



**Poder Judiciário
Do Estado de Sergipe**

AQUIDABÃ DA COMARCA DE AQUIDABÃ
Praça Eduardo Chaves, Bairro Centro, Aquidabã/SE, CEP 49790000
Horário de Funcionamento: 07:00 às 13:00

Dados do Processo

Processo: 202060000705

Número Único: 0000685-33.2020.8.25.0002

Classe: Procedimento Comum

Situação: Andamento

Processo Origem: *****

Distribuição: 24/06/2020

Competência: Aquidabã

Fase: POSTULACAO

Processo Principal: *****

Assuntos

- DIREITO PROCESSUAL CIVIL E DO TRABALHO - Partes e Procuradores - Assistência Judiciária Gratuita
- DIREITO CIVIL - Responsabilidade Civil - Seguro Obrigatório - Invalidez

Dados das Partes

Requerente: JOAO PAULO DE SOUZA

Endereço:

Complemento:

Bairro:

Cidade: AQUIDABA - Estado: SE - CEP: 49790000

Requerente: Advogado(a): JOSÉ JEOVANY DA SILVA 12367/AL

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

AQUIDABÃ DA COMARCA DE AQUIDABÃ¹
Praça Eduardo Chaves, Bairro Centro, Aquidabã/SE, CEP 49790000
Horário de Funcionamento: 07:00 às 13:00

Processos Apensados:

--

Processos Dependentes:

--



**Poder Judiciário
Do Estado de Sergipe**

AQUIDABÃ DA COMARCA DE AQUIDABÃ
Praça Eduardo Chaves, Bairro Centro, Aquidabã/SE, CEP 49790000
Horário de Funcionamento: 07:00 às 13:00

PROCESSO:

202060000705

DATA:

01/09/2020

MOVIMENTO:

Juntada

DESCRIÇÃO:

Juntada de Petição Avulsa do Advogado/Procurador/Defensor/Promotor KELLY CHRYSTIAN SILVA MENENDEZ (2592-SE) ao processo eletrônico. Protocolizado sob nº 20200901120102106 às 12:01 em 01/09/2020.

LOCALIZAÇÃO:

Secretaria

PUBLICAÇÃO:

Não

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 23/12/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOAO PAULO DE SOUZA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 01399-4

CONTA: 000010018089-2

Nr. da Autenticação 726BFE756B561895

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190697699
Vítima: JOAO PAULO DE SOUZA

Cidade: Canhoba
Data do acidente: 27/09/2019

Natureza: Invalidez Permanente
Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 17/12/2019

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DE TÍBIA E FÍBULA ESQUERDA.

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

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DE MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações: PÁG 1/10/11/16_CIRURGIA

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 funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50



RELATÓRIO

O (a) paciente

José Paulo de Souza

foi atendido (s), na ca unidade dia 27/09/19

tendo sido submetido (a) tratamento cirúrgico conservador de Festura de

Perna TSG com Fix Ext.

REPOUSO POR 180 dia:

CID S 820

ARACAJU, 30/09/19

DR. SÉRGIO CAVALCANTI M. DE MELO
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM - 1822 TEOT - 6348

MS/DATASUS

HOSPITAL DE URGENCIAS DE SERGIPE - HUSE

No. DO BE: 58928 DATA: 27/09/2019 HORA: 11:13 USUARIO: ISINACIO
 CNS: SETOR: 05-ORTOPEDIA

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME : JOAO PAULO DE SOUZA DOC....:
 IDADE.....: 20 ANOS NASC: 15/11/1998 SEXO...: MASCULINO
 ENDERECO.....: POV MOITA REDONDA NUMERO:
 COMPLEMENTO....: 708508324157579 BAIRRO: ZONA RURAL
 MUNICIPIO....: AQUIDABA UF: SE CEP....: 49790-000
 NOME PAI/MAE...: CELSO DE SOUZA /VALDICE NARCIZA DOS SANTOS SO
 RESPONSAVEL....: JOAO BATISTA IRMAO TEL....: 79/9651846
 PROCEDENCIA....: AQUIDABA 0
 ATENDIMENTO....: ACIDENTE MOTOCICLISTICO (MOTOS)
 CASO POLICIAL.: NAO PLANO DE SAUDE....: NAO TRAUMA: NAO
 ACID. TRABALHO: NAO VEIO DE AMBULANCIA: NAO

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: / /

Trauma na perna esq., dor e edema.

Hm. urticaria int., dor e edema

Anotações da Enfermagem: urticaria perna esq.

DIAGNOSTICO:

Trauma exp. na fibula CID: 8.62 ~ P

PRESCRICAO

HORARIO DA MEDICACAO

1	cefazol 2g + 20ml	11:45
2	sulfato de zinc 10g	litter
3	triamcinol 50mg + 300ml (0,2%)	(P)
4	profenito 100mg + 100ml (P)	(nat p.m.)

DATA DA SAIDA: / /

HORA DA SAIDA:

ALTA: [] DECISAO MEDICA [] A PEDIDO [] EVASAO

[] ENCAMINHADO AO AMBULATORIO

INTERNACAO NO PROPRIO HOSPITAL (SETOR):

[] DESISTENCIA

TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):

OBITO: [] ATE 48HS [] APOS 48HS

*João Ferreira Alves**Ortopedia e Traumatologia*

CRM-SE 2400 TEOT-SBOT 1063

[] ANAT. PATOL

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSAVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

FICHA DE ATENDIMENTO

ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO - SISTEMA DE MANCHESTER

NOME DO PACIENTE (Sem abreviações):

REGISTRO:

IDADE:

ETNIA:

DATA: ____ / ____ / ____

DATA DE NASCIMENTO

NOME DA MÃE:

HORA: ____ : ____ : ____

SITUAÇÃO / QUEIXA:

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

LUXOGRAMA:

DISCRIMINADOR:

ALÉRGIAS (MEDICAMENTOS E ALIMENTOS):

VERMELHO	CARANJA	AMARELO	VERDE	AZUL
	MUITO URGENTE	URGENTE	POUCO URGENTE	NÃO URGENTE
0 MIN	10 MIN	60 MIN	120 MIN	240 MIN

DESTINO / ENCAMINHAMENTO:

INF.:	COREN:	ASSINATURA:
ORDENADOR:		
CLASSIFICAÇÃO PARA A PRIORIDADE: DISCRIMINADOR às ____ h ____ min.	DATA: ____ / ____ / ____ ENF.:	HORA: ____ h COREN:

CONFIRMADA IDENTIFICAÇÃO COM O PACIENTE / FAE / PULSEIRA? (S/N)

LOCADA PULSEIRA? (S/N)

QUAL MEMBRO? (PULSO E / PULSO D / TORNOZELO E / TORNOZELO D)



**HOSPITAL REGIONAL DE PROPRIÁ
SÃO VICENTE DE PAULA
GUIA DE TRANSFERÊNCIA HOSPITALAR**

02

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME: Jônio Alves da Costa
SEXO: Masc. () Fem. () IDADE: 20 ANOS CARTÃO SUS:
MUNICÍPIO DE ORIGEM: _____ SETOR DO HOSPITAL: _____

QUADRO CLÍNICO

Frajola exposta 215 ml de urina e fezes
Revestida mucosamente

DIAGNÓSTICO: Frajola exposta urina e fezes

TRATAMENTO INSTITUIDO ATÉ O MOMENTO

MEDICAÇÕES UTILIZADAS:

Anfetato 01 amp 10
Anfetato, clorazepato, cefalotina 600 mg

EXAMES COMPLEMENTARES REALIZADOS (Resumo dos resultados):
Uro e urina e parâmetros 2P

INFORMAÇÕES DA TRANSFERÊNCIA

HOSPITAL DE DESTINO DO PACIENTE: HVH

DATA DA TRANSFERÊNCIA: 27/09/19 HORA DO CONTATO: _____

MOTIVOS DA TRANSFERÊNCIA: () Falta de Vaga () Hemoderivados

- () Procedimento Especializado TRATAMENTO PRIMARIO
() Falta de Recurso _____
() Equipe Incompleta _____
() Outros _____

CONTATO: _____ HORA DO CONTATO: _____

VEÍCULO UTILIZADO: Ambulância do Hospital () Amb. do Município () SAMU: USB: () USA: ()

- SOMENTE PREENCHER ESTA FICHA SE O PACIENTE FOR TRANSFERIDO NOS TRANSPORTES ACIMA CITADOS;
→ MÉDICO/ENFERMEIRO FAVOR ESPECIFICAR O MOTIVO DA TRANSFERÊNCIA DA MELHOR FORMA POSSÍVEL, DESCREVENDO OS MOTIVOS ABRANGENTES NAS LINHAS CORRESPONDENTES;
→ É MUITO IMPORTANTE A IDENTIFICAÇÃO DO TRANSPORTE UTILIZADO;
→ É OBRIGATÓRIO O PREENCHIMENTO DE TODOS OS CAMPOS DESSE QUADRO DA GUIA DE TRANSFERÊNCIA;
→ SEMPRE FAZER A GUIA DE TRANSFERÊNCIA EM DUAS VIAS;

Alísses Lenck
Enfermeira - Enfermologia
CRM/PE 245

ENFERMEIRO RESPONSÁVEL PELO SETOR
(ASSINATURA E CARIMBO)

Lilian
MÉDICO SOLICITANTE
(ASSINATURA E CARIMBO)



SECRETÁRIA DE SAÚDE DO ESTADO DE SERGIPE
SERVIÇO DE ORTOPÉDIA E TRAUMATOLOGIA
PREScrições DIÁRIAS

10

DATA: 30/09 / 2019

° DIH

NOME: José Paulo de Souza 20 a
 DIAGNÓSTICO: FE com 30g Reduzido

	Medicamentos (Princípio ativo + Concentração)	Horários de Administração
1º. Dieta Livre		
2º. Gelco Salinizado		
3º. Kefazol 1 g EV 8/8hs ou Keflin 1 g IV 6/6hs		
4º.		
5º. Dipirona 2ml + 8 ml AD IV ou Paracetamol 40gts VO 6/6hs SOS		
6º. Nauseadron 8mg IV 08/08hs	SOS	
7º. Antak 50mg EV ou 150mg VO / Omeprazol 40mg IV ou VO às 6hs		
8º. Tramal 100mg + 100 ml SF 0,9% IV ou VO 8/8hs	SOS	
9º. Profenid 100mg + 100ml SF 0,9% IV 12/12hs	SOS	
10º. Captopril 25mg VO 8/8hs se PAS > 180 mmHg e PAD > 110 mmHg SOS		
11º. Luftal 40 gts VO de 8/8 hs	SOS	
12º. Clexane 40mg SC 1 x dia ou Heparina 5000UI SC 2 x dia		
13º. Dextro 6/6hs se Diabético		
14º Insulina Regular SC, após o dextro. 201 – 250: 02UI 251 – 300: 04UI	301 – 350: 06UI 351 – 400: 08UI	
	> ou = 401: 10UI	
15º. Curativos Diários 1 x dia	SF 0,9% + Gazes	
16º SSVV 6/6hs		<u>12 18 24 06</u>
17º Óleo Mineral ,ou Lactulona 20 ML, VO se não presentar dejeções		
18º		
19º	<u>Aba Thoracalos</u>	
20º		
21º		
22º		

EVOLUÇÃO:

Luciene E. dos Santos
 Enfermeira
 CRM/SE: 14322

Dr. Sérgio Cavalcanti
 CRM 1822

EVOLUÇÃO CLÍNICA MULTIDISCIPLINAR
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE SERGIPE - HUSE

5

Nome do Paciente:

José Paulo de Souza

Página 1

Unidade de Produção:

Idade: 20 anos

Sexo: Masculino

Leito:

Nº do Prontuário: 6644

27/03/19

Admission

* Foi visto exposto um pôsto e fibra espiral
(cortado e arredondado) no.
Fazem m. Tenz. dist. da pele espina. Pôsto
muito visível. Visto no membro inferior esq.
distal m. m. Mobilidade limitada. Inflamação
grave e exuda séria na pele. Visto
fibra espiral

Existe sopro revelando um vaso dilatado.
No leito. Quírgos subtraídos. Fixado
cicatriz. Pôsto exposto com fixação
externa. Banda e lata no pôsto. Pôsto
parcialmente se intenciona.
Parte interna com cefazolin e benztonam.
Pôsto parcialmente se intenciona.
Ano curto no pôsto não.

João Ferreira Alves
Ortopedia e Traumatologia
CRM-SE 2486 TECI-SBOT 10634



EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Nome do Paciente:

ente: João Paulo de Souza
rodução: Lúcia

Idade: 20

Sexo: M

Unidade de Produção:

rodução: SEPA / UPE

Leito:

Nº do Prontuário:

211

- 29/09 02h Adm medicamentos de horário - ~~lajeado~~
 09/10 02h Adm medicamentos de horário - ~~lajeado~~
 04:00 Administrado medicamentos de horário. Té. Sônia.
 06:00 Administrado medicamentos de horário, conforme prescrições médica Té. Sônia.
 29/09 08h Pcte no leito, calmo, consciente, orientado, eupneico, com AUP hidrolisado - segue mantendo quadro clínico ~~Sônia~~
 09/10 10h Realizado círculo, cirurgião com pouca secreção sanguinolenta - ~~Sônia~~
 10/10 12h Administrado ~~medicação de~~ horário ~~Sônia~~
 15:00 Agitou diabete v.o. Té. Sônia.
 18:00 Pcte segue mantendo quadro clínico ~~Sônia~~
 29/09 20h Pcte. no leito, calmo, consciente, orientado, eupneico, com AUP hidrolisado, administrado medicamento de horário ~~Sônia~~
 20:20 Encaminhado para enfermaria - ~~Sônia~~
 20:30 Paciente admitido neste setor, procedente da UPC, encontrava-se consciente, orientado, eupneico, aciamótico. Té. Lina Gleide
 20/10 02h Pcte. mantendo quadro. ~~P~~
 20/10 04h Pcte. eupneico, aciamótico, sonolento no momento. Té. Lina Gleide
 06h Pcte. consciente orientado, eupneico aciamótico. Administrado medicamentos de horário. Té. Lina Gleide
 08h Paciente de alto hospitalar, aguardando transporte, feito medicamentos de horário e encaminhado em MI. Té. Lina
 10h Pcte. essa unidade hospitalar em cadeira de rodas acompanhado por família e máquina Té. Lina



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE SERGIPE
FICHA DE ATO CIRÚRGICO

PACIENTE: Don Pedro de Souza

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: fratura exposta da tíbia e fibula ~ tipo

CIRURGIA REALIZADA: Ressecção da úvula - Tonsiloplastia

CIRURGIÃO: Dr. J. M. P. M. e J. P. B.
AUXILIARES:

AUXILIARES:

ANESTESIA: Rx gvit + metaxid ANESTESISTA Dr. Amaro S. S. S.

DIAGNÓSTICO PÓS- OPERATÓRIO:

CIRURGIA LIMPA CIR. POTENCIALMENTE CONTAMINADA
 CIRURGIA CONTAMINADA CIR. INFECTADA

INFECÇÃO PRESENTE À ADMISSÃO? () SIM () NÃO

TOPOLOGIA DA INFECÇÃO:

() VIAS AÉREAS SUP. () PULMONAR () URINÁRIA () SNC () TGI
() CUTÂNEO () AP. CARDIO-VASCULAR () PLEURA () OUTROS

DESCRICAÇÃO DO ATO CIRÚRGICO

- ① present our doubts don't support.
 3. our we complete recursive binding.
 3. Abstraction it tends to son functional programming.
 - ③ object in aspects function to multi.
 5. local for computation.
 6. return function description in fact divide by
 7. function de expression no other variables
related to function not param.
 - ④ function function a fixed extern
library in binary introduction
parameters) a function
 - ⑤ sum in function + define a binding
 - ⑥ for our n from 1 to 5.R.P.A

DATA: 27 09 11

João Ferreira Alves

Ortopedia e Traumatologia

CRM-SE-2486 TEOT-SRAT 10634

Assinatura do Cirurgião

MS/DATASUS

HOSPITAL REGIONAL DE PROPRIA

No. DO BE: 730626
CNS:DATA: 27/09/2019 HORA: 05:50 USUARIO: FPSANTOS
SETOR: 01-CLASSIFICACAO DE RISCO

NOME: JOAO PAULO DE SOUZA
 IDADE: 20 ANOS NASC: 15/11/1998
 ENDERECO: POV MOITA REDONDA
 COMPLEMENTO: CASA
 MUNICIPIO: AQUIDABA
 NOME PAI/MAE: CELSO DE SOUZA
 RESPONSAVEL: O IRMAO
 PROCEDEDENCIA: PROPRIA-SE
 ATENDIMENTO: ACIDENTE MOTOCICLISTICO (MOTOS)
 CASO POLICIAL: NAO
 ACID. TRABALHO: NAO
 IDENTIFICACAO DO PACIENTE
 BAIRRO:
 UF: SE CEP...: 49790-
 /VALDICE NARCIZA DOS SANTOS
 TEL...:
 PLANO DE SAUDE....: NAO
 VEIO DE AMBULANCIA: NAO
 TRAUMA: NAO

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: ____/____

Fraatura de fíbula 11/05/19 16:00 sistema perna e ferida

Acidente de moto 10/09/19

ANOTACOES DA ENFERMAGEM:

DIAGNOSTICO:

CID:

| HORARIO DA MEDICACAO

PRESCRICAO

Amputa, crura 100, capta gema, At perna ffb 2P
Imposta or ampa 10, offbraima 26 PV
Transferido Hora para Cirurgia

DATA DA SAIDA: 27/09/19

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

TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):

OBITO: [] ATE 48HS [] APOS 48HS

[] FAMILIA [] IML [] ANAT. PAT.

José Roberto de Souza
 ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSAVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

Wlsses Leite
 Ortopedico Traumatologista
 CRM-GO 3245



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 3.718.348-6 2.VIA DATA DE EXPEDIÇÃO 09/05/2016

NOOME JOÃO PAULO DE SOUZA

FILIAÇÃO CELSO DE SOUZA

NATURALIDADE VALDICE MARCIZA DOS SANTOS SOUZA

PROPRIA-SE

DOC ORIGEM CT. NASCIMENTO NR 20923 LV A26 FL 191

OFF CART. DIST. COM. ADQUITIBA/SE
072.834.755-59

DATA DE NASCIMENTO 15/11/1998

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/06/83

000010745963

DETAN - SE

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA	COD. RENAVAM	B.N.T.R.C.	EXERCÍCIO
1	00488590310		2015
NOME			
CELSO DE SOUZA			
CPF / CNPJ		PLACA	
968.261.005-25		0 E B B 5 4 8	
PLACA ANT / UF	CHASSI		
0 E R 8 5 4 8 / SE	9 C 2 K D 0 5 5 0 C R 5 9 7 1 2 9		
ESPECIE TIPO	COMBUSTÍVEL		
PAS/MOTOCICLETA/NEHUMA	ALCO/GASOL		
MARCA / MODELO	ANO FAB.	ANO MOD.	
HONDA/XR150- Bros ES	2012	2015	
CAP / POT / CIL.	CATEGORIA		
2P/14CV/149CC	PARTIC		
COTA UNICA	VENC. COTA UNICA	VENC / COTAS	
I P V A	PAGO	1 ^a	*****
FAIXA I.P.V.A.	PARCELAMENTO / COTAS	2 ^a	*****
K 8 5 0 0 0 2	*****	3 ^a	*****
PRÉMIO TARIFÁRIO (R\$)	IOF (R\$)	PRÉMIO TOTAL (R\$)	DATA DE PAGAMENTO
SEM RESTRIÇÕES FINANCEIRAS			27/08/2015
OBSERVAÇÕES: 20116			
MOTOR: KD88E5C597125	LOCAL	DATA	
Nossa Senhora das Dores - Paraná	Melo Silva	27/08/2015	
DIRETOR PRESIDENTE			
EXPEDIDOR			

SE N° 015545254157 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURAwww.seguradoralider.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO
2015 DATA EMISSÃO
27/08/2015VIA CPF / CNPJ PLACA
968.261.005-25 0 E R 8 5 4 8RENAVAM MARCA / MODELO
498590310 HONDA/XR150- Bros ESANO FAB. CAL TARE. N.º CHASSI
2012 9 9 C 2 K D 0 5 5 0 C R 5 9 7 1 2 9

PRÉMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$) DESENTRAL (R\$) CUSTO DO SEGURO (R\$)
35,04 4,00 40,05CUSTO DO BILHETE (R\$) IOF (R\$) TOTAL A SER PAGO PELO SEGURO (R\$)
4,15 0,32 44,38PAGAMENTO DATA DE QUITAÇÃO
COTA UNICA 26/08/2015 PARCELADO

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.608/0001-04

JUN 2015



PROCURAÇÃO PARTICULAR PARA FINS ESPECÍFICOS DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Por este instrumento particular, eu (nome completo) José Paulo de Souza,
(nacionalidade) Brasileiro, (profissão) Torcedor, portador da cédula
de identidade RG nº 3.718.348-6, emitido pela SSP / (UF) SE,
inscrito sob o CPF nº 077.834.755-59, residente na (endereço
completo) Rua Mato Andarola, na cidade de
Aquidabá, (UF) SE, CEP 49790000, nomeio e
constituo meu procurador, (nome do representante) Carlos Henrique O. Rosa
(nacionalidade) Brasileiro, (profissão) Consultor, portador da cédula
de identidade RG nº 2123.3829, emitido pela SSP / (UF) SE,
inscrito sob o CPF nº 020.003.675-00, residente na (endereço
completo) Rua Das Silvas n° 217, na cidade de
Vara Soa da Glória, (UF) SE, CEP 49680-000, a quem confiro
amplos e gerais poderes para, tratar, requerer, assinar papéis e
documentos que se faça necessário para fins de **SOLICITAÇÃO DO
SEGURO DPVAT** da vítima (nome da vítima) José Paulo de Souza
junto à **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT**.

(local e data) Aquidabá - SE, 14-11-2019

(assinatura) José Paulo de Souza
(RG) 37183486

1º OFÍCIO

CARTÓRIO DO 1º OFÍCIO DA
COOPERAÇÃO PECUÁRIA/SE -
NOTAS E PROTOCOLOS
AQUIDABÁ/SE
Referência: (79)33411355
Assinado por: JOSE AVELINO RODRIGUES
Referência: DE SOUZA
Referido e verdadeiro é
que a firma de
JOSE AVELINO RODRIGUES
é a de JOSE AVELINO RODRIGUES
Escrivente: SUBSTITUTO
Data: 14/11/2019
Local: AQUIDABÁ/SE
Assinado em: 14/11/2019
Site: <https://www.judicial.mt.gov.br>



OBS: (a assinatura deve ser reconhecida por AUTENTICIDADE)



BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 116789/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 06/11/2019 09:23 Data/Hora Fim: 06/11/2019 09:29
Delegado de Polícia: Paulo José Barbosa da Silva

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia Distrital de Canhoba
Data/Hora do Fato: 27/09/2019 05:50

Local do Fato

Município: Aquidabã (SE)
Logradouro: rodovia gracchó a aquidabã
Bairro: Sede
Nº: s/n
CEP: 49.790-000

Tipo do Local: Outro

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1103: OUTROS FATOS ATÍPICOS	Não Houve

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: JOAO PAULO DE SOUZA (VITIMA , COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: SE - Aquidabã Sexo: Masculino Nasc: 15/11/1998

Profissão: Agricultor

Estado Civil: Solteiro(a)

Nome da Mãe: Valdice Narciza dos Santos Souza

Endereço

Município: Aquidabã - SE
Logradouro: povoado moita redonda Nº: s/n
Complemento: próximo ao arranhaço
CEP: 49.790-000

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Nenhum Objeto Informado

RELATO/HISTÓRICO

QUE, no dia, hora e local acima citados , QUE, estava seguindo via Moita Redonda a Aquidabã , quando colidiu a moto em um buraco causando uma fratura na perna esquerda, moto de marca/modelo: Honda NXR Bros ES , Ano: 2012, Cor: Vermelha, Placa: OER 8548, Chassi : 9C2KRD0560CR597129, Registrada em nome de CELSO DE SOUZA
Para fins de DPVAT.



BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 116789/2019

ASSINATURAS

P/ Fernande F. da Silva

Mateus de Souza Andrade

Agente da Polícia

Matrícula 110620

Rua Presidente pelo Alencastro

João Paulo de Souza

(Comunicante / Vilma)

"Declaro para os devidos fins de efeitos que sou (lei)知晓, responsável pelas informações acima assentadas e que fui eu que pude responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei e digo", conforme previsto nos Artigos 279-Condenação Criminoso e 340-Conhecimento Falso do Crime ou da Culpação do Código Penal Brasileiro."

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: 072.834.755-59 4 - Nome completo da vítima: José Paulo De Souza

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):	17 - Telefone:

José Paulo De Souza
Jardineiro Por Rua Rondonia
Zona rural Aquidabá
marcosduartejr@gmail.com
072.834.755-59
511
SE
49.790-000
99.99189207

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"/> RECUZO 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)

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

AGÊNCIA: 1399 CONTA: 18089 D (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____ (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider 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 Lider 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 (ainascer)? 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 Lider 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 Informações declaradas válidas no beneficiário não substituem a declaração de beneficiário único	35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)	38 - 1º Nome: _____ CPF: _____ / Assinatura da testemunha
	36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)	39 - 2º Nome: _____ CPF: _____ / Assinatura da testemunha
	37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)	40 - Local e Data: _____ Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver) p. 21 43 - Assinatura do Procurador (se houver)
44 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) FPS.001 V002/2019