



**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
Número Único: 0000407-88.2020.8.25.0048
Classe: Procedimento Comum
Situação: Andamento
Processo Origem: *****

Distribuição: 14/02/2020
Competência: 2ª Vara Cível e Criminal de Nossa Senhora da Glória
Fase: POSTULACAO
Processo Principal: *****

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 Apenasdos:

--

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

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Não

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

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO DO RÁDIO E URNA 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

Fundação
Hospitalar
de Saúde

NOME DO PACIENTE: JOSÉ WILLLINGTON 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 () UTI ()

HISTÓRICO CLÍNICO:

PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTOCICLETA, APRESENTANDO FERIMENTO EM SUPERFÍCIE ESQUERDA JÁ SUTURADO, ESCORPIAÇÕES NA FACE E MEMBRANAS SUPERIORES, FRATURA EXPOSTA NO ANTEBRAÇO DIREITO, INTERNADO COM DIAGNÓSTICO DE POLI-TRAUMA, FOI TRATADO PRINCIPALMENTE COM INCORPORAÇÃO COM TACO CESSANTE AXILA DIREITA E POSTERIORMENTE FOI SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO DA FRATURA NO ANTEBRAÇO DIREITO, PREPAROU-SE PARA SER TRANSFERIDO PARA HOSPITALAR EX. JOAQUIM

HISTÓRICO CIRÚRGICO:

Foi submetido à tratamento cirúrgico de fratura exposta dos ossos do antebraço direito sob bloqueio anestésico periférico braquial.

EXAMES COMPLEMENTARES:

Radiografia do antebraço direito, hemograma, ureia, creatinina, eletrólitos, coagulograma

INVESTIGAÇÕES

09 JUL 2019

MÉDICOS ASSISTENTES:

DR LUIZ CARLOS CHAVACANO FILHO

DR EDUARDO BARBOSA MUFES

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

ARACAJU, 27 de Março de 2019

Irac Souto de Mendes
CNPJ: 20.991.912-97
Avenida 1518
Bloco 12 - 1518

José Luiz de Andrade
MÉDICO DO SETOR DE ANÁLISE DE PRONTUÁRIO

MS/DATASUS

HOSPITAL GOVERNADOR JOAO ALVES FILHO

No. DO BE: 1872701

DATA: 14/03/2019 HORA: 01:48 USUARIO: ACSSANTOS
SETOR: 06-SUTURA

CNS:

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME : JOSE WELLINGTON DA COSTA DOC...: 30600493
 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:

trazido pelo Samu em protocolo de trauma c/ Rebaço de Areia da rebaço, c/ uso de capacete que soltou. Rebaço em MS. As lesões: vésas abertas, pele cravada, s/ sangramento. FV + RTG s/ lesões, renascodos, espasmo, renascodes, s/ sangramento. ANOTACOES DA ENFERMAGEM: externo. Abdomen flácido, indolor DB. Rebaço estéril. ECG 15. DITR. (6) Ficou em supinação e gástrica, escaras e feridas e MANGS. Fisica em observação.

DATA PRIMEIROS SINTOMAS: / /

CID:

DIAGNOSTICO: *Bifora*

PRESCRICAO

HORARIO DA MEDICACAO

*① Biproprion 10 mg.**② Rx cervical, torax op Dr. Bento Boeira.**③ Av. Ontoprema -*

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. PAI

*Dr. Luiz Carlos Cavalcante Filho**Médico*

ASSINATURA CRM-SE/SETOR DO MEDICO

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSAVEL

HUSE
 ELETROCARDIOGRAMA
 EXAMES(S) REALIZADO(S)
 DATA: *14/03/19*
 HORARIO: *07:11*
 TÉCNICO: *CFTM*

Flávia Oliveira (02-45)

Flávia Oliveira estudou oriental reformado operou
lentes ópticas contínuas (D). Nossa alt. ms M¹¹¹, crura
externa com contínuas (D). Pneum e Escravo puerpera ora
externa, Boeia e MSE. Pneum e Escravo puerpera ora
externa (D).

Rx: Fisioterapia com d contínuas (D)

Ch: Tela perito plástico (D)

Escaravado p/ tbc Cingapura.

Internado p/ pneumonias e tbc eng.

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

RELATÓRIO DE TRANSFERÊNCIA

UNIDADE DE ORIGEM

HOSPITAL REGIONAL GOV. JOÃO ALVES FILHO - N. SRA DA GLÓRIA/SE

UNIDADE PARA REFERÊNCIA

HU/SE - Umd. P. Clínica - Clínica P. Matern.

ENDEREÇO DA UNIDADE DE REFERÊNCIA

ESTAMOS ENCAMINHANDO O PACIENTE

Juci Wellington da Cunha

SEXO

M

NASCIDO EM

1981

MATRÍCULA

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

MOTIVO DA CONSULTA / IMPRENSAS DIAGNÓSTICAS OU PROBLEMAS IDENTIFICADOS

Paciente com Febre, Díspnea e Náuseas.
De possível origem aguda, de evolução:
Febre, Cefaleia, Náuseas, Flegm/5
Náuseas, Vômitos.

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

Febre. Cefaleia.

Sintomas de origem aguda.

MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO

Avaliação e cuidado da Clínica

DATA DO ENCAMINHAMENTO

13/3/81

Jorge Luiz Gonçalves Almeida
Clínica Médica
CRMSE 3624

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO



Paciente: JOSE Wellington da Costa.
Diagnóstico: Fratura exposta antebraço (D).

Data: 12/03/19

PRESCRIÇÃO

- | | | |
|----|--|--|
| 1 | Dieta oral livre. | |
| 2 | SFO, SR. 1.000 mg em 24hs. | |
| 3 | Kefim y ou 6-6HS ou Kefzely or 8-8HS | |
| 4 | Gentamicina 240 mg ou 1x ao dia | |
| 5 | Dant. DINA 50 mg ou 12-12HS. | |
| 6 | Prosefend 100 mg ou 12-12HS. | |
| 7 | Tromoxil 100 mg ou 12-12HS | |
| 8 | Plase 10mg a 8-8HS, 20min antes de dormir. | |
| 9 | Dipiridolo y ou 4-4HS. | |
| 10 | Cetamina Diamine | |
| 11 | Corantes GG 20% | |
| 12 | | |
| 13 | | |

~~Leonardo Moreirão de Carvalho
Médico
CRM: OP05633~~

~~Igor Sena Furtado~~
Intensivista
COREN-SE 231000 - FNEC

Dr. Antônio Franco Cabral
Ortopedia/Traumatologia
CRM 880

Hora	PA	Diurese	Glicemias	Temp. Axilar	Assinatura do Técnico e Observações

Evolução/Prescrição Médica

DATA

20/3/2019

NOME: JOSE Wellington da Costa
ALA: UPC LEITO: 29 GÊNERO:

IDADE: DIAGNÓSTICOS: Fx Osteosíntese Anterior (D)

Evolução médica: Paciente feme, queixa-se de dor no lado esquerdo, com sensação de desconforto e vazio abdominal.

	PREScrição MÉDICA	HORÁRIO DE ADMINISTRAÇÃO
1	Dieta VO LIVRE	SNS
2	AVP Pervio	14 22 08
3	Keflin 1g, IV, 6h/6h OU Kefazol 1g, IV, 8h/8h	06
4	Ranitidina, 02 mL + 18 mL AD, IV, 12h/12h OU Omeprazol 40mg, IV, às 6:00	19 18 06
5	Dipirona, 02 mL + 08 mL AD, IV, 6h/6h	12 20
6	Profenid, 01 ampola IV + 100mL SF0,9%, 12h/12h	SOS
7	Tramal 100mg + 250 mL SF0,9, IV, 8h/8h	SOS
8	Clexane 40mg SC, 1x/dia OU Heparina 5.000UI SC, 2x/dia	20
9	Bromoprida, 02 mL + 18 mL AD, IV, 8h/8h, se náuseas ou vômitos SOS	SOS
10	Glicemia capilar, 6h/6h, se diabético	
11	Insulina regular, conforme glicemia:	
12	<200 = Ø 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	SOS
16	CCGG + SSVV 6h/6h	SOS
17	Gentamicina 240mg, EV, 1x/dia	Refluxo
18	CURATIVO DIARIO 1X/DIA	00
19	Solicito Rx de Coloproctologia	11:30
20		John
21		John
22		John
23		John

Dr. Rodrigo Alencar Santos
M.R. Ortopedia e Traumatologa
CRM/SE 5592



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE SERGIPE

FICHA DE ATO CIRÚRGICO

PACIENTE: José Wellington da Costa

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: Fractura dor oso do tabaco 0

CIRURGIA REALIZADA: Osteomínia

CIRURGIÃO: Dr. André Sessim

AUXILIARES: Dr. Edson Viana

ANESTESIA: Bloquio

ANESTESISTA

Dr. Djal.

DIAGNÓSTICO PÓS- OPERATÓRIO:

() CIRURGIA LIMPA () 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

DESCRÍCÃO DO ATO CIRÚRGICO

1. Parete em ósseo do tabaco
 2. Anatomia + Antevisão
 3. regras estériles
 4. Estágio operatório, é tópico
 5. Iniciar ósseo com punzete por placa
 6. Silentíscio da fratura do tabaco
 7. Ressecção + Fixar com clipes
 8. Iniciar coluna da lesão com
punzete por placa
 9. Silentíscio do fuso de Fratura da
lesão
 10. ressecção + Fixar sobre contorno
osteosíntese
 11. Sustent por placa
- DATA: 1/1/2010

12. Centro
13. retirada do Targuet

Assinatura do Cirurgião
Dr. André Sessim

Descrição alvará sobre o local da fratura

ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM

REGISTRO

ASSINATURA

HORA	ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM	REGISTRO	ASSINATURA
13:30	Paciente admitida em Só esterno, cans. Fainter, cintostro, tubuligando, delírium febril, convulsões, delírios, náuseas intensas, na convalescência, em uso de IVP em NSF, febre 38,5°C, nem infecção do Blagojic da pleura.		
14:30	Exame do Blagojic da pleura		
14:45	Exame do Blagojic da pleura		
16:00	Fim do tratamento enjagues		Messana Pleuvente

INVESTPREV

09 JUL 2019

ENCAMINADO PARA: SRP-1

ELABORADO PELOS ACADÉMICOS DE ENFERMAGEM DO 7º PERÍODO DA FACULDADE ESTÁCIO/FASE (2014/01 E 02) ORIENTADO
PELAS PROFESSORAS LUCIANA LÔBO E SILVIA SANDES

RECEITUÁRIO

Pela Taris

Robert José Wellington Da
Costa Soárez Alentejano Soárez
No dia 19/03/113 sofreu
fratura do antebraço D
Gens Sub-nos 1 Fraturas
urgentes

Filando com Síndrome para reabilitar
Braço e Pectoral Pess.
Mafe Galantim - 21 em Alta Soárez
CNPJ 552

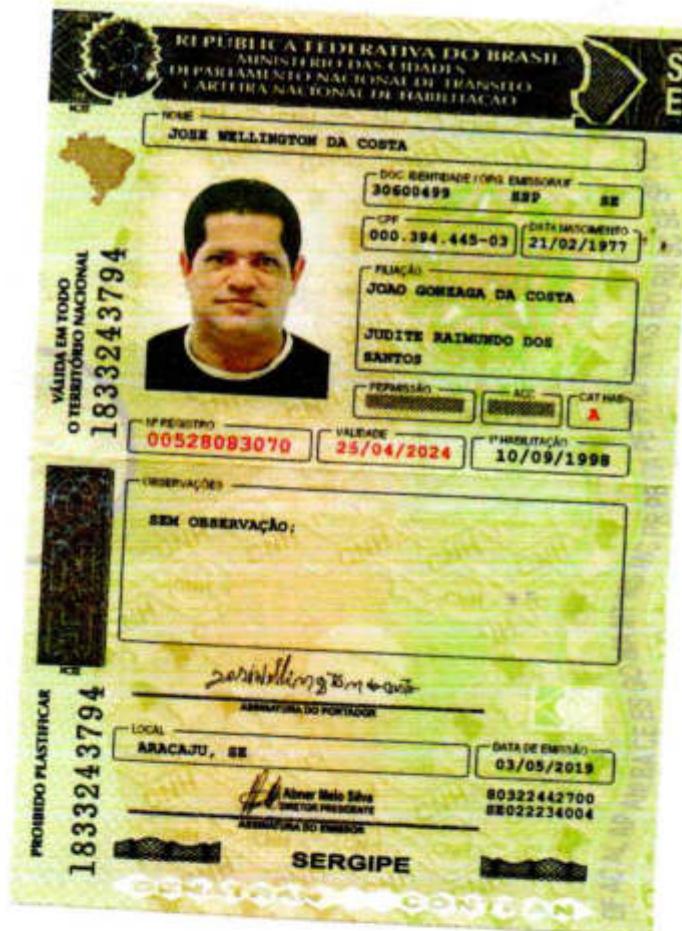
Aguinaldo Anselmo da Cruz
Clínica Médica
CREMESE SE 0489
CPF 076.358.344-87

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



INVESTPREV

09 JUL 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 N° 445/2012

Nome completo:

José Wellington Da Costa

CPF:

000.394.445-03

Profissão:

Jardineiro

Endereço:

Rua Quirinal

Número:

5/n

Bairro:

Zona rural

Cidade:

N. Sra. Da Glória

Estado:

SE

CEP:

049.680-000

E-mail:

marcondesflorin@gmail.com

Tel. (DDD):

79-99189207

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

RENDIMENTO:

RECUZO INFORMAR
 SEM RENDA

ATÉ R\$1.000,00
 R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00
 R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
 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)

AGÊNCIA: 0612 CONTA: 22709 9

(informar o dígito se existir)

(informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(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.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IMI - 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 IMI que atende a região do acidente ou da minha residência; ou
 O IMI que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
 O IMI 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 Lider 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) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo Data do óbito da vítima:

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

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos:
Vivos: _____ Falecidos: _____ Vítima deixou
nascer (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou
pais/avós vivos? 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.

Local e Data:

JN. Sra. Da Glória 02-07-19

Nome:

CPF:

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Rejane Wellington Costa

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1º | Nome:

CPF:

INVESTPREV

Assinatura

09 JUL 2019

2º | Nome:

CPF:

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU 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 AIS - 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 Policia: 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	Méio(s) Empregado(s)
1095: Auto lesão - Acidente de trânsito	Não Houve

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: JOSE WELLINGTON DA COSTA (VITIMA , 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

INVESTPREV

09 JUL 2019

Endereço

Município: Nossa Senhora da Glória - SE
Logradouro: POV QUIXABA Nº: SN
Complemento: CASA
Bairro: ZONA RURAL CEP: 49.680-000
Telefone: (79) 99800-5968 (Celular)

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



**GOVERNO DO ESTADO DE SERGIPE
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA REGIONAL DE NOSSA SENHORA DA GLÓRIA AIS - 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
Delegado de Polícia
Responsável pelo Atendimento

JOSE WELLINGTON DA COSTA
(Vítima / Comunicante)

"Declaro para os devidos fins de direito que sou (a) único(a) responsável pelas informações acima assentadas e cliente que posso responder civil e criminalmente pela presente declaração que del origem, conforme previsto nos Artigos 339-Denúncia Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."

INVESTPREV

09 JUL 2019



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 2 de 2

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos

FICHA DE PRONTO ATENDIMENTO

PRONTUÁRIO: 408005TURNO: M() T() N() HORA: 22:22DATA: 13/10/2018NOME: Jose Wellington da Costa

SEXO: M() F()

ENDERECO: Prt. Quirabá - Glória

IDENTIDADE:

TEL: 99953-5901NASCIMENTO: 29/10/1977MÃE: Juditi Raimunda dos SontisPAI: Joao Gonzaga da CostaRESPONSÁVEL: Tere / MaestraEMERGÊNCIA: 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:

Jose Wellington da Costa
Entre D. Luís, no Rio George Luiz Gonzaga Andrade
Rodovia Engenheiro Torre Neto, KM 10
Clínica Médica CRM 3624