HOSPITALAR

Perícia: IML Guia de Exame
Descrição: LOESÕES CORPORAIS - CLEBERTON LUIZ DOS SANTOS

HISTÓRICO

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

Acrescentado 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 SOFREU 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

Ultima Alteração: 11/05/2015 às 12:38

CLEBERTON LUIZ DOS SANTOS
Responsável pela comunicação

Joao Moreira Aragao
Delegado(a) de Polícia

Carmem Virginia Borges
Responsável pelo preenchimento

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

Alciene Rodrigues de Souza
ESCREVENTE
1º OFÍCIO UMBAÚBA SE

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Certidão de Inexistência do IML
"0004"

Eu, Elberton Luiz dos Santos, portador da carteira de identidade nº 1355.016 e inscrito no CPF/MF sob o nº 763.628.095-72, residente e domiciliado na Rua Pinto e Sessenta e dois, Cidade Nossa Senhora do Socorro, Estado Sergipe, 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:

(X) 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.

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

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

Nossa Senhora do Socorro 25 de Maio de 2015

Local e data

Comprovante de residência
0015

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Elberton Luiz 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)	Rua cento e sessenta e dois
Número	0040
Apto / Complemento	casa
Bairro	Conjunto Alisano Franco
Cidade	Nossa Senhora do Socorro
Estado	Sergipe
CEP	49.160-000
Telefone de Contato	(79)9800-9541
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

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

Assinatura do Declarante:

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

JOSE RAIMUNDO DA SILVA
RUA CENTO E SESSENTA E DOIS CONJ ALBANO FRANCO, 0040 - CENTRO
NOSSA SENHORA DO SOCORRO / SE CEP 49160000 (AG 201)

Classe/Subcls RESIDENCIAL / RESIDENCIAL MONOFASICO
Roteiro 0 - 20 - 780 - 4010 Referência Abr / 2015
Nº medidor W1328517335 Emissão 15/04/2015

ENERGISA SERGIPE-DISTRIB ENERGIA SA
Rua Mx Apolonio Sales 81 - Inacio Barbosa
Aracaju/SE - CEP 49040-160
CNPJ 13.017.462/0001-53 Insc Est 270.767.436
Nota Fiscal/Conta de Energia Elétrica N°000.344.890
Código para Débito Automático: 000041708 5

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

a27b c15d 6b2d 8cc8 5c7c 95d1 3b71 2670

Conta referente a

Abr / 2015

Apresentação

15/04/2015

Data prevista da próxima leitura

15/05/2015

CDC (Código do Consumidor): 3/417082-5

Canal de contato

CPF/ CNPJ/ RANI
41369276549

Faturas em atraso

21/03/2015	93,81

Cálculo de consumo

Anterior Data	Anterior Leitura	Atual Data	Atual Leitura	Constante	Consumo	Dias
16/03/15	16169	15/04/15	16382	1	213	30

Demonstrativo

Descrição	Quantidade	Preço	Valor (R$)
Consumo em kWh	213	0,38877	78,78
Adic. Bandeira Vermelha			11,71
IMPOSTOS E ENCARGOS			
PIS			1,63
COFINS			7,59
CONTRIB ILUM PUBLICA			16,25
ICMS (Base de Calculo R$ 132,82 / Aliquota 25,00%)			33,23

Histórico de Consumo (kWh)

Mar/15	165
Fev/15	187
Jan/15	220
Dez/14	149
Nov/14	166
Out/14	149
Set/14	145
Ago/14	159
Jul/14	139
Jun/14	127
Mai/14	188
Abr/14	149

Média dos últimos meses 164 kWh

VENCIMENTO
21/05/2015

TOTAL A PAGAR
R$ 148,17

2/2015 - TAÇOCA

Indicadores de Qualidade

	Limites da ANEEL	Apurado
DIC MENSAL	5,20	0,00
DIC TRIMESTRAL	10,40	
DIC ANUAL	20,80	
FIC MENSAL	3,40	0,00
FIC TRIMESTRAL	6,90	
FIC ANUAL	13,70	
DMIC	2,94	0,00
DICRI	12,22	

Limite de Tensão (V)

NOMINAL	127
CONTRATADA	
LIMITE INFERIOR	116
LIMITE SUPERIOR	133

Discriminação	Valor (R$)	%
Serviços de Dist da Energia/SE	38,08	25,69
Compra de Energia	41,81	28,09
Serviço de Transmissão	1,57	1,06
Encargos Setoriais	9,23	6,23
Impostos Outros e Encargos	57,70	38,94
Outros Serviços	0,00	0,00
Total	**148,17**	**100,00**

Valor do encargo de Uso do Sistema de Distribuição (Ref 2/2015) R$ 28,85

ATENÇÃO

- REAVISO DE VENCIMENTO Caso a(s) fatura(s) acima relacionada(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 da devida suspensão do fornecimento, caso o mesmo não seja comunicado ou as contas pagas não estejam na unidade consumidora para comprovação Caso já tenha efetuado o pagamento da(s) fatura(s) acima, desconsiderar essa mensagem
Fatura sujeita a inclusão em órgãos de proteção ao crédito no caso de inadimplemento
Reajuste Extraordinário-Vigência 02/03/2015-Res ANEEL Nº 1 858-Efeito médio 3,19%
- Leitura confirmada

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NAO VERIFICADO
2 4 JUN 2015
Gente Seguradora S/A
R. Sete de Setembro, 88 Loja P
Centro - RJ / RJ

Declaração do proprietário do veículo
0031

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Claudia Luizia 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 S. 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 mencionado 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: OEJ0545
Chassi: 9C6KE1950E0015144
Data do Acidente: 20/02/2015
Local e Data: Nossa Senhora do Socorro, 12/05/2015

5º OFÍCIO

Claudia Luizia dos Santos
Assinatura do Declarante

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

Garcez - 5º Ofício de ENRIQUE DART FIGUEIRA

Reconhecida por autenticidade a firma(s) de CLAUDIA LUIZA DOS SANTOS
Aracaju/SE, 15 de maio de 2015
O Oficial Maior
Selo: RF44813888 Custas: 4,14
REVALIDO SOMENTE COM SELO DE AUTENTICIDADE

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

Laclise
consultas e exames

O laudo está de acordo com os dados

O Ser que foi feito os exames, ou seja, necessário

02/04/15

ORTOPEDIA - HUSE
CRM 1555

Obs. Este receituário não vale como recibo de honorários médicos.
Rua Bahia, 975 - B. Siqueira Campos - Aracaju/SE
www.laclise.com.br Fone: (79) 3253-7200
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

Aracaju

FICHA DE ATENDIMENTO

Unidade: UPA | Data: [illegible] | Hora de entrada: 11:25

Identificação

Nome: Elberton Souza dos Santos | Cartão SUS:

Sexo: Masc. ☒ Fem. ☐ | Data de Nascimento: [illegible] 1980 | RG: 1359016

Nome da Mãe: Maria Souza | Telefone para Contato:

Endereço: Rua 162 [illegible] Albino Franco

I- AVALIAÇÃO DE RISCO

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

2. Cronologia/Duração da Queixa: Agudo ☐ Crônico ☐

3. História Pregessa: DM ☐ Cardiopatias ☐ HAS ☐ Alergias ☐ Medicações ☐ Outros ☐

4. Sinais e Sintomas:

R23.0	CIANOSE		R53/R63.0	MAL ESTAR/FADIGA e/ou FALTA DE APETITE	
R07.1	DOR TORÁCICA		R19.4	DIARRÉIA e/ou OBSTIPAÇÃO	
R06.0	DISPNÉIA		R50	FEBRE	
R61	SUDORESE		R20.2	PARESTESIA	
R00.2	PALPITAÇÃO		R60	EDEMA	
R40.0	SONOLÊNCIA		R42	TONTURA	
R45.1	AGITAÇÃO		R26.2	DIFICULDADE P/ ANDAR	
R31/R30.0	HEMATURIA e/ou DISÚRIA		R11	NÁUSEAS/VÔMITOS	
R10	DOR		R05	TOSSE	
R51	CEFALÉIA		R23	ALTERAÇÕES DE PELE	
R10	DOR ABDOMINAL				

5. Dados Vitais

P.A. _____ x _____ Pulso _____ Temperatura _____ Freq. Resp. _____

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

6. Cálculo do Escore de Risco

Pontuação	Dados Vitais	Relação	Cronologia	Escore

7. Risco: BAIXO ☐ MODERADO ☐ ALTO ☐

8. Destino/ Área: _____

Assinatura e Carimbo do Profissional

DEPARTAMENTO DE SINISTR
DPVAT
CONTEUDO NAO VERIFICAD
24 JUN 2015
Gente Seguradora S/
R. Sete de Setembro, 88 Loj
Centro - RJ / RJ

II- ATENDIMENTO MÉDICO

1. História Clínica

Trauma de mão
Tem um impedimento

2. Exame Físico

ABCDE

3. Hipótese diagnóstica

R do [illegible]

4. Avaliação de Risco realizada pelo médico:
BAIXO ☐ MODERADO ☐ ALTO ☐

5. Conduta Terapêutica:

Ar [illegible]

MOD 280

Centro Cirúrgico

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

RELATÓRIO MÉDICO

Alberton Luis dos Santos foi atendido no Ortopedia Nestor Piva em 20/02/15, vítima de acidente de trânsito sem RAIOS-X. Procedimento médico foi liberado conforme seu prontuário.

TOT

Aju, 04/03/15

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

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

Clebston Luis dos Santos foi atendido no Hospital Nestor Piva em 20/02/15, vítima de acidente de trânsito sem RAIOS X. O procedimento cirúrgico foi realizado conforme consta em seu prontuário.

TOT

Aa, 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

VALIDA EM TODO O TERRITORIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 1.355.016 2.VIA DATA DE EXPEDICAO 28/05/2010

NOME
CLEBERTON LUIZ DOS SANTOS

FILIAÇÃO
JOSE DOS SANTOS
MARIA LUIZA DOS SANTOS

DATA DE NASCIMENTO 26/02/1990

NATURALIDADE
ARACAJU-SE

SEPARACAO JUDICIAL

DOC ORIGEM
CT. CASAM. NR 1847 LV. B07 FL. 247
CRT.1.OF.DIST.COM./ARACAJU/SE

CPF 751.620.095-72

ASSINATURA DO DIRETOR

CEINT. E DEL. ANES

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE SERGIPE
SECRETARIA DA SEGURANÇA PUBLICA
COORDENADORIA GERAL DE PERICIAS
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO / DR. CARLOS MENEZES

CARTEIRA DE IDENTIDADE

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTERIO DAS FINANCAS
SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACAO

RESPONSÁVEL

32256750

32256750

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONHECIDO NAO VERIFICADO
24 JUN 2015
Gente Seguradora S/A
Rua José de Salvatorre, 46 Cajuru
Curitiba, PR - BR

DUT
0007

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DENATRAN

DETRAN - SE
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
Nº 011743671126

3 6 1 6 5 8 4 1 2 1 5

VIA	CÓD. RENAVAM	CNTRC	EXERCÍCIO
2	00567742032	00000000000	2014

NOME
CLAUDIA LUIZA DOS SANTOS
****
****
********* **********

CPF (CNPJ)	PLACA
661.983.305-59	OEN0545

PLACA ANT / UF	CHASSI
OEN0545/SE	9C6KE1950E0015144

ESPÉCIE TIPO	COMBUSTÍVEL
PAS/MOTOCICLETA/	GASOLINA

MARCA / MODELO	ANO FAB.	ANO MOD.
YAMAHA/YBR125 FACTOR K1	2013	2014

CAP / POT / CIL	CATEGORIA	COR PREDOMINANTE
2P0CV/124CC	PARTIC	PRETA

IPVA

COTA ÚNICA	VENC. COTA ÚNICA	VENC. COTAS
******	**********	1ª ******** 2ª ******** 3ª ********

CAPA IPVA	PARCELAMENTO / COTAS
*******	**********

PRÊMIO TARIFÁRIO (R$)	IOF (R$)	PRÊMIO TOTAL (R$)	DATA DE PAGAMENTO
SEGURO PAGO REF. AO EXERCICIO 2014			

OBSERVAÇÕES
AL.FIDUC. BANCO YAMAHA MOTOR BRASIL

LOCAL	DATA
NOSSA SENHORA DO SOCORRO	07/08/2014

EXPEDIDOR

CONTRAN

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

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

SE Nº 011743671126 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.dpvatsegurodotransito.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO	DATA EMISSÃO
2014	07/08/2014

VIA	CPF/CNPJ	PLACA
**	661.983.305-59	OEN0545

RENAVAM	MARCA/MODELO
567742032	YAMAHA/YBR125 FACTOR K1

ANO FAB.	CAT.IPVA	Nº CHASSI
2013	V	9C6KE1950E0015144

PRÊMIO TARIFÁRIO

ENS (R$)	DENATRAN (R$)	CUSTO DO SEGURO (R$)
129,06	14,25	143,37

CUSTO DO BILHETE (R$)	IOF (R$)	TOTAL A SER PAGO DO SEGURO (R$)
4,59	1,01	272,91

PAGAMENTO	DATA DE EMISSÃO
X COTA ÚNICA / PARCELADO	07/08/2014

SEGURADORA LÍDER - DPVAT
CNPJ 09.248.608/0001-04
www.seguradoralider.com.br

Ofício
COMARCA DE N. SRA. DO SOCORRO - SE
REGISTRO DE TÍTULOS E PROTESTO DE TÍTULOS - TABELIONATO DE NOTAS
Rua Oliveira Mota Nunes Shuna
Fone: (79) 3214-1000 - Fax: (79) 3214-1000
Site: www.cartorioshuna.com.br

AUTENTICAÇÃO nº 009930
Autentico a presente cópia reprográfica por ser a reprodução fiel do documento original que me foi apresentado, dou fé.
Emolumentos: R$ 1,89 Selo
N.Sra do Socorro, 30 de março de 2015. Em test/ ____ da verdade.

CHRISTIANNE VETURIR NUNES SHUNA — Notária e Registradora

TOMBO DO 1º OFÍCIO
PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DE SERGIPE
Autenticado
SE AD 7856