

# 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: 14/08/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.620,00

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

CLIENTE: ADENILSON DOS SANTOS MENESES

BANCO: 104

AGÊNCIA: 02261

CONTA: 00000008888-6

---

Nr. da Autenticação 430F182C733C1487

# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180278316      **Cidade:** Itabaiana      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ADENILSON DOS SANTOS MENESSES      **Data do acidente:** 08/04/2017      **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA DO 2º METACARPO A ESQUERDA FRATURA DA DIÁFISE DISTAL DA FÍBULA A DIREITA E LUXAÇÃO DO 2º PODODÁCTILO A DIREITA

**Descrição do exame médico pericial:** MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO COM FORÇA MUSCULAR DA MÃO DIMINUÍDA (+++/+5), EM VIRTUDE DA DOR, PRESENÇA DE CALO ÓSSEO DE GRANDE VOLUME NA DIÁFISE DO 2º METACARPO E DA 2ª ARTICULAÇÃO METACARPO FALANGIANA, DOR E BLOQUEIO DA MÃO E 2º QUIRODÁCTILO, RESTRIÇÃO DO MOVIMENTO DA MÃO E 2º QUIRODÁCTILO. MEMBRO INFERIOR DIREITO COM MARCHA CLAUDICANTE (++/+4), FORÇA MUSCULAR DO PÉ DIMINUÍDA (+++/+5), PRESENÇA DE CALO ÓSSEO NA EPÍFISE DISTAL DA FÍBULA E NA ARTICULAÇÃO METATARSO FALANGEANA DO 2º PODODÁCTILO, DOR, EDEMA CREPITAÇÃO E BLOQUEIO NA ARTICULAÇÃO DO TORMOZELA E 2º PODODÁCTILO, RESTRIÇÃO DO MOVIMENTO DE FLEXÃO E EXTENSÃO DA ARTICULAÇÃO DO TORMOZELA E DO 2º PODODÁCTILO, DESVIO DO 2º PODODÁCTILO NO SENTIDO LATERAL. ANGULO DE DORSIFLEXÃO (FLEXÃO) DO TORMOZELA: 12º (AMPLITUDE ARTICULAR: 0 ° A 20 °) ANGULO DE EXTENSÃO DO TORMOZELA: 29º (AMPLITUDE ARTICULAR: 0 ° A 45 °)

**Resultados terapêuticos:** TRATADO COM REDUÇÃO INCRUENTA E IMOBILIZAÇÃO DA FRATURA DO 2º METACARPO A ESQUERDA, DA DIÁFISE DISTAL DA FÍBULA E DA LUXAÇÃO DO 2º PODODÁCTILO A DIREITA COM APARELHOS GESSADOS (LUVA E BOTA), EVOLUIU COM ESTABILIZAÇÃO DAS LESÕES DO PONTO DE VISTA MÉDICO LEGAL.

**Sequelas permanentes:** SIM

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 25/07/2018

**Conduta mantida:**

**Observações:** FRATURA DO 2º METACARPO A ESQUERDA FRATURA DA DIÁFISE DISTAL DA FÍBULA A DIREITA E LUXAÇÃO DO 2º PODODÁCTILO A DIREITA SUBMETIDOS A TRATAMENTO CONSERVADOR EVOLUIND COM DÉFICIT FUNCIONAL RESIDUAL EM PÉ E MÃO POR ALTERAÇÕES DE ARCO DE MOVIMENTO DESCritos EM EXAME CLÍNICO.

**Médico examinador:** MANOEL OTACILIO NASCIMENTO JUNIOR

**CRM do médico:** 1827

**UF do CRM do médico:** SE

## DANOS

<b>DANOS CORPORAIS COMPROVADOS</b>	<b>Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)</b>	<b>Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)</b>	<b>% Apurado</b>	<b>Indenização pelo dano</b>
Perda funcional completa de uma das mãos	70 %	Em grau residual - 10 %	7%	R\$ 945,00
Perda funcional completa de um dos pés	50 %	Em grau residual - 10 %	5%	R\$ 675,00
<b>Total</b>			<b>12 %</b>	<b>R\$ 1.620,00</b>

# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



## PRESTADOR

LAUDARE ASSESSORIA E PERÍCIAS MÉDICAS LTDA EPP

**Médico revisor:** HENRIQUE CAMBRAIA LIPPELT

**CRM do médico:** 107880

**UF do CRM do médico:** SP

**Assinatura do médico:**

*Henrique C. Lippelt*

Rio de Janeiro, 18 de Agosto de 2018

Carta n°: 13256692

A/C: ADENILSON DOS SANTOS MENESES

**Nº Sinistro:** 3180278316  
**Vitima:** ADENILSON DOS SANTOS MENESES  
**Data do Acidente:** 08/04/2017  
**Cobertura:** INVALIDEZ  
**Procurador:** EMERSON JOSE DE ALMEIDA

**Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ**

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

**Creditado: ADENILSON DOS SANTOS MENESES**

**Valor:** R\$ 1.620,00

**Banco:** 104

**Agência:** 000002261

**Conta:** 000008888-6

**Tipo:** CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

<b>Multa:</b>	R\$	0,00
<b>Juros:</b>	R\$	0,00
<b>Total creditado:</b>	R\$	1.620,00

**Dano Pessoal:** Perda funcional completa de uma das mãos 70%

**Graduação:** Em grau residual 10%

**% Invalidez Permanente DPVAT:** (10% de 70%) 7,00%

**Valor a indenizar:** 7,00% x 13.500,00 = R\$ 945,00

**Dano Pessoal:** Perda funcional completa de um dos pés 50%

**Graduação:** Em grau residual 10%

**% Invalidez Permanente DPVAT:** (10% de 50%) 5,00%

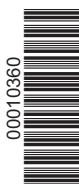
**Valor a indenizar:** 5,00% x 13.500,00 = R\$ 675,00

**NOTA:** O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e  
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas de Seguro DPVAT**

---

**Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo**

**Número do Sinistro:** 3180278316

**Nome do(a) Examinado(a):** ADENILSON DOS SANTOS MENESES

**Endereço do(a) Examinado(a):** Rua Rodolfo Andrade, 400 - Itabaiana/SE - CEP 49509-765

**Identificação - Orgão Emissor/UF/Número :** 3.310.526-0 26 - SSP - 26/02/2018

**Data e Local do Acidente :** 08/04/2017

**Data e Local do Exame :** 25/07/2018 RUA SANTA LUZIA, 829 - ARACAJU/SE - CEP 49010-310

**Resultado da Avaliação Médica**

**I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.**

FRATURA DO 2º METACARPO A ESQUERDA

FRATURA DA DIÁFISE DISTAL DA FÍBULA A DIREITA E LUXAÇÃO DO 2º PODODÁCTILO A DIREITA

**II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.**

PERICIADO VÍTIMA DE CAPOTAMENTO DE CARRO , FOI ADMITIDO NO HOSPITAL EM 08/04/2017 E RECEBEU ALTA NO DIA 11/04/2017. O QUADRO FOI TRATADO COM REDUÇÃO INCRUENTA E IMOBILIZAÇÃO DA FRATURA DO 2º METACARPO A ESQUERDA, DA DIÁFISE DISTAL DA FÍBULA E DA LUXAÇÃO DO 2º PODODÁCTILO A DIREITA COM APARELHOS GESSADOS (LUVA E BOTA), EVOLUIU COM ESTABILIZAÇÃO DAS LESÕES DO PONTO DE VISTA MÉDICO LEGAL.

**III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.**

AO EXAME FÍSICO FOI EVIDENCIADO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO COM FORÇA MUSCULAR DA MÃO DIMINUÍDA (+++/5), EM VIRTUDE DA DOR, PRESENÇA DE CALO ÓSSEO DE GRANDE VOLUME NA DIÁFISE DO 2º METACARPO E DA 2ª ARTICULAÇÃO METACARPO FALANGIANA, DOR E BLOQUEIO DA MÃO E 2º QUIRODÁCTILO, RESTRIÇÃO DO MOVIMENTO DA MÃO E 2º QUIRODÁCTILO.

MEMBRO INFERIOR DIREITO COM MARCHA CLAUDICANTE (++/4), FORÇA MUSCULAR DO PÉ DIMINUÍDA (+++/5), PRESENÇA DE CALO ÓSSEO NA EPÍFISE DISTAL DA FÍBULA E NA ARTICULAÇÃO METATARSO FALANGEANA DO 2º PODODÁCTILO , DOR, EDEMA CREPITAÇÃO E BLOQUEIO NA ARTICULAÇÃO DO TORNOZELO E 2º PODODÁCTILO, RESTRIÇÃO DO MOVIMENTO DE FLEXÃO E EXTENSÃO DA

ARTICULAÇÃO DO TORNOZELO E DO 2º PODODÁCTILO, DESVIO DO 2º PODODÁCTILO NO SENTIDO LATERAL.

ANGULO DE DORSIFLEXÃO (FLEXÃO) DO TORNOZELO: 12° (AMPLITUDE ARTICULAR: 0 ° A 20 °)

ANGULO DE EXTENSÃO DO TORNOZELO: 29° (AMPLITUDE ARTICULAR: 0 ° A 45 °)

**IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada? [X] Sim [ ] Não**

**V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)? [X] Sim [ ] Não**

**VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:**

DÉFICIT FUNCIONAL RESIDUAL DA MÃO ESQUERDA

DÉFICIT FUNCIONAL RESIDUAL DO PÉ DIREITO

**VII. Segundo previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.**

**a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (\*).**

Vide motivo do impedimento no campo das observações

( ) “Vítima em tratamento” Esta avaliação médica deve ser repetida em \_\_\_\_\_ dias

( ) “Sem sequela permanente” (Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

**b) Havendo dano corporal segmentar, apresente abaixo as graduações que sejam relativas ás regiões corporais acometidas.**

Região Corporal

MÃO ESQUERDA

% do Dano (X) 10% residual ( ) 25% leve  
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

Região Corporal

PÉ DIREITO

% do Dano (X) 10% residual ( ) 25% leve  
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

Região Corporal

Região Corporal

---

% do Dano  10% residual  25% leve  
 50% médio  75% intensa  100%  
completo

---

% do Dano  10% residual  25% leve  
 50% médio  75% intensa  100%  
completo

**VIII.\* Observações e informações adicionais de interesse voltado ao  
exame médico e/ou a valoração do dano corporal.**

*Manoel Otacilio nasceu nascido em 01/01/1980*

*Manoel Otacilio N  
Clínica e Auditório M  
CRM 1827*

---

MANOEL OTACILIO NASCIMENTO JUNIOR CRM : 1827 / UF :SE

**AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12**

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

**INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:**

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL, e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

**Beneficiário entre 0 a 15 anos** (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 - "Assinatura do Representante Legal").

**Beneficiário entre 16 e 17 anos** - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

052.952.755-31

Nome completo da vítima

ADENILSON DOS SANTOS MENESSES

**DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL**

Nome completo

ADENILSON DOS SANTOS MENESSES

CPF titular da conta

052.952.755-31

Profissão

RECUSO

Endereço

Rua Roberto Andrade

Número

400

Complemento

CASA

Bairro

CENTRO

Cidade

ITABALAMA

Estado

SC/SC/SC

CEP

89000-000

Email

ADENILSONSANTOSDEVAT@GMAIL.COM

Telefone (DDD)

(70) 99192-9033

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider – DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

**FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS**

RECUSO 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

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO

Nome

NRO

BRADESCO (037)  BANCO DO BRASIL (001)  ITAÚ (341)

CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA

NRO.

DIV

CONTA

NRO.

DIV

2261

08688

6

(Informar digito se existir)

(Informar digito se existir)

AGÊNCIA

NRO.

CONTA

NRO.

DIV

(Informar digito se existir)

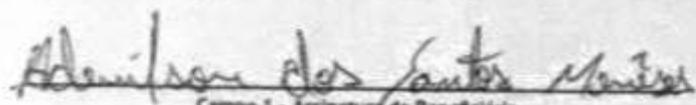
DIV

(Informar digito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Lider a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

ITABALAMA/SC, 07 de JUNHO de 2018

Local e Data



Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

08/160 2018



AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO  
 DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

**INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:**

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

**É obrigatório Representante Legal para:**

**Beneficiário entre 0 a 15 anos** (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 - "Assinatura do Representante Legal").

**Beneficiário entre 16 e 17 anos** - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

052.952.755-31

Nome completo da vítima

ADENILSON DOS SANTOS MENESSES

**DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL**

Nome completo ADENILSON DOS SANTOS MENESSES		CPF titular da conta 052.952.755-31	Profissão RECUSO
Endereço RUA RODOLFO ANDRADE	Número 400	Complemento CASA	
Bairro CENTRO	Cidade ITABAIANA	Estado SERGIPE	CEP 49500-000
Email ALMADSEGUROS.DPVAT@HOTMAIL.COM	Telefone (DDD) (79) 90992 9033		

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

**FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS**

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00

**CONTA POUPANÇA** (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)  
 BRADESCO (237)  BANCO DO BRASIL (001)  ITAÚ (341)  
 CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA NRO. 2261	D/V [ ]	CONTA NRO. 08888	D/V 6
(Informar dígito se existir)			

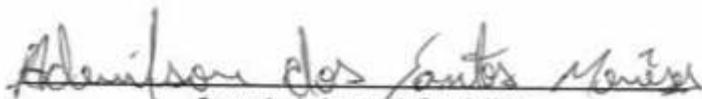
**CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

AGÊNCIA NRO. [ ]	D/V [ ]	CONTA NRO. [ ]	D/V [ ]
(Informar dígito se existir)			

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

ITABAIANA/SE, 07 de JUNHO de 2018

Local e Data



Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

18 JUN 2018





## MINISTÉRIO DA JUSTIÇA

DEPARTAMENTO DE POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL

BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO



PROTOCOLO:

17030377B01

STATUS:

Encerrado

18 JUN 2018

## INFORMAÇÕES GERAIS

POCIAL/MATRÍCULA:	DATA/HORA:	
GABRIEL MELO/1241520	08/04/2017 19:20	

Na Rodovia

MUNICÍPIO/UF:		
ITABAIANA/SE		

BR:	KM:	SENTO:
235	58.7	Crescente

DESCRITIVO DO LOCAL:

## ASPECTOS DO LOCAL E DO ATENDIMENTO

FASE DO DIA:	CONDICÃO METEOROLÓGICA:	
Plena Noite	Céu Claro	
TIPO DE VIA:	TIPO DE PISTA:	CONDICÃO DE PISTA:
Principal	Simples	Seca
TIPO DE PAVIMENTO:	ESTRUTURA VIÁRIA:	
Asfalto	Reta	
LOCALIDADE URBANIZADA:	EXISTÊNCIA DE ACOSTAMENTO:	EXISTÊNCIA DE CANTEIRO CENTRAL:
Não	Sim	Não

IMAGEM DO LOCAL DO ACIDENTE:



IMAGEM DE DESCRIÇÃO DO LOCAL:



Sem Imagem

IMAGEM PANORÁMICA SENTIDO CRESCENTE:



IMAGEM PANORÁMICA SENTIDO DECRESCENTE:



AUXÍLIO DE OUTRO ÓRGÃO:

IML ou DML

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES DO AUXÍLIO:

Servidor resp: Emanuel Cerqueira, mat.: 544504, VTR:QKZ-3247

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES DO ACIDENTE:

IMAGENS extraídas do software SCENE através do processamento das leituras efetuadas com o equipamento SCANNER - FARO 3D.

DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE PELO PRF GABRIEL MELO, MATRÍCULA 1241520

DATA/HORA DE ENCERRAMENTO DA OCORRÊNCIA: 26/04/2017 15:14

NÚMERO DE CONTROLE: 237221154824DEE0CCAED4623BAE6

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: [www.prf.gov.br/novobat/autenticar](http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar)

Página 1 de 8



## MINISTÉRIO DA JUSTIÇA

DEPARTAMENTO DE POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL

## BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

18.JUN.2018



PROTOCOLO:  
17030377B01

**STATUS:**

IMAGEM DE INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

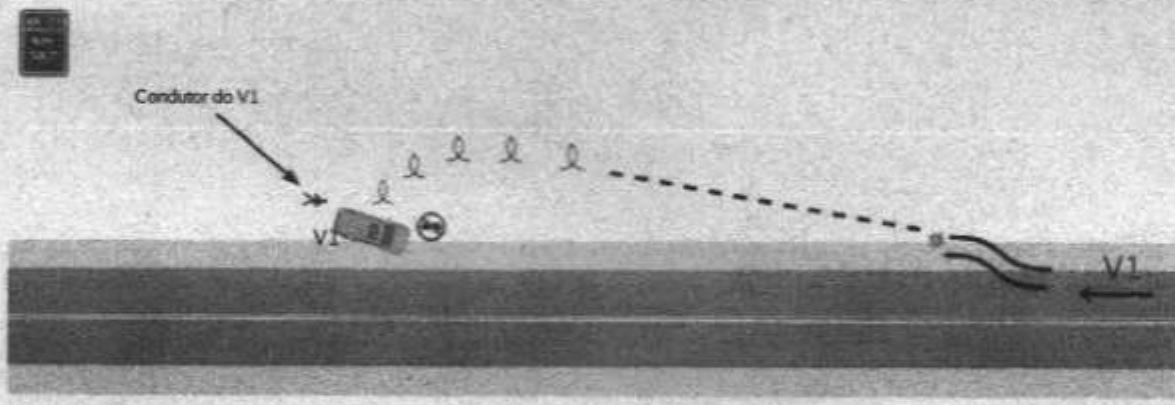


DINÂMICA

## Eventos Sucessivos

Ordem	Tipo de Evento	Veículos Envolvidos
1	Saída de Pista	
2	Capotamento	

Groqui



← CARBON

AFRICA 11

#### **Amarracão - Não realizada**

**MINISTÉRIO DA JUSTIÇA****DEPARTAMENTO DE POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL****BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO****PROTOCOLO:**

17030377B01

**STATUS:**

Encerrado

18 JUN 2018

**Narrativa**

Conforme levantamento realizado local do acidente no município de Itabaiana/SE, no km 58,7 da BR 235, constatou-se, através da análise dos vestígios encontrados no local, que o evento trata-se de um acidente do tipo SAÍDA DE PISTA, seguida de CAPOTAMENTO, envolvendo o veículo I-TOYOTA HILLUX SRV de placa: OKS-1340/SE (V1). V1 transitava no sentido crescente da rodovia (Itabaiana - Carira), quando, por motivo desconhecido, perde o controle da direção, sai do leito carroçável e capota na faixa de domínio, imobilizando-se no acostamento do mesmo sentido. No acidente foram vitimados 2 passageiros e o condutor faleceu no local do evento. Para este acidente, também será confeccionado um laudo pericial pela Polícia Rodoviária Federal.



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA  
DEPARTAMENTO DE POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL  
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

18 JUN 2018



PROTOCOLO:  
17030377B01  
STATUS:  
Encerrado

VEÍCULOS

SEQUENCIAL: V1	PLACA: OKS1340	MARCA/MODELO: I/TOYOTA HILUX CD4X4 SRV	ANO FABRICAÇÃO: 2012
SITUAÇÃO: Tracionador		TIPO DE VEÍCULO: Caminhonete	
CHASSI: 8AJFY29G2C8507954	RENAVAM: 00477344569	PAÍS: BRASIL	
ESPECIE: Especial	CATEGORIA: Particular	MANOERA NO MOMENTO DO ACIDENTE: Segundo o fluxo, na faixa de rolamento	
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES			

Veículo perdeu o controle, saiu da pista e capotou em seguida.

NOME DO PROPRIETÁRIO: NEUZA DE ALMEIDA SANTOS	CPF/CNPJ: 00.000.593/6695-84
--------------------------------------------------	---------------------------------

Dados de Endereço

LOGRADOURO:	NUMERO:
COMPLEMENTO:	
MUNICÍPIO/UF: ITABAIANA/SE	BAIRRO:
TELEFONE:	EMAIL:

Dados da Carga

DESCRIÇÃO E INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES:
-----------------------------------------

Encaminhamento

MOTIVO: Outros	TIPO DE RECEPTOR: Unidade PRF
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES: e-DRV: 2001.170408.2355-217	

IMAGEM DE PRODUTO PERIGOSO:	IMAGEM DE CHONOTACÓGRAFO:
Sem Imagem	Sem Imagem

IMAGEM DE INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES:
---------------------------------------



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA  
DEPARTAMENTO DE POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL  
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO



PROTÓCOLO:  
17030377B01

STATUS:  
Encerrado

18 JUN 2018

PESSOAS

SEQUENCIAL/PLACA/MARCA/MODELO:	ENOLVIMENTO	
V1 / OKS1340 / I/TOYOTA HILUX CD4X4 SRV	Condutor	
NOME: ADRIANO DE ANDRADE REZENDE	CPF: 038.620.675-99	DATA DE NASCIMENTO: 12/05/1983
Nº DE IDENTIFICAÇÃO:	ÓRGÃO EXPEDIDOR:	SEXO: Masculino
ESTADO CIVIL: Não Informado	NOME DA MÃE: MARIA GIVELDA DE ANDRADE REZENDE	

Dados de Endereço

LOGRADOURO: JUDITE DANTAS DE ANDRADE	NUMERO: 567
COMPLEMENTO: CASA	BAIRRO: MAMEDE PAES MENONCA
MUNICÍPIO/UF: ITABAIANA/SE	
TELEFONE:	EMAIL:

Circunstâncias

ESTADO FÍSICO: Morto	USAVA CINTO DE SEGURANÇA: Não
USAVA CAPACETE: NÃO APPLICÁVEL	USAVA DISPOSITIVO PARA RETENÇÃO DE CRIANÇAS: NÃO APPLICÁVEL
TESTE DO ETILOMÉTRICO FOI POSSÍVEL: Não	RESULTADO DO TESTE: RECUSOU-SE A REALIZAR O TESTE: Não

DESCRIÇÃO DA IMPOSSIBILIDADE DE REALIZAÇÃO DO TESTE:

Vítima morta	SINAIS DE USO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS: Não
VISÍVEIS SINAIS DE EMBRIAGUEZ: Não	

Encaminhamento

MOTIVO: Outros	TIPO DE RECEPTOR: IML ou DML
-------------------	---------------------------------

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES DO ENCAMINHAMENTO:  
Chegada do IML 00:20  
Servidor responsável: Emanuel Cerqueira, mat: 544504  
VTR de placas: QKZ-3247

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES DA PESSOA ENVOLVIDA:

IMAGEM DE INFORMAÇÃO COMPLEMENTARES:



DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE PELO PRF GABRIEL MELO, MATRÍCULA 1241528

DATA/HORA DE ENCERRAMENTO DA OCORRÊNCIA: 26/04/2017 15:14

NÚMERO DE CONTROLE: 237221154624DEE00CAEAD4623BAE6

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: [www.prf.gov.br/novobat/autenticar](http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar)

Página 5 de 9



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA  
DEPARTAMENTO DE POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL  
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO



PROTÓCOLO:  
17030377B01

STATUS:  
Encerrado

18 JUN 2018

PESSOAS

SEQUENCIAL/PLACA/MARCA/MODELO:

V1 / OKS1340 / I/TOYOTA HILUX CD4X4 SRV

NOME:

ADENILSON DOS SANTOS MENESSES

Nº DE IDENTIFICAÇÃO:

ESTADO CIVIL:

Dados de Endereço

LOGRADOURO:

AV. ZEFINHO DE CAPTULINO

COMPLEMENTO:

CASA

MUNICÍPIO/UF:

ITABAIANA/SE

TELEFONE:

79 998647711

EN VOLVIMENTO:

Passageiro

DATA DE NASCIMENTO:

07/01/1986

SEXO:

Masculino

CPF:

052.952.755-31

ÓRGÃO EXPEDIDOR:

NOME DA MÃE:

ISABEL BRITO DOS SANTOS

NUMERO:

2424

BAIRRO:

PORTO

Circunstâncias

ESTADO FÍSICO:

Lesões Graves

USAVA CAPACETE:

NÃO APPLICÁVEL

USAVA CINTO DE SEGURANÇA:

Não

USAVA DISPOSITIVO PARA RETENÇÃO DE CRIANÇAS:

NÃO APPLICÁVEL

Encaminhamento

MOTIVO:

Socorro médico

TIPO DE RECEPTOR:

SAMU

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES DO ENCAMINHAMENTO:

Encaminhado ao HUSE.

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES DA PESSOA ENVOLVIDA:

IMAGEM DE INFORMAÇÃO COMPLEMENTARES:



Sem Imagem

DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE PELO PRF GABRIEL MELO, MATRÍCULA 1241520

DATA/HORA DE ENCERRAMENTO DA OCORRÊNCIA: 26/04/2017 15:14

NÚMERO DE CONTROLE: 237221154824DEE0CCAED4623BAE6

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: [www.prf.gov.br/novobat/autenticar](http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar)



## MINISTÉRIO DA JUSTIÇA

DEPARTAMENTO DE POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL

BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO



PROTOCOLO:

17030377B01

STATUS:

Encerrado

## PESSOAS

SEQUENCIAL/PLACA/MARCA/MODELO:

V1 / OKS1340 / I/TOYOTA HILUX CD4X4 SRV

EN VOLVIMENTO:

NOME:

JOSE FRANCISCO DE MENEZES

CPF:

046.303.415-52

Passageiro

DATA DE NASCIMENTO:

23/07/1963

Nº DE IDENTIFICAÇÃO:

ÓRGÃO EXPEDIDOR:

SEXO:

Masculino

ESTADO CIVIL:

NOME DA MÃE:

JOVITA MARIA DE MENEZES

## Dados de Endereço

LOGRADOURO:

ZEFINHA DE CAPITULINO

NÚMERO:

3199

COMPLEMENTO:

CASA

BAIRRO:

CENTRO

MUNICIPIO/UF:

ITABAIANA/SE

TELEFONE:

EMAIL:

## Circunstâncias

ESTADO FÍSICO:

Lesões Graves

USAVA CINTO DE SEGURANÇA:

USAVA CAPACETE:

Não

USAVA DISPOSITIVO PARA RETENÇÃO DE CRIANÇAS:

NÃO APLICÁVEL

NÃO APLICÁVEL

## Encaminhamento

MOTIVO:

Socorro médico

TIPO DE RECEPTOR:

SAMU

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES DO ENCAMINHAMENTO:

Encaminhado ao HUSE.

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES DA PESSOA ENVOLVIDA:

IMAGEM DE INFORMAÇÃO COMPLEMENTARES:



Sem Imagem

DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE PELO PRF GABRIEL MELO, MATRÍCULA 1241520

DATA/HORA DE ENCERRAMENTO DA OCORRÊNCIA: 26/04/2017 15:14

NÚMERO DE CONTROLE: 237221154824DEE0CCAEB46238AE6

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: [www.prf.gov.br/novobat/autenticar](http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar)



## MINISTÉRIO DA JUSTIÇA

DEPARTAMENTO DE POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL

## BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO



PROTOCOLO:

17030377B01

STATUS:

Encerrado

18 JUN 2018

## AVALIAÇÃO DE DANOS

SEQUENCIAL/PLACA/MARCA/MODELO

V1 / OKS1340 / I/TOYOTA HILUX CD4X4 SRV

NOME/MATRÍCULA DO AGENTE:

GABRIEL MELO/1241520

NÚMERO DO BAT:

17030377B01

DATA/HORA:

08/04/2017 19:20

Item	Descrição do Item	Valor	Item danificado no acidente		
			SIM	NÃO	NA
1	Cabine com avarias na estrutura, afetando coluna(s) dianteiras ou traseira(s), painel corta-fogo, soleira ou assoalho.	M	X		
2	Carroceria com avarias na estrutura das laterais ou do teto (quando houver) atingindo o compartimento de carga, ou com deformação vertical ou lateral afetando o compartimento de carga, ou afetando os componentes de união da base da carroceria com o chassis.	M	X		
3	Para choque traseiro danificado.	M	X		
4	Dano em qualquer componente do Sistema de Suspensão.	M		X	
5	Avaria em qualquer um dos eixos	M		X	
6	Dano em qualquer componente do Sistema de freios.	M		X	
7	Chassi com deformação torcional menor ou igual à altura da longarina.	M		X	
8	Chassi com deformação vertical menor ou igual à altura da longarina	M		X	
9	Chassi com deformação lateral menor ou igual à distância interna entre as longarinas	M		X	
10	Chassi com deformação torcional maior que a altura da longarina	G		X	
11	Chassi com deformação vertical maior que a altura da longarina	G		X	
12	Chassi com deformação lateral maior que a distância interna entre as longarinas	G		X	
13	Chassi com região termicamente afetada com dimensão menor ou igual a 2/3 do comprimento do chassi.	M		X	
14	Chassi afetado termicamente na região onde está fixada a suspensão	M		X	
15	Chassi com região termicamente afetada com dimensão maior que 2/3 do comprimento do chassi.	G		X	
16	Air bags ( se existir)	M		X	

DIMENSÃO DA MONTA:

Média



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA  
DEPARTAMENTO DE POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL  
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO



PROTÓCOLO:  
17030377B01

STATUS:  
Encerrado

18 JUN 2018

FRENTE (V1)

TRASEIRÀ (V1)



LATERAL ESQUERDA (V1)

LATERAL DIREITA (V1)



DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE PELO PRF GABRIEL MELO, MATRÍCULA 1241520

DATA/HORA DE ENCERRAMENTO DA OCORRÊNCIA: 26/04/2017 15:14

NÚMERO DE CONTROLE: 237221154824DEEDCCAED4623BAE6

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: [www.prf.gov.br/novobat/autenticar](http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar)

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

**INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:**

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu **REPRESENTANTE LEGAL\*** (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal\* é obrigatório para os seguintes casos:

**Casos com vítima entre 0 a 15 anos** – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

**Casos com vítima entre 16 e 17 anos** - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

**Casos com vítima interditada com curador** – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima <b>ADENILSON DOS SANTOS MENES</b>	CPF da Vítima <b>052.952.755-31</b>	Data do Acidente <b>04/05/2017</b>
--------------------------------------------------------------	----------------------------------------	---------------------------------------

**REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA**

Nome completo do Representante Legal <b>ADENILSON DOS SANTOS MENES</b>	CPF do Representante legal <b>052.952.755-31</b>
Email <b>ALEMANSSEGUROS.DPVAT@HOTMAIL.COM</b>	Telefone (DDD) <b>(49) 99992 9033</b>

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:

**Assinalar uma das opções abaixo:**

Não há estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência; ou

O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido.

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

ITAJAIANA/SC, 07 de JUNHO de 2018

Local e Data

Adenilson dos Santos Meneses

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

# ATO DECLARATORIO

16 JUN 2018



Fundação  
Hospitalar  
de Saúde



## RELATÓRIO 0630 / 2017 REFERENTE À OCORRÊNCIA

NÚMERO: 1704080419 / ESUS – SAMU

O SAMU 192 SERGIPE foi acionado às 19h29min do dia 08 de Abril de 2017, para atendimento de vítima identificada como **Adenilson dos Santos Meneses**, com relato de capotamento de carro, no município de Itabaiana.

A equipe da Unidade de Suporte Básico – Itabaiana, removeu a vítima para Hospital de Urgência de Sergipe – HUSE no município de Aracaju, onde deixou o paciente aos cuidados da equipe.

Aracaju, 04 de Maio de 2017



Tiemi S. M. Oki Fontes  
Coordenadora Médica  
SAMU 192 - Sergipe  
CRM 4559

Tiemi Sayuri Menezes Oki Fontes

Coordenadora Médica

SAMU 192 SERGIPE

# DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor legal

Documento não é segundo-via de conta

Recomenda-se sempre pagamento na rede fiscalizada da Energisa S.A. N° 003.349.871

18 JUN 2018

 energisa  
Sua energia é sua felicidade  
ENERGIA SERGIPE-CEARÁ-ENERGISA S.A.  
Rua Min. Antônio Sales, 81 - Inácio Barbosa  
Aracaju / SE - CEP 49940-150  
CNPJ 13.917.482/0001-43 Insc. Est. 278.767.438

## DADOS DO CLIENTE

MARIA DE CARVALHO LIMA  
RUA RODOLFO ANDRADE 400 CASA A  
ITABAJAÍ

## CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

3/734246-2

REFERÊNCIA	APRESENTAÇÃO	CONSUMO	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
MAI/2018	09/05/2018	73	16/05/2018	R\$ 30,76

Acesse: [www.energisa.com.br](http://www.energisa.com.br)

 energisa  
Sua energia é sua felicidade

COMPROVAR

MARIA DE CARVALHO LIMA

Rotero: 03-030-215-2340

83640000000-3 30760040000-6 07342462018-2 05100030019-7



VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR	MATRÍCULA
16/05/2018	R\$ 30,76	734246-2018-05-1

# DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda-vista da conta.

Rotulo para sempre pagamento na rede fiscalizada da energisa sergipe - N° 003.802.291

18 JUN 2018

**energisa**  
Energisa Sergipe-Controle Energia SA  
Rua Min. Apolônio Sales, 81 - Início Barreiros  
Aracaju / SE - CEP 49600-150  
CNPJ 13.817.462/0001-43 - Insc. Est. 279.707.428

## DADOS DO CLIENTE

EMERSON JOSE DE ALMEIDA  
RUA NSRA DE SANTANA 0026  
CAMPO DO BRITO

## CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

**3/918818-6**

REFERÊNCIA  
**MAI/2018**

APRESENTAÇÃO  
**23/05/2018**

CONSUMO

**265**

VENCIMENTO

**30/05/2018**

TOTAL A PAGAR

**R\$ 231,32**

Acesse: [www.energisa.com.br](http://www.energisa.com.br)

**energisa**  
Energisa Sergipe-Controle Energia SA

EMERSON JOSE DE ALMEIDA

Rotulio: 13-060-180-0640

83650000002-8 31320049000-8 09188182018-6 05500060019-1



VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR	MATRÍCULA
30/05/2018	R\$ 231,32	918818-2018-05-5

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221205 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

**INFORMAÇÕES IMPORTANTES:**

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP<sup>1</sup> nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da fazenda de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF<sup>2</sup>**.

<sup>1</sup> Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

<sup>2</sup> Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu EMERSON JOSÉ DE ALMEIDA inscrito (a) no CPF/CNPJ 056.475.665 / 50, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário ADENILSON DOS SANTOS MENESSES inscrito (a) no CPF sob o Nº 052.952.755 / 31, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima ADENILSON DOS SANTOS MENESSES, inscrito (a) no CPF sob o Nº 052.952.755 / 31, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: LAVRADOR Renda: 800,00 e apresento os documentos comprobatórios:

Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

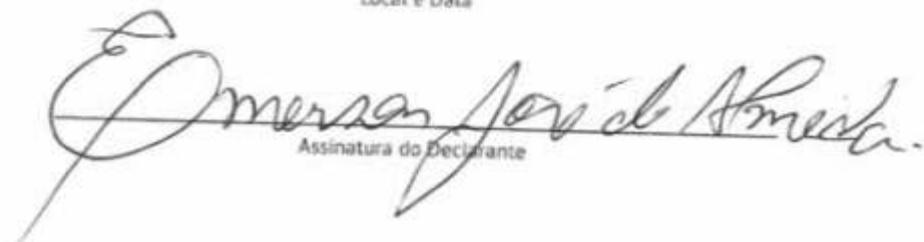
**Endereço**

Rua SENHORA SANTANA	Cidade	Número 26	Complemento
Bairro CENTRO		Estado	CEP
<u>ALEMAOSEGUROS.DPVAT@HOTMAIL.COM</u>		<u>SERGIPE</u>	<u>49520-000</u>
	Telefone comercial (DDD)	Telefone celular (DDD)	(79) 99992 9038

CAMPOR DO BRITO, 06 de JUNHO de 2018

Local e Data

Assinatura do Declarante



RELATÓRIO MÉDICO

NOME DO PACIENTE:

DATA DA ENTRADA: 08/04/17

DATA DA SAÍDA: 16/04/17

INTERNAMENTO: PS ( ) ENFERMARIA ( ) UTI ( )

HISTÓRICO CLÍNICO:

Vítima de acidente de trânsito, cuspindo com luxação de 2º grado da articulação do pulso e fratura de ossos da pena direita (hâmbi) + fratura de 2º metacarpo segundo de conduto conservador. Feito imobilização do pulso, medicada e liberado dia 11/04/17 sob orientações.

HISTÓRICO CIRÚRGICO:

EXAMES COMPLEMENTARES:

radiografia  
fauografia de cíano

MÉDICOS ASSISTENTES:

Dr. Francis Lino de Vasconcelos Aracaju

*L*

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

ARACAJU, 24 de agosto de 2017

Dra. Wanderlania Diniz

ANALISE DE PRONTUARIO

CRM/SE 3506 - CPF: 004.503.525-36

Wanderlania Aranha Diniz  
MÉDICO DO SETOR DE ANÁLISE DE PRONTUÁRIO

18 JUN 2018

### REFERENCES

HOSPITAL GOVERNADOR JOAO ALVES FILHO

DO BE: 1515446

DATA: 08/04/2017 HORA: 21:25 USUARIO: RESILVA  
SETOR: 06-SUTURA

IDENTIFICACAO DO PACIENTE  
NOME : ADENILSON DOS SANTOS MENESSES  
IDADE : 31 ANOS NASC: 07/01/1986  
ENDERECO : AV. ZEFINHA DE CAPITUINO  
COMPLEMENTO : 201235069500006 BAIRRO: SITIO DO PORTO  
MUNICIPIO : ITABAIANA UF: SE CEP: ...  
NOME PAI/MAE : FRANCISCO MENESSES  
RESPONSAVEL : ESPOSA - CRISTIANE /ISABEL BRITO DOS SANTOS  
PROCEDENCIA : ITABAIANA TEL...: 79 96094  
ATENDIMENTO : ACIDENTE MOTOCICLISTICO (MOTOS) *automobilístico*  
ACO POLICIAL : NAO PLANO DE SAUDE : NAO TRAUMA : NAO  
CID. 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

#### EXAMENES CLINICOS:

DATA PRIMEIROS SINTOMAS:

Nos fundos de consciousness sentimos. Nós desmaiámos. Eu fui re, digo, eu obdormi.

ABC: 9 outer sets E: 9 sets in  $\cup \cup \cup \cup \cup$

DIAGNOSTICO: Abd. Hócid, indolor, s/palpación CID:

## PRESCRICAO

#### HORARIO DA MEDICAÇÃO

④ *Upoona* 45

Soil fix  $\text{Fe}$  from a  
ferric orthoplate

卷之二

#### LISTA DA SAÍDA:

DECISÃO MÉDICA | A PEDIDO

REGISTRO: 1691 HORA DE SALIDA: :

ENCAMINHADO AO AMBULATÓRIO

## DEPARTAMENTO DE DESISTENCIA

THE CHRONIC HOSPITAL (S)

Technique: Blue

TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):  
BITO:  ATE 48HS  APOS 48HS

[ ] FAMILIA [ ] FME [ ] ANAT. [ ]

~~Estevam Correia dos Santos~~

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

DR. ALISSON SOUZA  
CRM/SE - 3149 TEC07 - 10157  
CRM/SE - 3149 TEC07 - 10157  
CRM/SE - 3149 TEC07 - 10157

501 APR 3 19

Onibus

Polo certim de carotembe envelos com  
hexaua de 2 PDD, fr de bivalv buraco (1)  
females om pern (2) Revo tenui velut  
Co. Ann, entur e rotas de mao om mao (1)  
tenui om pern 6L SF, 41 + anelis 51W +  
talo 100 M (1) + anelis + tenui pern MS (2)

Wiford 24 14

Dr. Alison Rodrigues  
Ortopedia e Traumatologia  
Cidade dos Cúrcanos  
CRM/SE - 5189 TEOT - 10157

Dr. Thiago Moreira Leal  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM/SE #728 - TEDT: 15/98

Attn: Dr. *Juão Lopes*  
Médico  
CRM 3694

HOSPITAL GOVERNADOR JOAO ALVES FILHO

FICHA DE INTERNACAO  
IDENTIFICACAO DO PACIENTE

Reg. Definitivo...: 151248  
Numero do CNS....: 0000000000000000  
Nome.....: ADENILSON DOS SANTOS MENESSES  
Documento....: 33105260 Tipo :  
Data de Nascimento: 7/01/1986 Idade: 31 anos  
Sexo.....: MASCULINO  
Responsavel....: FRANCISCO MENESSES  
Nome da Mae....: ISABEL BRITO DOS SANTOS  
Endereco.....: AV. ZEFINHA DE CAPITUINO 201235069500006  
Bairro.....: SITIO DO PORTO Cep.: 00000-000  
Telefone.....: 79 96094254  
Municipio....: 2802908 - - SE  
Nacionalidade....: BRASILEIRO  
Naturalidade....: SERGIPE

*Boa 17*

DADOS DA INTERNACAO

No. do BE: 1515446

Forma de Entrada...: 4 - EMERGENCIA  
Clinica.....: 945 - PS VERDE TRAUMA II  
Leito.....: 993.0587  
Data da Internacao: 10/04/2017.  
Hora da Internacao: 08:48  
Medico Solicitante: 014.776.893-46 - THIAGO MOREIRA LEAL  
Proced. Solicitado: NAO INFORMADO  
Diagnostico.....: NAO INFORMADO  
Identif. Operador.: VDMEANTOS

INFORMACOES DE SAIDA

Prox. Realizado:  
Dt. hr Saida:  
Especialidade:  
Tipo de Saida:  
CID Principal:  
CID Secundario:  
Principal:  
Secundario:  
Outro:

## EVOLUÇÃO E PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA: 11/04/2017

NOME: ADENILSON DOS SANTOS MENESSES

ALA: VERDE TRAUMA 1 LEITO: CORREDOR GÊNERO: MASCULINO IDADE: 31

DIAGNÓSTICOS: FRATURA DO 2º MTC MAO E + LX 2º PODADATILO PE D +  
FRATURA DE FIBULA D

EVOLUÇÃO MÉDICA: *PJ am. t. NJ gáb. F0m-h  
61. Jins*

Dr. Francis Lima de VASCONCELOS  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-SE 351

	PRESCRIÇÃO MÉDICA			HORÁRIO DE ADMINISTRAÇÃO
1	Dieta LIVRE			
2	SF0,9% 500ML EV 12/12HS			
3	Keflin 1g, IV, 6h/6h OU Kefazol 1g, IV, 8h/8h D2			
4	Ranitidina, 02 mL + 18 mL AD, IV, 12h/12h OU Omeprazol 40mg, IV, às 6:00			
5	Dipirona, 02 mL + 08 mL AD, IV, 6h/6h			
6	Profenid, 01 ampola IV + 100mL SF0,9%, 12h/12h			
7	Tramal 100mg + 250 ml SF0,9, IV, 8h/8h SOS			
8	Clexane 40mg SC, 1x/dia OU Heparina 5.000UI SC, 2x/dia SUSP			
9	Bromoprida, 02 mL + 18 mL AD, IV, 8h/8h, se náuseas ou vômitos 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			
16	CCGG + SSVV 6h/6h			
17	GENTAMICINA 240MG, EV, 1X/DIA D2			
18	CURATIVO DIARIO 1X/DIA			
19	<i>PLM 10/11mm</i>			
20				
21				
22				
23				

Dr. Francis Lima de VASCONCELOS  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-SE 351



Nome do Paciente: Adonilson da Senna Menegu Idade:   Sexo:

**Unidade de Produção:**

### Letter

Idade:

Sexo

**Unidade de Produção:**

Nº do Prontuário:

EVOLUÇÃO CLÍNICA MULTIDISCIPLINAR  
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE SERGIPE - HUSE  
PRONTO SOCORRO ADULTO

Página n

Nome do Paciente: Adel-milton dos Santos Menezes

Idade:

Sexo:

Unidade de Produção: TRAUMA

Leito:

Nº do Prontuário:

DATA / HORA

HISTÓRICO

09/04/20h 115 momento em repouso no leito (moc  
2012 em corredor da "catástrofe". Queixas de dor  
em local da AUP, e mesmo se iniciou  
periodo noturno e repercução do AUP em  
MSD com gelo nº 20, sem intensificação  
dor e medicações potentes.

11/04/08h00 - Fálico fixo, fezes  
colostomia, gipsificação da  
laringe de traqueostomia, fole, pressão  
fólio, flegmônia obstrutiva  
fistula rectal expulsa  
11/04/09h00 - gipsificação



GOVERNO DE SERGIPE  
MINISTÉRIO DA SAÚDE

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE SERGIPE - HUSE  
PRONTO SOCORRO ADULTO



Página nº 1

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

Nome do Paciente:

Idade: 31

Sexo: M

U.P:

Matrícula:

19/04/08 Pcte consciente orientado sem  
quimeras. Administrado medi-  
camento de horas. Tec entiane  
10 Fute curativo e removido  
de terapeu. Tec entiane  
12 Fute medicamento de horas  
Tec entiane

19/04/08 Pcte consciente orientado sem  
quimeras. Administrado medi-  
camento de horas. Tec entiane  
10 Fute curativo e removido  
de terapeu. Tec entiane  
12 Fute medicamento de horas  
Tec entiane

17 JUL 2018



*Dr. Adelino Carvalho Neto*  
CREMESE 163  
ORTOPEDISTA - TRAUMATOLOGISTA

**RELATÓRIO MÉDICO PERICIAL.**

**(SOLICITAÇÃO SEGURO D.P.V.A.T)**

Decorrente de acidente de trânsito em 08/04/2017

ADENILSON DOS SANTOS MENEZES por trauma de alta energia, fratura do 2º metacarpo esquerdo com conduta conservadora e luxação do 2º pododáctilo direito. CID10- 62.3

Tratado na clínica ortopédica por via cirúrgica e fitoterápica.

Houve agravamento das lesões durante o tratamento já concluído com prejuízo para a integridade física do paciente.

Das sequelas:- Consolidação da fratura, com imobilização do membro, com luxação e perda de força.

Aracaju, 25 de junho de 2018

Adelino Carvalho Neto – Medico perito

*Adelino Carvalho Neto*  
CRM-SE 163  
Ortopedia e Traumatologia

CARTA DE SORTEADOREO DE VENITOS DE PROCESO

450020081E "n" criteria2

18 JUN 2018



18 JUN 2018



**AUTORIZAÇÃO PARA TRANSFERÊNCIA DE PROPRIEDADE DE VÉHICULO ATPV**  
AUTORIZO O DEPARTAMENTO ESTADUAL DE TRÂNSITO-DETRAN,  
TRANSFERIR O REGISTRO DESTE VÉHICULO, PARA:

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180278316      **Cidade:** Itabaiana      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ADENILSON DOS SANTOS MENESES      **Data do acidente:** 08/04/2017      **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

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

**Data da análise:** 23/07/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** TRAUMA EM MÃO ESQUERDA E MEMBRO INFERIOR DIREITO

**Resultados terapêuticos:** DEPENDE DE PERÍCIA MÉDICA

**Sequelas permanentes:**

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

**Observações:** DOCUMENTAÇÃO EM ANEXO INSUFICIENTE PARA VALORAÇÃO SEGURA

## 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
		Total	0 %	R\$ 0,00

## PRESTADOR

AMORIM E MATTOS SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS LT

**Nome do médico:** DORIAN BRAGA SARAIVA

**CRM do médico:** 52.32571-1

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**



18 JUN 2018

## PROCURAÇÃO

Pelo presente instrumento particular de procuração, o  
**OUTORGANTE:** ADENILSON DOS SANTOS MEDEIROS portador  
do RG: 3.310.526-0 expedido por SPISE em 29/04/2009 inscrito no CPF:  
052.952.755-31, residente, RUA: Rodofo Andrade  
nº 400, Bairro Centro na cidade/UF  
ITABAIANA, o qual se responsabiliza integralmente pela  
veracidade e fidelidade dos documentos apresentados ao OUTORGADO, sejam eles de  
natureza pública ou privada, ficando ciente das repercussões penais decorrentes do  
descumprimento, confere ao

**OUTORGADO:** EMERSON JOSE DE ALMEIDA, portador do RG:  
1401677738, expedido por SPISE, em 02/09/2009 inscrito no  
CPF: 036 475.665-50, residente na  
Rua: Nossa Senhora Santana nº 26 Bairro  
Centro na cidade/UF Campo do Páix-SE

amplos poderes para praticar todos os atos administrativos que se fizerem necessários na  
movimentação e conclusão do processo, especialmente para preenchimento e assinatura de  
formulários, com fim de requerer indenização por Invalidade Permanente Total ou Parcial, do  
**Seguro Obrigatório – DPVAT**, referente ao acidente de trânsito envolvendo a vítima:  
ADENILSON DOS SANTOS MEDEIROS.

ITABAIANA, SE - 05 de JUNHO de 2018.



Outorgante:

Adenilson dos Santos Medeiros

reconhecer assinatura por autenticidade

18 JUN 2018



CARTÓRIO DE NOTAS  
ITABAIANA

"2º Cartório de Notas de Itabaiana"  
Praça Fausto Cardoso, 75 - Centro - CEP 49280-000 - Itabaiana/SE  
Fone/Fax: (79) 3431-2384 - E-mail: atençao@itabiana.se.gov.br

Reconheço por autenticidade a firma de ABELSON DOS SANTOS  
MENESES (82486). dou fe  
Itabaiana - SE, 16 de junho de 2018.  
Em Testemunho  
Selos: 20182917000079. Acessos: www.usinec.ufes.br/itabiana

Recebi Minha Firma Digitalizada. Minha Firma Fazendo a Diferença. Minha Firma é Legal.

OUTORGANTE: \_\_\_\_\_  
do RG: \_\_\_\_\_

do RG: \_\_\_\_\_  
do RG: \_\_\_\_\_

---

Rio de Janeiro, 25 de Junho de 2018

**Aos Cuidados de:** ADENILSON DOS SANTOS MENESES

**Nº Sinistro:** 3180278316

**Vitima:** ADENILSON DOS SANTOS MENESES

**Data do Acidente:** 08/04/2017

**Cobertura:** INVALIDEZ

**Procurador:** EMERSON JOSE DE ALMEIDA

**Assunto: AVISO DE SINISTRO**

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180278316**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

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

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Rio de Janeiro, 26 de Junho de 2018

**Aos Cuidados de:** ADENILSON DOS SANTOS MENESES

**Nº Sinistro:** 3180278316

**Vitima:** ADENILSON DOS SANTOS MENESES

**Data do Acidente:** 08/04/2017

**Cobertura:** INVALIDEZ

**Procurador:** EMERSON JOSE DE ALMEIDA

**Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL**

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180278316**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

**Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias**, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Rio de Janeiro, 23 de Julho de 2018

**Aos Cuidados de:** ADENILSON DOS SANTOS MENESSES

**Sinistro:** 3180278316

**Vítima:** ADENILSON DOS SANTOS MENESSES

**Data do Acidente:** 08/04/2017

**Cobertura:** INVALIDEZ

**Procurador:** EMERSON JOSE DE ALMEIDA

**Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO**

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3180278316** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Rio de Janeiro, 03 de Agosto de 2018

Carta nº 13183547

**A/C: ADENILSON DOS SANTOS MENESES**

**Sinistro/Aviso Sinistro Líder:** 3180278316 ASL-0216520/18  
**Vitima:** ADENILSON DOS SANTOS MENESES  
**Data Acidente:** 08/04/2017  
**Natureza:** INVALIDEZ  
**Procurador:** EMERSON JOSE DE ALMEIDA

**Ref.: REPROGRAMAÇÃO DE PAGAMENTO**

**Prezado(a) Senhor(a),**

Informamos que consta em nossos registros rejeição da instituição bancária, devido aos dados bancários informados serem inconsistentes. Assim sendo, solicitamos esclarecimentos para regularização do impedimento, sendo necessário apresentação de novo formulário de Autorização de Pagamento preenchido e assinado e comprovante bancário atualizado.

Solicitamos que os documentos e/ou esclarecimentos sejam apresentados à **SEGURADORA LÍDER DPVAT - REGULAÇÃO** onde o aviso de sinistro foi registrado.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco pelo SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br).

Atenciosamente.

**Seguradora Líder-DPVAT**