

# ITAÚ – 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 MARCHA CLAUDICANTE (++/5+), FORÇA MUSCULAR DA PERNA DIMINUÍDA (++) 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.

SESSÕES DE FISIOTERAPIA MOTORA.

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

4-NÃO HOUE 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

**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:**



Juliana Maria dos Santos  
Assistente de Atendimento - 58270  
Lapa - Curitiba - Paraná



## Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Mauro 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  
Sergipe, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)  
Rua Quatorze de Fevereiro, lot. fd Rosa de Haiz, nº 620,  
complemento Casa, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo  
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a  
vítima Mauro Messias dos Santos, cujo o condutor era  
Mauro Messias dos Santos.

Veículo: moto  
Modelo: Honda / CG 260 Titan EX  
Ano: 2016  
Placa: QKV 2831  
Chassi: 9C2KE22106R505038  
Data do Acidente: 10/11/2017  
Local e Data: Cam. a Avenida Pedro Paes de Azevedo

Mauro Messias dos Santos  
Assinatura do Declarante

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

Mauro Messias dos Santos  
st. de Atendimento - 5821  
emissão 04/2017



GOVERNO DE SERGIPE  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

Fundação  
Hospitalar  
de Saúde

## RELATÓRIO MÉDICO



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

### INTERNAMENTO:

P.S (X)

ENFERMARIA (Y)

UTI ( )

### HISTÓRICO

CLÍNICO: Paciente vítima de acidente motorciclístico, deu entrada no HUSF, lúcido, eupneico, hemodinamicamente estável, apresentando fratura cominutiva do 5º quítrulo e fratura da tíbia esquerda. Submetido a fixação da fratura do quítrulo e reparo de partes moles, bem como colocação de tala gessada no membro inferior afetado. Permaneceu internado, em uso de medicações, recebendo alta em 16/11/17 com orientações.

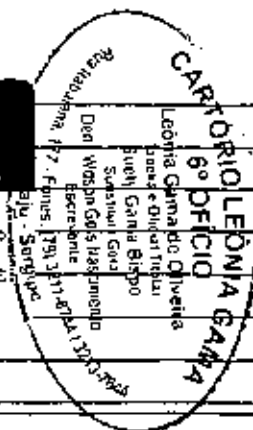
### HISTÓRICO

CIRURGICO: Acima



CARTÓRIO LEÔNIA GAMA  
6º OFÍCIO DE ARACAJU-SE  
Rua Itabiana, nº 177 - Centro  
Aracaju-SE - CEP: 49.011-110  
Fone: (79) 3214-9744 - Fax: (79) 3.113-7644

Certifico que a presente cópia é reprodução fiel do original que se foi exibido, dos ff. PERIX NASCIMENTO  
Escrevente, 29/01/2018, 03:20:11 Selo T055  
201829525005328 www.tjse.jus.br/x/4DDu7G



EXAMES COMPLEMENTARES Radiografias

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

### CONDIÇÕES DE ALTA:

MELHORADO (X)

TRANSFERIDO ( )

ÓBITO ( )

Aracaju, 4/01/18

*filme*

Dr. Sérgio T. de C.S. Martins  
Pediatra  
CRM 1532

Juliana Maria dos Santos  
Sist. de Atendimento - 5827  
Assessora Social - 11723

HOSPITAL GOVERNADOR JOAO ALVES FILHO  
=====

FICHA DE INTERNACAO  
IDENTIFICACAO DO PACIENTE

Reg. Definitivo...: 162434  
Numero do CNS.....: 0000000000000000  
Nome.....: MANOEL MESSIAS DOS SANTOS  
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  
Município.....: 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 Saida: 27/11/2009 15:50  
Especialidade:  
Tipo de Saida:  
CID Principal:  
CID Secundario:  
Principal:  
Secundario:  
Outro:

Juliana Maria dos Santos  
Assist. de Atendimento - 58271  
CENTRO SURTI 1 12/11/17

MS/DATAGUS

HOSPITAL GOVERNADOR JOAO ALVES FILHO

DATA: 10/11/2017  
SETOR: 06-SUTURA

DATA: 10/11/2017 HORA: 16:06

USUARIO: TPSJESCS  
-----PS-----

DOC . . . :

NOME : MANOEL MESSIAS DO SANTOS  
 IDADE : 53 ANOS NASC: 00/00/0000  
 ENDEREÇO : FRANCISCO PORTO R. 14 defensor  
 COMPLEMENTO : M. Sr. do Sacramento BAIRRO: Jardim  
 MUNICÍPIO : ARACAJU UF: ME  
 NOME PAI/MAE :  
 RESPONSÁVEL : TRAZIDO/SAMU  
 PROCEDÊNCIA : ARACAJU - CAPITAL  
 ATENDIMENTO : ACIDENTE MOTOCICLISTICO (MOTOS)  
 CASO POLICIAL : NAO PLANO DE SAUDE : NAO  
 ACID. TRABALHO : NAO VEIO DE AMBULANCIA: SIM

SEXO...: MASCULINO

NUMBER: 620

CEP...

UF: SE

4

ד'תש"ז

(79) 98844 4078

TRAUMA: NAO

ACID. TRABALHO: NAO

PA: [ X mmHg ] PULSO: [ ] TEMP.: [ ] PESO: [ ]

TC

PA:	<input type="checkbox"/>	X	<input type="checkbox"/>	RAIO X	<input type="checkbox"/>	SANGUE	<input type="checkbox"/>	URINA	<input type="checkbox"/>	TC
EXAMES COMPLEMENTARES:	<input type="checkbox"/>	LIQUOR	<input type="checkbox"/>	ECG	<input type="checkbox"/>	ULTRASSONOGRAFIA	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	

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

DADOS CLINICOS:

DATA PRIMEIROS SINTOMAS: 10/10/2018

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

DADOS CLINICOS:

16:45 Paciente trazido pelo socorrido em protocolo de imobilização em listela para coluna cervical, sem poder de consciência, em vômitos. (A), (B), (C), (D) em alternância, (E) dor ao palpato, rigidez da nuca, sem febre, sem alteração de função dos membros superiores, reflexos e pupilas normais. Não há alteração de consciência, pupilas normais.

ANOTAÇÕES DA ENFERMAGEM:

DIAGNOSTICO: *Fretes comunitaria 65-140* CID: *000* *Prisoneiro* + HORARIO DA MEDICACAO

PRESCRIÇÃO *Fratura do S. ATCL* HORARIO DA MEDICACAO

PRESCRIÇÃO

1. Fatura do S.M.C.T. NOROESTE


2. Fatura da mitosina de Tiba D.

Fontes

(d) Referred to trace file

- Jim Flannery  
Orthopedic  
Surgeon  
1950

(2) Roca de punche Deo 2, Miao Cao 2, yallu E 2,

Am. E. 28  Instruments

③ 4. Otopoda

DATA DA SAIDA:        /        /  
ALTA:    ☐ DECISAO MEDICA        ☐ A PEDIDO        ☐ EVASAO        ☐ DESISTENCIA  
         ☐ ENCAMINHADO AO AMBULATORIO  
INTERNAÇÃO NO PRÓPRIO HOSPITAL (SETOR): \_\_\_\_\_

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

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSÁVEL

REALIZADO EM 10/11/07  
AS 16:50 HORAS





GOVERNO DE SÃO PAULO  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

PRONTO SOCORRO ADULTO	PRESCRIÇÃO MÉDICA
HUSE	

Nome: Marcel Maria da Silva Idade: 53a Data: \_\_\_\_\_

DATA	HORA	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
10/11/17		① Diete livre	SND
		② Reparo no luto	
		③ Ciprofloxacino 400g EV 12/12L	22 10
		④ Clindamicina 600g EV 6/6L	24 06 12 18
		⑤ Propofol IV 1gole + 150 ml SF (0.3%) 30 gts / min 12/12L	04 16
		⑥ Dripirone 20L + 18L AP, EV, LBS 8/8L	24 08 16 24
		⑦ SAT 5000 U201 gole ZM	20
		⑧ Aconselho diário se apresenta de modo (novo e novo)	M
		⑨ Anticid gen	
		⑩ Res indicativo de ortopedica de apresentar - Urologia de novo	

*[Signature]*  
Sandra Maria Fontes  
Ortopedia  
CRM 1950



EVOLUÇÃO/PRESCRIÇÃO MÉDICA DATA 16/11/17

NOME: MANOEL MESSIAS SANTOS

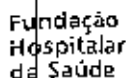
ALA: VERDE TRAUMA 1 LEITO: CORREDOR GÊNERO: MASCULINO IDADE: 53

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

EVOLUÇÃO MÉDICA: *Volto clinicamento atual com afim no*  
*monito. Acabou o furo. Ficar em ml limpo e sem S/S de*  
*fratura em punho e em mao* *Co + Ato + Ato + Ato + Ato*

	PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIO DE ADMINISTRAÇÃO
1	Dieta VO LIVRE	
2	SFO,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 SFO,9%, 12h/12h	
7	Tramal 100mg + 250 ml SFO,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	Glicose 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>Alto hematócrito + Ato + Xudo</i>	
2		

Dr. Thiago M. Leal  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM/SE 4733 - 15698



10

**PRONTO SOCORRO ADULTO**

Página nº 1

Idade: 572 Sexo: F

Leito:

Nº do Prontuário:

[illegible]

905663395

PLEASE PRINT

905663395

021 05574741

②

100-443887-100  
 ALL INFORMATION CONTAINED  
 HEREIN IS UNCLASSIFIED  
 DATE 07-26-2001 BY 60322/UC/BAW  
 SP-1  
 100-443887-100

COPIES FOR THE PRESIDENT

140792	33D	2C
--------	-----	----

451.669.435-20 26/12/1984

1. DATE \_\_\_\_\_

## NOTES ON CONTRIBUTORS

## SUBJECTS

06/03/2024

Mad Misses Club

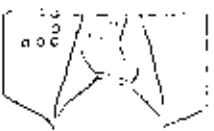
*Prunella vulgaris*, L.

03/02/2015

10

DECEMBER 1971

.....



00424

23. Answer: D

Figure 1

267-37

*Journal of Management Education* 30(6)

உள்ளுறை: 65 அங்குசம்

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NAO. SEGURO DPVAT

SE Nº 012664251033



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

EXERCÍCIO 2016		DATA EMISSÃO 04/04/2016	
VIA	CPF / CNPJ 451.659.435-20	PLACA OKV2831	
RENAVAM 1082550628	MARCA / MODELO HONDA/CB 160 TITAN EX		
ANO FAB. 2016	CAT. TAXI 09	Nº CHASSI 9C2K02210GR505038	
<b>PRÊMIO TARIFÁRIO</b>			
FNS (R\$) 129,03	DENATRAM (R\$) 14,33	CUSTO DO SEGURO (R\$) 143,37	
CUSTO DO BILHETE (R\$) 4,13	IOF (R\$) 1,11	TOTAL A SER PAG. SEGURO (R\$) 292,01	
PAGAMENTO <input type="checkbox"/> COTA ÚNICA <input type="checkbox"/> PARCELADO		DATA DE COTAÇÃO 04/04/2016	

SEGURADORA LIDER - DPVAT

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

9108-001

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - SE Nº 012664251033  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

RENAVAM 1082550628	ANEXO 0000000000	EXERCÍCIO 2016
NOME MARCIAL VEDRICH DOS SANTOS		
CPF/CNPJ 451.659.435-20		
PLACA ANT./UF OKV2831		
CHASSI 9C2K02210GR505038		

ESPECIE PRO HONDA/CB 160 TITAN EX	COMBUSTÍVEL GLC/GASOL
MARCA/MODELO HONDA/CB 160 TITAN EX	ANO FAB. 2016
CAP/DTM/CAT. TAXI 1082550628/09	ANO MOD. 2016
CATEGORIA 09	OCUPANTE DO VEÍCULO 1
VENIC/COTAS 1	2
3	
PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) 129,03	IOF (R\$) 1,11
PRÊMIO TOTAL (R\$) 143,37	DATA DE PAGAMENTO 04/04/2016

OBSERVAÇÕES

AL FIDUC. RODA DE/CONS. PAR. HONDA LTD

DATA  
04/04/2016

Juliana Maria dos Santos  
Assist. de Atendimento - 88270  
Capetense Sucursal Arecibo



INSTITUTO MÉDICO LEGAL  
**LAUDO PERICIAL**  
**Lesões Corporais**

**MANOEL MESSIAS DOS SANTOS**

**LAUDO Nº 645/2018**

ESTE CONFERE COM O ORIGINAL

Em 29/08/2018

Roberto Rodrigues Bernardino  
Agente de Polícia  
Matrícula: 549.411 SSP/SE

Juliana Maria dos Santos  
Assist. de Atendimento - 88270  
Capitania Sucessor Aracaju



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

645/2018

Dados Da Vítima

Nome da Vítima

MANOEL MESSIAS DOS SANTOS

Nascimento

24/12/1964

Idade

53

Naturalidade

PORTO DA FOLHA

Estado Civil

DIVORCIADO

Sexo

MASCULINO

Cor

PARDA

Profissão

MOTO BOY

UF

SE

Instrução

1º Grau Incompleto

Nome da Mãe

MARIA DE LOUDES SANTANA SANTOS

Nome do Pai

MANEL LEONIDOS DOS SANTOS

Endereço

RUA 14 DE FEVEREIRO Nº 620

Bairro

JARDIM ROSA DE MAIO

Município

NOSSA SENHORA DO SOCORRO/SE

Nome da Autoridade

DELA DANIELA R. LIMA BARRETO

Função

DELA DANIELA R. LIMA

Unidade

DEOT

1º Perito Relator

DR. JACSON LEAL DA COSTA

Cremeset/Cross

5541

2º Perito Relator

Cremeset/Cross

AMDO-Nº DO

LAUDO 645/2018

Local da Perícia

Sala do IML

Tipo

Causa

Histórico/Descrição

Histórico

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 motociclístico 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.

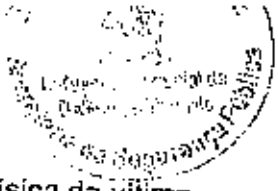
ESTE CONTERE COM O ORIGINAL

Em

29/01/2018

Arivaldo Rodrigues Benedito  
Agente de Polícia  
Matrícula 3-08.411 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 podia 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 do membro, sentido ou função ou deformidade permanente?

Sim, rigidez do 5º quirodactilo esquerdo.

DR. JACSON LEAL DA COSTA  
5541

AMDO-Nº DO LAUDO 645/2018

ESTE CONFERE COM O ORIGINAL

Em 29/01/2018

Carla Rodrigues Remeiro  
Agente de Polícia  
Instituto de Medicina Legal do Estado de São Paulo



**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 (++) 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 MARCHA CLAUDICANTE (++) 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

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

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

( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100%  
completo

( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100%  
completo

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

*Manoel Otacilio Nascimento Junior*

Manoel Otacilio M  
Clínica e Auditoria M  
CRM 1827

---

MANOEL OTACILIO NASCIMENTO JUNIOR CRM : 1827 / UF :SE



Seguradora Líder - DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCO



\*0020\*

DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS

ID

## IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA MAURÍCIO 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  
 Nº 600 COMPLEMENTO JO. ROSA DE MATA BAIRRO CENTRO  
 CIDADE N. SRA. SOCORRO UF SE CEP 16160-000  
 E-MAIL \_\_\_\_\_ TELEFONE (19) 98846-1036

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, TAIS 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)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

## DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- ☐ 1 REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)  
☐ 1 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)  
☐ 1 CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)  
☐ 1 RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM OCORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)  
☐ 1 COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS  
☐ 1 NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)  
☐ 1 COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)  
☐ 1 AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

## DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- ☐ 1 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)  
☐ 1 CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)  
☐ 1 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, PODE 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 FORMULÁRIO  
 • PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSE [WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR](http://WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR) OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

## PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 30.01.18  
 IDENTIDADE 440792  
 ASSINATURA Maurício Messias dos Santos

## RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA 30/01/2018  
 NOME Juliano Henrique S. Machado  
 ASSINATURA Juliano Henrique S. Machado



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

Fis:  
Visto:

**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 pessoa 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 de 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

*Carla Daniela R. Lima Barreto*  
Delegada de Polícia

*Juliana Maria dos Santos*  
Assist. de Atendimento - 582  
Carla Daniela R. Lima Barreto

# 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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Carta nº 12357546





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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Rio de Janeiro, 09 de Março de 2018

Carta nº: 12494609

A/C: MANOEL MESSIAS DOS SANTOS

Nº Sinistro: 3180063789  
Vítima: 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](http://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 0221 204 ou 0800 221 204 (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	<u>MANOEL MESSIAS DOS SANTOS</u>	CPF titular da conta	<u>451.669.435-20</u>	Profissão	<u>MOTOBOLA</u>
Endereço	<u>RUA J4 DE FEVEREIRO</u>	Número	<u>620</u>	Complemento	<u>30 ROSA DE MARI</u>
Bairro	<u>CENTRO</u>	Cidade	<u>V. SEA. SOCORRO</u>	Estado	<u>SE</u>
E-mail	<u>manuel.santos.motobola@gmail.com</u>			CEP	<u>49160-000</u>
				Telefone (DDD)	<u>(11) 98846-1036</u>

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

**FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS**

☐ RECUSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ ATÉ R\$ 1.000,00 ☒ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00 ☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00 ☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00 ☐ 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: 5634 D.V. ☐ CONTA: 21034 D.V. 3  
(Informar dígito se existir)

☐ **CONTA CORRENTE** (Todos os bancos)

BANCO: \_\_\_\_\_  
AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ D.V. ☐ CONTA: \_\_\_\_\_ D.V. ☐  
(Informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora 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.

Atuse 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 - 88276  
Corretora Sucursal Acaçobu*



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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 004963/2017

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 21/12/2017 07:14 Data/Hora Fim: 21/12/2017 07:43  
Delegado de Polícia: Daniela Ramos Lima Barreto



DADOS DA OCORRÊNCIA

Ato: Delegacia Especial de Delitos de Trânsito  
Data/Hora do Fato: 10/11/2017 15:00

Local do Fato

Município: Aracaju  
Logradouro: Avenida Francisco Porto

Bairro: Grageru  
Nº: 701-919  
CEP: 49.025-230

Ponto de Referência: COM A AV. PEDRO PAES DE AZEVEDO  
Tipo de Local: Via Pública

Natureza	Melo(s) Empregado(s)
1223: Lesão corporal culposa na direção de veículo automotor (Art. 303 - Caput - Veículo da LEI DOS CRIMES DE TRÂNSITO - CTB)	

ENVOLVIDO(S)

Nome: DESCONHECIDO 1 (SUPOSTO AUTOR/INFRATOR)
Nacionalidade: Brasileira

Endereço

Município: Aracaju - SE

Nome: MANOEL MESSIAS DOS SANTOS (VÍTIMA, COMUNICANTE)			
Nacionalidade: Brasileira	Naturalidade: Porto da Folha	Sexo: Masculino	Nasc: 24/12/1964
Profissão: Motorista	Escolaridade: Ensino Fundamental Incompleto		
Estado Civil: Divorciado(a)			
Raça/Cor: Parda			
Nome da Mãe: Maria de Lourdes Santana Santos	Nome do Pai: Manoel Leonido dos Santos		

Documento(s)

RG - Carteira de Identidade: 740792  
CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 451.669.435-20

Endereço

Município: Nossa Senhora do Socorro - SE  
Logradouro: 14 DE FEVEREIRO  
Bairro: GUAJARA  
Telefone: (79) 98846-1036 (Celular)

Nº: 620 Complemento: CASA  
CEP: 49.160-000

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo	Subgrupo Motocideta/Motoneta
Placa QKV2831	Número do Chassi 05038
Ano/Modelo Fabricação 2016/2016	Cor VERMELHA
UF Veículo Sergipe	Município Veículo Aracaju
Marca/Modelo HONDA/CG 160 TITAN EX	Modelo HONDA/CG 160 TITAN EX

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

Página 1 de 2



PPE - Sistema de Procedimentos de Polícia



CARTÓRIO LEÔNIA GAMA  
6º OFÍCIO DE ARACAJU-SE  
Rua Rabelano, nº 177 - Centro  
Aracaju-SE - CEP: 49.010-170  
Fone: (79) 3241-8744 - Fax: (79) 3213-7641



Certifico que a presente cópia é uma reprodução fiel do original que não foi exibido por este DEIXA NASCIMENTO. Evidente. 29/01/2018 08:09:36 Selo. 20182952300524 www.ajje.jus.br: /K/B2BR8X

Leônia Maria dos Santos  
Assist. de Atendimento - 68271  
Aracaju - Sergipe

## BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 004963/2017

Veículo Adulterado? Não	Quantidade 1 Unidade
Situação Envolvido	
Nome Envolvido	Envolvimentos
Desconhecido 1	Proprietário

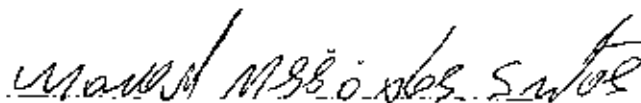
## RELATO/HISTÓRICO

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 empeno no guidom, a pedaleira empenou, a maneta do lado direito e a carenagem traseira foram danificadas e que os reais danos serão conferidos em orçamento.

## ASSINATURAS



Roberval Rodrigues Bernardino  
Responsável pelo Atendimento

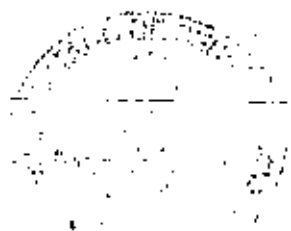


Manoel Messias dos Santos  
(Vítima / Comunicante)

"Declaro para os devidos fins de direito que sou o(s) autor(es) responsável(is) pelas informações acima expostas e deixo que possam responder civil e criminalmente pela pretensa declaração que dei. Eu, abaixo assinado, pretendo nos Artigos 339 - Denúncia Fictícia e 340 - Cominação Falsa da Crime e de Conservação do Código Penal Brasileiro."



Certifico que a presente cópia é a reprodução fiel do original que me foi exibido do fê. DSRUX NASCIMENTO  
Eacrevante, 29/01/2018 08:09:36 Seleção JUS:  
201829525005224 www.tjes.jus.br/n/02BR3A



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

Página 2 de 2

PPE - Sistema de Procedimentos de Polícia

**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.

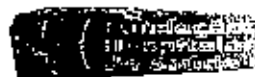
  
Tiemi S. M. Oki Fontes  
Coordenadora Médica  
SAMU 192 - Sergipe  
CRM 4553

**Tiemi Sayuri Menezes Oki Fontes**

**Coordenadora Médica**

**SAMU 192 SERGIPE**

**Juliana Maria dos Santos**  
Assist. de Atendimento - 58270  
Capitania Sucesso 4-0030



RELATÓRIO MÉDICO

O(a) paciente

Roberto Pereira foi atendido (a) / internado (a) nesta unidade  
hospitalar dia 10.11.12, tendo sido submetido à tratamento cirúrgico (conservador),  
de

CID 10:

S82.1  
S62.1

ARACATU,

16.12.2017

MÉDICO

Dr. Antônio Franco Cabral  
Ortopedia/Traumatologia  
CRM 580

Juliana Maria dos Santos  
Assist. de Atendimento - 58270  
Exatoma Saúde Aracatú