

# 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**



Ruegaaado ao Serviço Postal		Remetente: Al. Rio Negro, 585 - Bloco D - 15º andar - Barueri - São Paulo - SP - 06454-000
<p>01 - MUDOU-SE <input type="checkbox"/> 02 - ENDEREÇO INSUFICIENTE <input type="checkbox"/> 03 - DESCONHECIDO <input type="checkbox"/> 04 - FALCIDO <input type="checkbox"/> 05 - RECUSADO <input type="checkbox"/> 06 - RECUSADO <input type="checkbox"/> 07 - Ausente <input type="checkbox"/> 08 - NÃO PROCURADO <input type="checkbox"/> 09 - NÃO EXISTE N.º INSCRIÇÃO <input type="checkbox"/> 10 - OBJETO DANIFICADO <input type="checkbox"/> 11 - END. DESCONHECIDO NA LOCALIDADE <input type="checkbox"/> 12 - FALTA COMPLEMNETO (COLLETIVO/OUTRO) <input type="checkbox"/> 13 - CAIXA POSTAL CANCELADA <input type="checkbox"/></p> <p>Marque as: Ruthrcia do Responsável</p>		
<p>01 - MUDOU-SE <input type="checkbox"/> 02 - ENDEREÇO INSUFICIENTE <input type="checkbox"/> 03 - DESCONHECIDO <input type="checkbox"/> 04 - FALCIDO <input type="checkbox"/> 05 - RECUSADO <input type="checkbox"/> 06 - RECUSADO <input type="checkbox"/> 07 - Ausente <input type="checkbox"/> 08 - NÃO PROCURADO <input type="checkbox"/> 09 - NÃO EXISTE N.º INSCRIÇÃO <input type="checkbox"/> 10 - OBJETO DANIFICADO <input type="checkbox"/> 11 - END. DESCONHECIDO NA LOCALIDADE <input type="checkbox"/> 12 - FALTA COMPLEMNETO (COLLETIVO/OUTRO) <input type="checkbox"/> 13 - CAIXA POSTAL CANCELADA <input type="checkbox"/></p>		







# PREFEITURA MUNICIPAL DE ARACAJU

Secretaria Municipal da Fazenda - SEMFAZ

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

## NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA - NFS-e

Emissão (Horário de Brasília)

**18/07/2019 10:30:55**

Reg. Especial Tributação

**Microempresário e Empresa de Pequeno Porte (MEExigível em EPP)**

Período de Competência  
**07/2019**

Exigibilidade do ISS

**Aracaju - SE**

**Nota: 2019000**

**00000952**

**Código Verificação**

**ZWS7-Z1FX**



### 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

2<sup>ª</sup> VIA - ORIENTAÇÃO AO PACIENTE

Paciente:

Júlio de L. L. L.

Endereço:

\_\_\_\_\_

## Prescrição

Diariamente  
1x VO sem 90g

Dr. André Cardoso  
Médico  
CRM 4649

Dr. André Cardoso  
CRM 4649

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

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

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

End.: \_\_\_\_\_

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

Telefone: \_\_\_\_\_

## IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

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

ASSINATURA DO FARMACÊUTICO

# 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

d. Descrição	Qt	Un	V. Unit	V. Total
33 TRAMADOL 50MG 10 CP EMS A2C1 - Lab. GERMED -				
n. 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

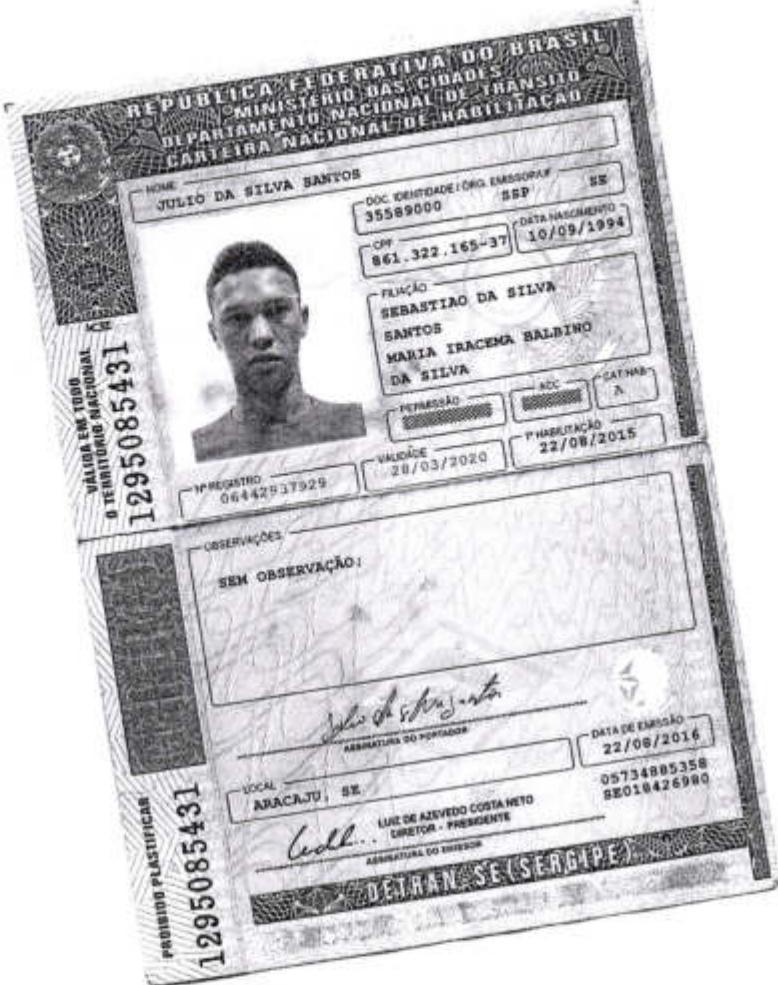


Protocolo de Autorização:

328190102345373 13/08/2019 15:06:52

<http://www.nfce.mt.gov.br/nfce/consulta>

Este documento é válido para fins de fiscalização e não tem valor monetário. Faz parte da Nota Fiscal Eletrônica.





**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	COR PREDOMINANTE
2P0LCV/149CC	PARTIC	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 DO BEM		
MIRTON R. 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

Cláudia Luana Soares Bettamio de Sousa - Escrivente

E-mail: [claudia.sousa@tjse.jus.br](mailto:claudia.sousa@tjse.jus.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

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_

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

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

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

## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:  Solteiro  Casado (no Civil)  Divorciado  Separado Judicialmente  Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a):  Sim  Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima  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)

38 - 1º | Nome: \_\_\_\_\_

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

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

Assinatura da testemunha

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

39 - 2º | Nome: \_\_\_\_\_

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

Assinatura da testemunha

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

Júlio da Silva Santos

Jôn Marques de Palma Pórti

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

43 - Assinatura do Procurador (se houver)





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 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."



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