



**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: 202040600713	Distribuição: 02/07/2020
Número Único: 0026790-50.2020.8.25.0001	Competência: Vara de Acidentes e Delitos de Trânsito
Classe: Procedimento Comum	Fase: POSTULACAO
Situação: Andamento	Processo Principal: *****
Processo Origem: *****	

Assuntos

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

Dados das Partes

Requerente: EDISSELMA SANTOS
Endereço: AVENIDA EUCLIDES FIGUEIREDO
Complemento:
Bairro: CIDADE NOVA
Cidade: ARACAJU - Estado: SE - CEP: 49070010
Requerente: Advogado(a): ELTON SOARES DIAS 10289/SE
Requerido: SEGURADORA LÍDER DO CONSÓRCIO DO SEGURO DPVAT S.A.
Endereço: RUA SENADOR DANTAS, 5º ANDAR
Complemento: 5º ANDAR
Bairro: 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 Apensados:

--

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:

202040600713

DATA:

12/08/2020

MOVIMENTO:

Juntada

DESCRIÇÃO:

Juntada de Petição Avulsa do Advogado/Procurador/Defensor/Promotor KELLY CHRYSTIAN SILVA MENENDEZ (2592-SE) ao processo eletrônico. Protocolizado sob nº 20200810175304243 às 17:53 em 10/08/2020.

LOCALIZAÇÃO:

Secretaria

PUBLICAÇÃO:

Não

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 14/11/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 675,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: EDISSELMA SANTOS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 04470

CONTA: 000000008699-0

Nr. da Autenticação 4F84C7F1E291BD48

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190620630 **Cidade:** Aracaju **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: EDISSELMA SANTOS **Data do acidente:** 20/07/2018 **Seguradora:** SANCOR SEGUROS DO BRASIL S. A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 07/11/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA CORTO CONTUSO DO CALCANHAR DO PÉ ESQUERDO

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO PÉ 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 DEBILIDADE FUNCIONAL RESIDUAL DO PÉ ESQUERDO

**Documentos
complementares:**

Observações: **DE ACORDO COM LAUDO PERICIAL DO IML: Nº3542/2019, DATADO EM 17/04/2019.

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 pés	50 %	Em grau residual - 10 %	5%	R\$ 675,00
Total			5 %	R\$ 675,00



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, CÍCERO MORORO DOS SANTOS,RG nº 3.697.521-4, data de expedição 09/05/2017Órgão SSP/SE, portador do CPF nº 659.593.614-34, com domicílio na cidade de ARACATU, no Estado de SERGIPE, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)AV. FRANCISCO JOSÉ DA FONSECA, nº 1201,complemento CJ. O. DANTAS declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima EDISSELMA SANTOS, cujo o condutor era JOSÉ MARIA SABINO DA SILVAVeículo: MOTOCICLETAModelo: HONDA/CG-150 SPORTAno: 2007Placa: 1AC-6324Chassi: 9C2KCO8607R014089Data do Acidente: 20/07/2018Local e Data: ARACATU, 25 DE OUTUBRO/2018

Assinatura do Declarante

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

NOME DO PACIENTE: Edimelina Santos
DATA DA ENTRADA: 20 / 07 / 18
DATA DA SAÍDA: 20 / 07 / 18 49a H = 07:37h

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:

Travessa sofreu acidente de trânsito com trauma perfuro cortante em região do calcâneo
Nega vacina de Tétano e alergias a medicamentos.

Conduta = Profenid + Reflin + Snt 5000 ui (100) + Exame + avaliação da ortopedia

Avaliação da ortopedia - Analisado radiografia de calcâneo (E) - não há alterações
ossos e lig. / Tendões de Aquiles sem defeitos.

Alta da ortopedia - encaminhado ao cirurgião geral na sala de Sutura.

Estas observações ortopédicas foram realizadas pelo Dr. Hildebrando Neto - ortopedista crm = 3.16

Realização da Cirurgia geral = Realizado sutura em ferimento crítico - contorno de
calcâneo esquerdo sob anestesia local e após limpeza abundante.

Conduta = Cefalexina + analgesia

Alta Hospitalar + orientações

Documentação médica - hospitalar



HISTÓRICO CIRÚRGICO:

/ / / / /

EXAMES COMPLEMENTARES:

Radiografia de pé (AP = perfil)

/ / / / /

MÉDICOS ASSISTENTES:

Dra. Lygia Barros - crm = 4506

Dra. Hildebrando Neto - crm = 2216

Dra. Tereza M. Nascimento - crm = 5074

/ / / / /

CONDIÇÕES DE ALTA: MELHORADO (X) TRANSFERIDO () ÓBITO ()

ARACAJU, 14 de novembro de 2018

Dr. Hélio Sampaio F. de C. Júnior
CNS: 170.888.2030.0005
GO: 22M53 2018: 1745

HOSPITAL GOVERNADOR JOAO ALVES FILHO

EL: 1257154

DATA: 20/07/2018

HORA: 07:37

USUARIO: ACFERREIRA

SETOR: 06-SUTURA

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

EDISELMA DOS SANTOS

IDADE: 49 ANOS NASC: 00/00/0000

ENDEREÇO: AVENIDA EUCLIDES FIGUEIREDO

COMPLEMENTO: BAIRRO: SANTOS DUMONT

CIDADE: ARACAJU

UF: SE

CEP: 49000-000

TIPO DE PAI/MAE: SEM DOC

/SEM DOC

RESPONSÁVEL: ESPOSO JOES MARIA

TEL: 79/9984143

EXPERIÊNCIA: ARACAJU - CAPITAL

38

RENDIMENTO: CORTE

COM POLICIAL: NAO

PLANO DE SAUDE: NAO

TRAUMA: NAO

COM TRABALHO: NAO

VEICULO DE AMBULANCIA: NAO

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

EXAMES COMPLEMENTARES: [] RAIO X [] SANGUE [] URINA [] TC
[] LIQUOR [] ECG [] ULTRASSONOGRAFIA

HISTÓRIA DE VIOLENCIA OU MAUS TRATOS: [] SIM [] NAO

DADOS CLINICOS: Forte dor na região do abdômen DATA PRIMEIROS SINTOMAS: 20/07/18.
com sintomas progressivos conforme em registro do laboratório. Nega vômito ou febre e alergia
medicamentosa.

EVOLUÇÃO DA ENFERMAGEM:

DIAGNÓSTICO:

CID:

PRESCRIÇÃO

HORARIO DA MEDICAÇÃO

Ex. Dor abdominal, Peritonismo 100 cc 100mg 100cc

Tratamento com analgésico

Ex. Dor abdominal

Ex. Dor abdominal

Ex. Dor abdominal

Ex. Dor abdominal

Ex. Dor abdominal

Ex. Dor abdominal

Ex. Dor abdominal

Ex. Dor abdominal

Ex. Dor abdominal

Ex. Dor abdominal

Ex. Dor abdominal

Ex. Dor abdominal

TRANSFERÊNCIA (UNIDADE DE SAUDE):

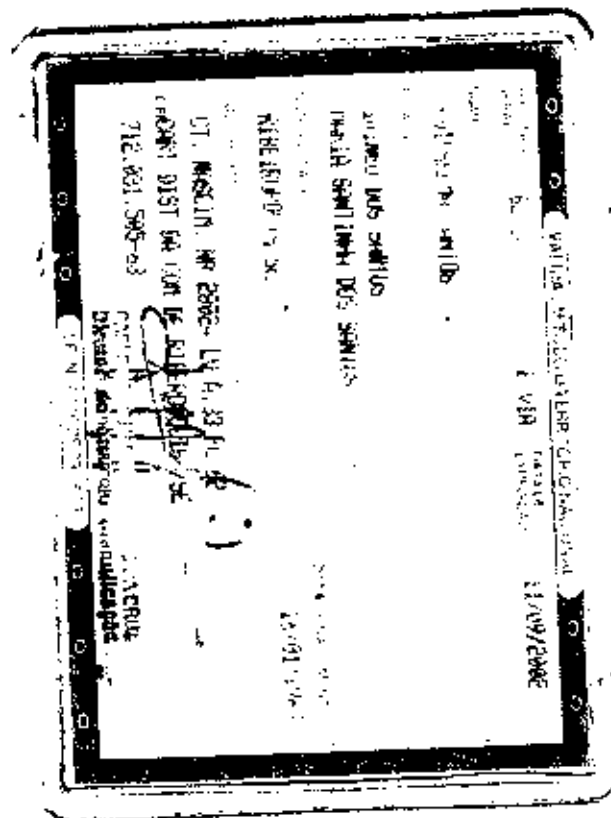
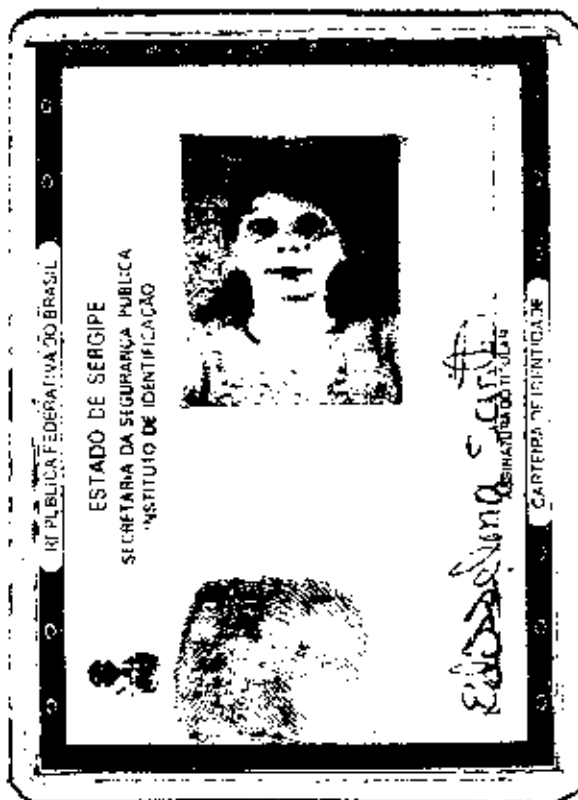
ETIO: [] ATE 48HS [] APOS 48HS

[] FAMILIA [] IML [] ANAT. PAQUI

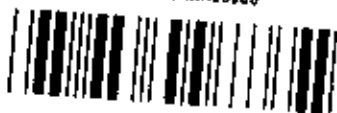
SIGNATURA DO PACIENTE/RESPONSÁVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

REALIZADO EM 20/07/18
AS 08:51 HORAS



Documentos de identificação



Laudo do IML - Lesões corporais



INSTITUTO MÉDICO LEGAL
LAUDO PERICIAL
Lesões Corporais

Edisselma Santos

Laudo nº 3542/2019

ESTE CONTEÚDO É ORIGINAL

23 05 19

[Handwritten signature]

Edisselma Santos
Médica Legista

CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE ARACAJU - SE
VIVIAN FERREIRA NASCIMENTO
CNPJ nº 16.088.000/0001-00 - Aracaju - SE - (79) 3101-4000 - Site: www.tjse-aracaju.se.gov.br

AUTENTICAÇÃO: A presente fotocópia confere com o original a mim

apresentado. Dou fé. Válido somente com o selo de fiscalização. Selo TJSE: 201929323B82686. Acesso: www.tjse-aracaju.se.gov.br/7YQZ1U. Aracaju, 24 de setembro de 2019. Em test.º da verdade.

VIVIAN FERREIRA NASCIMENTO, Escrivão, R\$ 2,87.
(END: REV. 3)

VALIDO SOMENTE COM MENCÃO DO RABUPE



CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO
Vivian Ferreira Nascimento
Escrivão

GOVERNO DE SERGIPE
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA
COORDENADORIA GERAL DE PERÍCIAS
INSTITUTO MÉDICO LEGAL "DR. AUGUSTO LEITE"

Questões/Respostas

1º) Houve ofensa à integridade ou a saúde do paciente?

Sim.

2º) Qual o instrumento ou meio que produziu a ofensa?

Contundente.

3º) A ofensa foi produzida com emprego de veneno, fogo, explosivo, asfixia, tortura ou por meio insidioso ou cruel, ou que podia resultar perigo comum?

Não.

4º) Da ofensa resultou incapacidade para as ocupações habituais por mais de trinta (30) dias?

Sim.

5º) Da ofensa resultou perigo de vida?

Não.

6º) Da ofensa resultou incapacidade incurável perda ou inutilização de membro, sentido ou função ou deformidade permanente?

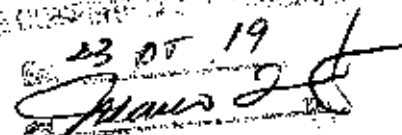
Sim, sequela residual na função do calcanhar esquerdo.

Este documento foi expedido via eletrônica (expresso), nos termos da legislação vigente. Confira com o original em arquivo digital, disponível no banco de dados do Instituto Médico Legal. Deverá conter o carimbo da unidade policial responsável pela impressão.


DR. RONMEL LISBOA DOS SANTOS

3173
Dr. Ronmel Lisboa dos Santos
Perito Médico - Legal
CRM - SE3173

ESTE DOCUMENTO É ORIGINAL

23 OT 19


Maria Antônia C. Duarte
Escritor(a) de Perícia - Leg. 1861

CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE ARACAJU - SE
MARIA DOLORES OLIVEIRA SIMÕES DA FONSECA - TITULAR
Instituto Brasileiro de Criminalística - N.º 01 - Brasília - DF - 70000-000 - CEP: 41.000-000 - Aracaju, 12/11/2019

AUTENTICAÇÃO: A presente fotocópia confere com o original a mim
apresentado. Dou fé. Válido somente com o selo de fiscalização. Selo TJSE: 201929573082686. Acesso: www.tjse.ju.br/x/YG2UU. Aracaju, 24 de outubro de 2019. Em test.º da verdade.

VIVIANN FERREIRA NASCIMENTO, Emol.º R\$ 2,87, FPD: R\$ 0,57.



- VÁLIDO SOMENTE COM A VERIFICAÇÃO DO PASEP -

CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO
Vivian Ferreira Nascimento
Escritor(a)

Seguradora Líder do Comércio DPVAT SA
 Rua da Assembleia, nº 100
 16º andar, Bairro Centro
 Rio de Janeiro / RJ

CEP: 20011-904

20/03/20

CORREIOS REGISTRADO URGENTE Registered Priority		D. 500g 4 AR MP
Recebedor	Doc.	
Assinatura		
JU 01351552 6 BR 		



DH

SINISTRO 3190620630 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA EDISSELMA SANTOS

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO SEGURADORA

LIDER DPVAT - OPERAÇÃO CORREIOS

BENEFICIÁRIO EDISSELMA SANTOS

CPF/CNPJ: 71203150563

Posição em 16-03-2020 14:18:21

O pedido de indenização do Seguro DPVAT foi concluído com a liberação do pagamento para a conta indicada pelo beneficiário.

Data do Pagamento: XX/XX/XXXX

Valor da Indenização: R\$00.000,00

Juros e Correção: R\$00.000,00

Valor Total: R\$00.000,00

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
14/11/2019	R\$ 675,00	R\$ 0,00	R\$ 675,00

FORMULÁRIO PARA PEDIDO DE REANÁLISE - DPVAT

Para mais esclarecimentos, acesse o site 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: 3190620630 Data da solicitação: 16/03/2020
Nome do beneficiário: Edisselma Souto CPF do beneficiário: 712.031.805-63
Nome do solicitante: Edisselma Souto CPF do solicitante: 712.031.805-63

DADOS PARA CONTATO

Tel. Celular: (33) 99885963 Tel. Comercial: () Tel. Residencial: ()
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:

(DESCREVER)

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

Solicito que seja reconsiderado relatório anexo do especialista Renato Teixeira, CRM 1450, o qual avalia que o dano permanente é maior conforme avaliação médica realizada 27/02/2020 do que o laudo pericial do IML 3542/2019. Portanto gostaria de reanalisar o meu pedido pois me sinto a disposição para uma pericia técnica indicada por vocês. Obrigada.

Anacapi 15E, 16/03/2020

Local e Data

Edisselma Souto

Assinatura do solicitante ou de quem assina a 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).

Rio de Janeiro, 07 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190620630

Vítima: EDISSELMA SANTOS

Data do Acidente: 20/07/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), EDISSELMA SANTOS

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 15075028

Rio de Janeiro, 21 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190620630

Vítima: EDISSELMA SANTOS

Data do Acidente: 20/07/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), EDISSELMA 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\$ 675,00
Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos pés 50%	
Graduação: Em grau residual 10%	
% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 50%) 5,00%	
Valor a indenizar: 5,00% x 13.500,00 =	R\$ 675,00

Recebedor: EDISSELMA SANTOS

Valor: R\$ 675,00

Banco: 104

Agência: 000004470

Conta: 000000008699-0

Tipo: CONTA POUPANÇA

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne 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,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 15 de Abril de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190620630

Vítima: EDISSELMA SANTOS

Data do Acidente: 20/07/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: REANÁLISE DO PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), EDISSELMA SANTOS

Após revisão da Análise Médica Documental ou perícia em 15/04/2020, verificou-se que a lesão permanente apresentada já foi adequadamente indenizada, nos termos da Lei nº 6.194, de 1974, não tendo sido identificado agravamento da invalidez permanente da vítima, ou nova lesão permanente decorrente do mesmo acidente de trânsito.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para você





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

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: _____ Nome completo da vítima: _____

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

Nome completo: Edisselma Santos CPF: 712.031.505-63
Profissão: Do lar Endereço: AV. Euclides Figueiredo Número: 380 Complemento: _____
Bairro: Santa Dumont Cidade: Aracaju Estado: SE CEP: 49087-648
E-mail: _____ Tel.(DDD): (79) 99928-9930

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

RENDA MENSAL:
☐ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 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: 4470 CONTA: 00008699 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinale uma das opções):

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no civil) ☐ Divorçado ☐ 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 nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não
Vivos: _____ Falecidos: _____

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.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado Local e Data, Aracaju, 25.10.2019
Nome: Edisselma Santos
CPF: 712.031.505-63

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura

2ª | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura

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

Para mais esclarecimentos, acesse o site 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

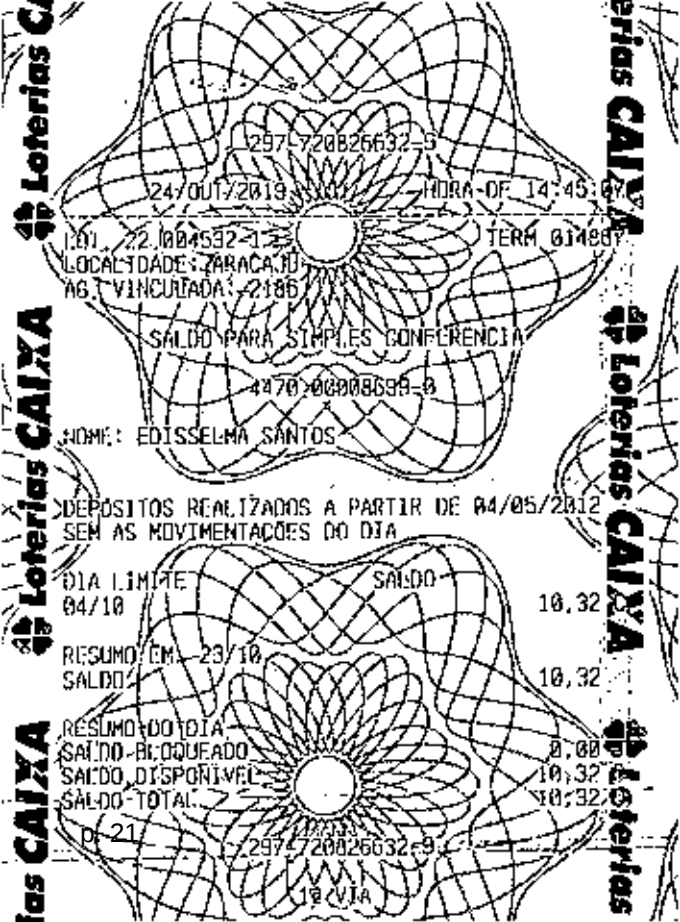
SAC (para dúvidas e reclamações): 0800 022 8189

SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06

Ouvitoria: 0800 021 91 35

INSTRUÇÕES IMPORTANTES:

1. Necessário o preenchimento completo de todos os dados, sem rasuras e de forma legível.
2. Os nomes da vítima e dos beneficiários deverão ser informados completos e sem abreviações.
3. Informar a quantidade de filhos, pais e avós vivos e falecidos, *nascituros (aquele que está sendo gerado, mas ainda não nasceu).
4. Os beneficiários/vítimas com idade entre 0 e 15 anos ou o incapaz com curador deverão ser **representados pelos pais**, tutor ou curador. A declaração deverá ser preenchida com os dados dos beneficiários/vítimas e assinada somente pelo representante legal.
5. Os beneficiários/vítimas com idade entre 16 e 17 anos deverão ser **assistidos pelos pais ou tutor**. A declaração deverá ser preenchida com os dados dos beneficiários/vítimas e assinada pelos beneficiários/vítimas e, também, por seu **assistente legal**, devidamente identificado por meio dos respectivos documentos.
6. Em caso de indenização por morte com mais de um beneficiário, preencher um formulário para cada beneficiário.



Loterias CAIXA

297-720826632-5

24/OUT/2019 15:01 HORA-DE 14:45:07

101 22.004592-13 TERM 014807

LOCALIDADE: ZARACAJU

AG. VINCULADA: 2186

SALDO PARA SIMPLES CONFERENCIA

4470-00008699-0

NOME: EDISSELMA SANTOS

DEPÓSITOS REALIZADOS A PARTIR DE 04/05/2012
SEM AS MOVIMENTAÇÕES DO DIA

DIA LIMITE	SALDO
04/10	10,32
RESUMO EM 23/10	
SALDO	10,32
RESUMO DO DIA	
SALDO BLOQUEADO	0,00
SALDO DISPONIVEL	10,32
SALDO TOTAL	10,32

P-21 297-720826632-5

18 VIA

Loterias CAIXA

Loterias CAIXA

A vida útil dos dados impressos neste comprovante é de 5 anos, mas é preciso tomar alguns cuidados: evite expor o papel à luz do sol, lâmpadas fluorescentes, fontes de calor, à umidade excessiva e ao contato com óleos ou outros produtos químicos. Se precisar manter o recibo por mais tempo, providencie cópia do documento.

Atenção: o recibo da aposta original é o único comprovante que o habilita a receber eventuais prêmios das loterias. Confira os dados contidos no recibo de aposta. O prazo para receber o prêmio é de 90 dias, a contar da data de sorteio do concurso. Para sua segurança, somente adquira bilhetes em pontos de vendas autorizados pela CAIXA.

ESTE RECIBO É UM TÍTULO AO PORTADOR. PARA TORNÁ-LO PESSOAL E INTRANSFERÍVEL, PREENCHA SEUS DADOS:

Nome: _____

CPF: _____

Assinatura: _____

End: _____

Este recibo é individual e em caso de eventual premiação não é permitida sua divisão a mais de um beneficiário.

SAC CAIXA: 0800 726 0101 (informações, sugestões, reclamações e elogios). Deficiência auditiva ou de fala: 0800 726 2492. Cidadão: 0800 726 0207. Ouvidoria: 0800 725 7474 (reclamações não solucionadas e denúncias) ou www.caixa.gov.br

Loterias CAIXA

A vida útil dos dados impressos neste comprovante é de 5 anos, mas é preciso tomar alguns cuidados: evite expor o papel à luz do sol, lâmpadas fluorescentes, fontes de calor, à umidade excessiva e ao contato com óleos ou outros produtos químicos. Se precisar manter o recibo por mais tempo, providencie cópia do documento.

Las CAIXA Loterias CAIXA

Las CAIXA Loterias CAIXA

297-720826632-5
24/04/2012 10:02 HORA DE 14:45:00
L01 22.004532-1 TERM 01480
LOCALIDADE: ZARACHO
AG VINCULADA: 2186
SALDO PARA SIMPLES CONFERENCIA
4470,00008689-0
NOME: EDISSELMA SANTOS

DEPÓSITOS REALIZADOS A PARTIR DE 04/05/2012
SEM AS MOVIMENTAÇÕES DO DIA

DIA LIMITE	SALDO
04/10	10,32
RESUMO EM 23/10	
SALDO	10,32
RESUMO DO DIA	
SALDO BLOQUEADO	0,00
SALDO DISPONIVEL	10,32
SALDO TOTAL	10,32

297-720826632-5

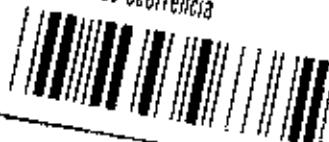
15 VIA





GOVERNO DO ESTADO DE SERGIPE
POLÍCIA CIVIL
3ª DELEGACIA METROPOLITANA - ARACAJU - SE

Boletim de ocorrência



BOLETIM DE Ocorrência

Nº: 004797/2019-A01

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Inicio do Registro: 14/01/2019 09:25 Data/Hora Fim: 14/01/2019 09:27

Delegado de Polícia: Ronaldo Alves Marinho da Silva

DADOS DA Ocorrência

Afeto: 3ª Delegacia Metropolitana

Data/Hora do Fato: 20/07/2018 08:00

Local do Fato

Município: Aracaju (SE)

Bairro: Santos Dumont

Logradouro: RUA JOSE NOVAES

Ponto de Referência: ANTIGA EMPRESA BONFIM

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1095: Auto lesão - Acidente de trânsito	Não Houve

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: EDISSELMA SANTOS (VÍTIMA / COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira

Naturalidade: SE - Neópolis

Sexo: Feminino

Nasc: 16/01/1968

Profissão: Empregada Doméstica

Escolaridade: Ensino Fundamental Incompleto

Estado Civil: União Estável

Nome da Mãe: Maria Santinha dos Santos

Nome do Pai: Irineu dos Santos

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 712.031.505-63

RG - Carteira de Identidade: 983326

Endereço

Município: Aracaju - SE

Logradouro: AV EUCLIDES FIGUEIREDO

Nº: 380

Complemento: PROX A IGREJA DEUS É VIDA

Bairro: SANTOS DUMONT

Vínculo

Companheiro(a):

Envolvido(a)

Jose Maria Sabino da Silva

Tempo da Relação

9 ano(s), 0 mês(es), 0 dia(s)

Nome Civil: JOSE MARIA SABINO DA SILVA (ENVOLVIDO (AUSENTE))

Nacionalidade: Brasileira

Sexo: Masculino

Idade 60

Estado Civil: União Estável

Endereço

Município: Aracaju - SE

Logradouro: RUA JOSE NOVAES

Bairro: Santos Dumont

Telefone: (79) 99841-4338 (Celular)

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo: Veículo

Subgrupo: Motociclista/Motoneta

Delegado de Polícia Civil: Ronaldo Alves Marinho da Silva
Impresso por: Renato Ferreira Almeida Neto
Data de Impressão: 14/01/2019 09:27
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 2



PPE - Procedimentos Policiais Eletrônicos



GOVERNO DO ESTADO DE SERGIPE
POLÍCIA CIVIL
3ª DELEGACIA METROPOLITANA - ARACAJU - SE

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 004797/2019-A01

CPF/CNPJ do Proprietário 659.593.614-34

Placa IAC6324

Renavam 00918166683

Número do Motor KC08E67014085

Número do Chassi 9C2KC08607R014085

Ano/Modelo Fabricação 2007/2007

Cor CINZA

UF Veículo Sergipe

Município Veículo Aracaju

Marca/Modelo HONDA/CG 150 SPORT

Modelo HONDA/CG 150 SPORT

Veículo Adulterado? Não

Quantidade 1 Unidade

Situação Envolvido

Última Atualização Denatran 30/05/2014

Situação do Veículo NADA CONSTA

Nome Envolvido

Envolvimentos

Jose Maria Sabino da Silva

Possuidor

RELATO/HISTÓRICO

COMPARECEU A ESTE DISTRITO POLICIAL RELATANDO QUE EM DATA, LOCAL E HORA SUPRACITADOS TRANSITAVA DE MOTOCICLETA, COM SEU COMPANHEIRO CONDUZINDO O VEICULO, QUANDO SOFRERAM UM ACIDENTE; QUE COLIDIRAM COM CHAPARIAS DE CARROS ESTACIONADAS NA VIA; QUE SOFREU FERIMENTOS CONSTANTES NO RELATORIO MEDICO.

ASSINATURAS

Renato Ferreira Almeida Neto
Responsável pelo Atendimento

Edisselma Santos
(Vítima / Comunicante)

"Declaro para os devidos fins de direito que sou o(a) único(a) responsável pelas informações acima assentadas e declaro que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei origem, conforme previsto nos Artigos 330-Denúncia Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime do do Contraveioção do Código Penal Brasileiro."



CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE ARACAJU - SE

MARIA INOUEDES OLIVEIRA SIMÕES DA FONSECA - TITULAR

Trabalha no Estado de Sergipe, 6º DE - Cível - Aracaju/SE - CEP: 45.010-100 - Fone: (79) 3314-4220

AUTENTICAÇÃO: A presente fotocópia confere com o original a mim

apresentado. Dou fé. Válido somente com o selo de fiscalização. Selo TJSE:

201929703082684: Acesse:

www.tjse.jus.br/3/ACA4A. Aracaju, 24 de

junho de 2019. Em test. de verdade.

VIVIANN

FERRERA NASCIMENTO, Emol.: R\$ 2,87.

FERRERA NASCIMENTO



CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE ARACAJU - SE
Vivian Ferrera Nascimento
Escritório

-VÁLIDO SOMENTE SEM OUTRAS OU RASPAS-



Delegado de Polícia Civil: Ronaldo Alves Marinho da Silva
Impresso por: Renato Ferreira Almeida Neto
Data de Impressão: 14/01/2019 08:27
Protocolo nº: Não disponível

Página 2 de 2

PE - Procedimentos Policiais Eletrônicos