



**Poder Judiciário
Do Estado de Sergipe**

2ª VARA CÍVEL E CRIMINAL DE NOSSA SENHORA DA GLÓRIA DA COMARCA DE N. SRA. DA GLÓRIA
Rua Floriano Peixoto, Bairro Centro, N. Sra. Da Glória/SE, CEP 49680000
Horário de Funcionamento: 07:00 às 13:00

Dados do Processo

Processo: 202077200172	Distribuição: 14/02/2020
Número Único: 0000407-88.2020.8.25.0048	Competência: 2ª Vara Cível e Criminal de Nossa Senhora da Glória
Classe: Procedimento Comum	Fase: POSTULACAO
Situação: Andamento	Processo Principal: *****
Processo Origem: *****	

Assuntos

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

Dados das Partes

Requerente: JOSE WELLIGTON DA COSTA
Endereço: POVOADO QUIXABA
Complemento:
Bairro: ZONA RURAL
Cidade: NOSSA SRA DA GLORIA - Estado: SE - CEP: 49680000
Advogado(a): JOSÉ JEOVANY DA SILVA 12367/AL
Requerido: SEG LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT
Endereço: Rua Senador Dantas
Complemento: 5º ANDAR
Bairro: Centro
Cidade: Rio de Janeiro - Estado: - CEP: 20031205
Advogado(a): KELLY CHRYSTIAN SILVA MENENDEZ 2592/SE



**Poder Judiciário
Do Estado de Sergipe**

2ª VARA CÍVEL E CRIMINAL DE NOSSA SENHORA DA GLÓRIA DA COMARCA DE N. SRA. DA GLÓRIA
Rua Floriano Peixoto, Bairro Centro, N. Sra. Da Glória/SE, CEP 49680000
Horário de Funcionamento: 07:00 às 13:00

Processos Apensados:

--

Processos Dependentes:

--



Poder Judiciário
Do Estado de Sergipe

2ª VARA CÍVEL E CRIMINAL DE NOSSA SENHORA DA GLÓRIA DA COMARCA DE N. SRA. DA GLÓRIA
Rua Floriano Peixoto, Bairro Centro, N. Sra. Da Glória/SE, CEP 49680000
Horário de Funcionamento: 07:00 às 13:00

PROCESSO:

202077200172

DATA:

18/02/2021

MOVIMENTO:

Juntada

DESCRIÇÃO:

Juntada de Petição Avulsa do Advogado/Procurador/Defensor/Promotor KELLY CHRYSTIAN SILVA MENENDEZ (2592-SE) ao processo eletrônico. Protocolizado sob nº 20210212160803583 às 16:08 em 12/02/2021.

LOCALIZAÇÃO:

Secretaria

PUBLICAÇÃO:

Não

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 18/07/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE WELLINGTON DA COSTA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 00612-2

CONTA: 000010022709-0

Nr. da Autenticação 9CA5AEDB7B1137D1

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190419988 **Cidade:** Nossa Senhora da Glória **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE WELLINGTON DA COSTA **Data do acidente:** 13/03/2019 **Seguradora:** BRASIL VEICULOS CIA DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 15/07/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMATISMO CORTO-CONTUSO DA FACE,
FRATURA EXPOSTA GRAU I DO RÁDIO E ULNA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO DO RÁDIO E ULNA COM PLACA E PARAFUSOS,
TRATAMENTO CONSERVADOR DE DEMAIS LESÕES E ALTA MÉDICA.

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

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DE MEMBRO SUPERIOR DIREITO.

Documentos complementares:

Observações: DOC PÁG. 01 08 // DESCRIÇÃO CIRÚRGICA PÁG. 12 //

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 leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

RELATÓRIO MÉDICO

NOME DO PACIENTE: JOSE WELLINGTON DA COSTA

DATA DA ENTRADA: 14/03/2019

DATA DA SAÍDA: 20/03/2019

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 () ENFERMARIA (X) UTI ()

HISTÓRICO CLÍNICO:

PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTOCICLETA, APRESENTANDO FENDIMENTO EM SUPERCÍLIO ESQUERDO JÁ SUTURADO, ESCORIAÇÕES EM FACE E MEMBROS SUPERIORES, FRATURA EXPOSTA EM ANTEBRANÇO DIREITO, INTERMIDO COM DIAGNÓSTICO DE POLITRAUMA, FOI TRATADO PROVISORIAMENTE COM IMOBILIZAÇÃO COM TALA GESSA NA AXILA PALMAR E POSTERIORMENTE FOI SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO DA FRATURA NO ANTEBRANÇO DIREITO, PERMANECENDO HOJE SENDO ALTA HOSPITALAR EM 20/03/19

HISTÓRICO CIRÚRGICO:

FOI SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA EXPOSTA DOS OSSOS DO ANTEBRANÇO DIREITO SOB BLOQUEIO ANESTÉSICO DE PLEXO BRAQUIAL.

EXAMES COMPLEMENTARES:

RADIOGRAFIA DO ANTEBRANÇO DIREITO, HEMOGRAMA, UREA, CREATININA, ELETROLITOS, COAGULOCRAMA

INVESTPREV

09 JUL 2019

MÉDICOS ASSISTENTES:

DR. LUIZ CARLOS CAVACANTE FILHO
DR. EDUARDO BARBOSA NUNES

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

ARACAJU, 27 de MAIO de 2019

MS/DATASUS HOSPITAL GOVERNADOR JOAO ALVES FILHO

No. DO BE: 1872701 DATA: 14/03/2019 HORA: 01:48 USUARIO: ACSSANTOS
CNS: SETOR: 06-SUTURA

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME : JOSE WELLINGTON DA COSTA DOC...: 30600499
IDADE.....: 42 ANOS NASC: 21/02/1977 SEXO...: MASCULINO
ENDERECO.....: POV QUIXABA NUMERO:
COMPLEMENTO.....: BAIRRO:
MUNICIPIO.....: NOSSA SENHORA DA GLORIA UF: SE CEP....: 49680-000
NOME PAI/MAE...: JOAO GONZAGA DA COSTA /JUDITE RAIMUNDO DOSS ANTOS
RESPONSAVEL....: O PROPRIO TEL....:
PROCEDENCIA....: NOSSA SENHORA DA GLORIA
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: [] RAIO X [] SANGUE [] URINA [] TC
[] LIQUOR [] ECG [] ULTRASSONOGRAFIA

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

DADOS CLINICOS:

DATA PRIMEIROS SINTOMAS: / /

trazido pelo Samu em protocolo de trauma. c/ relato de queda de moto, c/ lesão capiteira que seccionou. Refere dor em M.D. No exame: Vias aéreas patina normal, linf. Ar. RV + RHT SIM, normocardico, epigastro, normoventilado, si sang. Anotacoes da enfermagem: externa. Abdom. flavelo, insulso D.B. Relat. estavel. ECG IS. Ritu. (E) fcc em supino e 1º grau. Exame em face. e MMS. histeria em ambulancia.

DIAGNOSTICO: Poltrauma

CID:

PRESCRICAO

HORARIO DA MEDICACAO

① Opióide 1g sc.

② Imx cervical, tomar ap. Relat. Baixa.

③ Av. Outoprens.

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 [] IML [] ANAT. PAT

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSAVEL

Dr. Luiz Carlos Cavalcante Filho
Médico
CRM-SE 51490
ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

HUSE
ELETROCARDIOGRAMA
EXAMES(S) REALIZADO(S)
DATA: 14/03/19
HORARIO: 09:30
TECNICO: C+U

Ra. Chiquinho (02.45)

Ra. com Dorn Estudo anatômico referendo opérculo
devido ao contusão (D). Nguia alt. no MNT, cava
costa, Boei e MSE. Presença de Esmatoma pontiforme na
mão (D).

Rx: Evolução da cura e contusão (D)

Cd: Tula sobre plomom (D)

Esmatoma p/ tto Cirurgico.

Intorno p/ progressão de tto cur.

DR. MARCIO M. ROCHA
Ortopedia / Traumatologia
Cirurgia do Pé e do Tornozelo
CRM-SE 3592 / TROF 10723

UNIDADE DE ORIGEM

HOSPITAL REGIONAL GOV. JOÃO ALVES FILHO - N. S^a DA GLÓRIA/SE

UNIDADE PARA REFERÊNCIA

HUSE - Uld. T. Lucas - Canga da Maria

ENDEREÇO DA UNIDADE DE REFERÊNCIA

ESTAMOS ENCAMINHANDO O PACIENTE

João Wellington da Costa

SEXO

M

NASCIDO EM

4 Jan

MATRÍCULA

CUJO PROBLEMA DE SAÚDE REQUERER UM TIPO DE ATENDIMENTO QUE ESTA UNIDADE NÃO OFERECE

MOTIVO DA CONSULTA / IMPRESSÕES DIAGNÓSTICAS OU PROBLEMAS IDENTIFICADOS

Paciente com Falta de Oxição do Ardo e Uldas
de Sinal de Judo, qto fudo de Mordido
Uldas, Cusca, Mordido, Jogo 15
Rx de Sinal de Judo

ESTUDOS A QUE FOI SUBMETIDO O PACIENTE, SEUS RESULTADOS E CONSULTA ADOTADA (RESUMO DOS PRINCIPAIS ACHADOS DO EXA
CLÍNICO E DOS EXAMES COMPLEMENTARES REALIZADOS ANTES DA SOLICITAÇÃO DO ENCAMINHAMENTO)

Medico - Uldas
Sinal de Judo

MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO

Avaliação e Uldas de Canga

DATA DO ENCAMINHAMENTO

13/3/14

Jorge Luiz Gonzaga Amorim
Clínica Médica
CRMSE 3624

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO

Data: 19/03/19

EVOLUÇÃO/PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA 20/3/2019

NOME: JOSE WELINGTON DA COSTA

ALA: UOC

LEITO: 27

GÊNERO:

IDADE:

DIAGNÓSTICOS:

Fx DEBIL DO Antebraço

EVOLUÇÃO MÉDICA:

Paciente Espinal, QUEIXA-SE DE DO
F08 LIMPA, DISCRETA GELERA ANOLINOL
C08 VCM6!!

	PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIO DE ADMINISTRAÇÃO
1	Dieta VO LIVRE	
2	AVP PERVO	SMS
3	Keflin 1g, IV, 6h/6h OU Kefazol 1g, IV, 8h/8h	Em uso
4	Ranitidina, 02 mL + 18 mL AD, IV, 12h/12h OU Omeprazol 40mg, IV, às 6:00	14 22 08
5	Dipirona, 02 mL + 08 mL AD, IV, 6h/6h	06
6	Profenid, 01 ampola IV + 100mL SF0,9%, 12h/12h	12 18 24 06
7	Tramal 100mg + 250 ml SF0,9, IV, 8h/8h	12 24
8	Clexane 40mg SC, 1x/dia OU Heparina 5.000UI SC, 2x/dia	SOS
9	Bromoprida, 02 mL + 18 mL AD, IV, 8h/8h, se náuseas ou vômitos	20
10	Glicemia capilar, 6h/6h, se diabético	SOS
11	Insulina regular, conforme glicemia:	
12	<200 = 0 251 – 300 = 4U 351 – 400 = 8U	
13	201 – 250 = 2U 301 – 350 = 6U > 400 = 10U	
14	Glicose 25%, 40ml, IV, se glicemia < 70	
15	Captopril 25mg, VO, se PAS > 180mmHg ou PAD > 110mmHg	SOS
16	CCGG + SSVV 6h/6h	SOS
17	Gentamicina 240mg, EV, 1x/dia	Relatório
18	CURATIVO DIÁRIO 1X/DIA	00
19	Soluato Rx de Cartão	11 20
20		1004
21		
22		
23		

Dr. Rodrigo Alencar Santos
MR. Ortopedia e Traumatologia
CRM/SE 5592



GOVERNO DE SERGIPE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE



Fundação
Hospitalar
de Saúde

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE SERGIPE

FICHA DE ATO CIRÚRGICO

PACIENTE: Per Wulston do Costa
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: Fístula do Ovario da tuberculose
CIRURGIA REALIZADA: Ovariotomia
CIRURGIÃO: Dr. Andrei Scialoja
AUXILIARES: Dr. Adilson Viana
ANESTESIA: Bloqueio ANESTESISTA: Dr. Djalma
DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO:

() CIRURGIA LIMPA (X) CIR. POTENCIALMENTE CONTAMINADA
() CIRURGIA CONTAMINADA () CIR. INFECTADA
INFECÇÃO PRESENTE À ADMISSÃO? () SIM () NÃO

TOPOLOGIA DA INFECÇÃO:

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

DESCRIÇÃO DO ATO CIRÚRGICO

1. Paciente em decúbito dorsal
2. Anestesia, Antiseptico
3. Cefalosporina
4. Enxerto de pele
5. Incisão de pele com punção por fêmur
6. Identificação da fístula de ovário
7. Ressecção e fixação com sutura
8. Incisão lateral do abdome com punção por fêmur
9. Identificação do fôculo de fístula de ovário
10. Ressecção e fixação com sutura
11. Sutura por fêmur
12. Cauterização
13. Autotransplante de pele

DATA: 1/1/

Assinatura do Cirurgião

Relatório

João de Jesus Wellington da
Costa sofreu acidente no trabalho
no dia 19/03/13 sofreu
fratura do Antebraço D
sendo submetido a Tratamento
cirúrgico

Realizado com sucesso, para retorno
Bom e Melhor Pass.

Agosto encontra-se em Alta definitiva
CM: 592

Aguinaldo Anselmo da Cruz
Clínica Médica
CREMESP: SE 0481
CPF: 076.358.344-87

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Rua Antônio Francisco de Souza, 47 - Centro - CEP: 49.680-000 - Nossa Senhora da Glória/SE
Fone: 79 3411.1068 - E-mail: saudegloria.se@gmail.com

INVESTPREV

26 AGO 2019

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 ASL: _____ CPF da vítima: 000.394.445-03 Nome completo da vítima: José Wellington Da Costa

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

Nome completo: José Wellington Da Costa CPF: 000.394.445-03

Profissão: Jarrodor Endereço: Rua Quaseabra Número: 519 Complemento: casca

Bairro: Zona rural Cidade: N. Sa. Da Glória Estado: SE CEP: 49.680-000

E-mail: marcondesgloria@gmail.com Tel (DDD): 79.99.189207

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

RENTA 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: 0612 2 CONTA: 22709 9 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(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 (assinalar 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

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.

Local e Data: N. Sa. Da Glória 02-07-19

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

INVESTPREV

09 JUL 2019

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 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.



GOVERNO DO ESTADO DE SERGIPE
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA REGIONAL DE NOSSA SENHORA DA GLÓRIA AISP - NOSSA
SENHORA DA GLÓRIA - SE

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 069348/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 02/07/2019 15:33 Data/Hora Fim: 02/07/2019 15:42
Delegado de Polícia: Samuel Souza de Brito Oliveira

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia Regional de Nossa Senhora da Glória Aisp
Data/Hora do Fato: 13/03/2019 22:30

Local do Fato

Município: Nossa Senhora da Glória (SE)
Logradouro: POVOADO QUIXABA

Bairro: Povoado

CEP: 49.680-000

Tipo do Local: Área Rural

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

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: JOSE WELLINGTON DA COSTA (VÍTIMA, COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: SE - Nossa Senhora Sexo: Masculino Nasc: 21/02/1977
Profissão: Auxiliar de Produção Escolaridade: Ensino Fundamental Incompleto
Estado Civil: Solteiro(a)
Nome da Mãe: JUDITE RAIMUNDO DOS SANTOS Nome do Pai: JOAO GONZAGA DA COSTA
Em Serviço: Não

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 000.394.445-03
RG - Carteira de Identidade: 30600499

Endereço

Município: Nossa Senhora da Glória - SE
Logradouro: POV QUIXABA
Complemento: CASA
Bairro: ZONA RURAL
Telefone: (79) 99800-5968 (Celular)

Nº: SN

CEP: 49.680-000

INVESTPREV

09 JUL 2019

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo	Subgrupo Motocicleta/Motoneta
Descrição MOTOCICLETA HONDA CG 150 TITAN KS	CPF/CNPJ do Proprietário 023.685.665-03
Placa IAG0726	Renavam 00978278585
Número do Motor KC08E18238063	Número do Chassi 9C2KC08108R238063
Ano/Modelo Fabricação 2008/2008	Cor PRETA
UF Veículo Sergipe	Município Veículo Nossa Senhora da Glória
Marca/Modelo HONDA/CG 150 TITAN KS	Modelo HONDA/CG 150 TITAN KS



Delegado de Polícia Civil: Samuel Souza de Brito Oliveira
Impresso por: Alfredo José de Oliveira Madeiro
Data de Impressão: 02/07/2019 15:44
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 2

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos



GOVERNO DO ESTADO DE SERGIPE
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA REGIONAL DE NOSSA SENHORA DA GLÓRIA AISP - NOSSA
SENHORA DA GLÓRIA - SE

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 069348/2019

Veículo Adulterado? Não

Quantidade 1 Unidade

Situação Envolvido

Última Atualização Denatran 27/02/2018


Situação do Veículo NADA CONSTA

Nome Envolvido	Envolvimentos
JOSE WELLINGTON DA COSTA	Proprietário

RELATO/HISTÓRICO

RELATA QUE NO DIA, HORA E LOCAL SUPRACITADO AO TENTAR DESVIAR DE UM ANIMAL (CACHORRO) PERDEU O CONTROLE DA SUA MOTOCICLETA E CAIU AO SOLO, LESIONANDO-SE FISICAMENTE (FRATURA NO PUNHO DIREITO), QUE PRESTA ESTE BO PARA ACIONAR O SEGURO DPVAT.

ASSINATURAS


Alfredo José de Oliveira Madeiro
Escritão de Polícia
Responsável pelo Atendimento


JOSE WELLINGTON DA COSTA
(Vítima / 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 deli origem, conforme previsto nos Artigos 339-Denunciação Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro.

INVESTPREV

09 JUL 2019

Alto

FICHA DE PRONTO ATENDIMENTO

PRONTUÁRIO: 408005 TURNO: M() T() N() HORA: 22:22
NOME: Jose Wellington da Costa DATA: 13/02/95
ENDEREÇO: Rua Quixaba - Glória SEXO: M() F()
IDENTIDADE: - NASCIMENTO: 21/02/1977
TEL: 99953-5901
MÃE: Judite Raimunda dos Santos
PAI: João Gonzaga da Costa
RESPONSÁVEL: Jose / Marcela Santos
EMERGÊNCIA: () URGÊNCIA: () AMBULATÓRIO: () CL. MÉDICA ()
CIRÚRGICA ()
PEDIATRA ()

ATENDIMENTO ENFERMAGEM

HORA:

ASS:

ALERGIA MEDICAMENTOSA:

NÃO ()
SIM ()

PESO:

FR:

PA:

FR:

TP:

ANAMNESE:

INVESTPREV

09 JUL 2019

ASSINATURA MÉDICO:

João Luiz Gonzaga da Costa
Dr. João Luiz Gonzaga da Costa
CRM - 3624