



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: 202040600715  
Número Único: 0026935-09.2020.8.25.0001  
Classe: Procedimento Comum  
Situação: Andamento  
Processo Origem: \*\*\*\*\*

Distribuição: 03/07/2020  
Competência: Vara de Acidentes e Delitos de Trânsito  
Fase: POSTULACAO  
Processo Principal: \*\*\*\*\*

## Assuntos

- DIREITO CIVIL - Responsabilidade Civil - Seguro Obrigatório - Invalidez
  - DIREITO CIVIL - Responsabilidade Civil - Indenização por Dano Moral - Ato Ilícito

## Dados das Partes

Requerente: JAILTON FRANCISCO DOS SANTOS

Endereço: RUA MARUIM

### Complemento:

## Bairro: CIRURGIA

Cidade: ARACAJU

Requerente: Advogado(a): ELTON SOARES DIAS

Requerente: RAVENGADE (a). ELETRO CORREAS DIAS 10233/SE  
Requerido: SECURADORA LÍDER DO CONSÓRCIO DO SECI

Endereço: RUA SENADOR RANTAS - 5º ANDAR

Endereço: RUA SENADOR DANTAS - 3 ANDAR  
Cidade: 1.000.000

## Complemento. PREDIC

## BalnO. CENTRO

Cidade: RIO DE JANEIRO - Estado: RJ - CEP: 20031201

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:**

202040600715

**DATA:**

30/07/2020

**MOVIMENTO:**

Juntada

**DESCRIÇÃO:**

Juntada de Petição Avulsa do Advogado/Procurador/Defensor/Promotor KELLY CHRYSTIAN SILVA MENENDEZ (2592-SE) ao processo eletrônico. Protocolizado sob nº 20200730104701272 às 10:47 em 30/07/2020.

**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: 06/05/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.531,25

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JAILTON FRANCISCO DOS SANTOS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01045

CONTA: 000000023140-1

---

Nr. da Autenticação EDCECF7372092E1A

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200159053      **Cidade:** Aracaju      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JAILTON FRANCISCO DOS SANTOS      **Data do acidente:** 28/12/2019      **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

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

**Data da análise:** 29/04/2020

**Valorização do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DA CLAVÍCULA ESQUERDA. PG. 1  
FRATURA BIMALEOLAR DO TORNOZELO ESQUERDO. PG. 1

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO - FIXADOR EXTERNO PG. 22,26,27.  
ALTA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO FUNCIONAL DO OMBRO E TORNOZELO ESQUERDOS.

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento faltante:**

**Apontamento do Laudo do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA LIMITAÇÃO FUNCIONAL DO OMBRO ESQUERDO EM GRAU LEVE E DO TORNOZELO ESQUERDO EM GRAU MÉDIO.

**Documentos complementares:**

**Observações:**

**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 dos ombros	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
<b>Total</b>			<b>18,75 %</b>	<b>R\$ 2.531,25</b>

# 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:  
020.437.275-59 *Faílton Francisco dos 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: <i>Faílton Francisco dos Santos</i>	6 - CPF: <b>020.437.275-59</b>		
7 - Profissão: <i>sem profissão</i>	8 - Endereço: <i>Rua. Maruim</i>	9 - Número: <b>2161</b>	10 - Complemento: <i></i>
11 - Bairro: <i>circunção</i>	12 - Cidade: <i>Anacaju</i>	13 - Estado: <b>SE</b>	14 - CEP: <b>49055-440</b>
15 - E-mail: <i></i>	16 - Tel. (DDD): <b>(74) 998855963</b>		

## 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 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 checked="" 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)

<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção):	<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos):
<input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341)	Nome do BANCO: _____
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
AGÊNCIA: <b>1045</b> <input type="checkbox"/> CONTA: <b>000 231 40</b> <input type="checkbox"/> 1	(Informar o dígito se existir) (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  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

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 Impressão digital da última vez beneficiário não alfabetizado	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 testemunha

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0123870/20

**Vítima:** JAILTON FRANCISCO DOS SANTOS

**CPF:** 020.437.275-59

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 28/12/2019

**Titular do CPF:** JAILTON FRANCISCO DOS SANTOS

**Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Declaração de Inexistência de IML  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação  
Outros

**JAILTON FRANCISCO DOS SANTOS : 020.437.275-59**

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

## ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

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

### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 27/04/2020  
Nome: JAILTON FRANCISCO DOS SANTOS  
CPF: 020.437.275-59

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 27/04/2020  
Nome: MARIA MORGANA ANDRADE NASCIMENTO  
CPF: 842.887.445-04

\_\_\_\_\_  
JAILTON FRANCISCO DOS SANTOS

\_\_\_\_\_  
MARIA MORGANA ANDRADE NASCIMENTO

NOME DO PACIENTE: JAILTON FRANCISCO DOS SANTOS

DATA DA ENTRADA: 28/12/2019

SE-102688

DATA DA SAÍDA: 14/01/2020

Obs.: Dados obtidos mediante análise do prontuário, sem ter contato profissional com o paciente, isto é, a responsabilidade do atendimento cabe aos médicos que o assistiram.

INTERNAMENTO:

PS (X)

ENFERMARIA ( )

UTI ( )

## HISTÓRICO CLÍNICO:

Admitido no HSE-PS/Int. ip vítima de colisão entre moto e carro em via de capricho, traçado pelo SAEU em motoqueiro com relato de que havia sido baleado depois de injetado de óxido.

ID - Fratura clínica de tornozelo E + fratura 4. clavicula E -

## HISTÓRICO CIRÚRGICO:

Em 10/01/2020 foi submetida à cirurgia para esfissão da fratura - luxação de tornozelo + comcolagem de placa metálica de 30mm x 10mm e fixação por fixação de mola de mola média.

## EXAMES COMPLEMENTARES:

Rx Local  
Rx abdômen t  
Rx pulmão e rins E  
ECG

## MÉDICOS ASSISTENTES:

Edilverson B. Souza - eis oper. - CRM-SE 597  
Antônio Francisco Coimbra - Ortopedista - CRM-SE 380  
Seborg, Locoalvântio M. de Melo - Ortopedista - CRM-SE 119  
Márcia Souza Ribeiro - Enfermeira - CRM-SE

CONDIÇÕES DE ALTA: MELHORADO (X)

TRANSFERIDO ( )

ÓBITO ( )

ARACAJU, 18 de janeiro de 2020

Marco Aurelio Facanha

MÉDICO

CRM - 1614

Allergies & Combinations of:

MS/DATASUS

HOSPITAL DE URGENCIAS DE SERGIPE - HUSE

No. DO BE: 102688 DATA: 28/12/2019 HORA: 19:02 USUARIO: WSANTOS  
CNS: SETOR: 06-SUTURA

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME : JAILTON FRANCISCO DOS SANTOS DOC...: 04997555  
 IDADE.....: 32 ANOS NASC: 15/03/1987 SEXO...: MASCULIN  
 ENDERECO....: TRAV.CAMPO DO BRITO NUMERO: 156  
 COMPLEMENTO...: 703206631683596 BAIRRO: AMERICA  
 MUNICIPIO....: ARACAJU UF: SE CEP...: 49000-000  
 NOME PAI/MAE.: JOSE FRANCISCO DOS SANTOS /SILVANIA MARIA DOS SANTOS  
 RESPONSAVEL...: JESSICA DA CRUZ-ESPOSA/BOMBEIROS TEL....: 79-99988615  
 PROCEDENCIA...: ARACAJU - CAPITAL  
 ATENDIMENTO...: COLISAO CARRO X MOTO  
 CASO POLICIAL.: NAO PLANO DE SAUDE....: NAO TRAUMA: NAO  
 ACID. TRABALHO: NAO VEIO DE AMBULANCIA: SIM

PA: [ ] mmHg X 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: / /

Vítima de cairão morto + cansa, com dor pectoral, trazido para São Luís para atendimento de bisbece. Sem relato de antecedentes ou febre. Leite intacto de leitor. No exame, leite, soro, urina, sputos e fezes: (a) leucócitos neutrófilos, c/ce, s/monocitose.

## ANOTACOES DA ENFERMAGEM:

Polys: expanded horizon, sand crossbeds  
in matrix - part, sand D EOC 15

20. On the 3rd + 10th inst. I was on the road to the Exterminating Scalp.

DIAGNOSTICO: Psicosis

CID:

## PRESCRICAO

#### HORARIO DA MEDICAÇÃO

• Sint. nido crista se róx + radiografias de ouvido (e) em az e f r ad. jocais + roncos  
az e p  
• Sint. az - nido crista  
③ Voltar em 75 -> TM   
④ Dip-nose 28, +40, 14

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 [ ] APÓS 48HS

*Edcleverton B. Daniels*

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSÁVEL

~~ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO~~

REALIZADO EM 29/12/19 EXAME DE RADIOLUGIA - HUESO  
AS 20:31 HORAS REALIZADO EM 28/12/19  
AS 19:45 HORAS



## RELATÓRIO ESPECIALIZADO

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

Número do sinistro Boletim de Ocorrência N° 001530/2020-401

Nome do paciente: JAIKTON FRANCISCO DOS SANTOS

Data de nascimento: 15/03/1987

Data do inicio do tratamento / Acidente 28/12/2019

### 1 - Diagnóstico / Causas básicas:

Precisou vitimado Coluna Mórx (Fratura de processos, corvina e mortes). Scoliose Rijo Cerv., Ruptura de ligamento no Haze. Onde Ruptura menisco de Síndrome de Cervo, Dr. Gomes. Patologias que são o Síndrome de Finsen, hérnia de disco Cerv. Fractura de Hérnia Cerv. Onde foi feita nucleólise cervical. Síndrome de Hérnia Pseudomórbida Cervical no Cervical S. Hérnia.

2 - Data / Tratamento Realizado: Intervenção realizada é o Cervical Cerv. 28/12/2019/14/01/2020.

Precisou ser feita cirurgia de corvina cervical. Foi operado a corvina cervical. Onde fixou corvina no tornozelo direito da 5825. Recuperação no hospital de Caxias do Sul de 20 dias. Saindo alta dia 14/01/2020 para fazer a cirurgia no Spine Ambulatório do Haze

### 3 - Data / Exames Complementares / Resultados:

28/12/2019

Rx do Tornozelo direito com a corvina no tornozelo

16/03/2020

Data

Renato Teixeira CRM 1450  
Ortopedia - Traumatologia

Assinatura e Carimbo

#### 4 - Hospitais / Serviços / Prestou atendimento:

28.12.2019 12. MÉRÉVÉSÉT HÁRMAS ELÖREÍRÉS  
S. S. S. S.

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

6 - Alta definitiva do tratamento: 1/03/2020. Dr. Mire

7 - Data do Exame do Paciente / 16/03/2022

## 8 - Segue Exame Anexo

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

Renato Teixeira CRM 1450  
Ortopedia - Traumatologia  
1993

## Data

### *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





# FORMULÁRIO PARA PEDIDO DE REANÁLISE - DPVAT

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou entre em contato através de um dos números abaixo:  
 Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios): Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h  
 SAC (para dúvidas e reclamações): 0800 022 8189 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06  
 Canal de Denúncia: 0800 591 2563 | Ouvidoria: 0800 021 91 35

Número do pedido DPVAT: 32 00131,290

Data da solicitação: 27/04/2020  
 DD/MM/AA

Nome do beneficiário: Jaiton Francisco dos Santos

CPF do beneficiário: 020.437.275-57

Nome do solicitante: Jaiton Francisco dos Santos

CPF do solicitante: 020.437.275-59

## DADOS PARA CONTATO

Tel. Celular: ( 21 ) 998335963

Tel. Comercial: ( 000 )

Tel. Residencial: ( 000 )

E-mail:

## INFORME A COBERTURA DO SEU PEDIDO

DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

## MOTIVO DA SOLICITAÇÃO

DISCORDO DA NEGATIVA

DISCORDO DO VALOR RECEBIDO

DISCORDO DA EXIGÊNCIA DE DOCUMENTOS

## ESTÁ APRESENTANDO UM NOVO DOCUMENTO PARA COMPLEMENTAR O PEDIDO DE REANÁLISE?

NÃO

SIM, informe qual(is) documentos estão sendo entregues:

- Novos documentos médicos
- Laudo do IML
- Boletim de Ocorrência
- Notas fiscais complementares
- Outros:

(DESCRÉVER)

## NO CAMPO ABAIXO, SE DESEJAR, DESCREVA A JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

Venho solicitar que seja recomendado a reanálise da avaliação médica feita no relatório emitido pelo especialista ortopedista Dr. Renato Teixeira, CRM 156 3450 o qual concluiu o final do tratamento e as sequelas permanentes devendo as mesmas, caso seja necessário, serem constatadas através de um especialista indicado por sua seguradora. Certo que meu pedido será atendido, quando os direitos previdenciários

Ananay 15E, 27/04/2020

Local e Data

Jaiton Francisco dos Santos

Assinatura do solicitante ou de quem assina o pedido (a rogo)

### IMPORTANTE:

Depois de preencher todos os dados, imprima o formulário, assine e entregue no mesmo ponto de atendimento em que deu entrada inicialmente no seu pedido do Seguro DPVAT.

Observação sobre beneficiário/vítima não alfabetizado:

O não alfabetizado deverá escolher pessoa de sua confiança, alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o formulário, a seu pedido (a seu rogo).



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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 001530/2020-A01

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 06/01/2020 10:33 Data/Hora Fim: 06/01/2020 10:33  
Delegado de Polícia: Daniela Ramos Lima Barreto

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia Especial de Delitos de Trânsito

Data/Hora do Fato: 28/12/2019 17:30

Local do Fato

Município: Aracaju (SE)  
Logradouro: Rua Acre

Bairro: Ponto Novo  
CEP: 49.000-000

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1223: LESÃO CORPORAL CULPOSA NA DIREÇÃO DE VEÍCULO AUTOMOTOR (ART. 303 CAPUT DA LEI DOS CRIMES DE TRÂNSITO - CTB )	Veículo

EN VOLVIDO(S)

Nome Civil: LUCIENE SOUZA ALDRADE (SUPOSTO AUTOR/INFRATOR )	Sexo: Feminino	Idade: 25
Nacionalidade: Brasileira Estado Civil: Sem Informação		

Endereço

Município: Aracaju - SE

Nome Civil: JAILTON FRANCISCO DOS SANTOS (VÍTIMA )	Sexo: Masculino	Nasc: 15/03/1987
Nacionalidade: Brasileira	Naturalidade: SE - Propriá	
Profissão: Motorista		
Estado Civil: Solteiro(a)	Nome do Pai: JOSE FRANCISCO DOS SANTOS	
Nome da Mãe: SILVANIA MARIA DOS SANTOS		

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 020.437.275-59  
RG - Carteira de Identidade: 31287735

Endereço

Município: Aracaju - SE  
Logradouro: TRAVESSA CAMPO DO BRITO N°: 156  
Complemento: CASA  
Bairro: AMERICA CEP: 49.080-120  
Telefone: (79) 98836-2666 (Celular)

Nome Civil: JÉSSICA DA CRUZ SANTOS (COMUNICANTE )	Sexo: Masculino	Nasc: 27/08/1991
Nacionalidade: Brasileira	Naturalidade: SE - Aracaju	
Profissão: Manicure e Pedicure	Nome do Pai: José Wellington da Cruz Santos	
Estado Civil: Solteiro(a)		
Nome da Mãe: Maria Gildete Santos		

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 045.178.955-56



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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 001530/2020-A01

RG - Carteira de Identidade: 3353162-5

Endereço

Município: Aracaju - SE

Logradouro: Travessa Campo do Brito

Nº: 156

Bairro: América

CEP: 49.000-000

Telefone: (79) 99988-2615 (Celular) (79) 98836-2666 (Celular)

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo	Subgrupo Automóvel/Utilitário/Camioneta/Caminhon
CPF/CNPJ do Proprietário 032.476.587-85	Placa QKP4716
Renavam 01031228770	Número do Motor V243529
Número do Chassi 9BRB29BT6F2063253	Ano/Modelo Fabricação 2015/2014
Cor CINZA	UF Veículo Sergipe
Município Veículo Aracaju	Marca/Modelo TOYOTA/ETIOS SD XS
Modelo TOYOTA/ETIOS SD XS	Veículo Adulterado? Não
Quantidade 1 Unidade	Situação Meio Empregado
Última Atualização Denatran 18/12/2014	Situação do Veículo ALIENACAO FIDUCIARIA

Nome Envolvido	Envolvimentos
Luciene Souza Andrade	Possuidor

Grupo Veículo	Subgrupo Motocicleta/Motoneta
CPF/CNPJ do Proprietário 409.331.485-34	Placa HZW8303
Renavam 00802059120	Número do Motor MD34E-3104738
Número do Chassi 9C2MD34003R104738	Ano/Modelo Fabricação 2003/2003
Cor AZUL	UF Veículo Sergipe
Município Veículo Aracaju	Marca/Modelo HONDA/XR 250 TORNADO
Modelo HONDA/XR 250 TORNADO	Veículo Adulterado? Não
Quantidade 1 Unidade	Situação Meio Empregado
Última Atualização Denatran 15/03/2013	Situação do Veículo NADA CONSTA

Nome Envolvido	Envolvimentos
JAILTON FRANCISCO DOS SANTOS	Depositário

RELATO/HISTÓRICO

Relata a comunicante que seu esposo conduzia a motocicleta citada pela via citada, sentido sul/norte, e quando chegou no cruzamento com a rua Dom Pedro I, o outro veículo citado, conduzido por Luciene, que vinha no sentido contrário, foi realizar uma conversão à esquerda e acabou colidindo com a motocicleta conduzida pela vítima, com a colisão a vítima sofreu fratura na perna esquerda, clavícula esquerda, além de escoriações, informa também que houve danos materiais na motocicleta, a conferir em orçamento. A motocicleta está licenciada em nome de José Roberto dos Santos. A comunicante informa que a vítima não deseja processar criminalmente a autora do fato.





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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 001530/2020-A01

ASSINATURAS

Raimundo Renato Valença Júnior  
Agente de Polícia Judiciária  
Mat. 13688103

Raimundo Renato Valença Júnior  
Agente de Polícia  
Matr. da 13688103  
Responsável pelo Atendimento

JAILTON FRANCISCO DOS SANTOS  
(Vítima)

"Declaro para os devidos fins de direito que sou o(a) único(a) responsável pelas informações acima assentadas e ciente que poderéi responder civil e criminalmente pela presente declaração que de origem, conforme previsto nos Artigos 339-Denúncia Civil e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção 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: 4 - Nome completo da vítima:  
020.437.275-59 *Faílton Francisco dos 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: <i>Faílton Francisco dos Santos</i>	6 - CPF: <b>020.437.275-59</b>		
7 - Profissão: <i>sem profissão</i>	8 - Endereço: <i>Rua. Maruim</i>	9 - Número: <b>2161</b>	10 - Complemento: <i></i>
11 - Bairro: <i>circunção</i>	12 - Cidade: <i>Anacaju</i>	13 - Estado: <b>SE</b>	14 - CEP: <b>49055-440</b>
15 - E-mail: <i></i>	16 - Tel. (DDD): <b>(74) 998855963</b>		

## 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 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 checked="" 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)

<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção):	<input type="checkbox"/> Bradesco (237)	<input type="checkbox"/> Itaú (341)	<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos):	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)	<input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	Name do BANCO:	<input type="text"/>
AGÊNCIA: <b>1045</b>	CONTA: <b>000 231 40</b>	1	AGÊNCIA: <input type="text"/>	CONTA: <input type="text"/>
(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)		(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  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 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 Impressão digital da última vez beneficiário não alfabetizado	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 testemunha

40 - Local e Data, *Anacaju/SE, 26/03/20*

*x Faílton Francisco dos Santos*

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

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, 12 de Maio de 2020**

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200159053**      **Vítima: JAILTON FRANCISCO DOS SANTOS**

**Data do Acidente: 28/12/2019**      **Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), JAILTON FRANCISCO DOS 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\$ 2.531,25

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros

25%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 25%) 6,25%

Valor a indenizar: 6,25% x 13.500,00 = R\$ 843,75

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um tornozelo 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: JAILTON FRANCISCO DOS SANTOS**

**Valor: R\$ 2.531,25**

**Banco: 104**

**Agência: 000001045**

**Conta: 0000023140-1**

**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](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,

