

ITAU - UNIBANCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

BANCO: 341

AGÊNCIA: 0477

CONTA: 000000078857-4

DATA DA TRANSFERENCIA:

07/03/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:

6.075,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MANOEL MESSIAS DOS SANTOS

BANCO: 341

AGÊNCIA: 05634

CONTA: 000000021074-3

Autenticação:

39A85C5250C29FBE243DD5B5552B2DBF0F3E770B3FB338F7D94251A19099900E

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180063789 **Cidade:** Aracaju **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MANOEL MESSIAS DOS SANTOS **Data do acidente:** 10/11/2017 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA COMINUTIVA DA FALANGE MEDIAL DO 5º QUIRODÁCTILO A ESQUERDA.
 FRATURA LINEAR DE DIÁFISE PROXIMAL DA TIBIAL A ESQUERDA.

Descrição do exame médico pericial: AO EXAME FÍSICO FOI EVIDENCIADO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO COM FORÇA MUSCULAR DA MÃO DIMINUÍDA (++/+) EM VIRTUDE DA DOR NO 5º QUIRODÁCTILO, PRESENÇA DE CICATRIZ CIRÚRGICA NA FACE POSTERIOR E MEDIAL DO 5º QUIRODÁCTILO, ENCURTAMENTO DO 5º QUIRODÁCTILO COM AUMENTO DO VOLUME DA FALANGE MEDIAL E ARTICULAÇÃO INTERFALANGIANA PROXIMAL DO 5º QUIRODÁCTILO, DOR E RIGIDEZ DO 5º QUIRODÁCTILO, PERDA TOTAL DO MOVIMENTO DE FLEXÃO DO 5º QUIRODÁCTILO E DIFICULDADE DE FECHAR A MÃO. MEMBRO INFERIOR DIREITO COM MACHA CLAUDICANTE (++/5+), FORÇA MUSCULAR DA Perna DIMINUÍDA (++/5+), EM VIRTUDE DA DOR E BLOQUEIO, CICATRIZ CIRÚRGICA (SUTURA) NA FACE ANTERIOR DO JOELHO, PEQUENA ATROFIA DA PANTURRILHA POR DESUSO, DOR, EDEMA, CREPITAÇÃO E BLOQUEIO NA ARTICULAÇÃO DO JOELHO, RESTRIÇÃO DO MOVIMENTO DE FLEXÃO, EXTENSÃO, ROTAÇÃO LATERAL E MEDIAL DA ARTICULAÇÃO DO JOELHO.

Resultados terapêuticos:

- 1-O QUADRO EVOLUIU COM ESTABILIZAÇÃO DAS LESÕES DO PONTO DE VISTA MÉDICO LEGAL.
- 2-O QUADRO FOI TRATADO COM REDUÇÃO E FIXAÇÃO DA FRATURA DE FALANGE MEDIAL DO 5º QUIRODÁCTILO COM FIOS DE KIRCHNER, IMOBILIZAÇÃO COM TALA GESSADA POR 45 DIAS NA FRATURA PROXIMAL DA TIBIAL A ESQUERDA.
- 3-DATA DA ALTA DEFINITIVA 17/11/2017.
- 4-NÃO HOUVE COMPLICAÇÕES.

Sequelas permanentes: PERDA TOTAL ANATOMICO E FUNCIONAL DO 5º QUIRODÁCTILO. DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 28/02/2018

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: MANOEL OTACILIO NASCIMENTO JUNIOR

CRM do médico: 1827

UF do CRM do médico: SE

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	10 %	Em grau completo - 100 %	10%	R\$ 1.350,00
		Total	45 %	R\$ 6.075,00

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



PRESTADOR

LAUDARE ASSESSORIA E PERÍCIAS MÉDICAS LTDA EPP

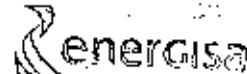
Médico revisor: LAURA LUANA BRAGA LAZARO

CRM do médico: 116389

UF do CRM do médico: SP

Assinatura do médico:

MANGOS MESSIAS DOS SANTOS
PRA QUATROZ DE FEVEREIRO, 520/LOT JD ROSA DE MAIO -CENTRO
NOSSA SENHORA DO SOCORRO/SE CEP: 45160-000 (40.30)
Emissor: 29/12/2017 Referência: Dec/2017
Classificação: RESIDENCIAL / BARRA RENDA MONOFASICO
Referência: 13-20-ED-1131 NFmedidor: 25013802144



ENERGISA SERGIPANORTE ENERGISA

Rua Nossa Senhora do Rosário, 520 - Centro

Aracaju/SE - CEP 49000-000

fone: (52) 327-4300-0001-0002-0003

Notificação: Celular: Celular: 99999-9999

Celular: 99999-9999

CEP: 49000-000

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Manoel Messias dos Santos,

RG nº 740792, data de expedição 09/09/2008

Órgão SSP/SE, portador do CPF nº 451.669.435-20, com
domicílio na cidade de N. Senhora do Socorro, no Estado de
Seruipe, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

Rua Bucatorze de Fevereiro, lot. fkl Rosa de Haia, nº 620,

complemento Casa, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mentionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima Manoel Messias dos Santos, cujo o condutor era
Manoel Messias dos Santos.

Veículo: MOT

Modelo: Honda / CG 160 Titân EX

Ano: 2016

Placa: QKV 2831

Chassi: 9C2KCJ21D6R505038

Data do Acidente: 10/11/2017

Local e Data: Com a Avenida Pectro Paes de Almeida

Manoel Messias dos Santos

Assinatura do Declarante

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

Jana Marpa dos Santos
st. de Atendimento - 5821
Centro Sul - 42221



RELATÓRIO MÉDICO



NOME DO PACIENTE: Manoel Menezes dos Santos
DATA DA ENTRADA: 10/11/2017
DATA DA SAÍDA: 16/11/2017

INTERNAMENTO:

P.S (X) ENFERMARIA () UTI ()

HISTÓRICO

CLÍNICO: Paciente vítima de acidente motociclistico, deu entrada no HSE leuviado, espneico, hemodinamicamente instável, apresentando fratura cominutiva do 5º quinodátilo esquerdo e fratura da tíbia esquerda. Submetido a fixação da fratura do quinodátilo e reparo de partes moles bem como colocação de tala gessada no membro inferior afetado. Permaneceu internado, em uso de medicamentos, recebendo alta em 16/11/17 com orientações.

HISTÓRICO

CIRÚRGICO: Acima



CARTÓRIO LEÔNIA G. MA
6º OFÍCIO DE ARACAJU-SE
Rua Itabahibe, nº 177 - Centro
Aracaju-SE - CEP 49.010-010
Fone: (79) 3211-8744 - Fax: (79) 3210-7644

Certifico que a presente cópia é
reprodução fiel do original que se foi
exibido, dos fcs. SERIK NASCIMENTO
Estrevento, 29/01/2018 03:20:11. Selo T055
201829525006328 www.cjsejus.br/x43007G



EXAMES COMPLEMENTARES: Plaquetas raiadas

MÉDICOS ASSISTENTES: Dr. Fabrício França Fontes, Dr. João Francisco B. C. Araújo, Dr. Rafael Gonçalves, Dr. Thiago M. Ideal

CONDIÇÕES DE ALTA:

MELHORADO (X)

TRANSFERIDO ()

ÓBITO ()

Aracaju, 4/01/18

Juliana Maria dos Santos

Dra. Sônia T. de S. Vazquez
Pediatra
CRM 1532

Juliana Maria dos Santos
Assist. de Atend. em: 5827
Assist. de Scansal Atend.

HOSPITAL GOVERNADOR JOAO ALVES FILHO

FICHA DE INTERNACAO
IDENTIFICACAO DO PACIENTE

Reg. Definitivo...: 162434
Numero do CNS....: 0000000000000000
Nome.....: MANOEL MESSIAS DOS SANTOS
Documento.....: Documento.....: Tipo :
Data de Nascimento: 24/12/1964 Idade: 52 anos
Sexo.....: MASCULINO
Responsavel.....: MANOEL LEONIDO DOS SANTOS
Nome da Mae.....: MARIA DE LOURDES SANTANA SANTO
Endereco.....: RUA 14 DE FEVEREIRO 620 704503303368514
Bairro.....: JARDIM ROSA DE MAIO Cep.: 00000-000
Telefone.....: 988444078
Municipio.....: 2800308 - - SE
Nacionalidade....: BRASILEIRO
Naturalidade.....: SERGIPE

DADOS DA INTERNACAO

Forma de Entrada.: 4 - EMERGENCIA No. do BE: 1628497
Clinica.....: 940 - PS VERDE TRAUMA I
Leito.....: 999.0040
Data da Internacao: 11/11/2017
Hora da Internacao: 17:00
Medico Solicitante: 532.948.405-78 - FABIO FRANCA FONTES
Proced. Solicitado: NAO INFORMADO
Diagnostico.....: NAO INFORMADO
Identif. Operador.: ESBSANTOS

INFORMACOES DE SAIDA

Proc. Realizado:
Dt.Hr Saída: 27/11/2009 15:50
Especialidade:
Tipo de Saída:
CID Principal:
CID Secundario:
Principal:
Secundario:
Outro:

Juliana Maria dos Santos
Assist. de Atendimento - 55212
Centro de Saúde 2 - 55212

MS/DATASUS : HOSPITAL GOVERNADOR JOAO ALVES FILHO

No. DO BE: 1628497 DATA: 10/11/2017 HORA: 16:06 USUARIO: TPSJESUS
CNS: SETOR: 06-SUTURA PS-AUDIT

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

IDENTIFICAÇÃO
 NOME : MANOEL MESSIAS DO SANTOS
 IDADE : 53 ANOS NASC: 00/00/0000
 ENDERECO : FRANCISCO PORTO R. 14 de fevereiro
 BAIRRO: Jardim Rose de Menezes
 COMPLEMENTO : N.º 96 do Socorro
 UF: SE CEP: 49000-000
 MUNICIPIO : ARACAJU
 NOME PAI/MAE : Terezinha de Souza
 TEL: (79) 98844-4078
 RESPONSAVEL : TRAZIDO/SAMU
 PROCEDENCIA : ARACAJU - CAPITAL
 ATENDIMENTO : ACIDENTE MOTOCICLISTICO (MOTOS)
 CASO POLICIAL : NAO
 PLANO DE SAUDE : NAO
 ACID. TRABALHO : NAO
 VEIO DE AMBULANCIA : SIM
 PA: [] mmHg] PULSO: [] TEMP.: [] PESO: []
 1. VENAS 1. TC

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

DADOS CLÍNICOS: 16:15 Paciente trazido pelo S. em protocolo de imobilização e levado de cama para sala de emergência, com pressão arterial de 100/60 mmHg, P: 100, F: 20, C: 100, S: 100, T: 36,9°C. A, B, C, D, E: sem alterações. F: dor no lado esquerdo, intensa, com sensação de fogo, sem irradiar, sem dor牵涉性. G: dor no lado direito, intensa, com sensação de fogo, sem irradiar, sem dor牵涉性. H: dor no lado direito, intensa, com sensação de fogo, sem irradiar, sem dor牵涉性. I: dor no lado direito, intensa, com sensação de fogo, sem irradiar, sem dor牵涉性. J: dor no lado direito, intensa, com sensação de fogo, sem irradiar, sem dor牵涉性. K: dor no lado direito, intensa, com sensação de fogo, sem irradiar, sem dor牵涉性. L: dor no lado direito, intensa, com sensação de fogo, sem irradiar, sem dor牵涉性. M: dor no lado direito, intensa, com sensação de fogo, sem irradiar, sem dor牵涉性. N: dor no lado direito, intensa, com sensação de fogo, sem irradiar, sem dor牵涉性. O: dor no lado direito, intensa, com sensação de fogo, sem irradiar, sem dor牵涉性. P: dor no lado direito, intensa, com sensação de fogo, sem irradiar, sem dor牵涉性. Q: dor no lado direito, intensa, com sensação de fogo, sem irradiar, sem dor牵涉性. R: dor no lado direito, intensa, com sensação de fogo, sem irradiar, sem dor牵涉性. S: dor no lado direito, intensa, com sensação de fogo, sem irradiar, sem dor牵涉性. T: dor no lado direito, intensa, com sensação de fogo, sem irradiar, sem dor牵涉性. U: dor no lado direito, intensa, com sensação de fogo, sem irradiar, sem dor牵涉性. V: dor no lado direito, intensa, com sensação de fogo, sem irradiar, sem dor牵涉性. W: dor no lado direito, intensa, com sensação de fogo, sem irradiar, sem dor牵涉性. X: dor no lado direito, intensa, com sensação de fogo, sem irradiar, sem dor牵涉性. Y: dor no lado direito, intensa, com sensação de fogo, sem irradiar, sem dor牵涉性. Z: dor no lado direito, intensa, com sensação de fogo, sem irradiar, sem dor牵涉性. DATA PRIMEIROS SINTOMAS: 16/01/2018

ANOTACOES DA ENFERMAGEM:

DIAGNOSTICO: Febre com duração de 5 dias CID: O febreto +
PRESCRIÇÃO: Fábrica de S.M.C + HORARIO DA MEDICACAO
Fábrica da mitofane de tripla D.
Fontes

- (A) Difund 100 → ~~more~~ 100

(B) Rock points D = 20, Mac E = 2, yellow E = 2,
purple E = 2

(C) 4. Chitopoda

3) a. Chapada HORA DA SAIDA: _____
DATA DA SAIDA: / / HORA DA SAIDA: _____
[] DECISAO MEDICA [] A PEDIDO [] EVASAO [] DESISTENCIA
ALTA: [] ENCAMINHADO AO AMBULATORIO
[] INTERNACAO NO PROPRIO HOSPITAL (SETOR): _____

TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE): FAMILIA IML ANAT. PAT
OBITO: ATE 48HS APOS 48HS

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSÁVEL

AVARIA E CARTIMBO DO MEDICO

REALIZADO EM 11 DE MARÇO DE 1985
AS 10 HORAS

18.4.82 Vítima de acidente 1 mto. 4 leia removendo ob 5 leia,
HUSE sob a orientação do regente, levando o
 anexo de proteção + máscara de gás.
 Tudo gerado para o proteção máscara
 + máscara de gás / 36 tubo (3).

Fundação
 Hospitalar
 de Saúde

FICHA DE ATENDIMENTO

Fábio França Fontes
 Ortopedia
 CRM 1950

ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO - SISTEMA DE MANCHESTER

NOME DO PACIENTE (Sem abreviações):

REGISTRO:

IDADE:

ETNIA:

DATA: / /

DATA DE NASCIMENTO

NOME DA MÃE:

HORA:

SITUAÇÃO / QUEIXA:

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Heijol 2g de óleo

Fábio França Fontes
 Ortopedia
 CRM 1950

had mso (3) RH dypa

Fábio França Fontes
 Ortopedia
 CRM 1950

FLUXOGRAMA:

DISCRIMINADOR:

ALERGIAS (MEDICAMENTOS E ALIMENTOS):

PERÍODO	ARANJA	AMARELO	VERDE	PRETO
0 MIN	MUITO URGENTE	URGENTE	POUCO URGENTE	NÃO URGENTE
OBSERVAÇÃO:	10 MIN	50 MIN	120 MIN	240 MIN

DESTINO / ENCAMINHAMENTO:

ENF.:

COREN:

ASSINATURA:

COORDENADOR:

DATA: / /

HORA: h

RECLASSIFICAÇÃO 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)



PRONTO SOCORRO ADULTO
HUSE

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome: Monal Fernandes dos Santos Idade: 51a Data: 10/05/2024



EVOLUÇÃO/PRESCRIÇÃO MÉDICA DATA 16/11/17

DATA

16/11/17

NOME: MANOEL MESSIAS SANTOS

ALA: VERDE TRAUMA 1 LEITO: CORREDOR GÊNERO: MASCULINO IDADE: 53

DIAGNÓSTICOS: FRATURA COMINUTA 5º QD MAO ESQ. + FRATURA DE TIBIA ESQ.

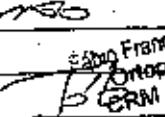
EVOLUÇÃO MÉDICA: Foi encaminhado para o pronto-socorro. Foi feita limpeza e cura. S/ uso de flútor em pasta e soro e soro misto. Co-Alo + APP + Faus + UH

PRESCRIÇÃO MÉDICA		HORÁRIO DE ADMINISTRAÇÃO
1	Dieta VO LIVRE	
2	SF0,9% 1000ML EV P/24HS	
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	
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	Glucose 25%, 40ml, IV, se glicemia < 70	
5	Captopril 25mg, VO, se PAS > 180mmHg ou PAD > 110mmHg SOS	
16	CCGG + SSVV 6h/6h	
17	Gentamicina 240mg, EV, 1x/dia SUSP	
18	CURATIVO DIÁRIO 1X/DIA	
19	CIPRO 400MG EV 12/12HS D7	
20	CLINDAMICINA 600MG EV 6/6HS D7	
21	<i>Ab hanilla + A76 + Rul6</i>	
2		

86951-3021-821335/100
Dr. H. J. G. M. van der
Linden, M.D.
1981



Nome do Paciente: Mondl Almeida dos Santos Idade: 51 Sexo: F
Unidade de Produção: Leito: N° do Prontuário:

DATA	HORA	HISTÓRICO
10/11/17		<p>Notas obtidas de paciente de sexo, M. Fransca m/s (C) c/ lesões semicirculares ab 5-6cm c/ prejuízo de segmentos, nenhuns submetâb. → processo de fibrose/conservativa c/ prejuízo (mucos) + reparo de portas molas apófisis pré-auricular da base c/ STC ab 91 + VLT desgarrado. Fissuras sutur, nenhuns tendo interrompimentos p/ conservar papilares e folha tegumentar rebento ab sulcos. Suturação c/ sutura preta de metálico de Titânio (C), sem colágeno TBC gerada. Internas as 4 unhas da extremitade e ungueia da mao</p> <p style="text-align: right;">  Dr. Fransca Furtado Dermatologia CRM 1850 </p>

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

MINISTÉRIO DAS CIDADES

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO. SEGURO DPVAT

SF N° 012664251033

9

-0007*

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.dpvatsegurodotransito.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

SAC DPVAT 0800 022 1204

- EXERCÍCIO - DATA EMISSÃO -
2016 04/04/2016

VIA	CPF / CNPJ	PLACA
451.659.435-20		OKV2231
REBAHAM	MARCA / MODELO	
1082550628	HONDA/CG 160 TITAN	
ANO FAB.	DM TANF.	Nº CHASSI
2016	09	9021022106P805038

PRÉMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$)	DENATRAN (R\$)	CUSTO DO SEGURO (R\$)
129,03	14,33	143,37
CUSTO DO BILHETE (R\$)	IOP (R\$)	TOTAL A SER PAGO (SEGURO+IOP+R\$)
4,15	1,11	292,01
PAGAMENTO		DATA DE OLITADAÇÃO
CONTÁ UNICA	<input type="checkbox"/> PARCELADO	04/04/2013

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.608/0001-04
www.seguradoraalder.com.br

23

Juliana Maria dos Santos
Assist. de Aprendizamento - 382270
Carenagem - Sucursais Acrejuru



INSTITUTO MÉDICO LEGAL
LAUDO PERICIAL
Lesões Corporais

MANOEL MESSIAS DOS SANTOS

LAUDO Nº 645/2018

ESTE CORRESPADE COM O ORIGINAL
En 29/07/2018

Juliano Rodrigues Ferreira (Ass.)
Agente de Polícia
Identificação: 549.411 SSP/SE

Juliana Maria dos Santos
Câmara de Atendimento - 38270
Capimisa Suzana/Alazari



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

LAUDO DO EXAME DE LESÕES CORPORAIS

sexta-feira, 19 de Janeiro de 2018

Nº Laudo
845/2018

Dados Da Vítima

Nome da Vítima	MANOEL MESSIAS DOS SANTOS	Nascimento	24/12/1964	Idade	53	Naturalidade	PORTO DA FOLHA
Estado Civil	Sexo	Cor		Profissão		UF	
DIVORCIADO	MASCULINO	PARDA		MOTO BOY		SE	
Instituição	Nome da Mãe			Nome do Pai			
1º Grau Incompleto	MARIA DE LOUDES SANTANA SANTOS			MANEL LEONIDODOS SANTOS			
Endereço	Bairro			Município			
RUA 14 DE FEVEREIRO Nº 620	JARDIM ROSA DE MAIO			NOSSA SENHORA DO SOCORRO/SE			
Nome da Autoridade	Função			Unidade			
BEL° DANIELA R. LIMA BARRETO	BEL° DANIELA R. LIMA			DEDT			
BARRETO							
1º Perito Relator	Cremesel Cross	2º Perito Relator					
DR. JACSON LÉAL DA COSTA	5541						

Local da Perícia
Sala do IML

Tipo

Causa

Cremesel Cross
AMDO-Nº DO
LAUDO 845/2018

Historico/Descrição

Historico

Relata o periciado que fora vítima de atropelamento, fato ocorrido às 14h30 do dia 10/11/2017, nesta cidade.

Descrição

Apresenta relatório médico assinado por Dra. Selma T. da C. S. Montalvão CRM 1532, onde relata paciente vítima de acidente motociclistico deu entrada no HUSE, lúcido, eupneico hemodinamicamente estável apresentando fratura cominutiva do 5º quirodactilo esquerdo e fratura de tibia esquerda. Submetido a fixação da fratura do quirodactilo e reparo das faces moles bem como colocação de tala gessada em membro inferior afetado. Permaneceu internado em uso de medicação e sendo liberado dia 16/11/2017.

Ao exame observamos presença de ferimento cirúrgico em região falange medial de 5º quirodactilo esquerdo com rigidez do referido dedo. Presença quatro ferimentos cicatrizados de formato circular em região anterior de perna esquerda.

Comentário Médico/Conclusão/Questões Respostas

Comentário Médico - Forense

Existe compatibilidade entre os achados e a ação contundente. As lesões não resultaram em perigo de vida, porém se fez necessário afastá-lo de suas ocupações habituais por período superior a 30 dias.

ESTE CONFERE COM O CRIMINAL

Em 29/01/2018

Mauro Rodrigues Bemarilho
Agente de Polícia
Cód. 3-00.411 SSP/SE

Conclusão

- 1) Houve ofensa à integridade física da vítima.
- 2) Lesões produzidas por ação contundente.
- 3) Exame realizado às 15h13 do dia 19/01/2018.

Quesitos/Respostas:

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

Sim.

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

Contundente.

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

Sem elementos.

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

Sim.

5º) Da ofensa resultou perigo de vida?

Não.

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

Sim, rigidez do 5º quirodactilo esquerdo.

DR. JACSON LEAL DA COSTA
5541

AMMO-NF DO LAUDO 646/2018

ESTE CONFERE COM O CRIME:

Em 29/01/2018
Assinado por:

Leandro Rodrigues Ribeiro
Agente de Polícia
Identificação: 500.411-SEPISE

**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: 3180063789

Nome do(a) Examinado(a): MANOEL MESSIAS DOS SANTOS

Endereço do(a) Examinado(a): RUA 14 DE FEVEREIRO, 620 - 620 - Nossa Senhora do Socorro/SE - CEP 49160-000

Identificação - Orgão Emissor/UF/Número : 740.792 - SSP - 03/04/2014

Data e Local do Acidente : 10/11/2017

Data e Local do Exame : 28/02/2018 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 COMUNITIVA DA FALANGE MEDIAL DO 5º QUIRODÁCTILO A ESQUERDA.

FRATURA LINEAR DE DIÁFISE PROXIMAL DA TIBIAL A ESQUERDA.

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

1-O QUADRO EVOLUIU COM ESTABILIZAÇÃO DAS LESÕES DO PONTO DE VISTA MÉDICO LEGAL.

2-O QUADRO FOI TRATADO COM REDUÇÃO E FIXAÇÃO DA FRATURA DE FALANGE MEDIAL DO 5º QUIRODÁCTILO COM FIOS DE KIRCHNER, IMOBILIZAÇÃO COM TALA GESSADA POR 45 DIAS NA FRATURA PROXIMAL DA TIBIAL A ESQUERDA.

SESSÕES DE FISIOTERAPIA MOTORA.

3-DATA DA ALTA DEFINITIVA 17/11/2017.

4-NÃO HOUVE COMPLICAÇÕES.

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 NO 5º QUIRODÁCTILO, PRESENÇA DE CICATRIZ CIRÚRGICA NA FACE POSTERIOR E MEDIAL DO 5º QUIRODÁCTILO, ENCURTAMENTO DO 5º QUIRODÁCTILO COM AUMENTO DO VOLUME DA FALANGE MEDIAL E ARTICULAÇÃO INTERFALANGIANA PROXIMAL DO 5º QUIRODÁCTILO, DOR E RIGIDEZ DO 5º QUIRODÁCTILO, PERDA TOTAL DO MOVIMENTO DE FLEXÃO DO 5º QUIRODÁCTILO E DIFICULDADE DE FECHAR A MÃO.

MEMBRO INFERIOR DIREITO COM MACHA CLAUDICANTE (++/5+), FORÇA MUSCULAR DA PERNAS DIMINUÍDA (++/5), EM VIRTUDE DA DOR E BLOQUEIO, CICATRIZ CIRÚRGICA (SUTURA) NA FACE ANTERIOR DO

JOELHO, PEQUENA ATROFIA DA PANTURRILHA POR DESUSO, DOR, EDEMA, CREPITAÇÃO E BLOQUEIO NA ARTICULAÇÃO DO JOELHO, RESTRIÇÃO DO MOVIMENTO DE FLEXÃO, EXTENSÃO, ROTAÇÃO LATERAL E MEDIAL DA ARTICULAÇÃO DO JOELHO.

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:

PERDA TOTAL ANATOMICO E FUNCIONAL DO 5º QUIRODÁCTILO.
DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

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 às regiões corporais acometidas.

Região Corporal

5º QUIRODÁCTILO.

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

Região Corporal

MEMBRO INFERIOR ESQUERDO

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

Região Corporal

% do Dano () 10% residual () 25% leve

Região Corporal

% do Dano () 10% residual () 25% leve

50% médio 75% intensa 100% 50% médio 75% intensa 100%
completo completo

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

Manoel Otacilio Nascimento Júnior

Manoel Otacílio N
Clínica e Auditório M
CRM 1827

MANOEL OTACILIO NASCIMENTO JUNIOR CRM : 1827 / UF :SE



Seguradora Líder • DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO



0202*

DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS ID

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA Maurozé Messias dos Santos
 DATA DO ACIDENTE 10/11/2017 CPF DA VÍTIMA 651.669.435.20

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR VÍTIMA REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM A VÍTIMA É _____
 ENDEREÇO DO PORTADOR Rua 14 de Fevereiro
 N° 620 COMPLEMENTO 30-Rosa de Maia BAIRRO CENTRO
 CIDADE MISSAO S. JOSE DO RIO PRETO UF SE CEP 18160-000
 E-MAIL _____ TELEFONE (19) 9 8846-1036

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA
- BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TALIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 - CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 - COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL), OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- DOS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODER SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
- NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TALIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 - CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 - COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODER SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- VALORES DE INDENIZAÇÃO
- MORTE = R\$ 13.500,00
 - INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
 - DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.

- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA
- COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FÓRMULÁRIO
- PARA ACCOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 30/01/18IDENTIDADE 440.992ASSINATURA Maurozé Messias dos Santos

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA 30/01/18NOME José Carlos S. MeloASSINATURA José Carlos S. Melo



GOVERNO DO ESTADO DE SERGIPE
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA ESPECIAL DE DELITOS DE TRÂNSITO - ARACAJU
- SE

Fls:
Visions

**Requisição de Exame Pericial - Lesão Corporal Nº
BO Nº 4963/2017**

Ao(A) Sr(a)
IML
ARACAJU - SE

Prezado(a) Senhor(a),

... Encaminhamos a Vossa Senhoria a pessa-a abaixo qualificada, a fim de que seja submetida a Exame Pericial (LESÃO CORPORAL): Manoel Messias dos Santos, CPF: 451.669.435-20, RG Número: 740792, Órgão Expedidor: SSP, Estado: SE, Nome da Mãe: Maria de Lourdes Santana Santos, Nome do Pai: Manoel Leonido dos Santos, Sexo: Masculino, Raça/Cor: Parda, Estado Civil: Divorciado(a), Nacionalidade: Brasileira, Local de Nascimento: Porto da Folha/SE, Idade: 52 anos, Data de Nascimento: 24/12/1964, Profissão: Motoboy, Escolaridade: Ensino Fundamental Incompleto, Endereço: 14 DE FEVEREIRO, Nº: 620, CASA, CONJ. JARDIM ROSA DE MAIO, CEP: 49160000, Nossa Senhora do Socorro/SE, Telefone: (79) 98846-1036 (Celular).

Quesitos: 1) Há ofensa à integridade física ou à saúde do paciente? 2) Qual o instrumento ou meio que a produziu? 3) Foi produzido por meio de veneno, fogo, explosivo, asfixia ou tortura, ou por outro meio insidioso ou cruel? 4) Resultará incapacidade para as ocupações habituais por mais de 30 dias; ou perigo de vida; ou debilidade permanente de membro, sentido ou função? 5) Resultará incapacidade permanente para o trabalho; ou enfermidade incurável; ou perda ou inutilização de membro ou função; ou deformidade permanente?

Outros quesitos:

Objetivo: Constatar a ocorrência ou não de lesão corporal e sua intensidade, com base na perspectiva do gênero, a fim de produzir laudo pericial que terá o papel de materializar o tipo penal através da prova técnica.

Emitir Laudo: Exame Preliminar Exame Definitivo.

OBS: Remeter Laudo para: Delegacia Especial de Delitos de Trânsito

ARACAJU-SE, 21 de Dezembro de 2017

Daniela Ramos Lima Barreto
Delegada(a) de Polícia, (1)

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180063789 **Cidade:** Aracaju **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MANOEL MESSIAS DOS SANTOS **Data do acidente:** 10/11/2017 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 20/02/2018

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DO 5º DEDO DA MÃO ESQUERDA E TIBIA ESQUERDA

Resultados terapêuticos: A ESCLARECER

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: LAUDO INCONCLUSIVO

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

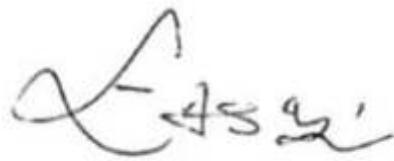
VISÃO MÉDICA LTDA

Nome do médico: EDSON L D ANDRADE

CRM do médico: 52.44121-9

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



Rio de Janeiro, 07 de Fevereiro de 2018

Aos Cuidados de: **MANOEL MESSIAS DOS SANTOS**

Nº Sinistro: **3180063789**

Vitima: **MANOEL MESSIAS DOS SANTOS**

Data do Acidente: **10/11/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180063789**.

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** 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, 20 de Fevereiro de 2018

Aos Cuidados de: **MANOEL MESSIAS DOS SANTOS**

Sinistro: **3180063789**

Vítima: **MANOEL MESSIAS DOS SANTOS**

Data do Acidente: **10/11/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

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 3180063789** 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** 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, 09 de Março de 2018

Carta n°: 12494609

A/C: MANOEL MESSIAS DOS SANTOS

Nº Sinistro: 3180063789
Vitima: MANOEL MESSIAS DOS SANTOS
Data do Acidente: 10/11/2017
Cobertura: INVALIDEZ

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: MANOEL MESSIAS DOS SANTOS

Valor: R\$ 6.075,00

Banco: 341

Agência: 000005634

Conta: 0000021074-3

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	6.075,00

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 70%) 35,00%

Valor a indenizar: 35,00% x 13.500,00 = R\$ 4.725,00

Dano Pessoal: Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer um dentre os outros

dedos da mão 10%

Graduação: Em grau completo 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 10%) 10,00%

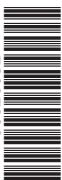
Valor a indenizar: 10,00% x 13.500,00 = R\$ 1.350,00

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.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





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 221286 (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

451.669.435-20

Nome completo da vítima

MANOEL MESSIAS DOS SANTOS

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	MANOEL MESSIAS DOS SANTOS	CPF titular da conta	451.669.435-20	Profissão	MOTORISTA
Endereço	QUA 14 DE FEVEREIRO	Número	620	Complemento	50 ROSA DE MARIA
Bairro	CENTRO	Cidade	IV-SEA Socorro	Estado	SP
Email	manoelmantesmotorista@gmail.com			Telefone	(11) 98846-1036

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

RECUZO INFORMAR SEM RENDA ATÉ R\$ 1.000,00 R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
 R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00 R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00 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

040

CONTA

040

5634

040

21074

040

(Inserir dígito se existir)

(Inserir dígito se existir)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO

None

AGÊNCIA

040

CONTA

040

040

040

(Inserir dígito se existir)

(Inserir dígito 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.

Ass. Se. 30 de JANEIRO de 2018

Local e Data

manoel messias dos santos

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

Juliana Maria dos Santos
Assist. de Atendimento - 8827C
Copermeia Susep/Assur/Atend

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 004963/2017

Veículo Adulterado? Não

Quantidade 1 Unidade

Situação Envolvida

Nome Envolvido

Envolvimientos

Desconhecido 1

Præsentation

RELATO/HISTÓRICO

Relata a vítima que conduzia a motocicleta acima mencionada, chassi BC2KC2210GR505036, licenciada em nome de MANOEL MESSIAS DOS SANTOS, pelo local, dia e horário acima citados, sentido Oeste/Leste, quando um veículo não identificado, parou de maneira abrupta e ao desviar do veículo a vítima bateu com a perna esquerda na lanterna traseira direita, perdeu o controle da motocicleta e caiu e na queda fraturou o dedo mínimo da mão esquerda. Aduz a vítima que o veículo e a motocicleta estavam na faixa da esquerda; Que na queda a motocicleta sofreu um empuxo no guidão, a pedaleira amparou, a maneta do lado direito e a carenagem traseira foram danificadas e que os reais danos serão conferidos em orçamento.

ASSINATURAS

1992

Roberval Rodrigues Bernardino
Responsável pelo Atendimento

Mass of Mississ. Snot

Manoel Messias dos Santos
(Vilma / Comunicante)



Certifico que a presente cópia é a
reprodução fiel do original que me foi
exibido dia **29** de **Janeiro** de **2018** na
Exibição de **20180129005224** www.ejea.jus.br/n/EEBPKX



Delegado de Polícia Civil: Daniela Ramos Lima Barreto
Impresso por: Roberta Rodrigues Bernardino
Data de Impressão: 21/12/2017 07:44
Protocolo nº: Não disponível

RELATÓRIO 01762 / 2017 REFERENTE À OCORRÊNCIA

NÚMERO: 1711100235 / ESUS - SAMU

O SAMU 192 SERGIPE foi acionado às 14h38min do dia 10 de Novembro de 2017, para atendimento a vítima identificada como Manoel Messias dos Santos, com relato de colisão carro x moto, no município de Aracaju.

A equipe da Unidade de Suporte Básico – Aracaju realizou atendimento no local, seguido de remoção para o Hospital de Urgência de Sergipe – HUSE do município de Aracaju, onde deixou o paciente aos cuidados da equipe.

Aracaju, 27 de Dezembro de 2017.


Tiemi S. M. Oki Fontes
Coordenadora Médica
SAMU 192 - Sergipe
CRM 4553

Tiemi Sayuri Menezes Oki Fontes

Coordenadora Médica

SAMU 192 SERGIPE

Juliana Maria dos Santos
Assist. de Aprendizamento - 58270
Câmara Municipal de Aracaju - 2019



SECRETÁRIA DE SAÚDE DO ESTADO DE SERGIPE
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA



RELATÓRIO MÉDICO

O(a) paciente

Renato Pessas foi atendido (a) / internado (a) nesta unidade
hospitalar dia 10/11/11, tendo sido submetido à tratamento cirúrgico (conservador),
de

CBO 10: 5821
5627

ARACAJU, 12/2017

MÉDICO

Dr. Edmílio Franco Cárvalho
Ortopedia e Traumatologia
CRM-SE 000

Juana Maria dos Santos
CRM-SE 000
Escola de Aprendizagem de Artes
Câmara de Artes