



**Poder Judiciário  
Do Estado de Sergipe**

**CAPELA DA COMARCA DE CAPELA**

Rod. Manoel Dantas, Bairro Centro, Capela/SE, CEP 49700000

Horário de Funcionamento: 07:00 às 13:00

**Dados do Processo**

Processo: 202062000549

Número Único: 0000543-87.2020.8.25.0015

Classe: Procedimento Comum

Situação: Andamento

Processo Origem: \*\*\*\*\*

Distribuição: 03/04/2020

Competência: Capela

Fase: POSTULACAO

Processo Principal: \*\*\*\*\*

**Assuntos**

- DIREITO CIVIL - Responsabilidade Civil - Seguro Obrigatório - Invalidez

**Dados das Partes**

Requerente: ANDERSON ARISTIDES SANTOS

Endereço: Povoado Pirunga

Complemento: ZONA RURAL

Bairro: ZONA RURAL

Cidade: CAPELA - Estado: SE - CEP: 49700000

Requerente: Advogado(a): THAYLA JAMILLE PAES VILA 1193/A/SE

Requerido: SEG LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT

Endereço: RUA DA ASSEMBLEIA

Complemento: 23º ANDAR

Bairro: CENTRO

Cidade: RIO DE JANEIRO - Estado: RJ - CEP: 20011904

Requerido: Advogado(a): KELLY CHRYSTIAN SILVA MENENDEZ 2592/SE



Poder Judiciário  
Do Estado de Sergipe

**CAPELA DA COMARCA DE CAPELA**

Rod. Manoel Dantas, Bairro Centro, Capela/SE, CEP 49700000

Horário de Funcionamento: 07:00 às 13:00

**Processos Apenasdos:**

--

**Processos Dependentes:**

--



**Poder Judiciário  
Do Estado de Sergipe**

**CAPELA DA COMARCA DE CAPELA**

**Rod. Manoel Dantas, Bairro Centro, Capela/SE, CEP 49700000**

**Horário de Funcionamento: 07:00 às 13:00**

**PROCESSO:**

202062000549

**DATA:**

22/06/2020

**MOVIMENTO:**

Juntada

**DESCRIÇÃO:**

Juntada de Petição Avulsa do Advogado/Procurador/Defensor/Promotor KELLY CHRYSTIAN SILVA MENENDEZ (2592-SE) ao processo eletrônico. Protocolizado sob nº 20200622130902654 às 13:09 em 22/06/2020.

**LOCALIZAÇÃO:**

Secretaria

**PUBLICAÇÃO:**

Não

# BANCO DO BRASIL

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 27/02/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.531,25

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

CLIENTE: ANDERSON ARISTIDES SANTOS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 02215

CONTA: 00000029892-8

---

Nr. da Autenticação 35D69125F88A9CA3

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200048489      **Cidade:** Rosário do Catete      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ANDERSON ARISTIDES SANTOS      **Data do acidente:** 12/04/2019      **Seguradora:** BANESTES SEGUROS S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA DE FALANGE PROXIMAL DO 1º QUIRODÁCTILO A ESQUERDA.

**Descrição do exame físico:** AO EXAME FÍSICO FOI EVIDENCIADO EM MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO COM FORÇA MUSCULAR DA MÃO DIMINUÍDA (+++/+5), PRESENÇA DE TUMORAÇÃO NA FALANGE PROXIMAL DO 1º QUIRODÁCTILO E 1ª ARTICULAÇÃO METACARPO FALANGEANA (CALO ÓSSEO), DOR CREPITAÇÃO E BLOQUEIO NO 1º QUIRODÁCTILO, RESTRIÇÃO DO MOVIMENTO DE FLEXÃO, EXTENSÃO E ROTAÇÃO DO 1º QUIRODÁCTILO E DA CAPACIDADE DE PINÇAMENTO DO 1º QUIRODÁCTILO.

**Resultados terapêuticos:** EVOLUIU COM ESTABILIZAÇÃO DAS LESÕES DO PONTO DE VISTA MÉDICO LEGAL.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU INTENSO DO DEDO POLEGAR ESQUERDO

**Sequelas:** Com sequela

**Data do exame físico:** 14/02/2020

**Conduta mantida:**

**Observações:**

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
Dedos Polegar com metacarpo-Perda completa da mobilidade de um dos dedos polegar com metacarpo	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
<b>Total</b>			<b>18,75 %</b>	<b>R\$ 2.531,25</b>

**ANDERSON ARISTIDES SANTOS**  
POV. FIRMINA, 100 / BR. 121 - ÁREA RURAL,  
CARUÁ / SE CEP: 49700-000 CEL: 3421

Liquid. MONOPÁSICO  
By Soc. PEE MTC 21 / RESIDENCIAL - SAIA REI DA  
Ribeiro 15. 360-461-5665 Referência: Pern. 2019  
Medidor: 46329718760 Emissor: 22/02/2019

 energisa

**ESTATE 2.0 D 140 CV 4WD AUTOMATICA**

Atendimento ao Cliente ENERGISA **08000 79 0196** Acesse [www.energisa.com.br](http://www.energisa.com.br)

**Conta referente a** Apresentação Data prevista da próxima leitura CPF/CNPJ/RANI  
Fev / 2019 22/02/2019 25/03/2019 018.919.816-82

UC (Unidade Consumidora): 3/1053183-8

Canal de contato

- Tantă Societă de Energie Electrică - TSEE închiriașa de la nr. 12-438, de 28 de aprilie de 2002.

Anterior		Atual		Constante		Consumo		Dias
Data	Leratura	Data	Leratura					
24/11/13	1970	25/11/13	1979					09
<b>Demografico</b>								
001	distancia	23/10/2013	1979	001	distancia	24/10/2013	1979	
001	Consumo ate 30/11/BR	\$0,000 0	10200	0,41	0,03	0	-3,00	541 0,94 0,17
001	Consumo - 31/12/2014/BR	\$0,000 0	212500	1,17	0,02	0	0,35	1227 0,58 2,47
0910	Escando			16,12	1,03	0	0,10	19,12 2,13 0,53
<b>LANÇAMENTOS E SERVIÇOS</b>								
0007	COTRIBUÍVEL PÚBLICA			0,46	0,35	1	2,11	1,02 0,27 0,31
0008	Revolvendo Boleto			-17,40	0,00	0	0,25	0,00 0,00 0,00

CCD Código de Classificação Setor TOTAL 28,92 5,04 0,3% 26,92 2,25 1,76

Média últimos meses (kWh) **VENCIMENTO** 01/03/2019 **TOTAL A PAGAR** R\$ 26,69

Histórico de Consumo (kWh)											
60	84	62	54	81	88	82	57	71	74	84	82
Febrero'18	März'18	April'18	Mai'18	Juni'18	Juli'18	August'18	September'18	Okt'18	November'18	Dezember'18	Jänner'19

RESERVATION AND FILING  
5380-228-2280-0082-1258-0280-0782-0201

卷之三

Indicadores de Qualidade		Apurado	Límite de Tensão (V)
	Límites da ANEEL		
DIMENSIAL	11,17	0,21	NOMINAL
MICROSTRUTURAL	22,75		
OCULAR	42,75		
PT-REBAL	7,97	0,00	CONTROLE
FATIGASTRAL	15,00		INTERMEDIÁRIO
PI-ANUAL	20,00		INTERIOR
DMS	9,00	0,00	INTERIOR

Discriminações	Valor (R\$)	%
Serviços de Informática	81,1	31,81
Centros de Estudos	58,0	21,72
Serviços de Transporte	11,9	4,32
Aluguel de Veículos	8,9	3,26
Outras Serviços	0,0	0,00
<b>Total</b>	<b>265,88</b>	<b>100,00</b>

ATENÇÃO

**REFLEXOS** — Afinal, o que é ser um homem? E o que é ser uma mulher? E o que é ser um cidadão? E o que é ser um brasileiro? E o que é ser um cristão? E o que é ser um comunista? E o que é ser um socialista? E o que é ser um comunista socialista? E o que é ser um comunista socialista comunista? E o que é ser um comunista socialista comunista comunista? E o que é ser um comunista socialista comunista comunista comunista?

Perfumes em varejo  
18718 25 69



## RELATÓRIO MÉDICO

Fundação  
Hospitalar  
de Saúde

NOME DO PACIENTE: Anderson Aciá Tidro Santos  
DATA DA ENTRADA: 16/04/19  
DATA DA SAÍDA: 16/04/19

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:

Doen<sup>a</sup> na mão esquerda e clavícula direita após  
trauma há 4 dias. Foi avaliado pelo ortopedista  
que solicitou Radiografias de braço e clavícula  
compatíveis com fratura de clavícula proximal  
esquerda da pelve. Foi intubado e com  
exsudato falso na pelve esquerda.

### HISTÓRICO CIRÚRGICO:

### EXAMES COMPLEMENTARES:

Radiografia mão esquerda AP + oblíqua  
Radiografia da clavícula direita AP

### MÉDICOS ASSISTENTES:

Dr. Hugo Carla Nunes (Ortopedista)

CONDIÇÕES DE ALTA: MELHORADO  TRANSFERIDO ( ) ÓBITO ( )

ARACAJU, 25 de 06 de 2009

Dr. Nilson Eron  
Clínica Médica  
TORMISE Jd. I

Nilson dos Santos Exem

## NÚCLEO DE VIGILÂNCIA

EPIDEMIOLÓGICA

DATA DE EMISSÃO: \_\_\_\_\_

MS/DATASUS

HOSPITAL GOVERNADOR JOAO ALVARENGA

DATA: 16/04/2019

HORA: 12:30

USUARIO: FERROLIVEIR

SETOR: 05-ORTOPEDIA

No. DO BE: 1893287  
CNS:

NOME

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

IDADE

ANDERSON ARISTIDES SANTOS

ENDERECO

33 ANOS NASC: 14/12/1985

COMPLEMENTO

POVOADO PIRUNGA

MUNICIPIO

708704131981398

BAIRRO: ZONA RURAL

NOME PAI/MAE

CAPELA

RESPONSÁVEL

O PROPRIO

PROCEDENCIA

CAPELA

ATENDIMENTO

TRAUMA

CASO POLICIAL

NAO

ACID. TRABALHO

NAO

PLANO DE SAUDE.....: NAO

VEIO DE AMBULANCIA: NAO

DOC....:

SEXO...: MASCULI

NUMERO:

UF: SE CEP....:

/MARIA AUXILIADORA SANTOS TI

TEL...: 99675861

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 CLÍNICOS:

DATA PRIMEIROS SINTOMAS: \_\_\_\_\_

ANOTACOES DA ENFERMAGEM:

DIAGNOSTICO:

CID:

PRESCRIÇÃO

HORARIO DA MEDICACAO

*L do mome - A f salte*

*x La chincote D SO*

*f longe proxim. t do pedago*

*= fratura de*

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. PATO

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSÁVEL

ASSINATURA / LAMBO DO MEDICO

EXAME DE UNIFORME - NOSE  
REALIZADO EM 15/04/19

PESO: \_\_\_\_\_

ALTURA: \_\_\_\_\_

IDADE: \_\_\_\_\_

32:38

**FICHA DE ATENDIMENTO**

NOME DO PACIENTE (Sem abreviações):

IDADE:

ETNIA:

REGISTRO:

DATA DE NASCIMENTO

NOME DA MÃE:

DATA:

HORA:

SITUAÇÃO / QUEIXA:

*Tela astmopica + rolega*


Márcio de Paiva Alves  
Disciplina de Traumatologia / Ortopedia do Jardim  
CRM / SE 3407 TECI 1994

FLUXOGRAMA:

DISCRIMINADOR:

ALÉRGIAS (MEDICAMENTOS E ALIMENTOS):

AMARELO				
	MUITO URGENTE	URGENTE	POUCO URGENTE	NÃO URGENTE
0 MIN	10 MIN	60 MIN	120 MIN	240 MIN

OBSERVAÇÃO:

DESTINO / ENCAMINHAMENTO:

ENF.:

COREN:

ASSINATURA:

COORDENADOR:

DATA:

HORA:

RECLASIFICAÇÃO PARA A PRIORIDADE:

DISCRIMINADOR

às \_\_\_\_ h \_\_\_\_ min.

ENF.:

COREN:

CONFIRMADA IDENTIFICAÇÃO COM O PACIENTE / FAE / PULSEIRA? (S/N)

COLOCADA PULSEIRA? (S/N)

EM QUAL MEMBRO? (PULSO E / PULSO D / TORNOZELO E / TORNOZELO D)



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE SERGIPE  
PRONTO SOCORRO  
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

ENCAMINHAMENTO PARA O AMBULATÓRIO DE RETORNO DO HUSE -  
TRATAMENTO CONSERVADOR DE FRATURAS

PACIENTE: Anderson Risticles Santar IDADE: \_\_\_\_\_

DIAGNÓSTICO: Fratura de polegar. polegar

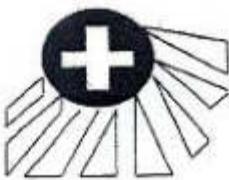
PROCEDIMENTO REALIZADO NA URGENCIA: Talve antibiótico  
pulmão.

AGENDAR CONSULTA DE RETORNO PARA 15 DIAS.

Márcio de Farias Alves  
CRM/SE-3407 TEOT 13974  
Aracaju-SE, 01/01/2019

MÉDICO ORTOPEDISTA RESPONSÁVEL PELO ATENDIMENTO NO PRONTO SOCORRO

- AGENDAR CONSULTA DE RETORNO NO AMBULATÓRIO DE RETORNO DO HUSE DE SEGUNDA A SEXTA-FEIRA DAS 7 AS 17 HORAS.
- LEVAR TODAS AS RADIOGRAFIAS FEITAS NO DIA DE ATENDIMENTO NO PRONTO SOCORRO PARA A CONSULTA DE RETORNO NO AMBULATÓRIO.
- TELEFONE: 3234-3412



## ASSOCIAÇÃO DE CARIDADE DE CAPELA

HOSPITAL "SÃO PEDRO DE ALCÂNTARA"

FUNDADO EM 18.10.1897

Praça Adroaldo Campos, 68 – Centro – CEP: 49.700-000 - Capela-SE  
Tel: (79) 3263-1237 / Fax: (79) 3263-1434 – e-mail: assocaridadecapela@ig.com.br

## FICHA DE IDENTIFICAÇÃO E 1º ATENDIMENTO

CARTÃO SUS Nº

REGISTRO Nº 1054-04411

DATA DA ADMISSÃO: 13/04/2019

HORA: 02:02

Nome: ANDERSON ANTONIO SANTOS Idade: 33 Anos  
Sexo: Masculino ( ) Feminino ( ) Cor:  
Data de Nasc: 11/12/1985 RG: 31845347 SSP/SC  
Pai: Mário Auxiliadora Santos 166  
Filiação Mãe: Maria Auxiliadora Santos 166  
Endereço: Rua Diamante, 1111, Centro, Capela  
Cidade: Capela Telefone: 32899-2776  
Responsável pelo Paciente: O MESMO  
Grau de Parentesco: Telefone do Responsável:  
Endereço do Responsável:  
Médico Responsável: Dr. José  
Diagnóstico: Clínica Geral

DATA / HORA

ANAMNESE E EVOLUÇÃO MÉDICA

Paciente afasta cinturão

DATA / HORA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

HORÁRIO DAS MEDICAÇÕES

13/04/19

2:07

Dr. José  
CRM-SE 114 CRM-SC 120 CRM-PR 101  
CPA 0016021453

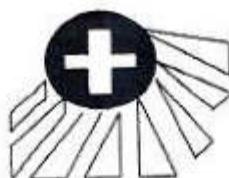
02/05

EXAMES SOLICITADOS: RX ( ) ULTRASSONOGRAFIA ( ) LABORATÓRIO ( )

D E S T I N O

INTERNAÇÃO: ( ) OBSERVAÇÃO: ( ) TRANSFERÊNCIA: ( )

ALTA: 13/04/19 HORA: 02:15 ÓBITO: / / HORA:



ASSOCIAÇÃO DE CARIDADE DE CAPELA

## HOSPITAL "SÃO PEDRO DE ALCÂNTARA"

FUNDADO EM 18.10.1897

Praça Adroaldo Campos, 68 – Centro – CEP: 49.700-000 – Capela-SE  
Tel: (79) 3263-1237 / Fax: (79) 3263-1434 – e-mail: associaçãodecapela@ig.com.br

## SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM – SAE

**ADULTO (X)**

**CRIANÇA ( )**

OBS : Marcar "X"

## SINAIS VITAIS E OUTROS DADOS

Data	Hora	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM
		<p>Parástele infuso da co pescoco, joelhos E e      os quinze dedos de cintura E. após reforço      acentuado de arsu. A exata é OEG.      Nege tm, HAS e daga inducatrice.</p> <p>13/10/2015 Realizada limpeza administrada      prifimidol ampola memglu      esquerda em seguida      na direita para caso</p>
		<p>Nayara Rafaela Chagas dos Santos      CONRE/SE 001.205.970-1E</p>

**LEGENDA:**

**LEGENDA:** B = Branco; P = Pálido; C = Clarentíco; I = Ictérico; H = Hiperemizado; S = Salpicado

**Cor:** D= Descolorado; P= Palido; C= Cianótico; I= Irregular; N= Normal.

**Atividade:** Ativo (++); Estimulado (+); S= Sonolento; Co= Convulsões; T= Tremor; P= Paralisado; F= Frio;

## Central de Regulação

## AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS

RG: 3184534-7



Nº Chave: 16092

<b>Nome</b> SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CAPELA	<b>CNES</b> 6234275	<b>Operador</b> NILSONCAP
<b>Nome</b> LABCLIN <b>Logradouro</b> RUA SIQUEIRA DE MENEZES, nº 402, bairro: CENTRO <b>Profissional Executante</b> VANESSA PESSOA NAVARRO	<b>CNES</b> 2612429 <b>Município</b> CAPELA	<b>Telefone</b> 32632010998
	<b>Data e Hora do Atendimento</b> 20/09/2019 07:00:00	
<b>Nome do Usuário</b> ANDERSON ARISTIDES SANTOS	<b>CNS do Usuário</b> 708.7041.3198.1398	<b>CPF</b> 016.919.915-92
<b>Endereço</b> PRÁÇA MANOEL CARDOSO SOUZA 25, S/N - Complemento: CENTRO, CAPELA - SE - CEP: 49700-970		<b>Telefone</b> 99675-8686
<b>Data de Nascimento</b> 14/12/1985	<b>Sexo</b> MASCULINO	<b>Idade</b> 33
		<b>Foto</b>
<b>Nome da Mãe</b> MARIA AUXILIADORA SANTOS TELES		
<b>Nome do Pai</b> SEM INFORMAÇÃO		
<b>UF de Nascimento</b> SE	<b>Naturalidade</b> CAPELA	
<b>CNS do médico solicitante</b>	<b>Nome do médico solicitante</b> AAA SER DEFINIDO NO LOCAL	
<b>Diagnóstico inicial</b> OUTROS EXAMES E INVESTIGAÇÕES ESPECIAIS DE PESSOAS SEM QUEIXA OU DIAGNÓSTICO RELATADO		
<b>Procedimentos Solicitados</b> FISIOTERAPIA ORTOPÉDICA	<b>Código</b> 0302050027	<b>Quantidade</b> 10

\*\* Sem aviso a exibir \*\*

Sobra

Anderson Aristides Santos

Assinado Eletronicamente por: AAA SER DEFINIDO NO LOCAL

CNS:

Ficha impressa pelo operador NILSONCAP em 15/08/2019 14:07:41

Anderson Aristides Santos

Anderson Aristides Santos

Nova solicitação

[EXPORTAR CSV \(Google Sheets\)](#) [EXPORTAR CSV \(Microsoft Excel\)](#)

Anderson Aristides Santos

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE SERGIPE (HUSE)  
RECEITUÁRIO

PACIENTE:

Anderson Antônio de Souza

Flancox 35,00  
500 mg \_\_\_\_\_ 01x

tro. oral, 01 compr. de

12112h

Márcio de Farias Alves  
Ortopedia e Traumatologia / Cirurgia de Juntas  
CRM/SE 3407 TEOT 13874

DATA 14/04/19

MÉDICO (Assinatura e Carimbo)

## AMBULATÓRIO DE RETORNO DO HUSE

### RECEITUÁRIO

PACIENTE: \_\_\_\_\_

Maria Mendes  
Av. Presidente Dutra 12  
São Paulo SP 01200-000  
Trabalho Exercitante.  
Altura 1,62m e peso 55kg.

Cód.

CS 8-362.5

DATA 13/6/98

Dr. Mário Costa Vieira Filho  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM 4257 / EOT 15697

MÉDICO (Assinatura e carimbo)



GOVERNO DE SÃO PAULO  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE



## AMBULATÓRIO DE RETORNO DO HUSE

### RECEITUÁRIO

PACIENTE: Anderson Alves Shi

Socorro:

- Fisioterapia - Ortopedia  
(Maior Peso)

CIA: 562.6.

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

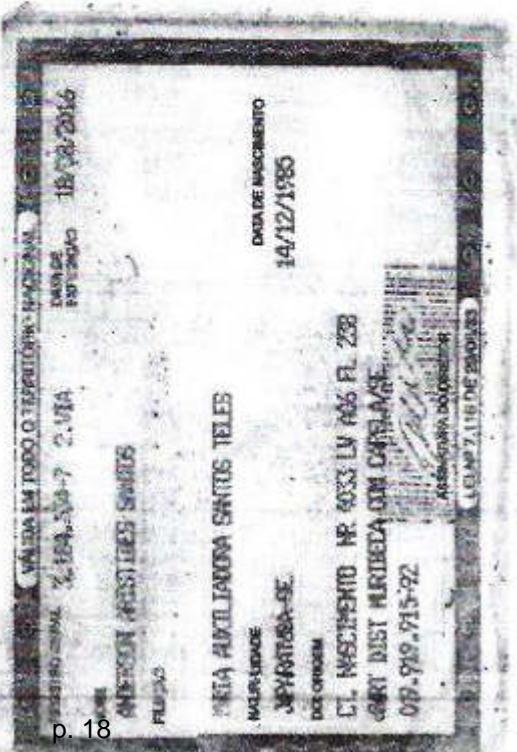
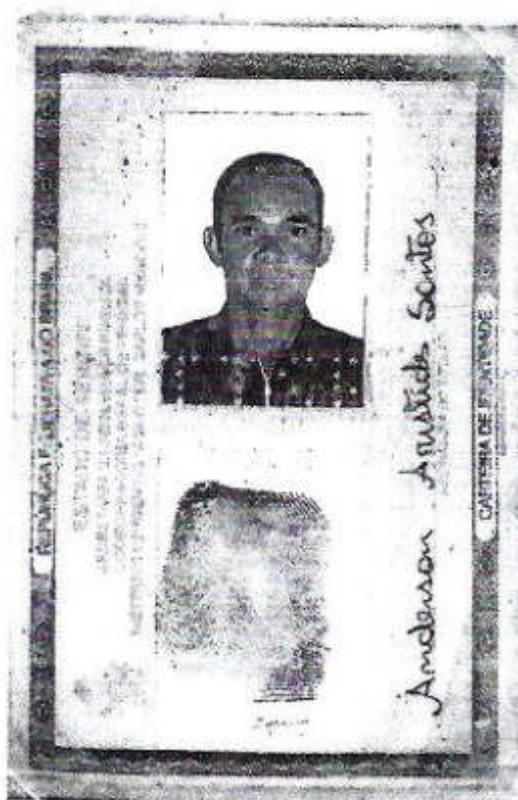
MÉDICO (Assinatura e Carimbo)

Atend.	392885	Código	193735
Senha	I3A979HY	Idade:	33 ano(s)
Data	26/09/2019 07:36:41 BRT	Conv.	SUS
Profissão		Escol.	
Nome	ANDERSON ARISTIDES SANTOS	Atend	eliana
Data Nasc	14/12/1985		

Grupo - Fisioterapia S

Executante - LABORATÓRIO S

Total Geral 10.00 itens



## **SOLICITAÇÃO DE PERÍCIA MÉDICA**

Eu, ANDERSON ARISTIDES SANTOS. Venho através desta, solicitar o pedido de perícia médica do meu processo, o qual sofri lesões que me deixaram com sequelas definitivas, como consta na documentação em anexo, sendo assim, **estou a disposição para ser avaliado por uma perícia médica para uma melhor avaliação das minhas sequelas.** Desde já agradeço !

Contatos: 079 99606-3112 / 079 99989-1177

Aracaju/se, 29/01/2020

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0445054/19

**Vítima:** ANDERSON ARISTIDES SANTOS

**CPF:** 019.919.915-92

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 12/04/2019

**Titular do CPF:** ANDERSON ARISTIDES SANTOS

**Seguradora:** BANESTES SEGUROS S/A

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Declaração de Inexistência de IML  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação

**ANDERSON ARISTIDES SANTOS : 019.919.915-92**

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

## ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 11/12/2019  
Nome: ANDERSON ARISTIDES SANTOS  
CPF: 019.919.915-92

ANDERSON ARISTIDES SANTOS

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 11/12/2019  
Nome: WILLIANS SANTOS DE FREITAS  
CPF: 044.100.755-43

WILLIANS SANTOS DE FREITAS

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

---

Rio de Janeiro, 03 de Fevereiro de 2020

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200048489**

**Vítima: ANDERSON ARISTIDES SANTOS**

**Data do Acidente: 12/04/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), ANDERSON ARISTIDES SANTOS**

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

---

Rio de Janeiro, 05 de Fevereiro de 2020

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200048489**

**Vítima: ANDERSON ARISTIDES SANTOS**

**Data do Acidente: 12/04/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE**

**Senhor(a), ANDERSON ARISTIDES SANTOS**

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

---

Rio de Janeiro, 05 de Março de 2020

Nº do Pedido do  
Seguro DPVAT: 3200048489

Vítima: ANDERSON ARISTIDES SANTOS

Data do Acidente: 12/04/2019

Cobertura: INVALIDEZ

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), ANDERSON ARISTIDES SANTOS**

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 2.531,25

Dano Pessoal: Dedos Polegar com metacarpo-Perda completa da mobilidade de um dos dedos polegar com metacarpo 25%

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 25%) 18,75%

Valor a indenizar: 18,75% x 13.500,00 = R\$ 2.531,25

Recebedor: **ANDERSON ARISTIDES SANTOS**

Valor: **R\$ 2.531,25**

Banco: **104**

Agência: **000002215**

Conta: **0000029892-8**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

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

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em:  
[www.seguradoralider.com.br/recomeco](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASI:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:

08.919.915.92

Anderson Antônio Soárez

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2010

5 - Nome completo:

Anderson Antônio Soárez

6 - CPF:

08.919.915.92

7 - Profissão:

Jurado

8 - Endereço:

Perópolis Parávito

9 - Número:

500

10 - Complemento:

Casa

11 - Bairro:

Av. Brasil

12 - Cidade:

Capela

13 - Estado:

SE

14 - CEP:

34700-000

15 - E-mail:

16 - Tel.(DDD):

(79) 99606-3111

DADOS CADASTRAIS

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

RECUSO INFORMAR  
 SEM RENDA

R\$1.00 A R\$1.000,00  
 R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
 ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTELA)

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: 2215

CONTA: 29892

AGÊNCIA:

CONTA:

[Informar o dígito se existir]

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

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

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

Não há IML que atende 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

23 - Estado civil da vítima:

Solteiro     Casado (no Civil)     Divorciado     Separado judicialmente     Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

Sim    Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo

28 - Vítima teve filhos?  Sim     Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos:    Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (vainacer)?  Sim     Não

31 - Vítima teve irmãos?  Sim     Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:    Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

Impressão digital da ultima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (\*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data,

Procurado se 25/11/2019

Anderson Antônio Soárez

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

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

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

Número do Sinistro: 3200048489  
Nome do(a) Examinado(a): Anderson Aristides Santos  
Endereço do(a) Examinado(a): Pov Pirunga, 100 Br 101  
Area Rural Capela SE CEP: 49700-000  
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [ SSP / SE ] 3184534-7  
Data local do acidente: [ 12/04/2019 ]  
Data local do exame: [ 14/02/2020 ] Aracaju [ SE ]

**Resultado da Avaliação Médica**

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:  
**FRATURA DE FALANGE PROXIMAL DO 1º QUIRODÁCTILO A ESQUERDA.**

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

**Tratamento: O QUADRO FOI TRATADO COM IMOBILIZAÇÃO GESSADA EM FRATURA DE FALANGE PROXIMAL DO 1º QUIRODÁCTILO A ESQUERDA**

**Complicações: BLOQUEIO NO 1º QUIRODÁCTILO, RESTRIÇÃO DOS MOVIMENTOS COM PERDA DA CAPACIDADE DE PINÇAMENTO DO 1º QUIRODÁCTILO.**

**Data da Alta: 12/04/2019**

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

**AO EXAME FÍSICO FOI EVIDENCIADO EM MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO COM FORÇA MUSCULAR DA MÃO DIMINUÍDA (+++/+5), PRESENÇA DE TUMORAÇÃO NA FALANGE PROXIMAL DO 1º QUIRODÁCTILO E 1ª ARTICULAÇÃO METACARPO FALANGEANA (CÁLO ÓSSEO), DOR CREPITAÇÃO E BLOQUEIO NO 1º QUIRODÁCTILO, RESTRIÇÃO DO MOVIMENTO DE FLEXÃO, EXTENSÃO E ROTAÇÃO DO 1º QUIRODÁCTILO E DA CAPACIDADE DE PINÇAMENTO DO 1º QUIRODÁCTILO.**

- IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

Sim       Não

- V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)

Sim       Não

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

**DÉFICIT FUNCIONAL GRAVE EM 1º QUIRODÁCTILO ESQUERDO.**

Caso a resposta do item V seja ""Não"", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b"

- VII. Segundo o 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 (\*).

"Vítima em tratamento"

"Sem sequela permanente"

Esta avaliação médica deve ser repetida em      dias

(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 parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

Região Corporal (Sequela):

**DEDO POLEGAR - Lado Esquerdo**

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

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

Região Corporal (Sequela):

Região Corporal (Sequela):

% 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 à valoração do dano corporal.

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)

Carimbo com Nome e CRM

*Manoel Otálio Nascimento Júnior*  
Manoel Otálio Nascimento Júnior  
Clínica e Auditoria Médica  
CRM 1827



PRF

# BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

PROTOCOLO: N° 19019252B02



Maiores dúvidas acesse: [www.prf.gov.br/portais](http://www.prf.gov.br/portais)



Para cópia do seu Boletim acesse o sítio: [www.prf.gov.br/novobat](http://www.prf.gov.br/novobat) /consultar Informe o número do protocolo e o CPF/CNPJ de um dos envolvidos no acidente; e Clique em imprimir.



**Atenção:** As vítimas de acidente têm direito ao recebimento do Seguro DPVAT. Para maiores informações, acesse: [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) Em casos de avaliação de danos com MÉDIA ou GRANDE MONTA, verificar os trâmites da Resolução 544 do CONTRAN. Procure o órgão estadual de trânsito (DETRAN) do seu Estado, antes de fazer reparos no veículo.



Documento assinado eletronicamente por TIAGO OLIVEIRA, matrícula 14614/2, Policial Rodoviário Federal, em 07/06/2019, conforme horário oficial da Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-UD, de 13 de novembro de 2015.  
A autenticidade desse documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 19019252B02 e o número de controle F3CF+3812E38B106DB0EAB8B90D7D.

191



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA  
PÓLICIA RODOVIÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO  
PROTÓCOLO N° 19019252B02

### INFORMAÇÕES GERAIS

Data: 12/04/2019 Hora: 23:15  
 BR: 101 KM: 61,0  
 Policial responsável pelo atendimento: TIAGO OLIVEIRA, 1461472  
 Relatório retificado com base no processo administrativo nº: 08672003711201953

### ASPECTOS DO LOCAL

Tipo de via: Principal	Tipo de pavimento: Asfalto
Tipo de pista: Simples	Condição da Pista: Seca
Estrutura Viária: Reta, Interscção de Vias	Localidade urbanizada: Não
Acostamento: Sim	Canteiro Central: Não
Condição meteorológica: Nublado	Fase do dia: Plena Noite

### IMAGENS PANORÂMICAS



SENTO CRESCENTE



SENTO DECRESCENTE

### NARRATIVA

No dia 12/04/2019, por volta das 23h15, no km 61,0 da BR-101, em Rosário do Catete-SE, ocorreu um acidente do tipo colisão transversal com 01(uma) vítima morta e 13(treze) lesionadas levemente. Os veículos envolvidos foram o V1 - M.BENZ/O 371 RSE (ônibus de estudantes da cidade de Nossa Senhora das Dores) e o V2 - SCANIA /K113 CL 4X2 310 (ônibus de estudantes da cidade de Capela/SE). Com base na análise dos vestígios identificados, constatou-se que V1 e V2 seguiam pela BR-101 no sentido decrescente (Aracaju/SE - Propriá/SE) quando V1 acessou a pista lateral do trevo de acesso à cidade de Nossa Senhora das Dores e, em seguida, cruzou a BR-101. V2, que seguia logo atrás de V1, ainda tentou uma manobra evasiva à esquerda, mas findou colidindo transversalmente com V1. Após o impacto, os dois veículos cruzaram a rodovia e acabaram saindo do leito carroçável e imobilizando-se no terreno marginal. A dinâmica do acidente encontra-se representada no croqui. Conforme constatações em levantamento de local de acidente, concluiu-se que o fator principal do acidente foi a manobra realizada por V1 que cruzou a rodovia sem os cuidados necessários. Observações: A velocidade máxima para o local é de 60km/h, de acordo com placa R-19 existente no km 61,3 da BR-101.



Assinatura  
eletrônica

Documento assinado eletronicamente por TIAGO OLIVEIRA, matrícula 1461472, Policial Rodoviário Federal, em 07/06/2019, conforme decreto oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória N° 2.206-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto N° 5.539, de 8 de outubro de 2005 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa N° 61-DG, de 13 de novembro de 2015.  
 A autenticidade desse documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/nova/validar/autenticar>, informando o protocolo 19019252B02 e o número de convite F3C9F3812LEH4B4D6UUDKA88B6007D.

191



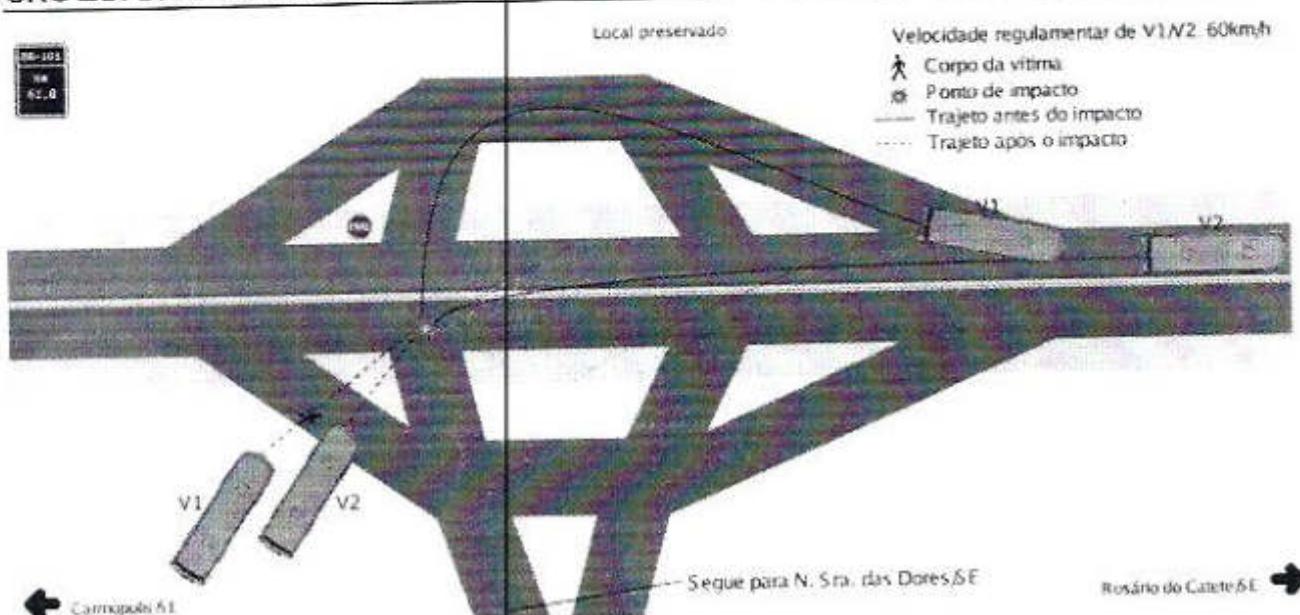
MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA  
PÓLICIA RODOVIÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO  
PROTÓCOLO N° 19019252B02

corpo da única vítima morta foi encontrado já fora do veículo em função do atendimento e constatação do óbito realizado por equipe do SAMU. O evento será melhor detalhado em laudo pericial do qual este boletim de acidente de trânsito é parte integrante.

**CROQUI DA CENA DO ACIDENTE**



**AMARRAÇÃO - NÃO REALIZADA**

**EVENTOS SUCESSIVOS**

Ordem	Tipo de Evento	Veículos Envolvidos
1	Colisão transversal	V1, V2
2	Saída de leito carroçáve	V2, V1

**MARCAS NO PAVIMENTO**

Evento	Veículo	Frenagem (m)	Derrapagem (m)	Arrastamento (m)
1	V1			
1	V2			
2	V1			
2	V2			

**DANOS COLATERAIS - NÃO HOUVE**

**APOIO EXTERNO**

Tipo de Órgão	Solicitação	Comparecimento
Depósito credenciado	12/04/2019 01:19	13/04/2019 04:50



Documento assinado eletronicamente por TIAGO OLIVEIRA, matrícula 1461472, Policial Rodoviário Federal, em 07/04/2019, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória N° 2.200-2, de 24 de outubro de 2001, no art. 6º do Decreto N° 8.539, de 9 de outubro de 2015 e no artigo 6º do Inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa N° 11-DG, de 18 de novembro de 2015.  
A autenticidade desse documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novabotautenticar>, informando o protocolo 19019252B02 e o número de controle F3CFF48126LSMB4D6683RA8NBK07D.

191



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA  
PÓLICIA RODOVIÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO  
PROTÓCOLO N° 19019252B02

IML ou DML  
SAMU

12/04/2019 23:40  
12/04/2019 23:20

13/04/2019 01:35  
12/04/2019 23:40

**V1 - VEÍCULO 1 - BWF3676 - ÔNIBUS**

**V1 - Informações**

Placa: BWF3676 Marca/modelo: MBENZ/O 371 RSE

Renavam: 00621851566

Ano fabricação: 1993 Chassi: 9BM664126PC077580

Tipo de veículo: Ônibus

Espécie: Passageiro Categoria: Aluguel

Cor: Branca

Manobra no momento do acidente: Cruzando a pista

Informações complementares: Veículo apresentava tacógrafo sem disco no momento da vistoria do veículo.

**V1 - Encaminhamento**

Motivo: Outros

Tipo de Receptor: Unidade PRF

Informações complementares: Veículo encaminhado ao pátio do Posto PRF de Nossa Senhora do Socorro.

**V1 - Cronotacógrafo**

Obrigatório para este tipo de veículo: Sim

Presente: Sim

Equipamento atende à legislação: Não

Diagrama foi recolhido: Não

Tempos de parada/descanso atendem à legislação: Não



Documento assinado eletronicamente por RAGO ORIVAL RRA, matrícula 1461172, Policial Rodoviário Federal, em 01/06/2019, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória N° 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto N° 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa N° 61-OG, de 13 de novembro de 2015.  
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobol/autenticar>, informando o protocolo 19019252B02 e o número de controle F3CHF3812EEB4BD40008A888H0D7D.

191



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA  
PÓLICIA RODOVIÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO  
PROTÓCOLO N° 19019252B02

V1 - Relatório de Avarias - Resolução nº 544/2015-CONTRAN

Veículo: V1 / M.BENZ/O 371 RSE

Nome do Agente: TIAGO OLIVEIRA

Placa: BWF3676

Matrícula do Agente: 1461472

Nº BOAT: 19019252B02

Data: 12/04/2019

Item	Descrição do Item	Valor	Item	danificado	
			no acidente	Sim	Não
					NA
1	Dano em qualquer componente do Sistema de Suspensão.	M	X		
2	Avaria em qualquer um dos eixos	M	X		
3	Dano em qualquer componente do Sistema de freios.	M	X		
4	Chassi com deformação torcional menor ou igual à altura da longarina	M	X		
5	Chassi com deformação vertical menor ou igual à altura da longarina	M	X		
6	Chassi com deformação lateral menor ou igual à distância interna entre as longarinas	M	X		
7	Chassi com deformação torcional maior que a altura da longarina.	G	X		
8	Chassi com deformação vertical maior que a altura da longarina.	G	X		
9	Chassi com deformação lateral maior que a distância interna entre as longarinas	G	X		
10	Chassi afetado termicamente na região onde está fixada a suspensão	M	X		
11	Avaria na estrutura das laterais ou do teto afetando o posto do condutor.	M	X		
12	Avaria na estrutura afetando a coluna "B" da carroçaria.	M	X		
13	Avaria na estrutura afetando qualquer ponto de fixação das poltronas/bancos.	M	X		
Avarias na estrutura das laterais ou do teto atingindo o compartimento interno dos passageiros podendo ultrapassar o plano que passa pela linha de referência do peitoril (parte inferior das janelas).					
14	Estrutura com deformação vertical, podendo afetar o compartimento dos passageiros e os componentes de união da base da carroçaria com o chassi	M	X		
15	Estrutura com deformação lateral, podendo afetar o compartimento dos passageiros e os componentes de união da base da carroçaria com o chassi	M	X		
16	Região da carroçaria e/ou do chassi termicamente afetada com dimensão menor ou igual a 2/3 do comprimento do chassi.	M	X		
17	Região do chassis termicamente afetada com dimensão maior que a 2/3 do comprimento do chassi.	G	X		

Dano de Monta: Média



Documento assinado eletronicamente por TIAGO OLIVEIRA, matrícula 1461472, Policial Rodoviário Federal, em 01/06/2019, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 4º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2016.  
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 19019252B02 e o número de controle FJLHF-3H12EE94BD46UB08AB8BHD070.

191



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA  
PÓLICIA RODOVIÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO  
PROTÓCOLO N° 19019252B02

V1 - Imagens Obrigatórias



IMAGEM DA FRENTES



IMAGEM DA LATERAL ESQUERDA



IMAGEM DA TRASEIRA



IMAGEM DA LATERAL DIREITA



Assinatura  
eletrônica

Documento assinado eletronicamente por VAGO DI MIRIA, matrícula 1461472, Policial Rodoviário Federal, em 07/06/2019, conforme Decreto Oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória nº 2.209-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto nº 8.539, de 6 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa nº 11-DG, de 11 de novembro de 2015.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/probativo/cifrar>, informando

o protocolo 19019252B02 e o número de convite FJCFXRT2EL4814D60008AH640D70.

191



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA  
PÓLICIA RODOVIÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO  
PROTÓCOLO N° 19019252B02

**V1 - Proprietário**

Nome: GUILHERME VIAGEM E TUR.LTDA ME  
Email:  
Endereço: NOSSA SENHORA DA GLORIA-SE

CPF/CNPJ: 14.970.182/0001-38  
Telefone:

**V1C - CONDUTOR DE V1 - JOSE VALTER DE MENEZES**

**V1C - Informações**

Nome: JOSE VALTER DE MENEZES  
CPF: 170.767.225-34  
Estado físico: Lesões Leves

Data de Nascimento: 06/12/1954  
Sexo: Masculino  
Usava cinto de segurança: Ignorado

**V1C - Dados da Habilitação para Conduzir Veículo Automotor**

Categoria: D Primeira habilitação: 14/01/1982 Nº Registro: 01592360495  
UF: SE Vencimento da habilitação: 04/01/2021 Motorista profissional: Não  
Observações CNH: 15

**V1C - Alterações da Capacidade Motoria**

Foi possível realizar teste do etilômetro: Não Condutor se recusou a realizar o teste: Não  
Visíveis sinais de embriaguez: Não Sinais de uso de substâncias psicoativas: Não

**V1C - Dados do Contato**

Endereço: RUA B, 60, LOT CAICARA, NOSSA SENHORA DAS DORES-SE  
Telefone:  
Email:

**V1C - Encaminhamento**

Motivo: Socorro médico Tipo de Receptor: SAMU  
Informações complementares: Socorrido por equipe do SAMU

**V1P1 - PASSAGEIRO 1 DO V1 - MAYCON LEITE DA SILVA**

**V1P1 - Informações**

Nome: MAYCON LEITE DA SILVA  
CPF: 062.851.015-23  
Estado físico: Lesões Leves

Data de Nascimento: 26/04/1994  
Sexo: Masculino  
Usava cinto de segurança: Ignorado

**V1P1 - Dados do Contato**

Endereço: AV PAULO VASCONCELOS, 1666, CASA, CENTRO, NOSSA SENHORA DAS DORES-SE  
Telefone:  
Email:



Documento assinado eletronicamente por TIAGO OLIVEIRA, matrícula 1461472, Policial Rodoviário Federal, em 02/08/2019, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória N° 2.209-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto N° 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa N° 41-DG, de 13 de novembro de 2015.  
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novabalanceautentica>, informando o protocolo 19019252B02 e o número de controle F3CF13812EE64D4D60008AB8B80D70.

191



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA  
PÓLICIA RODOVIÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO  
PROTÓCOLO N° 19019252B02

**V1P1 - Encaminhamento**

Motivo: Socorro médico

Tipo de Receptor: SAMU

Informações complementares:

**V1P2 - PASSAGEIRO 2 DO V1 - ANA CLESIA ALVES SANTANA CARNEIRO**

**V1P2 - Informações**

Nome: ANA CLESIA ALVES SANTANA CARNEIRO

Data de Nascimento: 08/09/1986

CPF: 032.316.685-73

Sexo: Feminino

Estado físico: Lesões Leves

Usava cinto de segurança: Ignorado

**V1P2 - Dados do Contato**

Endereço: B, 124, LOTEAMENTO CAICARA, CENTRO, NOSSA SENHORA DAS DORES-SE

Telefone:

Email:

**V1P2 - Encaminhamento**

Motivo: Socorro médico

Tipo de Receptor: SAMU

Informações complementares:

**V1P3 - PASSAGEIRO 3 DO V1 - WILMA GOMES DA SILVA COSTA**

**V1P3 - Informações**

Nome: WILMA GOMES DA SILVA COSTA

Data de Nascimento: 05/02/1990

CPF: 842.596.715-53

Sexo: Feminino

Estado físico: Lesões Leves

Usava cinto de segurança: Ignorado

**V1P3 - Dados do Contato**

Endereço: AV AUGUSTO FRANCO, SN, CASA, CENTRO, NOSSA SENHORA DAS DORES-SE

Telefone:

Email:

**V1P3 - Encaminhamento**

Motivo: Socorro médico

Tipo de Receptor: SAMU

Informações complementares:

**V1P4 - PASSAGEIRO 4 DO V1 - ED SILVIA BORGES DA CRUZ**

**V1P4 - Informações**

Nome: ED SILVIA BORGES DA CRUZ

Data de Nascimento: 15/11/1988

CPF: 045.231.435-60

Sexo: Feminino

Estado físico: Lesões Leves

Usava cinto de segurança: Ignorado



Documento assinado eletronicamente por ITAGO OLIVEIRA, matrícula 1461472, Policial Rodoviário Federal, em 07/06/2019, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória N° 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto N° 8.539, de 9 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa N° 61-DG, de 13 de novembro de 2015.  
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novaautenticar>, informando o protocolo 19019252B02 e o número de comando F3CH 3812EE8484D060008AB9B80D70.

191



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA  
PÓLICIA RODOVIÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO  
PROTÓCOLO N° 19019252B02

**V1P4 - Dados do Contato**

Endereço: MURIBECA, 271, APARTAMENTO 7, SANTO ANTONIO, ARACAJU-SE  
Telefone: Email:

**V1P4 - Encaminhamento**

Motivo: Socorro médico	Tipo de Receptor: SAMU
Informações complementares:	

**V1P5 - PASSAGEIRO 5 DO V1 - Não Identificado**

**V1P5 - Informações**

Nome:	Data de Nascimento:
Sexo: Feminino	Estado físico: Lesões Leves
Usava cinto de segurança: Ignorado	
Informações complementares: Informado pelo SAMU que a vítima se chamava Juciara dos Santos.	

**V1P5 - Dados do Contato**

Endereço:	
Telefone:	Email:

**V1P5 - Encaminhamento**

Motivo: Socorro médico	Tipo de Receptor: SAMU
Informações complementares:	

**V2 - VEÍCULO 2 - GPT1802 - ÔNIBUS**

**V2 - Informações**

Placa: GPT1802	Marca/modelo: SCANIA/K113 CL 4X2 310	Renavam: 00613877250
Ano fabricação: 1993	Chassi: 9BSKC4X2BP3462881	Tipo de veículo: Ônibus
Especie: Passageiro	Categoria: Aluguel	Cor: Azul
Manobra no momento do acidente: Segundo o fluxo, na faixa de rolamento		
Informações complementares: Veículo apresentava tacógrafo sem disco no momento da vistoria do veículo.		

**V2 - Encaminhamento**

Motivo: Outros	Tipo de Receptor: Unidade PRF
Informações complementares: Veículo encaminhado ao pátio do Posto PRF de Nossa Senhora do Socorro.	

**V2 - Cronotacógrafo**



Assinatura  
eletrônica

Documento assinado eletronicamente por IAGO OLIVEIRA, matrícula 1461472, Policial Rodoviário Federal, em 02/06/2019, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória N° 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 4º do Decreto N° 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do Inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa N° 63-DI, de 11 de novembro de 2015.  
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novaobat/authenticar>, informando o protocolo 19019252B02 e o número de controle F5CFF3812E84BD6D808AB80D70.

191



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA  
PÓLICIA RODOVIÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO  
PROTÓCOLO N° 19019252B02

Obrigatório para este tipo de veículo: Sim

Presente: Sim

Equipamento atende à legislação: Não

Diagrama foi recolhido: Não

Tempos de parada/descanso atendem à legislação: Não



Assinatura  
eletrônica

Documento assinado eletronicamente por HAGO OLIVEIRA, matrícula 1461172, Policial Rodoviário Federal, em 07/06/2019, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória N° 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto N° 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa N° 61-DG, de 13 de novembro de 2015.  
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobuz/autenticar>, informando o protocolo 19019252B02 e o número de controle F3CFF3812EE84B4D60000408B8007D.

191



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA  
PÓLICIA RODOVIÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO  
PROTÓCOLO N° 19019252B02

V2 - Relatório de Avarias - Resolução nº 544/2015-CONTRAN

Veículo: V2 / SCANIA/K113 CL 4X2 310

Placa: GPT1802

Nº BOAT: 19019252B02

Nome do Agente: TIAGO OLIVEIRA

Matrícula do Agente: 1461472

Data: 12/04/2019

Item	Descrição do item	Valor	Item danificado no acidente		
			Sim	Não	NA
1	Dano em qualquer componente do Sistema de Suspensão.	M	X		
2	Avaria em qualquer um dos eixos.	M	X		
3	Dano em qualquer componente do Sistema de Freios.	M	X		
4	Chassi com deformação torcional menor ou igual à altura da longarina.	M	X		
5	Chassi com deformação vertical menor ou igual à altura da longarina	M	X		
6	Chassi com deformação lateral menor ou igual à distância interna entre as longarinas	M	X		
7	Chassi com deformação torcional maior que a altura da longarina.	G	X		
8	Chassi com deformação vertical maior que a altura da longarina.	G	X		
9	Chassi com deformação lateral maior que a distância interna entre as longarinas	G	X		
10	Chassi afetado termicamente na região onde está fixada a suspensão	M	X		
11	Avaria na estrutura das laterais ou do teto afetando o posto do condutor.	M	X		
12	Avaria na estrutura afetando a coluna "B" da carroceria.	M	X		
13	Avaria na estrutura afetando qualquer ponto de fixação das poltronas/bancos.	M	X		
14	Avarias na estrutura das laterais ou do teto atingindo o compartimento interno dos passageiros podendo ultrapassar o plano que passa pela linha de referência do peitoril (parte inferior das janelas).	M	X		
15	Estrutura com deformação vertical, podendo afetar o compartimento dos passageiros e os componentes de união da base da carroceria com o chassi	M	X		
16	Estrutura com deformação lateral, podendo afetar o compartimento dos passageiros e os componentes de união da base da carroceria com o chassi	M	X		
17	Região da carroceria e/ou do chassi termicamente afetada com dimensão menor ou igual a 2/3 do comprimento do chassi	M	X		
18	Região do chassis termicamente afetada com dimensão maior que a 2/3 do comprimento do chassi.	G	X		

Dano de Monta: Média



Documento assinado eletronicamente por TIAGO OLIVEIRA, matrícula 1461472, Policial Rodoviário Federal, em 07/04/2019, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e no alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.  
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobal/autenticar>, informando o protocolo 19019252B02 e o número de controle F3CFF3812LE94B4D4U0RA88880070.

191



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO  
PROTÓCOLO N° 19019252B02

V2 - Imagens Obrigatórias



IMAGEM DA FRETE

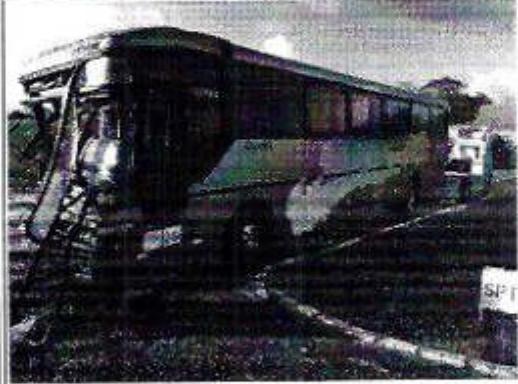


IMAGEM DA LATERAL ESQUERDA



IMAGEM DA TRASEIRA



IMAGEM DA LATERAL DIREITA



Assinatura  
eletrônica

Documento assinado eletronicamente por MAGO DE MORAES, matrícula 1461772, oficial Rodoviário Federal, em 07/06/2019, nenhuma habitação de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória N° 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto nº 8.599, de 6 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa N° 41-DG, de 13 de novembro de 2015.  
A autenticidade desse documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobsf/autenticar>, informando o protocolo 19019252B02 e o número de controle F3C4H3812LL941BU6DB09AU898DD70.

191





MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA  
PÓLICIA RODOVIÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO  
PROTÓCOLO N° 19019252B02

**V2P1 - Encaminhamento**

Motivo: Outros

Informações complementares:

Tipo de Receptor: IML ou DML

**V2P2 - PASSAGEIRO 2 DO V2 - MARIA ANDREZA SILVA SANTOS**

**V2P2 - Informações**

Nome: MARIA ANDREZA SILVA SANTOS

CPF: 040.624.495-28

Estado físico: Lesões Leves

Data de Nascimento: 18/06/1986

Sexo: Feminino

Usava cinto de segurança: Ignorado

**V2P2 - Dados do Contato**

Endereço: SILVIO ROMERO, 306, CENTRO, CAPELA-SE

Telefone:

Email:

**V2P2 - Encaminhamento**

Motivo: Socorro médico

Informações complementares:

Tipo de Receptor: SAMU

**V2P3 - PASSAGEIRO 3 DO V2 - JULIANA DOS SANTOS LEMOS ROSA**

**V2P3 - Informações**

Nome: JULIANA DOS SANTOS LEMOS ROSA

CPF: 050.691.335-00

Estado físico: Lesões Leves

Data de Nascimento: 10/10/1995

Sexo: Feminino

Usava cinto de segurança: Ignorado

**V2P3 - Dados do Contato**

Endereço: CARLOS DE F CABRAL, 16, CAPELA-SE

Telefone:

Email:

**V2P3 - Encaminhamento**

Motivo: Socorro médico

Informações complementares:

Tipo de Receptor: SAMU

**V2P4 - PASSAGEIRO 4 DO V2 - ANA CLAUDIA DOS SANTOS SILVA**

**V2P4 - Informações**

Nome: ANA CLAUDIA DOS SANTOS SILVA

CPF: 045.663.815-60

Estado físico: Lesões Leves

Data de Nascimento: 11/06/1990

Sexo: Feminino

Usava cinto de segurança: Ignorado



Documento assinado eletronicamente por HAGO DI MELTA, matrícula 1461172, Policial Rodoviário Federal, em 07/08/2019, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória N° 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, inciso "a" do Decreto N° 8.539, de 6 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa N° 11-DG, de 13 de novembro de 2015.  
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autentica>, informando o protocolo 19019252B02 e o número de controle F3CFF-3812EE84D40608AB988007D.

191



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA  
PÓLICIA RODOVIÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO  
PROTÓCOLO N° 19019252B02

**V2P4 - Dados do Contato**

Endereço: SANTA CRUZ, 856, CASA, CENTRO, CAPELA-SE  
Telefone: 007999535418

Email:

**V2P4 - Encaminhamento**

Motivo: Socorro médico  
Informações complementares:

Tipo de Receptor: SAMU

**V2P5 - PASSAGEIRO 5 DO V2 - JAISLA DOS SANTOS SILVA**

**V2P5 - Informações**

Nome: JAISLA DOS SANTOS SILVA

Data de Nascimento: 20/11/1991

Nº de Identificação/órgão expedidor: 24568325 /SSP/SE

Sexo: Feminino

Estado físico: Lesões Leves

Usava cinto de segurança: Ignorado

**V2P5 - Dados do Contato**

Endereço: RUA DE SANTA CRUZ, 856, CENTRO, CAPELA-SE  
Telefone:

Email:

**V2P5 - Encaminhamento**

Motivo: Socorro médico

Tipo de Receptor: SAMU

Informações complementares:

**V2P6 - PASSAGEIRO 6 DO V2 - Não Identificado**

**V2P6 - Informações**

Nome:

Data de Nascimento:

Sexo: Feminino

Estado físico: Lesões Leves

Usava cinto de segurança: Ignorado

Informações complementares: Vítima identificada apenas pelo nome de Milena.

**V2P6 - Dados do Contato**

Endereço:

Telefone:

Email:

**V2P6 - Encaminhamento**

Motivo: Socorro médico

Tipo de Receptor: SAMU

Informações complementares:



Documento assinado eletronicamente por HAGO OLIVEIRA, matrícula 1461472, Policial Rodoviário Federal, em 07/06/2019, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 1º da Medida Provisória N° 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 1º do Decreto N° 6.539, de 6 de outubro de 2015 e no alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa N° 67-DG, de 13 de novembro de 2015.  
A autenticidade desse documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novaobat/autenticar>, informando o protocolo 19019252B02 e o número de conselho F3CFF3812LEMBID6D808ABAB0D7D.

191



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA  
PÓLICIA RODOVIÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO  
PROTÓCOLO N° 19019252B02

V2P7 - PASSAGEIRO 7 DO V2 - Não Identificado

V2P7 - Informações

Nome:

Sexo: Feminino

Usava cinto de segurança: Ignorado

Informações complementares: Vítima identificada apenas pelo nome de Lucila.

Data de Nascimento:

Estado físico: Lesões Leves

V2P7 - Dados do Contato

Endereço:

Telefone:

Email:

V2P7 - Encaminhamento

Motivo: Socorro médico

Tipo de Receptor: SAMU

Informações complementares:

**V2P8 - PASSAGEIRO 8 DO V2 - ANDERSON ARISTIDES SANTOS**

V2P8 - Informações

Nome: ANDERSON ARISTIDES SANTOS

Data de Nascimento: 14/12/1985

CPF: 019.919.915-92

Sexo: Masculino

Estado físico: Lesões Leves

Usava cinto de segurança: Ignorado

Informações complementares: Incluído no BAT conforme processo nº 08672 003711/2019-53.

V2P8 - Dados do Contato

Endereço: OTR RUA DO PONTO, 0, PIRUNGA, CAPELA-SE

Telefone: Email:



Documento assinado eletronicamente por: MINGO DI MEIRA, matrícula 1461472, Policial Rodoviário Federal, em 07/11/2019, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória N° 2.200-2, de 24 de agosto de 2001 (no art. 6º do Decreto N° 8.539, de 8 de outubro de 2015) e no alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa N° 61-DIS, de 11 de novembro de 2015.  
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novosaul/autenticar>, informando o protocolo 19019252B02 e o número de chassi F3CFF3812BE41D6UBN8AB980D7D.

191

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASI:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:

08.919.915.92

Anderson Antônio Soárez

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2010

5 - Nome completo:

Anderson Antônio Soárez

6 - CPF:

08.919.915.92

7 - Profissão:

Jurado

8 - Endereço:

Perópolis Parávito

9 - Número:

500

10 - Complemento:

Casa

11 - Bairro:

Av. Brasil

12 - Cidade:

Capela

13 - Estado:

SE

14 - CEP:

34700-000

15 - E-mail:

16 - Tel.(DDD):

(79) 99606-3111

DADOS CADASTRAIS

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

RECUSO INFORMAR  
 SEM RENDA

R\$1.00 A R\$1.000,00  
 R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
 ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTELA)

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: 2215

CONTA: 29892

AGÊNCIA:

CONTA:

[Informar o dígito se existir]

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

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

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

Não há IML que atende 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

23 - Estado civil da vítima:

Solteiro     Casado (no Civil)     Divorciado     Separado judicialmente     Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

Sim

Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo

28 - Vítima teve filhos?  Sim     Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos:    Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (vainacer)?  Sim     Não

31 - Vítima teve irmãos?  Sim     Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:    Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

Impressão digital da ultima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (\*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

40 - Local e Data,

Procurado 25/11/2019

Anderson Antônio Soárez

38 - 1º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)