



**Poder Judiciário
Do Estado de Sergipe**

VARA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRÂNSITO DA COMARCA DE ARACAJU
Av. Pres. Tancredo Neves, Bairro Capucho, Aracaju/SE, CEP 49080470
Horário de Funcionamento: 07:00 às 13:00

Dados do Processo

Processo: 202040600656	Distribuição: 18/06/2020
Número Único: 0024737-96.2020.8.25.0001	Competência: Vara de Acidentes e Delitos de Trânsito
Classe: Procedimento Comum	Fase: POSTULACAO
Situação: Andamento	Processo Principal: *****
Processo Origem: *****	

Assuntos

- DIREITO PROCESSUAL CIVIL E DO TRABALHO - Partes e Procuradores - Assistência Judiciária Gratuita
- DIREITO ADMINISTRATIVO E OUTRAS MATÉRIAS DE DIREITO PÚBLICO - Responsabilidade da Administração - Indenização por Dano Material - Acidente de Trânsito
- DIREITO CIVIL - Responsabilidade Civil - Seguro Obrigatório - Invalidez

Dados das Partes

Requerente: JULIO DA SILVA SANTOS

Endereço: Rua Hélio Cardoso

Complemento:

Bairro: América

Cidade: Aracaju - Estado: SE - CEP: 49080310

Requerente: Advogado(a): EDNALDO BEZERRA DA SILVA JUNIOR 11154/SE

Requerido: SEGURADORA LÍDER DO CONSÓRCIO DO SEGURO DPVAT S.A.

Endereço: Rua Senador Dantas

Complemento: 5º ANDAR

Bairro: CENTRO

Cidade: RIO DE JANEIRO - Estado: RJ - CEP: 20010000

Requerido: Advogado(a): KELLY CHRYSTIAN SILVA MENENDEZ 2592/SE



**Poder Judiciário
Do Estado de Sergipe**

VARA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRÂNSITO DA COMARCA DE ARACAJU
Av. Pres. Tancredo Neves, Bairro Capucho, Aracaju/SE, CEP 49080470
Horário de Funcionamento: 07:00 às 13:00

Processos Apensados:

--

Processos Dependentes:

--



Poder Judiciário
Do Estado de Sergipe

VARA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRÂNSITO DA COMARCA DE ARACAJU
Av. Pres. Tancredo Neves, Bairro Capucho, Aracaju/SE, CEP 49080470
Horário de Funcionamento: 07:00 às 13:00

PROCESSO:

202040600656

DATA:

05/08/2020

MOVIMENTO:

Juntada

DESCRIÇÃO:

Juntada de Petição Avulsa do Advogado/Procurador/Defensor/Promotor KELLY CHRYSTIAN SILVA MENENDEZ (2592-SE) ao processo eletrônico. Protocolizado sob nº 20200804172204446 às 17:22 em 04/08/2020.

LOCALIZAÇÃO:

Secretaria

PUBLICAÇÃO:

Não

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 31/10/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JULIO DA SILVA SANTOS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 02175

CONTA: 000000048167-0

Nr. da Autenticação 2F1389D93180309C

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 21/11/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JULIO DA SILVA SANTOS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 02175

CONTA: 000000048167-0

Nr. da Autenticação 5D3AA500DEF33407

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190518860 **Cidade:** Aracaju **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JULIO DA SILVA SANTOS **Data do acidente:** 30/05/2019 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 17/09/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO COLO DO FÊMUR DIREITO. PG6,74,75

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO QUADRIL DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO QUADRIL DIREITO.

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

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 quadril	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190518860 **Cidade:** Aracaju **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JULIO DA SILVA SANTOS **Data do acidente:** 30/05/2019 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 12/11/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA SUBTROCANTERIANA DE FÊMUR ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE). ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE QUADRIL ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida: Não

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL INTENSO DE QUADRIL ESQUERDO .

**Documentos
complementares:**

Observações: PÁG 2/3 - CONFORME RELATÓRIO MÉDICO DE 01/10/2019 DR MASAYUKI ISHU CRM 1276.
SINISTRO COM PAGAMENTO EM GRAU - MODERADO DO QUADRIL ESQUERDO - 50%. O COMPLEMENTO APÓS
ANÁLISE PARA O SINISTRO ATUAL É DE - 25% PARA A QUANTIFICAÇÃO EM GRAU INTENSO DO QUADRIL
ESQUERDO - 75%.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

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 quadril	25 %	Em grau intenso - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

Rio de Janeiro, 06 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190518860

Vítima: JULIO DA SILVA SANTOS

Data do Acidente: 30/05/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOAO MARCELO DE CAMPOS LIMA ROBERTINA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JULIO DA SILVA 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, 06 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190518860

Vítima: JULIO DA SILVA SANTOS

Data do Acidente: 30/05/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOAO MARCELO DE CAMPOS LIMA ROBERTINA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JULIO DA SILVA SANTOS

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50

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

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: JULIO DA SILVA SANTOS

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000002175

Conta: 00000048167-0

Tipo: CONTA POUPANÇA

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



Rio de Janeiro, 27 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190518860

Vítima: JULIO DA SILVA SANTOS

Data do Acidente: 30/05/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOAO MARCELO DE CAMPOS LIMA ROBERTINA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JULIO DA SILVA SANTOS

Informamos que o pagamento da indenização do 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 quadril 25%

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 25%) 18,75%

Valor a indenizar: 18,75% x 13.500,00 = R\$ 2.531,25

Recebedor: JULIO DA SILVA SANTOS

Valor: R\$ 843,75

Banco: 104

Agência: 000002175

Conta: 00000048167-0

Tipo: CONTA POUPANÇA

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



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

861.022.165-37 Julio da Silva Santos

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

5 - Nome completo: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD):

Julio da Silva Santos

861.022.165-37

motoboy

Rua Helio Carobso

105

América

Macapá

SE

49080-310

(91) 3222-0817

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

INVESTPREV

05 SET 2019

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☒ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 0287 B CONTA: 27153 B

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: 25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: 28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

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

38 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Macapá - SE 05.09.2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)



GOVERNO DO ESTADO DE SERGIPE
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA ESPECIAL DE DELITOS DE TRÂNSITO - ARACAJU - SE



BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 058147/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 31/05/2019 12:22 Data/Hora Fim: 31/05/2019 12:37

Delegado de Polícia: Daniela Ramos Lima Barreto

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia Especial de Delitos de Trânsito

Data/Hora do Fato: 30/05/2019 17:45

Local do Fato

Município: Aracaju (SE)

Logradouro: Rua Acre

Bairro: Siqueira Campos

Ponto de Referência: Próximo a Rua Dom Pedro I

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Melo(s) Empregado(s)
1095: Auto lesão - Acidente de trânsito	Veículo

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: ACLECIA DA SILVA SANTOS (COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira

Naturalidade: SE - Ilha das Flores

Sexo: Feminino

Nasc: 04/03/1987

Profissão: Desempregado

Estado Civil: Solteiro(a)

Nome da Mãe: Maria Iracema Balbino da Silva Santos

Nome do Pai: Sebastião da Silva Santos

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 029.240.095-02

Endereço

Município: Aracaju - SE

Logradouro: R Hélio Cardoso

Bairro: América

Telefone: (79) 99654-1040 (Celular)

Nº: 105

CEP: 49.080-310

Nome Civil: JULIO DA SILVA SANTOS (VÍTIMA)

Nacionalidade: Brasileira

Sexo: Masculino

Nasc: 10/09/1994

Profissão: Motoboy

Estado Civil: Solteiro(a)

Nome da Mãe: Maria Iracema Balbino da Silva

Nome do Pai: Sebastião da Silva Santos

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 861.322.165-37

Endereço

Município: Aracaju - SE

Logradouro: R Hélio Cardoso

Bairro: América

Nº: 105

CEP: 49.080-310

Nome Civil: TEOFILO MENDONÇA MELO (ENVOLVIDO)

Nacionalidade: Brasileira

Naturalidade: SE - Aracaju

Sexo: Masculino

Nasc: 21/09/1989



Delegado de Polícia Civil: Daniela Ramos Lima Barreto
Impresso por: Marco Antonio Cruz Dantas
Data de Impressão: 31/05/2019 12:37
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 3

PPE - Procedimentos Policiais Eletrônicos



GOVERNO DO ESTADO DE SERGIPE
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA ESPECIAL DE DELITOS DE TRÂNSITO - ARACAJU - SE

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 058147/2019

Estado Civil: Solteiro(a)

Nome da Mãe: Marta Maria Mendonça Melo

Nome do Pai: Teofilo Rodrigues Melo

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 047.134.745-09

Endereço

Município: Aracaju - SE

Logradouro: Av Dulce Diniz

Complemento: bloco F, 401

Bairro: Luzia

Telefone: (79) 99890-7587 (Celular)

Nº: 18

CEP: 49.048-430

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo	Subgrupo Motocideta/Motoneta
CPF/CNPJ do Proprietário 029.240.095-02	Placa QME2153
Renavam 01168777752	Número do Motor G3F7E-034736
Número do Chassi 9C6RG3820K0004948	Ano/Modelo Fabricação 2019/2018
Cor PRETA	UF Veículo Sergipe
Município Veículo Aracaju	Marca/Modelo YAMAHA/YS150 FAZER SED
Modelo YAMAHA/YS150 FAZER SED	Veículo Adulterado? Não
Quantidade 1 Unidade	Situação Envolvido
Última Atualização Denatran 18/10/2018	Situação do Veículo ALIENACAO FIDUCIARIA
Nome Envolvido	Envolvimentos
Adecia da Silva Santos	Proprietário
Julio da Silva Santos	Possuidor
Grupo Veículo	Subgrupo Automóvel/Utilitário/Camioneta/Caminhon
CPF/CNPJ do Proprietário 036.263.245-67	Placa OEP8324
Renavam 00558305849	Número do Motor 1DS617089
Número do Chassi 3G1J85CD2DS617089	Ano/Modelo Fabricação 2013/2013
Cor BRANCA	UF Veículo Sergipe
Município Veículo Aracaju	Marca/Modelo I/CHEV SONIC LTZ NB AT
Modelo I/CHEV SONIC LTZ NB AT	Veículo Adulterado? Não
Quantidade 1 Unidade	Situação Envolvido
Última Atualização Denatran 01/07/2016	Situação do Veículo ALIENACAO FIDUCIARIA
Nome Envolvido	Envolvimentos
Teofilo Mendonça Melo	Possuidor

RELATO/HISTÓRICO

RELATA A COMUNICANTE QUE O SEU IRMÃO JULIO DA SILVA SANTOS PILOTAVA A SUA MOTOCICLETA PELA RUA ACRE, QUANDO CONVERGIU À ESQUERDA PARA ENTRAR NA RUA DOM PEDRO, ENTRETANTO AO OBSERVA QUE ESTAVA ENTRANDO NA RUA ERRADA, RESOLVEU RETORNAR PARA A RUA ACRE (CONTRA-MÃO) E ACABOU COLIDINDO CONTRA O VEÍCULO GM/SONIC, CONDUZIDO TEOFILLO MENDONÇA MELO; QUE O SEU IRMÃO FICOU LESIONADO, FOI SOCORRIDO PELO SAMU E ENCAMINHADO PARA O HOSPITAL DE URGÊNCIA, ONDE FOI DIAGNOSTICADO COM FRATURA NA TÍBIA. QUE OCORRERAM DANOS EM AMBOS OS VEÍCULO E SERÃO



GOVERNO DO ESTADO DE SERGIPE
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA ESPECIAL DE DELITOS DE TRÂNSITO - ARACAJU - SE

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 058147/2019

AVALIADOS EM OFICINA ESPECIALIZADA.

ASSINATURAS


Carlos Rodrigo Ribeiro de Almeida
Escrivão da Polícia Judiciária

Marco Antonio Cruz Dantas
Escrivão de Polícia
Matrícula 1344
Responsável pelo Atendimento

*Declara para os devidos fins de direito que sou 100% (cento por cento) responsável pelas informações acima assertadas e deixo que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que de origem, conforme previsto nos Artigos 339-Denúnciação Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro.

220701

MS/DATASUS HOSPITAL GOVERNADOR JOAO ALVES FILHO

No. DO BE: 1920517 DATA: 30/05/2019 HORA: 18:32 USUARIO: ALGSANTOS
CNS: SETOR: 06-SUTURA

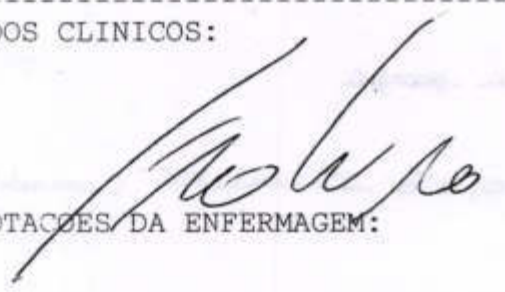

IDENTIFICACAO DO PACIENTE
NOME : JULIO DA SILVA SANTOS DOC...:
IDADE.....: 24 ANOS NASC: 10/09/1994 SEXO...: MASCULINO
ENDERECO.....: RUA ELIO CARDOSO NUMERO:
COMPLEMENTO...: 209877802680009 BAIRRO: AMERICA
MUNICIPIO.....: ARACAJU UF: SE CEP....: 49000-000
NOME PAI/MAE...: SEBASTIAO DA SILVA SANTOS /MARIA IRACEMA BALBINO DA SILV
RESPONSAVEL...: TRAZIDO PELO SAMU TEL....: 981086626
PROCEDENCIA...: ARACAJU - CAPITAL
ATENDIMENTO...: ACIDENTE MOTOCICLISTICO (MOTOS)
CASO POLICIAL..: NAO PLANO DE SAUDE....: NAO TRAUMA: NAO
ACID. TRABALHO: NAO VEIO DE AMBULANCIA: SIM

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


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

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

DADOS CLINICOS: DATA PRIMEIROS SINTOMAS: __/__/__

ANOTACOES DA ENFERMAGEM:   INVESTPREV
05 SET 2019

DIAGNOSTICO: CID:

PRESCRICAO HORARIO DA MEDICACAO


DATA DA SAIDA: / / HORA DA SAIDA: :
ALTA: [] DECISAO MEDICA [] A PEDIDO [] EVASAO [] DESISTENCIA
[] ENCAMINHADO AO AMBULATORIO
INTERNACAO NO PROPRIO HOSPITAL (SETOR):

TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):
OBITO: [] ATE 48HS [] APOS 48HS [] FAMILIA [] IML [] ANAT. PATOL

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSAVEL ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO
EXAME DE RADIOLOGIA - HUSE
REALIZADO EM 30/05/19
AS 18.45 HORAS
TÉCNICO EM RADIOLOGIA

TEM FÉ PÚBLICA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 12950169

USO OBRIGATÓRIO
IDENTIDADE CIVIL PARA TODOS OS FINS LEGAIS
(Art. 13 da Lei n.º 8.961/94)



JOÃO MARCELO DE CAMPOS LIMA ROBERTINA
Lima Robertina



OBSERVAÇÕES



ORDEM DOS ADVOGADOS DO BRASIL
CONSELHO SECCIONAL DO PIAUÍ
IDENTIDADE DE ADVOGADO

INSCRIÇÃO 13646

NOME
JOÃO MARCELO DE CAMPOS LIMA ROBERTINA

FILIAÇÃO
ANGELO LIBERTO ROBERTINA
ELIETE DE CAMPOS LIMA

NACIONALIDADE
MARINGÁ-PR

RG
10263504-2 - SSP/PR

DATA DE NASCIMENTO
25/01/1989

CPF
067.127.729-40

DOADOR DE ÓRGÃO E TECIDOS
SIM

VIA EXPEDIDO EM
19/04/2017

FRANCISCO LUCAS COSTA VELOSO
PRESIDENTE

Ref.:

Sinistro: 3190518860

Vítima: JULIO DA SILVA SANTOS

CPF: 861.322.165-37

À SEGURADORA LÍDER

Prezados Senhores,

Referente ao processo administrativo DPVAT por invalidez parcial permanente, solicito que o processo seja reanalisado. Visto que existem sequelas permanentes oriundas da FRATURA SUBTROCANTÉRICA DO FÊMUR ESQUERDO CID.S72.2, conforme o relatório médico em anexo.

Onde, fez tratamentos cirúrgico com placas, pinos e 07 parafusos, porém ficaram as seguintes sequelas: DOR NA COXA E JOELHO ESQUERDO, HIPERTROFIA DA COXA E PERNA, FALTA DE FORÇA NA JOELHO E PERNA, CLAUDICAÇÃO E LIMITAÇÃO DO QUADRIL ESQUERDO.

Meu processo foi pago um valor de R\$ 1.687,50 referente a perda funcional DE 50% do quadril, porém esse pagamento não está correto, uma vez que minha sequela é superior a 75%, como se isso não bastasse a sequela maior foi a perna esquerda, não o quadril como fora pago, mudando assim o coeficiente de cálculo. Ligando para o call center fui orientado a enviar uma nova documentação médica relatório com as descrições das lesões.

Sendo assim, solicito que seja agendada uma perícia médica com médico auditor da CNIS para que sejam constatadas as sequelas permanentes existentes.

Certo de vossa atenção e atendimento, coloco-me a disposição para qualquer esclarecimento que seja necessário a plena elucidação do sinistro, através dos telefones citados logo abaixo.

TELEFONES PARA CONTATO: (79)3222-0817 OU (79) 99969-0167

Julio da Silva Santos

JULIO DA SILVA SANTOS



Lactise

consultas e exames

Relatório Médico - DPVAT

- ① Julio de Silva Santos
- ② Idade: 25 anos
- ③ Data do acidente: 30/05/2019
- ④ Diagnóstico:
Fratura subtrocanterica do fêmur
esquerdo. CID S77.2.
- ⑤ Tratamento:
Tratamento cirúrgico e fixação c/
placa + pino e parafusos.
- ⑥ Sequelas após alta definitiva.
 - a) Presença de material metálico
no fêmur E
 - b) Dor na coxa e joelho E

Obs. Este receituário não vale como recibo de honorários médicos.

Rua Bahia, 975 - B. Siqueira Campos - Aracaju/SE

www.lactise.com.br

Fone: (79) 3253-7200

WhatsApp: (79) 3253-7200

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



Lactise
consultas e exames

- ③ Hipotrofia da coxa e perno
 - ④ Falta de foco no joelho e perno
 - ⑤ Limitação do quadril
- Sequelas: 75%

Aracaju, 01/10/2018

Dr. Masayuki Isha
CRM 1276
CPF: 453.890.478-34

Obs. Este receituário não vale como recibo de honorários médicos.

Rua Bahia, 975 - B. Siqueira Campos - Aracaju/SE

www.lactise.com.br

Fone: (79) 3253-7200

WhatsApp: (79) 3253-7200

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



BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 12/11/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 175,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JULIO DA SILVA SANTOS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 02175

CONTA: 000000048167-0

Nr. da Autenticação 7F702624F811754A

PARECER DE DAMS

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190623534

Data do acidente: 30/05/2019

Vítima: JULIO DA SILVA SANTOS

Atendimento: HOSPITAL

Cidade: Aracaju

UF: SE

Análise: Primeira Análise

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data: 08/11/2019 15:44:35

DADOS DO PARECER

Diagnóstico: FRAT DO FEMUR FRAT DO COLO DO FEMUR -

Internação: Não

Tratamento: CIRURGICO

Tratamento Odontológico: Não

Grupo	Código	Descrição	Pleiteado	Avaliado
Honorários Médicos	1.01.01.01-2	EM CONSULTÓRIO (NO HORÁRIO NORMAL OU PRE ESTABELECIDO)	90,00	90,00
Exames	4.08.04.03-8	RX - ARTICULAÇÃO COXOFEMORAL (QUADRIL)	35,00	35,00
Farmácias			50,00	50,00
Total da Análise Atual			175,00	175,00

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

Informações administrativas	Pleito anterior	Avaliação anterior	Pago anterior	Pleito atual	Avaliação atual	Valor à pagar
Beneficiário: JULIO DA SILVA SANTOS Relacionamento: Vítima	0,00	0,00	0,00	175,00	175,00	175,00
Total da Análise Atual	0,00	0,00	0,00	175,00	175,00	175,00

TOTAL PLEITEADO: 175,00**TOTAL AVALIADO:** 175,00**TOTAL PAGO + À PAGAR:** 175,00

INFORMAÇÕES ANÁLISE MÉDICA



FSC MISTO
www.fsc.org
Forest products
a parte de
florestas responsáveis
FSC® C063451

Al. Rio Negro, 585 - Bloco D - 15º andar - Barueri - São Paulo - SP - 06454-000

<input type="checkbox"/> 01 - MUDOU-SE	<input type="checkbox"/> 05 - DESCONHECIDO	<input type="checkbox"/> 10 - OBJETO DANIFICADO
<input type="checkbox"/> 02 - ENDEREÇO INSUFICIENTE	<input type="checkbox"/> 06 - RECUSADO	<input type="checkbox"/> 11 - END. DESCONHECIDO NA LOCALIDADE
<input type="checkbox"/> 03 - NÃO EXISTE N°. INVOCADO	<input type="checkbox"/> 07 - AUSENTE	<input type="checkbox"/> 12 - FALTA COMPLEMENTO (COLETIV/GU)
<input type="checkbox"/> 04 - FALECIDO	<input type="checkbox"/> 08 - NÃO PROCURADO	<input type="checkbox"/> 13 - CAIXA POSTAL CANCELADA

Matrícula:	Rubrica do Responsável:
Reintegrado ao Serviço Postal em:	

Remetent:

AL. Rio Negro, 585 - Bloco D - 15º andar - Barueri - São Paulo - SP - 06454-000

FAC

WJ 72024-015014 090328

Corrected

Data de Postagem: 13/05/2019

Data de Vencimento: 26/05/2019



CTCE SALVADOR BA PL7
ACLECIA DA SILVA SANTOS
RUA HELIO CARDOSO 105
AMERICA
49080-310 ARACAJU SE

3423021033



7209036539403810000001149930150519

5/0021033

**PREFEITURA MUNICIPAL DE ARACAJU**

Secretaria Municipal da Fazenda - SEMFAZ

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

**NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA - NFS-e**

Emissão (Horário de Brasília)

Período de Competência Município de Prestação do Serviço

01/10/2019 11:14:55**10/2019****Aracaju - SE**

Reg. Especial Tributação

Exigibilidade do ISS

Microempresário e Empresa de Pequeno Porte (ME EPP)**Exigível em Aracaju****PRESTADOR DE SERVIÇOS**

Razão Social

LIAC LABORATORIO DE ANALISES CLINICAS LTDA

Nome Fantasia

LIAC

Email

laclisenfse@yahoo.com.br

CPF/CNPJ

Inscrição Municipal

Inscrição Estadual

Simples Nacional

Incentivador Cultural

Fone/Fax

13.007.265/0002-44**1187051****Sim****Não****(79) 3253-7200**

Endereço

Rua ESPIRITO SANTO (SIQ. CAMPOS), 258 , Siqueira Campos - CEP: 49075-240 - Aracaju - SE**TOMADOR DE SERVIÇOS**

Nome/Razão Social

JULIO DA SILVA SANTOS

CPF/CNPJ

Inscrição Municipal

Inscrição Estadual

Fone/Fax

E-mail

861.322.165-37

Endereço

Rua Hélio Cardoso, 105 , América - CEP: 49080-310 - Aracaju - SE**SERVIÇO PRESTADO****0403 - Hospitais, clínicas, laboratórios, sanatórios, manicômios, casas de saúde, prontos-socorros, ambulatórios e congêneres. CNAE: 8640202****DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS****CONSULTA COM O ORTOPEDISTA PARA O MESMO****RETENÇÕES FEDERAIS**

PIS (R\$)

COFINS (R\$)

INSS (R\$)

IR (R\$)

CSLL (R\$)

Outras Retenções (R\$)

0,00**0,00****0,00****0,00****0,00****0,00****VALORES**

Valor dos Serviços (R\$)

Deduções (R\$)

Desconto Incondicionado (R\$)

Base de Cálculo (R\$)

Alíquota (%)

90,00**0,00****0,00****90,00****4,9000**

ISS (R\$)

ISS Retido (R\$)

Desconto Condicionado (R\$)

Valor Líquido (R\$)

Valor Total da Nota (R\$)

4,41**0,00****90,00****90,00****OUTRAS INFORMAÇÕES**

Contribuinte Optante do Simples Nacional.

Visualizado em: 01/10/2019 11:14:57

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

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

**PREFEITURA MUNICIPAL DE ARACAJU**

Secretaria Municipal da Fazenda - SEMFAZ

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

**NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA - NFS-e**

Emissão (Horário de Brasília)

18/07/2019 10:30:55

Reg. Especial Tributação

Microempresário e Empresa de Pequeno Porte (MEExigível em EPP)

Período de Competência

07/2019

Exigibilidade do ISS

Município de Prestação do Serviço

Aracaju - SE**PRESTADOR DE SERVIÇOS**

Razão Social

CIAME CLINICA MEDICA LTDA

Nome Fantasia

CIAME

CPF/CNPJ

11.599.588/0001-68

Inscrição Municipal

821571

Inscrição Estadual

Simples Nacional

Sim

Email

hsobral5@gmail.com

Incentivador Cultural

Não

Fone/Fax

(79) 8105-9448

Endereço

Rua Bahia, 864, Siqueira Campos - CEP: 49075-000 - Aracaju - SE**TOMADOR DE SERVIÇOS**

Nome/Razão Social

JULIO DA SILVA SANTOS

CPF/CNPJ

861.322.165-37

Inscrição Municipal

Inscrição Estadual

Fone/Fax

(79) 9654-1040

E-mail

Endereço

Rua Hélio Cardoso, 105, América - CEP: 49080-310 - Aracaju - SE**SERVIÇO PRESTADO****0403 - Hospitais, clínicas, laboratórios, sanatórios, manicômios, casas de saúde, prontos-socorros, ambulatórios e congêneres. CNAE: 8630502****DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS**

REFERENTE A EXAME DE RADIOGRAFIA DO QUADRIL. PROTOCOLO: 74397,

RETENÇÕES FEDERAIS

PIS (R\$)

0,00

COFINS (R\$)

0,00

INSS (R\$)

0,00

IR (R\$)

0,00

CSLL (R\$)

0,00

Outras Retenções (R\$)

0,00**VALORES**

Valor dos Serviços (R\$)

35,00

Deduções (R\$)

0,00

Desconto Incondicionado (R\$)

0,00

Base de Cálculo (R\$)

35,00

Alíquota (%)

5,0000

ISS (R\$)

1,75

ISS Retido (R\$)

Desconto Condicionado (R\$)

0,00

Valor Líquido (R\$)

35,00

Valor Total da Nota (R\$)

35,00**OUTRAS INFORMAÇÕES**

Contribuinte Optante do Simples Nacional.

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO MÉDICO

**Constat - Consultoria e Auditoria Médico
Hospitalar e Atendimento Domiciliar Ltda.**

Rua Campo do Brito, nº 145 - 13 de Julho

Tel.: (79) 3211-9900 - Aracaju/SE

CNPJ 03.976.760/0001-27

1ª VIA - RETENÇÃO DA FARMÁCIA OU DROGARIA

2ª VIA - ORIENTAÇÃO AO PACIENTE

Paciente:

Endereço:

Prescrição

Dr. André Cardoso
Médico
CRM 4049

Dr. André Cardoso
CRM

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome: _____

Ident.: _____ Org. Emissor: _____

End.: _____

Cidade: _____ UF: _____

Telefone: _____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

DATA: ____/____/____

ASSINATURA DO FARMACÊUTICO

NFC-e

FARMACIA SANTA RITA CASSIA LTDA

FARMA SANTA RITA CASSIA LTDA

CNPJ: 13.087.785/0001-40 - Insor. Est. 27.081.076-8

A CEL JOAO GONCALVES, 19 - CONJ CASTELO BRANCO

- PONTO NOVO - 48097-130 Aracaju - SE

DANFE NFC-e - Documento Auxiliar da Nota Fiscal de
Consumidor Eletrônica

Não permite aproveitamento de crédito de ICMS

d. Descrição	Qt. Un	V. Unit	V. Total
--------------	--------	---------	----------

33 TRAMADOL 50MG 10 CP EMS A201 - Lab. GERMED -			
---	--	--	--

nt. 0V6558 - Fab. 2018-11-01 - Val. 2020-11-01			
--	--	--	--

2 UND	25,00	50,00
-------	-------	-------

lor Total da Nota:			R\$ 50,00
--------------------	--	--	------------------

ant. Total de Itens:			01
----------------------	--	--	-----------

Pedido Nr. 322842 - Vendedor: HULLI SANTOS

Tributos Apox. R\$873 Federal e R\$0,00 Estadual - Fonte

IBPT D11D7F

EMISSION NORMAL

Numero: 322842 - Data: 13/08/2019 15:08:47

Via Consumidor

Consulte pela Chave de Acesso em

<http://www.nfc-e.org.br/infoe/consulta>

CHAVE DE ACESSO

319 0813 0977 9500 0140 6500 1000 0312 3411 5850 6666

CONSUMIDOR NÃO IDENTIFICADO

Consulta via leitor de QR Code



p. 28

Protocolo de Autorização:

328180102345373 13/08/2019 15:08:52

Grupo 1 - NFC-e Open Service - www.pnfte.com.br

Atenção: O NFC-e não pode ser usado para fins fiscais. É um documento fiscal de

p. 29

TEM FÉ PÚBLICA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 12950169

USO OBRIGATÓRIO
IDENTIDADE CIVIL PARA TODOS OS FINS LEGAIS
(Art. 13 da Lei n.º 8.961/94)



JOÃO MARCELO DE CAMPOS LIMA ROBERTINA
Lima Robertina



OBSERVAÇÕES



ORDEM DOS ADVOGADOS DO BRASIL
CONSELHO SECCIONAL DO PIAUÍ
IDENTIDADE DE ADVOGADO

INSCRIÇÃO 13646

NOME
JOÃO MARCELO DE CAMPOS LIMA ROBERTINA

FILIAÇÃO
ANGELO LIBERTO ROBERTINA
ELIETE DE CAMPOS LIMA

NACIONALIDADE
MARINGÁ-PR

RG
10263504-2 - SSP/PR

DATA DE NASCIMENTO
25/01/1989

CPF
067.127.729-40

DOADOR DE ÓRGÃO E TECIDOS
SIM

VIA 02 **EXPIROU EM** 19/04/2017

FRANCISCO LUCAS COSTA VELOSO
PRESIDENTE

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - SE

Nº 014111938961
CS:66203107709

CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO
P8T 30

VIA 1 COD. RENAVAM 0116877752 RNTIC 000000000000

NOME/ENDEREÇO
ACLECIA DA SILVA SANTOS
RUA HELIO CARDOSO
105 AMERICA
49080310 ARACAJU-SE

CPF/CNPJ 029.240.095-02 PLACA QME2153

NOME ANTERIOR
CONCORDE MOTOS LTDA

PLACA ANT/LP 43691/SE CHASSI 9D6RG3820K0004948

ESPECIE TIPO PAS/MOTOCICLETA/ COMBUSTIVEL ALCO/GASOL

MARCA/MODELO YAMAHA/YS150 FAZER SED ANO FAB 2018 ANO MOD 2019

CAP/POT/CIL 2POTV/149CC CATEGORIA PARTIC COR PREDOMINANTE PRETA

OBSERVAÇÕES AL FIDUCIA - BANCO YAMAHA MOTOR DO BR

DOCUMENTO VALIDO SOMENTE PARA TRANSFERENCIA
GUARDE EM LOCAL SEGURO

MOTOR: B3F7E-034/36

LOCAL ARACAJU-SE DATA 18/10/2018

LUGAR DE EMISSÃO DO DOCUMENTO
LUGAR DE EMISSÃO DO DOCUMENTO

DIRETORA-GERENTE

PROCURAÇÃO PARTICULAR

Outorgante: (Dados do Beneficiário do Seguro DPVAT)

Nome: JULIO DA SILVA SANTOS
Nacionalidade: BRASILEIRO Estado civil: SOLTEIRO
Profissão: MOTO BOY
Identidade: 3558 9000 CPF: 861.322.165-37
Endereço: RUA: AELIO CARDOSO Nº 105
Bairro: AMERICA Cidade: ARACAJU
Estado: SERGIPE CEP: 49080-310

Outorgado:

JOÃO MARCELO DE CAMPOS LIMA ROBERTINA, natural de Maringá Paraná, solteiro, portador de cédula de identidade nº 10.283.504-2 SSP/PR, inscrito no cadastro de pessoa física nº 067.127.729-40, ADVOGADO inscrito na ordem OAB nº 13.646, domiciliado na Avenida Augusto Maynard nº 554, bairro São José, Aracaju Sergipe, CEP 49.015-380.

Pelo presente Instrumento Particular de procuração nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante **Seguradora Líder dos Consórcios do seguro DPVAT e suas respectivas consorciadas**, a fim de encaminhar pedido de indenização do seguro obrigatório - DPVAT, a que tenho direito, concedendo ao outorgado poderes para assinatura nos formulários de, Aviso de sinistro, Protocolo de Recepção de Documentos, Declaração de Ausência de Laudo do IML, Autorização de Pagamento de Indenização do Seguro DPVAT, podendo enfim assinar ou requerer quaisquer documentos relacionados com o Seguro Obrigatório - DPVAT em meu nome, praticar todos os atos de direito permitidos para perfeito cumprimento deste mandato, da qual figura como vítima
JULIO DA SILVA SANTOS

Local: ARACAJU UF: SE Data: 05 de JULHO de 2019.

Julio da Silva Santos

Assinatura do Outorgante (Beneficiário)

(Reconhecer firma por autenticidade)

CARTÓRIO DO 8º OFÍCIO
TABELIÃO: DANIEL PIERETE

 Pierete

Reconheço por autenticidade a(s) firma(s) de:

Julio da Silva Santos

Selo TJSE: 201929527173083

Acesse: <http://www.tjse.jus.br/x/92942M>

Aracaju, 03/09/2019 10:42:44 7210

Cláudia Luana Soares Bettamio de Sousa - Escrevente

Email: 927.27.81 - 927.27.81



Rio de Janeiro, 06 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190623534

Vítima: JULIO DA SILVA SANTOS

Data do Acidente: 30/05/2019

Cobertura: DAMS

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JULIO DA SILVA SANTOS

Informamos que o seu pedido de reembolso de DAMS foi cadastrado.

Para cobertura de Despesas Médicas e Suplementares (DAMS) o valor do reembolso é de até R\$2.700,00 (dois mil e setecentos reais). Todas as despesas precisam ser comprovadas através de notas fiscais e recibos originais.

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.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 19 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190623534

Vítima: JULIO DA SILVA SANTOS

Data do Acidente: 30/05/2019

Cobertura: DAMS

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JULIO DA SILVA SANTOS

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

Recebedor: JULIO DA SILVA SANTOS

Valor: R\$ 175,00

Banco: 104

Agência: 000002175

Conta: 00000048167-0

Tipo: CONTA POUPANÇA

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☒ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☐ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

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

5 - Nome completo: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD):

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos) ☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104) Nome do BANCO: AGÊNCIA: CONTA: (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: 25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: 28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

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

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

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)



GOVERNO DO ESTADO DE SERGIPE
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA ESPECIAL DE DELITOS DE TRÂNSITO - ARACAJU - SE



BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 058147/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 31/05/2019 12:22 Data/Hora Fim: 31/05/2019 12:37
Delegado de Polícia: Daniela Ramos Lima Barreto

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia Especial de Delitos de Trânsito

Data/Hora do Fato: 30/05/2019 17:45

Local do Fato

Município: Aracaju (SE)
Logradouro: Rua Acre

Bairro: Siqueira Campos

Ponto de Referência: Próximo a Rua Dom Pedro I
Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1095: Auto lesão - Acidente de trânsito	Veículo

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: ACLECIA DA SILVA SANTOS (COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: SE - Ilha das Flores Sexo: Feminino Nasc: 04/03/1987
Profissão: Desempregado
Estado Civil: Solteiro(a)
Nome da Mãe: Maria Iracema Balbino da Silva Santos Nome do Pai: Sebastião da Silva Santos

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 029.240.095-02

Endereço

Município: Aracaju - SE
Logradouro: R Hélio Cardoso
Bairro: América
Telefone: (79) 99654-1040 (Celular)

Nº: 105
CEP: 49.080-310

Nome Civil: JULIO DA SILVA SANTOS (VÍTIMA)

Nacionalidade: Brasileira Sexo: Masculino Nasc: 10/09/1994
Profissão: Motoboy
Estado Civil: Solteiro(a)
Nome da Mãe: Maria Iracema Balbino da Silva Nome do Pai: Sebastião da Silva Santos

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 861.322.165-37

Endereço

Município: Aracaju - SE
Logradouro: R Hélio Cardoso
Bairro: América

Nº: 105
CEP: 49.080-310

Nome Civil: TEOFILO MENDONÇA MELO (ENVOLVIDO)

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: SE - Aracaju Sexo: Masculino Nasc: 21/09/1989



Delegado de Polícia Civil: Daniela Ramos Lima Barreto
Impresso por: Marco Antonio Cruz Dantas
Data de Impressão: 31/05/2019 12:37
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 3

PPE - Procedimentos Policiais Eletrônicos



GOVERNO DO ESTADO DE SERGIPE
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA ESPECIAL DE DELITOS DE TRÂNSITO - ARACAJU - SE

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 058147/2019

Estado Civil: Solteiro(a)

Nome da Mãe: Marta Maria Mendonça Melo

Nome do Pai: Teófilo Rodrigues Melo

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 047.134.745-09

Endereço

Município: Aracaju - SE

Logradouro: Av Dulce Diniz

Nº: 18

Complemento: bloco F, 401

Bairro: Luzia

CEP: 49.048-430

Telefone: (79) 99890-7587 (Celular)

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo	Subgrupo Motocideta/Motoneta
CPF/CNPJ do Proprietário 029.240.095-02	Placa QME2153
Renavam 01168777752	Número do Motor G3F7E-034736
Número do Chassi 9C6RG3820K0004948	Ano/Modelo Fabricação 2019/2018
Cor PRETA	UF Veículo Sergipe
Município Veículo Aracaju	Marca/Modelo YAMAHA/YS150 FAZER SED
Modelo YAMAHA/YS150 FAZER SED	Veículo Adulterado? Não
Quantidade 1 Unidade	Situação Envolvido
Última Atualização Denatran 18/10/2018	Situação do Veículo ALIENACAO FIDUCIARIA

Nome Envolvido	Envolvimentos
Acácia da Silva Santos	Proprietário
Julio da Silva Santos	Possuidor

Grupo Veículo	Subgrupo Automóvel/Utilitário/Camioneta/Caminhon
CPF/CNPJ do Proprietário 036.263.245-67	Placa OEP8324
Renavam 00558305849	Número do Motor 1DS617089
Número do Chassi 3G1J85CD2DS617089	Ano/Modelo Fabricação 2013/2013
Cor BRANCA	UF Veículo Sergipe
Município Veículo Aracaju	Marca/Modelo I/CHEV SONIC LTZ NB AT
Modelo I/CHEV SONIC LTZ NB AT	Veículo Adulterado? Não
Quantidade 1 Unidade	Situação Envolvido
Última Atualização Denatran 01/07/2016	Situação do Veículo ALIENACAO FIDUCIARIA

Nome Envolvido	Envolvimentos
Teófilo Mendonça Melo	Possuidor

RELATO/HISTÓRICO

RELATA A COMUNICANTE QUE O SEU IRMÃO JULIO DA SILVA SANTOS PILOTAVA A SUA MOTOCICLETA PELA RUA ACRE, QUANDO CONVERGIU À ESQUERDA PARA ENTRAR NA RUA DOM PEDRO, ENTRETANTO AO OBSERVA QUE ESTAVA ENTRANDO NA RUA ERRADA, RESOLVEU RETORNAR PARA A RUA ACRE (CONTRA-MÃO) E ACABOU COLIDINDO CONTRA O VEÍCULO GM/SONIC, CONDUZIDO TEOFILO MENDONÇA MELO; QUE O SEU IRMÃO FICOU LESIONADO, FOI SOCORRIDO PELO SAMU E ENCAMINHADO PARA O HOSPITAL DE URGÊNCIA, ONDE FOI DIAGNOSTICADO COM FRATURA NA TÍBIA. QUE OCORRERAM DANOS EM AMBOS OS VEÍCULO E SERÃO



GOVERNO DO ESTADO DE SERGIPE
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA ESPECIAL DE DELITOS DE TRÂNSITO - ARACAJU - SE

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 058147/2019

AVALIADOS EM OFICINA ESPECIALIZADA.

ASSINATURAS

Marco Antonio Cruz Dantas
Responsável pelo Atendimento

Adécia da Silva Santos
(Comunicante)

"Declaro para os devidos fins de direito que sou o(a) único(a) responsável pelas informações acima assentadas e ciente que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que de origem, conforme previsto nos Artigos 339-Denúncia Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."



Delegado de Polícia Civil: Daniela Ramos Lima Barreto
Impresso por: Marco Antonio Cruz Dantas
Data de Impressão: 31/05/2019 12:37
Protocolo nº: Não disponível

Página 3 de 3

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos

220701

MS/DATASUS HOSPITAL GOVERNADOR JOAO ALVES FILHO

No. DO BE: 1920517 DATA: 30/05/2019 HORA: 18:32 USUARIO: ALGSANTOS
CNS: SETOR: 06-SUTURA

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME : JULIO DA SILVA SANTOS DOC...:
IDADE.....: 24 ANOS NASC: 10/09/1994 SEXO...: MASCULINO
ENDERECO.....: RUA ELIO CARDOSO NUMERO:
COMPLEMENTO...: 209877802680009 BAIRRO: AMERICA
MUNICIPIO.....: ARACAJU UF: SE CEP....: 49000-000
NOME PAI/MAE...: SEBASTIAO DA SILVA SANTOS /MARIA IRACEMA BALBINO DA SILV
RESPONSAVEL...: TRAZIDO PELO SAMU TEL....: 981086626
PROCEDENCIA...: ARACAJU - CAPITAL
ATENDIMENTO...: ACIDENTE MOTOCICLISTICO (MOTOS)
CASO POLICIAL.: NAO PLANO DE SAUDE....: NAO TRAUMA: NAO
ACID. TRABALHO: NAO VEIO DE AMBULANCIA: SIM

Faturac
PS - Adult

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

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

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

DADOS CLINICOS: DATA PRIMEIROS SINTOMAS: __/__/__

ANOTACOES DA ENFERMAGEM:

DIAGNOSTICO:

CID:

PRESCRICAO

HORARIO DA MEDICACAO

DATA DA SAIDA: / / HORA DA SAIDA: :
ALTA: [] DECISAO MEDICA [] A PEDIDO [] EVASAO [] DESISTENCIA
[] ENCAMINHADO AO AMBULATORIO
INTERNACAO NO PROPRIO HOSPITAL (SETOR):

TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):
OBITO: [] ATE 48HS [] APOS 48HS [] FAMILIA [] IML [] ANAT. PATOL

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSAVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

EXAME DE RADIOLOGIA - HUSE
REALIZADO EM 30/05/19
AS 18.45 HORAS
TÉCNICO EM RADIOLOGIA