



**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  
Número Único: 0024737-96.2020.8.25.0001  
Classe: Procedimento Comum  
Situação: Andamento  
Processo Origem: \*\*\*\*\*

Distribuição: 18/06/2020  
Competência: Vara de Acidentes e Delitos de Trânsito  
Fase: POSTULACAO  
Processo Principal: \*\*\*\*\*

**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: 5° 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 Apenasdos:**

--

**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

**Valorização do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DO COLO DO FÉMUR 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
<b>Total</b>			<b>12,5 %</b>	<b>R\$ 1.687,50</b>

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190518860  
**Vítima:** JULIO DA SILVA SANTOS

**Cidade:** Aracaju  
**Data do acidente:** 30/05/2019

**Natureza:** Invalidez Permanente  
**Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

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

**Data da análise:** 12/11/2019

**Valorização do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA SUBTROCANTERIANA DE FÉMUR 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

<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 completa da mobilidade de um quadril	25 %	Em grau intenso - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
<b>Total</b>			<b>6,25 %</b>	<b>R\$ 843,75</b>

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

---

**Rio de Janeiro, 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

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

---

**Rio de Janeiro, 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, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

---

**Rio de Janeiro, 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, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: [www.seguradoralider.com.br/recomeco](http://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 - N° do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:  
861.922.165-37 Júlio da Silva Santos

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

5 - Nome completo: Júlio da Silva Santos 6 - CPF: 861.922.165-37  
7 - Profissão: motoboy 8 - Endereço: Rua Helio Cardoso 9 - Número: 100 10 - Complemento:  
11 - Bairro: América 12 - Cidade: Jacareí 13 - Estado: SP 14 - CEP: 19080-310  
15 - E-mail: (91) 3022-0817

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

**INVESTPREV**

17 - Nome completo do Representante Legal:

05 SET 2019

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)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

Banco do Brasil (001)  Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 0287

5

CONTA: 27183

5

(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.

## 23 - 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  Sim  Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou Sim  Não 31 - Vítima Sim  Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou Sim  Não  
teve filhos?  Não  Vivos:  Falecidos:  Sim  Não  Vivos:  Falecidos:  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

38 - 1º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

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

Assinatura da testemunha

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

39 - 2º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Jacareí - SP, 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  
PÓLICIA 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 N°: 105  
Bairro: América CEP: 49.080-310  
Telefone: (79) 99654-1040 (Celular)

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

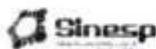
Município: Aracaju - SE  
Logradouro: R Hélio Cardoso N°: 105  
Bairro: América CEP: 49.080-310

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 Motocicleta/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
Alecia 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 TEÓFILO 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 VEÍCULOS 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 de Polícia Judiciária

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

"Declara para os devidos efeitos que sou (sou) o(a) responsável pelas informações nessa assinatura e deixo que sejam respondidas civil e criminalmente pelas presentes circunstâncias que me originem, conforme previsto nos Artigos 339-Delituação Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."

10  
R2019

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  
 IDADE.....: 24 ANOS NASC: 10/09/1994  
 ENDERECO....: RUA ELIO CARDOSO  
 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

DOC...:  
SEXO...: MASCULINO  
NUMERO:

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

EXAMES COMPLEMENTARES: [ ] RAIOS 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:

PRESRICAO

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 [ ] IMI [ ] ANAT. PATOL

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSAVEL

ASSINATURA E GATIMBO DO MEDICO

EXAME DE RADIOLOGIA - HUSE

REALIZADO EM 30/05/19  
AS 19.45 HORAS

TECNICO EM RADIOLOGIA



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 reanalizado. 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 PERNAS, FALTA DE FORÇA NA JOELHO E PERNAS, 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



## Relatório Médico - DPVAT

- 1 Júlio da Silveira Santos
- 2 Idade: 25 anos
- 3 Data do acidente: 30/05/2019
- 4 Diagnóstico:  
Fratura subtrocanterica de fêmur esquerdo. C.I.D 577.2.
- 5 Tratamento:  
Tratamento cirúrgico e fixação com placa + pinos e parafusos.
- 6 Sequelas após alta definitiva.
  - (a) Presença de material metálico no fêmur e
  - (b) Dor no coxo 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](http://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

- c) Hipotrofia da coxa e perna  
d) Falta de força no joelho e perna E  
e) Limitação do quadril E  
Sequelos: 75%

Aracaju, 01/10/2013

Dr. Masayuki Ishii  
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](http://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
Farmáncias			50,00	50,00
<b>Total da Análise Atual</b>			<b>175,00</b>	<b>175,00</b>

**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
<b>Total da Análise Atual</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>175,00</b>	<b>175,00</b>	<b>175,00</b>

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

**INFORMAÇÕES ANÁLISE MÉDICA**

<input type="checkbox"/> 01 - MUDOU-SE <input type="checkbox"/> 02 - ENDEREÇO INSUFICIENTE <input type="checkbox"/> 03 - NAO EXISTE N° INSCRIÇÃO <input type="checkbox"/> 04 - FALCIDO <input type="checkbox"/> 05 - DESCONHECIDO <input type="checkbox"/> 06 - RECUSADO <input type="checkbox"/> 07 - AUSENTE <input type="checkbox"/> 08 - NAO PROCURADO <input type="checkbox"/> 09 - ENO, DESCONHECIDO NA LOCALIDADE <input type="checkbox"/> 10 - OBJETO DANIFICADO <input type="checkbox"/> 11 - ENO, DESCONHECIDO NA LOCALIDADE <input type="checkbox"/> 12 - FALTA COMPLEMNETO (COLLETIV/GU) <input type="checkbox"/> 13 - CARGA POSTAL CANCELADA	
Remetente: AL.Rio Negro, 585 - Bloco D - 15º andar - Barueri - São Paulo - SP - 06454-000 Rua Engenheiro Joaquim Pedroso	
Remetente: AL.Rio Negro, 585 - Bloco D - 15º andar - Barueri - São Paulo - SP - 06454-000 Rua Engenheiro Joaquim Pedroso	
Marcação: ✓/✓/✓	Marcação: ✓/✓/✓
Rua Engenheiro Joaquim Pedroso	



Data de Postagem: 19/05/2019  
 Data de Vencimento: 19/05/2019



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



5/06/2019





# 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: 2019000

00000952

Código Verificação

ZWS7-Z1FX



## NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA - NFS-e

Emissão (Horário de Brasília)

18/07/2019 10:30:55

Período de Competência  
07/2019

Município de Prestação do  
Serviço

Aracaju - SE

Reg. Especial Tributação

Microempresário e Empresa de Pequeno Porte (MEExigível em  
EPP)

Exigibilidade do ISS

Aracaju

### PRESTADOR DE SERVIÇOS

Razão Social

CIAME CLINICA MEDICA LTDA

Nome Fantasia

CIAME

CPF/CNPJ

11.595.588/0001-68

Inscrição Municipal

821571

Inscrição Estadual

Simples Nacional

Sim

Email

hsobral5@gmail.com

Incentivador Cultural

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

E-mail

(79) 9654-1040

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\$)	COFINS (R\$)	INSS (R\$)	IR (R\$)	CSLL (R\$)	Outras Retenções (R\$)
<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>

### VALORES

Valor dos Serviços (R\$)	Deduções (R\$)	Desconto Incondicionado (R\$)	Base de Cálculo (R\$)	Aliquota (%)
<b>35,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>35,00</b>	<b>5,0000</b>
ISS (R\$)	ISS Retido (R\$)	Desconto Condicionado (R\$)	Valor Líquido (R\$)	Valor Total da Nota (R\$)
<b>1,75</b>		<b>0,00</b>	<b>35,00</b>	<b>35,00</b>

### 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

**1<sup>ª</sup> VIA - RETENÇÃO DA FARMÁCIA OU DROGARIA**

## 2º VIA - ORIENTAÇÃO AO PACIENTE

Paciente:

John B. Lill

### Endereço:

## Prescrição

Diamond Co.

Dr. Andre Cardoso  
Medico  
CRM 4849

Dr. Andrii Cossyk  
CRP

#### IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome: \_\_\_\_\_

Ident: \_\_\_\_\_ Org. Emissor: \_\_\_\_\_

End.

Cidade: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_

p. 27

#### IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

DATA: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

#### ASSINATURA DO FARMACÉUTICO

# NFC-e

FARMÁCIA SANTA RITA CASSIA LTDA

FARMA SANTA RITA CASSIA LTDA

CNPJ: 13.169.785/0001-40 - Inscr. Est: 27.081.076-6

A CEL. OMAR GONÇALVES, 19 - CONJ. CASTELO BRANCO

PONTO NOVO - 49097-130 Aracaju - SE

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

NFC-e permite aproveitamento de crédito de ICMS

Descrição	Qt	Un	V. Unit	V. Total
33 TRAMADOL 50MG 10 CP EMS A2C1 - Lab. GERMED -				
nr. 096558 - Fab. 2018-11-01 - Val. 2020-11-01				
	2	UND	25,00	50,00

Ior Total da Nota: R\$ 50,00  
ant. Total de Itens: 01

Pecão nr.: 322842 - Verificador: HIULLI SANTOS

Tributos Aprax: R\$8,73 Federal e R\$0,00 Estadual - Fonte

IBPT D11D7F

EMISSÃO NORMAL

Número: 328190102345373 - Data: 13/08/2019 15:06:47

Via Consumidor

Consulte pela Chave de Acesso em  
<http://www.nfce.mt.gov.br/nfce/consulta>

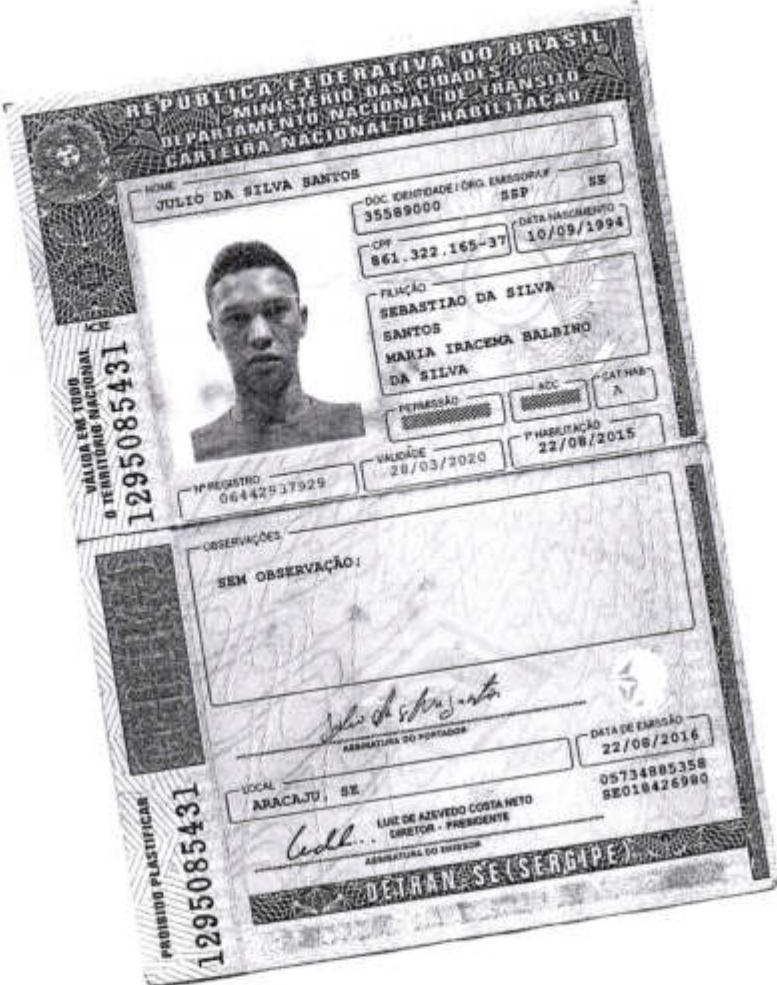
CHAVE DE ACESSO

919.0813.0972.9500.0140.6500.1000.0312.3411.5850.6686

CONSUMIDOR NÃO IDENTIFICADO

Consulta via leitor de QR Code







**REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL**  
**MINISTÉRIO DAS CIDADES**

**DETAN - SE** N.º **014111938961**  
CS: 66203107709

**CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO**

PBT 30

VIA	COD. PENAVAL	RNFRC
1	0116877752	000000000000
NOME/ENDERECO		
ACLECIA DA SILVA SANTOS RUA HELIO CARDOSO 105 AMERICA 49080310 ARACAJU-SE		
CPF/CNPJ	PLACA	
029.240.095-07	DME 2153	
NOME ANTERIOR		
CONCORDE MOTOS LTDA		
PLACA ANTERIOR	CHASSI	
43691/SE	906RG3820K0004948	
ESPECIE TIPO	COMBUSTIVEL	
PAS/MOTOCICLETA/	ALCO/GASOL	
MARCA/MODELO	ANO FAB	ANO MOD
YAMAHA/YS150 FAZER SED	2018	2019
CAP/POT/CIL	CATEGORIA	
2P0LCV/149CC	PARTIC	
COR PREDOMINANTE		
PRETA		
OBSER/ACES		
AL. FIDELIS - BANCO YAMAHA MOTOR DO BR		
DOCUMENTO VÁLIDO SOMENTE PARA TRANSFER		
GUARDE EM LOCAL SEGURO		
MOTOR: 63F7E-034736		
LOCAL	DATA	
ARACAJU-SE	18/10/2018	
LUCIANO V. DEUS UNICO DE BEM		
FIRME DA PRESIDENTE		

## 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 N° 105  
Bairro: AMÉRICA Cidade: ARACAJU  
Estado: SE CEP: 49 080-310

**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 nº13.646, domiciliado na Avenida Augusto Maynard nº554, 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.

  
  
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

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

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

p.32

Cláudia Luana Soares Bettamio de Sousa - Escrivente  
Email: [8827-97@outlook.com.br](mailto:8827-97@outlook.com.br)



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

---

Rio de Janeiro, 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

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

---

Rio de Janeiro, 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:  
 861.322.165-37 Júlio 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: Júlio da Silva Santos	6 - CPF: 363.822.165-37		
7 - Profissão: moto Boy	8 - Endereço: Rua Helio Endoso	9 - Número: 105	10 - Complemento:
11 - Bairro: Ameríca	12 - Cidade: Araçaju	13 - Estado: Sergipe	14 - CEP: 49090-310
15 - E-mail:	16 - Tel.(DDD): (79) 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:

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

## 20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1,00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> 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)

<input type="checkbox"/> Bradesco (237)	<input type="checkbox"/> Itaú (341)
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)	<input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: 2175

CONTA: 048 167

0

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_

CONTA: \_\_\_\_\_

0 \_\_\_\_\_

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  Sim  Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou  Sim  Não 31 - Vítima  Sim  Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou  Sim  Não pais/avós vivos?

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 - 1º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Araçaju - SE, 05 Novembro 2019

Júlio da Silva Santos

Jôn Marinho de Palmeira Portil

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

p.85001 V002/2019

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

NÃO ALFABETIZADO





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 Motocicleta/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
<b>Nome Envolvido</b>	<b>Envolvimentos</b>
Aclecia 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
<b>Nome Envolvido</b>	<b>Envolvimentos</b>
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 VEÍCULOS 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

10  
R2019

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  
 IDADE.....: 24 ANOS NASC: 10/09/1994  
 ENDERECO....: RUA ELIO CARDOSO  
 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: [ ] RAIOS 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:

PRESRICAO

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 [ ] IMI [ ] ANAT. PATOL

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSAVEL

ASSINATURA E CARAMBIO DO MEDICO  
 EXAME DE RADIOLOGIA - HUSE  
 REALIZADO EM 30/05/19  
 AS 19.45 HORAS

TECNICO EM RADIOLOGIA