



**Poder Judiciário
Do Estado de Sergipe**

2ª VARA CÍVEL E CRIMINAL DE NOSSA SENHORA DAS DORES DA COMARCA DE N. SRA. DAS DORES
Praça. Des. Aloísio de Abreu Lima, Bairro Centro, N. Sra. Das Dores/SE, CEP 49600000
Horário de Funcionamento: 07:00 às 13:00

Dados do Processo

Processo: 201976301773

Número Único: 0002729-12.2019.8.25.0050

Classe: Procedimento Comum

Situação: Andamento

Processo Origem: *****

Distribuição: 19/12/2019

Competência: 2ª Vara Cível e Criminal de Nossa Senhora das Dores

Fase: POSTULACAO

Processo Principal: *****

Assuntos

- DIREITO CIVIL - Responsabilidade Civil - Seguro Obrigatório - Invalidez

Dados das Partes

Requerente: SHEILA SANTOS DE JESUS FERREIRA

Endereço: Rua D

Complemento: conjunto jorge alberto

Bairro: centro

Cidade: NOSSA SENHORA DAS DORES - Estado: SE - CEP: 49600000

Requerente: Advogado(a): MARCOS PAULO KRUSCHEWSKY LEAHY 6428/SE

Requerido: SEGURADORA LIDER

Endereço: Rua Senador Dantas

Complemento: 15º Andar

Bairro: Centro

Cidade: Rio de Janeiro - Estado: RJ - CEP: 20031205

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



Poder Judiciário
Do Estado de Sergipe

2ª VARA CÍVEL E CRIMINAL DE NOSSA SENHORA DAS DORES DA COMARCA DE N. SRA. DAS DORES
Praça. Des. Aloísio de Abreu Lima, Bairro Centro, N. Sra. Das Dores/SE, CEP 49600000
Horário de Funcionamento: 07:00 às 13:00

Processos Apenasdos:

--

Processos Dependentes:

--



**Poder Judiciário
Do Estado de Sergipe**

2ª VARA CÍVEL E CRIMINAL DE NOSSA SENHORA DAS DORES DA COMARCA DE N. SRA. DAS DORES
Praça. Des. Aloísio de Abreu Lima, Bairro Centro, N. Sra. Das Dores/SE, CEP 49600000
Horário de Funcionamento: 07:00 às 13:00

PROCESSO:

201976301773

DATA:

07/01/2021

MOVIMENTO:

Juntada

DESCRIÇÃO:

Juntada de Petição Avulsa do Advogado/Procurador/Defensor/Promotor KELLY CHRYSTIAN SILVA MENENDEZ (2592-SE) ao processo eletrônico. Protocolizado sob nº 20210106121500700 às 12:15 em 06/01/2021.

LOCALIZAÇÃO:

Secretaria

PUBLICAÇÃO:

Não

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASI: **3180506333** CPF da vítima: **011 334 985-82** Nome completo da vítima: **SHEILA SANTOS DE JESUS**

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

Nome completo: **SHEILA SANTOS DE JESUS** CPF: **011 334 985-82**
 Profissão: **INDEPENDENTE** Endereço: **NUCLEO MAR JORGE DANTAS** Número: **00** Complemento: **C16A**
 Bairro: **Alvorada** Cidade: **Nossa Senhora do Sul** Estado: **SE** CEP: **49600-000**
 E-mail: **7993886-8742.** Tel. (DDD):

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

RENDA MENSAL:

- RECUZO INFORMAR ATÉ R\$1.000,00 R\$1.001,00 ATÉ R\$5.000,00 R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
 SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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: **3836** CONTA: **105 85** Dígito: **1**
 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____ Dígito: _____
 (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 acima informada do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor restante.

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 da indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que **[assinalar uma das opções]**:

- Não há IML que atende 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 da pedido.

Pelo motivo assinalado, sou cito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalides permanentes, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica as clínicas da Seguradora Lider para verificação da existência e qualificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa obrigar concordar com a sua avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discordar do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado judicialmente Viúvo | Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): Sim Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou falecidos: Vítima deixou nascituro (var nascer)? Sim Não Vítima deixou parêncitos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por importe aqueles beneficiários que se autorizarem a provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de restituir o valor recebido, além da impunibilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Local e Data: **Alvorada-SE 10 de Junho de 2019**

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina o RODO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A Vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário. A SEU RODO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do ínterio teor do conteúdo, antes da preencher e assinar o RODO. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180506333 **Cidade:** Nossa Senhora das Dores **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: SHEILA DOS SANTOS DE JESUS **Data do acidente:** 01/05/2018 **Seguradora:** ALFA SEGURADORA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 06/05/2019

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: LUXAÇÃO DO COTOVELO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA.

Sequelas permanentes: DIMINUIÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: DEBILIDADE FUNCIONAL RESIDUAL DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO.

Documentos complementares:

Observações: DE ACORDO COM O RELATÓRIO MÉDICO(PÁGINA 1) COM DATA DE 25/03/2019 EMITIDO PELO DR RENATO TEIXEIRA CRM 1450

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 superiores	70 %	Em grau residual - 10 %	7%	R\$ 945,00
Total			7 %	R\$ 945,00

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site 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, 07 de Julho de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3180506333 **Vítima: SHEILA DOS SANTOS DE JESUS**

Data do Acidente: 01/05/2018 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: JULIO MUNIZ DOS SANTOS JUNIOR

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), SHEILA DOS SANTOS DE JESUS

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 945,00

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

Graduação: Em grau residual 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 70%) 7,00%

Valor a indenizar: 7,00% x 13.500,00 = R\$ 945,00

Recebedor: SHEILA DOS SANTOS DE JESUS

Valor: R\$ 945,00

Banco: 104

Agência: 000003836

Conta: 0000010585-1

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.

Atenciosamente,



**AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO
DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12**

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de **titularidade do BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 - "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

011.334.985-82

Nome completo da vítima

SHETILA SANTOS DE JESUS ferreira

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo

SHETILA SANTOS DE JESUS ferreira

CPF titular da conta

011.334.985-82

Profissão

AUTONOMA

Endereço

Rua D HAB. DEP. JORGE ALBERTO

Número

115

Complemento

CASA

Bairro

CONTRO

Cidade

N- SRA das DORES

Estado

SERGIP

CEP

49.600-000

Email

JUNIORWIT-IL@hotmail.com

Telefone (DDD)

79 - 99968 - 3263

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

RECUSO INFORMAR

SEM RENDA

R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00

R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00

ATÉ R\$ 1.000,00

R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00

ACIMA DE R\$ 10.000,00

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

BRADESCO (237) BANCO DO BRASIL (001) ITAÚ (341)

CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO

Nome

NRO

AGÊNCIA

NRO.

D/V

CONTA

NRO.

D/V

1045

69583

1

AGÊNCIA

NRO.

D/V

CONTA

NRO.

D/V

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Donas/SC 25 de Junho de 2018

Local e Data

11 a JUL 2018

Shetila Santos de Jesus Ferreira

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

RECEBIDO



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

POLÍCIA ON-LINE



DELEGACIA DE POLÍCIA DE N. SRA DAS DORES

AV LOURIVAL BATISTA, CENTRO FONE: (79)3265-1282

RPO - Registro Policial de Ocorrência 2018/06571.0-000352

DELEGACIA RESPONSÁVEL

Nome: DELEGACIA DE POLÍCIA DE N. SRA DAS DORES

Endereço: AV LOURIVAL BATISTA, CENTRO FONE: (79)3265-1282

FATO

Data e Hora do Fato: 01/05/2018 - 18:00 até 01/05/2018 - 18:00

Endereço: PRAÇA XV DE NOVEMBRO- EM FRENTE AO POSTO DE COMBUSTÍVEL Número: Complemento: CEP: 49600-000

Bairro: CENTRO Cidade: NOSSA SENHORA DAS DORES - SE Circunscrição: DELEGACIA DE POLÍCIA DE N. SRA DAS DORES

Tipo de local: VIA PÚBLICA Meio Empregado: OUTRO

VÍTIMA-NOTICIANTE

Nome: SHEILA SANTOS DE JESUS FERREIRA

Nome do pai: JOSÉ WILSON DE JESUS Nome da mãe: MARIA JOSÉ DOS SANTOS DE JESUS

Pessoa: Física CPF/CGC: 011.334.985-82 RG: 300565946 UF: SE Órgão expedidor: SSP-SE

Naturalidade: ARACAJU Data de nascimento: 05/01/1982 Sexo: Feminino Cor da cutis: Branca

Profissão: manicure Estado civil: Casado Grau de instrução: 2º Grau Completo

Endereço: Conjunto Jorge Alberto- Rua D Número: 115 Complemento: conhecido por Favela

CEP: 49.600-000 Bairro: Cidade: NOSSA SENHORA DAS DORES UF: SE

Proximidades: Telefone: 79-996435551

18 JUL 2018

RECEBIDO

HISTÓRICO

Relata o noticiante que na data acima descrita, transitava pela Pra XV de Novembro, conhecida por Pau que Chora, precisamente em frente ao Posto de Gasolina, pilotando o veículo /I/ CHARMING BULL KRC 50, PLACA QKX 9406/SE, CHASSI LLJXCBLA7FG802326, cor preta, documento em nome da noticiante, quando foi entrar para a pista de Capela, quando o veículo Siena de cor prata, colidiu no veículo em que a noticiante pilotava; Que devido a colisão, a noticiante caiu e o condutor do veículo Siena, não prestou socorro se evadindo do local; Que foi socorrida e encaminhada a Clínica da Família nesta cidade, onde foi transferida para o Hospital Garcia Moreno em Itabaiana; Que no dia de ontem, 08/05/18, compareceu ao referido Hospital para revisão; Que até o presente momento, não sabe identificar a placa do veículo Siena nem o condutor do mesmo.

Data e hora da comunicação: 09/05/2018 às 15:59

Última Alteração: 09/05/2018 às

15:59.

OBS.: As informações noticiadas pelo declarante/vítima são de sua inteira responsabilidade, cabendo, inclusive, a responsabilização penal daquele que faltar com a verdade no fornecimento das informações, nos termos do artigo 340 do Código Penal Brasileiro. Art. 340 - Provocar a ação de autoridade, comunicando-lhe a ocorrência de crime ou de contravenção que sabe não se ter verificado. Pena - detenção, de um a seis meses, ou multa.

FICHA DE ATENDIMENTO

DATA 01/10/18 HORÁRIO DE ENTRADA: 19:12 Nº 75

IDENTIFICAÇÃO:

NOME: Sheila Santos de Jesus Ferreira

CNS: - TELEFONE:

SEXO: M. () F. (X) DATA DE NASC: 05/01/82 IDADE: 35 RG: 3.005.659-4

PAI: José Wilson de Jesus

MÃE: Maria José dos Santos de Jesus

ENDEREÇO: Cony George Allberto

I AVALIAÇÃO DE RISCO

1- QUEIXA/ MOTIVO QUE LEVOU A PROCURA DA UNIDADE DE SAÚDE:

18 JUL 2018

2- CRONOLOGIA/DURAÇÃO DA QUEIXA: AGUDO() CRÔNICO()

3- HISTÓRIA PREGUESSA: DM() HAS() CARDIOPATIAS() ALERGIA A MEDICAÇÃO :NÃO () SIM () QUAL: _____

4- SINAIS E SINTOMAS:

- () AGITAÇÃO
- () ALTERAÇÕES CUTÂNEAS
- () CEFALÉIA
- () CIANOSE
- () CONSTIPAÇÃO
- () DIARREIA
- () DISPNEIA
- () DISÚRIA E/OU HEMATURIA
- () DOR ABDOMINAL

- () DOR TORÁCICA
- () NÁUSEA/ ÊMESE
- () FALTA DE APETITE / ASTENIA
- () HIPERTERMIA
- () MAL ESTRA/PALPITAÇÃO
- () SONOLÊNCIA
- () SUDORESE
- () VERTIGEM/ SÍNCOPE

5- DADOS VITAIS:

P.A X mmHg / PULSO: _____ bpm / TEMPERATURA: _____ °C / SpO₂ _____ %
PESO: _____ Kg / GLICEMIA CAPILAR: _____ mg/dl / FC _____ bpm / FR _____ ipm.
NORMAL() ALTERADO() COM RELAÇÃO C/ A QUEIXA () SEM RELAÇÃO C/ A QUEIXA ()

6- CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

EMERGÊNCIA() MUITO URGENTE() URGENTE() POUCO URGENTE() NÃO URGENTE()

II – ATENDIMENTO MÉDICO

1- HISTÓRIA CLÍNICA:

Medo de voto a defensoria em MSN

2- EXAME FÍSICO:

3- HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

III – CUIDADOS REALIZADOS

PRESCRIÇÃO MÉDICA:

EVOLUÇÃO MULTIPROFISSIONAL:

CONDUTA FINAL:

SAÍDAS:

ALTA
 EVASÃO

TRANSFERÊNCIA *Operador*
 ÓBITO

NOSSA SENHORA DAS DORES/SE, 01/05/2018, ÁS : : :

Lucas Augusto Barreto
ASSINATURA E CARIMBO DO (A) MÉDICO(A)

ASL-0262600/18
lilian.doria.0131
26/10/2018 14:32:25

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETAN - SE N° 013637164204
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA COD. RENAVAM RENAVAM EXERCÍCIO
1 01097805566 2018-02-01

1 NOME
2 SHEILA S DE JESUS

3 CPF / CNPJ
4 011.334.385-82

5 PLACA ANT / UF
6 QKX9486 / SP

7 PLACA / EXERCÍCIO
8 QKX9486 / 2018-02-01

9 ESPECIE / TIPO
10 PAB / CICLO / MÉTOD

11 MARCA / MODELO
12 F / G / H / R / T / M / E / B / U / L / K / R / C / D

13 CAP / POT / OIL
14 2990U / 4900

15 CATEGORIA
16 PARTIC

17 COR PREDOMINANTE
18 PRETA

19 COTA ÚNICA
20 PAGO

21 PADA LIVRA
22 PARCELAMENTO / COTAS
23 1¹
24 2²
25 3³

26 PREMIO TARIFARIO (R\$)
27 IOF (R\$)
28 PREMIO TOTAL (R\$)
29 DATA DE PAGAMENTO
30 SEGURO - PRECO NET
31 EXERCÍCIO 2018

32 OBSERVAÇÕES

33 DOCUMENTO DE PAGAMENTO
34 SEM RESTRIÇÕES

35 LOCAL
36 SÃO CRISTÓVÃO - RJ

37 SITUAÇÃO
38 SITUAÇÃO PESQUISADA
39 SITUAÇÃO PESQUISADA

40 DATA
41 02/2018

ASL-0262600/18
lilian.doria.0131
26/10/2018 14:32:25

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

SE N° 013637164204 BILHETE DE SEGURO DPVAT

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

EXERCÍCIO DATA EMISSÃO
2018-02-2018

VIA COD. RENAVAM PLACA
1 01097805566 QKX9486

2018-02-2018 MARCA / MODELO
12 F / G / H / R / T / M / E / B / U / L / K / R / C / D

2018-02-2018 N° CHASSI
11 FVCKB147FG802326

PRÉMIO TARIFÁRIO
FMS (R\$) DENATRAN (R\$) CUSTO DO SEGURO (R\$)
23,95 2,56 26,62

CUSTO DO BILHETE (R\$) IOF (R\$) DATA DE VENCIMENTO DO SEGURO (R\$)
0,22 0,22 26,62

PAGAMENTO
 COTA ÚNICA
 PARCELADO

DATA DE VENCIMENTO
26/02/2019

SEGURADORA LÍDER - DPVAT
CNPJ 03.248.000/0001-04

ASL-0262600/18
lilian.doria.0131
26/10/2018 14:32:25

ASL-0262600/18
lilian.doria.0131
26/10/2018 14:32:25



GOVERNO MUNICIPAL DE
NOSSA SENHORA DAS DORES/SE.
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE



RECEITUÁRIO

NOME:

Shula da Sontor de ferreira

Este é 360 reais, a intenção da luxação da articulação do cotovelo (E) há 04 meses, excluindo o dor + paroxismo em MSO, assimando a limitação da pronação e extensão do cotovelo.
Considerando que se trata de monarca, deve abster - se de suas atividades por 06 meses pleno fisioterapêutico e repouso

CID: 553.1

Dr. Thiago de Souza Simões
Médico
CRM: 22.4006

02/09/18

Av. Paulo Vasconcelos, 1000 - Bairro Centro - Fone: (79) 3265-1402 - CEP 49600-000
Nossa Senhora das Dores - Sergipe - CNPJ: 11.389.851/0001-94

SABEMI SEGURADORA S/A

26 OUT 2018

RECEBIDO



RELATÓRIO ESPECIALIZADO

Avaliação de perda funcional e Invalidade permanente, pós tratamento das vítimas de acidente do trânsito.

Número do sinistro R.D.A. 2018/06571.0.000352.

Nome do paciente: Stefka Amélia de Jardim Oliveira

Data do inicio do tratamento / Acidente 01/05/2018

Data de nascimento: 05/01/1952

05/01/1972

1 - Diagnóstico / Causas básicas:

2 - Data / Tratamento Realizado: *Tratamento do Corroto na*

01.05.2778

Provavelmente a Resposta Manda a Cura
do Cardelo Imp. e Cadastrado no Arquivo Geral
Tipo 116, Paulo Alves, 01/05/53,0, informado e consta
que fere a correspondência do Arquivo da Reitoria da
Universidade de Mariana - a

3 - Data / Exames Complementares / Resultados:

01.05.2011

RX as ordered 9/18/2011 from Practice
Re Concord D

crossing

Date

Assinatura e Carimbo

4 - Hospitais / Serviços / Prestou atendimento:

01.05.2018 1º ATENDIMENTO @CLINICA DE FRANCK
N.S. DA ORS REGIAE
01.05.2018 2º ATENDIMENTO HOSPITAL ROGÉRIO
DE ITAGUAÇU - SE

5 - Descrição das perdas funcional / Invalidez permanente / Pós-tratamento realizados:

- Perda de uso da mão e flexão do cotovelo direito
- Perda de uso da mão e extensão do cotovelo
direito
- Perda de uso da mão para flexão Motriz RM
direita
- Perda de uso da mão para flexão e extensão
funcional em M.R.D; perda parcial permanente
do cotovelo direito

6 - Alta definitiva do tratamento:

1 1 .

7 - Data do Exame do Paciente

25.03.2015.

8 - Segue Exame Anexo

9 - Médico responsável pela avaliação após análise da documentação do primeiro atendimento médico / Internação hospitalar / Histórico do paciente / Exame Fisico / Exames Complementares:

Nome do Médico	Renato Teixeira	Nº do CRM	1450	Fone:	(079) 3211-5368
Endereço	Rua Itaporanga, Bairro Getulio Vargas	Número	598	Cidade	Aracaju

Atenção: As sequelas das lesões sofridas só poderam ser determinadas após decorridos 60, 90, 180... 1 ano ou mais tempo da alta definitiva

25/03/2015

Data

RTS
Assinatura e Carimbo

2 Consultório de Ortopedia e Traumatologia Dr. Renato Teixeira.

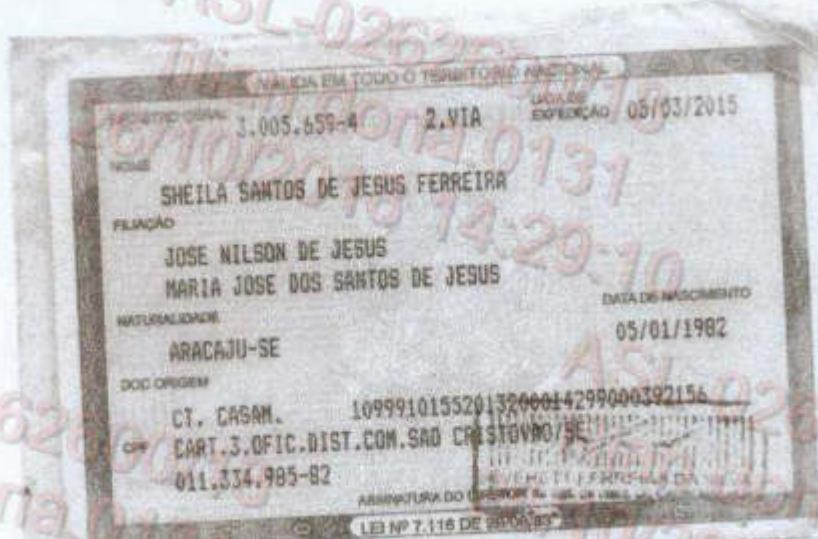
Rua Itaporanga, 598 - CEP: 49055-330, Aracaju - SE, Telefones: (079) 3211-5368 / 9817-5139 / 8848-2270



A Brazilian ID card (Carteira de Identidade) is shown. The card is white with a blue border. At the top left, it has the number 'ASL-0262600/18'. In the center, there is a portrait photo of a woman and a fingerprint. Below the photo, the text 'Para a sorte de que se fatura' is written in cursive. At the bottom, it says 'CARTEIRA DE IDENTIDADE'. The card is held in front of a white background, and a red watermark with the same information is visible across the entire image.

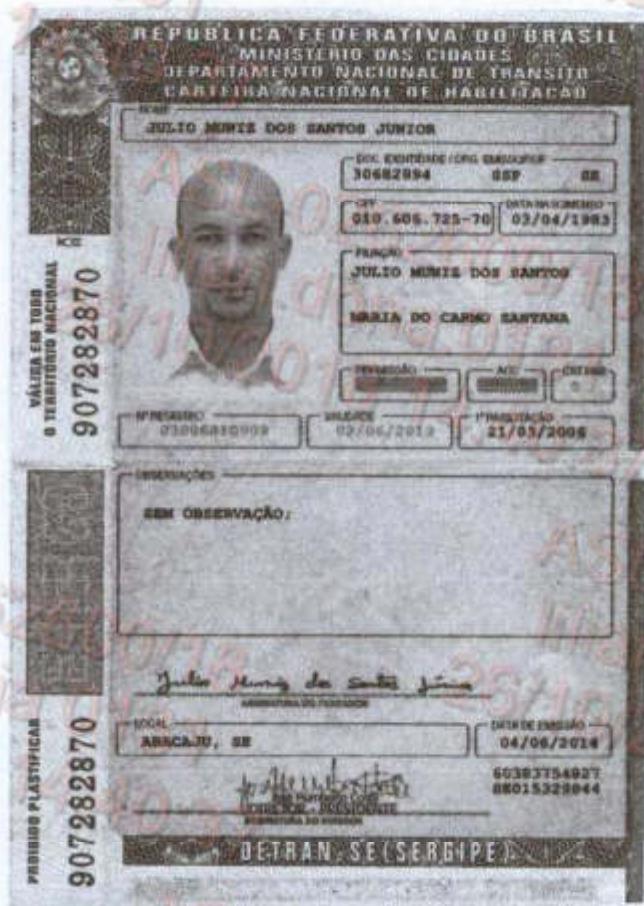
ASL-0262600/10
lilian.doria.0131
26/10/2018 14:20-10
18 JUL 2018

RECEBIDO



ASL-0262600/18
lilian.doria.0131
26/10/2018 1 REPÚBLICA

ASL-0262600/18
lilian.doria.0131
26/10/2018 14:40:37



ASL-0262600/18
18 JUL 2018
lilian.doria.0131
26/10/2018 14:40:37

ASL-0262600/18
lilian.doria.0131
26/10/2018 14:32:25

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETAN - SE **Nº 013637164204**
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA: COD. RENAVAM: 01097805566 EXERCÍCIO: 2018

PLACA: PLACA: 0KX9406

PLACA ANT / UF: RJ / EXERCÍCIO: 2018

ESPECIE / TIPO: PAB / CICLO / MOTOCICL / MARCA / MODELO: F / CHARRUA / BULL KREUZ

CAP / POT / OIL: 29900U / 4900 CATEGORIA: PARTIC COR PREDOMINANTE: PRETA

COTA ÚNICA: VENÔ / COTA ÚNICA: 1º PARCELA: VENÔ / COTAS: 2º PARCELA: VENÔ / COTAS: 3º PARCELA:

PREMIO TARIFARIO (R\$): 25,95 IGF (R\$): 0,22 PREMIO TOTAL (R\$): 26,17 DATA DE PAGAMENTO: 26/10/2018

SEGURO: PRECO NET: 26,17 EXERCÍCIO: 2018

OBSERVAÇÕES: SEM RESTRIÇÕES

DOCUMENTO: RENAVAM: 01097805566 LOCAL: SÃO CRISTÓVÃO / RJ DATA: 26/10/2018

SAÚDE: Saneado / Aut. REGISTRO PESO: 0,00

ASL-0262600/18
lilian.doria.0131
26/10/2018 14:32:25

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

SE Nº 013637164204 BILHETE DE SEGURO DPVAT

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

EXERCÍCIO: 2018 DATA EMISSÃO: 26/10/2018

VIA: COD. RENAVAM: 01097805566 PLACA: 0KX9406

MARCA / MODELO: F / CHARRUA / BULL KREUZ

ANO FAB.: 2014 CAT. TRAT.: 13 N° CHASSI: LITJYCBR47FG802326

PRÉMIO TARIFÁRIO

FMS (R\$): 25,95	DENATRAN (R\$): 0,22	CUSTO DO SEGURO (R\$): 26,17
CUSTO DO BILHETE (R\$): 0,22		DATA DE VENCIMENTO DO SEGURO (R\$): 26,17
PAGAMENTO:		DATA DE VENCIMENTO (R\$): 26/10/2018
<input type="checkbox"/> COTA ÚNICA	<input type="checkbox"/> PARCELADO	

SEGURADORA LÍDER - DPVAT
CNPJ 03.248.000/0001-04

ASL-0262600/18
lilian.doria.0131
26/10/2018 14:32:25

ASL-0262600/18
lilian.doria.0131
26/10/2018 14:32:25

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180506333 **Cidade:** Nossa Senhora das Dores **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: SHEILA DOS SANTOS DE JESUS **Data do acidente:** 01/05/2018 **Seguradora:** ALFA SEGURADORA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 06/05/2019

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: LUXAÇÃO DO COTOVELO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA.

Sequelas permanentes: DIMINUIÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: DEBILIDADE FUNCIONAL RESIDUAL DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO.

Documentos complementares:

Observações: DE ACORDO COM O RELATÓRIO MÉDICO(PÁGINA 1) COM DATA DE 25/03/2019 EMITIDO PELO DR RENATO TEIXEIRA CRM 1450

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 superiores	70 %	Em grau residual - 10 %	7%	R\$ 945,00
		Total	7 %	R\$ 945,00

PROCURAÇÃO

Outorgante: Sheila Santos de Jesus Ferreira, brasileiro(a), estado civil CASADO, profissão AUTONOMA, residente e domiciliado à Rua ma. D. conto, nº 515, bairro Centro, CONJ. HAB. JORGE ALVES, Município de N. SRA. das Dores, Estado de(o) SERGIPE, Cep. 49.600-000, portador(a) do Rg nº 3.005.659-4, SSP/SE e CPF nº 011.334.985-82.

Outorgado: JÚLIO MUNIZ DOS SANTOS JÚNIOR, brasileiro(a), estado civil **CASADO**, profissão **AUTONOMO**, residente e domiciliado(a) à **PRAÇA JOEL NASCIMENTO** nº **15**, bairro: **CENTRO**, Município de **NOSSA SENHORA DAS DORES**, Estado de **SERGIPE** Cep.: **49.600-000**, portador (a) do RG nº **3.068.289-4** SSP/SE e CPF nº.: **010.606.725-70**

Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o(a) outorgado(a) seu bastante procurador(a), para o fim especial de requerer junto à qualquer seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou em acidente de trânsito o(a) Sr.(a) Sheila Santos de Jesus Ferreira, ocorrido em 01.05.18, conforme registrado pelo B.O anexo ao processo.

Podendo dito(a) procurador(a), representar o(a) outorgante como se o(a) próprio(a) fosse, podendo requerer, assinar recibos, assinar Declarações de endereço, assinar Autorização de Pagamento/Crédito de Indenização de Sinistro DPVAT, para o pagamento de quitação da Indenização de Sinistro DPVAT, enfim requerer e assinar todos os papéis e documentos que forem precisos e praticar todos os demais atos necessários para o mais amplo e fiel cumprimento do presente mandato.

18 JUL 2018
de 2018.

N. Sra. das Dores, 26, de Julho

Júlio Sául B. de Souza Ferreira
Outorgante
CPF Nº 011.334.985-82

Obs.: Reconhecer firma em cartório por autenticidade ou verdadeira

CARTÓRIO DO 8º OFÍCIO

TABELÍANO DANTÉL FERREIRA

Reconheço por autenticidade a(s) firma(s) a(s) assinatura(s) a seguir:

Sheila Santos de Jesus Ferreira

Selo TJSE: 20182952713408

Acesso: <http://www.tjse.jus.br/x/XT0079>

Aracaju, 26/06/2018 13:22:03 23415

Cláudia Luana Soares Bettano de Sousa - Escrevente Aut.

Emol.: R\$7,13 Selo: R\$0,00 FERD: R\$1,43 Total: R\$8,56



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0392591/18

Vítima: SHEILA DOS SANTOS DE JESUS

CPF: 011.334.985-82

CPF de: Próprio

Data do acidente: 01/05/2018

Titular do CPF: SHEILA DOS SANTOS DE JESUS

Seguradora: ALFA SEGURADORA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médica-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

JULIO MUNIZ DOS SANTOS JUNIOR : 010.606.725-70

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

SHEILA DOS SANTOS DE JESUS : 011.334.985-82

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.
- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 26/10/2018
Nome: JULIO MUNIZ DOS SANTOS JUNIOR
CPF: 010.606.725-70

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 26/10/2018
Nome: LILIAN SPINOLA TEIXEIRA DORIA
CPF: 029.259.055-52

JULIO MUNIZ DOS SANTOS JUNIOR

LILIAN SPINOLA TEIXEIRA DORIA

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: 01/07/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 945,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: SHEILA DOS SANTOS DE JESUS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03836

CONTA: 000000010585-1

Nr. da Autenticação 422703DA3BFA43B4