

# ITAU - UNIBANCO

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 341 AGÊNCIA: 0477 CONTA: 000000078857-4

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 23/03/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 485,68

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

CLIENTE: MANOEL MESSIAS DOS SANTOS

BANCO: 341

AGÊNCIA: 05634

CONTA: 000000021074-3

---

Autenticação:

17296252EE6E82BE05FA7FCC2E570F5933A6240DDA1B6D6F739E5B1C9DA37204

# ITAU - UNIBANCO

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 341 AGÊNCIA: 0477 CONTA: 000000078857-4

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 05/03/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 381,93

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

CLIENTE: MANOEL MESSIAS DOS SANTOS

BANCO: 341

AGÊNCIA: 05634

CONTA: 000000021074-3

---

Autenticação:

1479F5144ABA1B8862BAEA36DCE2F599EB9950882075D54BCC5334A93F2319B8



**MANOEL MESSIAS DOS SANTOS**  
RUA QUATRO DE FEVEREIRO 329/LOT 10/POSA DE MAIO - CENTRO  
NOSSA SENHORA DO SOCORRO/SE CEP: 45160003(MG: A)

Erstellt: 21/03/2017 Referenznr: D007-2014  
GlossenStatus: RESIDENCIAL/EXTRA FENSTER/DRUCK: A100  
Basis: 12-20-001-1151 - 18-modern-NED2000W1151

ENERGIA SERGPE, DISTRIBUÍDA ENERGIA DE  
SUL MINAS GERAIS S/A - Jeanne Bahl - 10  
Av. Presidente Getúlio Vargas, 1000 - Centro  
CEP 59010-000 - Rio de Janeiro - RJ - 20000-000  
Fone: (21) 500-5700 - 500-5701 - 500-5702  
E-mail: [jeanne@de.sergpe.com.br](mailto:jeanne@de.sergpe.com.br)

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 79 0196 Acesse: [www.energisa.com.br](http://www.energisa.com.br)

Conta referente a **dez / 2017** Apresentação **21/12/2017** Data prevista de próxima leitura **22/01/2018** CPF/CNPJ/RANI **45166943520**

UC (Unidade Consumidores): 310929214

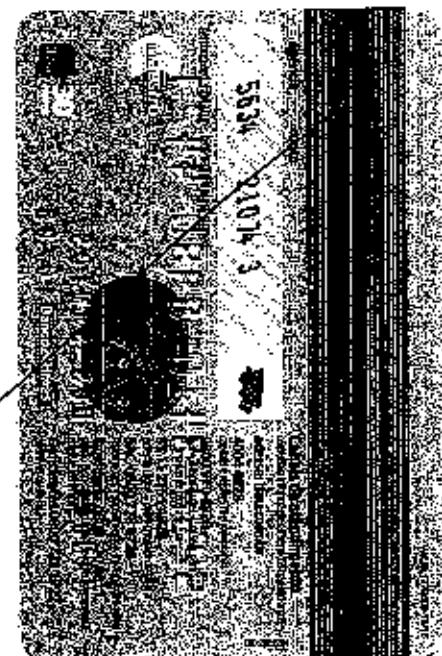
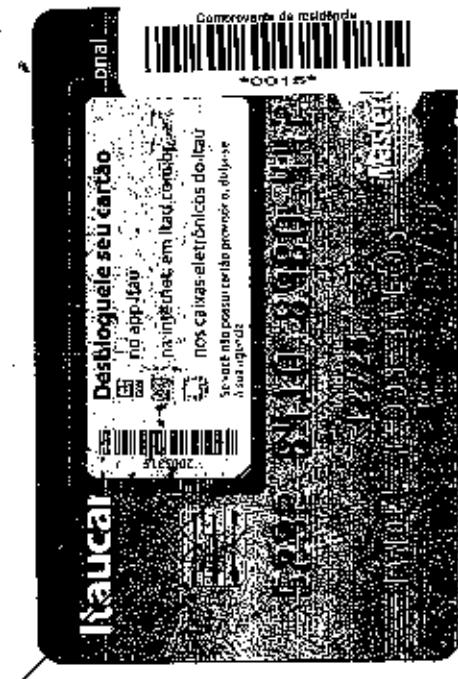
**Canal de contacto:**  
- Tele Sociedad Energía Básica, TSB, teléfono de la sede  
16143300-00 de lunes a viernes 08:00-18:00  
División Control y Mantenimiento: 16143300-00  
Número ambiente: 16143300-00 ext. 1000. De lunes a viernes  
08:00-18:00. Consultas y reclamos: 16143300-00 ext. 1000  
08:00-18:00. Consultas y reclamos: 16143300-00 ext. 1000.

## Histórico de Consumo (kWh)

ff02 62c2 71d4 8b60 c14e 34c0 adb2 8730

Autodize o pagamento de sua conta de energia através do débito automático é mais comodo e seguro.

## 1.3. **DATA SOURCE** **DATA SOURCE** **DATA SOURCE** **DATA SOURCE** **DATA SOURCE**



  
Juliana Maria da Cunha Santos  
Assist. de Atendimento - Cognitiva Suicida: 4.3.277



## PREFEITURA MUNICIPAL DE ARACAJU

Secretaria Municipal da Fazenda - SEMFAZ

Administração Tributária - Praça General Valadão, Nº 341 - Centro - CEP 49.010-520 - Aracaju/SE Telefone: (79) 3214-9080

Nota: 2017000

00011852

Código Verificação

EC6G-M8J2

## NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA - NFS-e

Emissão (Horário de Brasília)

21/12/2017 10:21:11

Período de Competência

12/2017

Município de Prestação do Serviço

Aracaju - SE

Reg. Especial Tributação

Nenhum

Exigibilidade do ISS

Exigível em Aracaju

## PRESTADOR DE SERVIÇOS

Razão Social

RAIO X CENTRO DIAGNÓSTICO POR IMAGEM LTDA

Nome Fantasia

RAIO X CENTRO DIAGNÓSTICO POR IMAGEM LTDA

CPF/CNPJ

05.768.319/0001-85

Inscrição Municipal

684418

Inscrição Estadual

ISENTO

Simples Nacional

Sim

Email

convenio@lacise.com.br

Incentivador Cultural

Não

Fone/Fax

(79) 3241-8923

Endereço

Rua BAHIA, 988, 5 CAMPOS - CEP: 49075-000 - Aracaju - SE

## TOMADOR DE SERVIÇOS

Nome/Razão Social

MANOEL MESSIAS DOS SANTOS

CPF/CNPJ Inscrição Municipal Inscrição Estadual Fone/Fax E-mail  
451.669.435-20 (79) 99850-3717 manoelsantosmototaxi@gmail.com

Endereço

RUA 14 FEVEREIRO, 620 CASA, Centro - CEP: 49160-000 - Nossa Senhora do Socorro - SE

## SERVIÇO PRESTADO

0402 - Análises clínicas, patologia, eletricidade médica, radioterapia, quimioterapia, ultra-sonografia, ressonância magnética, radiologia, tomografia e congêneres. CNRE: 0640205

## DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS

RX MAO ESQUERDA  
JOELHO ESQUERDO  
PERNA ESQUERDA

## RETENÇÕES FEDERAIS

PIS (R\$)	COFINS (R\$)	INSS (R\$)	IR (R\$)	CSLL (R\$)	Outras Retenções (R\$)
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

## VALORES

Valor dos Serviços (R\$)	Deduções (R\$)	Desconto Inciondionado (R\$)	Base de Cálculo (R\$)	Alíquota (%)
110,00	0,00	0,00	110,00	4,26
ISS (R\$)	ISS Retido (R\$)	Desconto Condionado (R\$)	Valor Líquido (R\$)	Valor Total da Nota (R\$)
4,69		0,00	110,00	110,00

## OUTRAS INFORMAÇÕES

Contribuinte Optante do Simples Nacional.

Foto: Maria C.  
de Atendimento  
e Suporte

Visualizado em: 21/12/2017 10:21:10

Para validação desta NFS-e acesse: <https://aracajuse.webiss.com.br/externo/nfse/vatdar>  
Esta NFS-e foi emitida com respaldo no Decreto nº 3.393 de 14 de março de 2011.

VJ FARMA LTDA CNPJ:01.693.953/0034-03  
RUA BAHIA, 626, SIQUEIRA CAMPOS, Aracaju, SE  
Documento Auxiliar da Nota Fiscal do Consumidor Eletrônica

CÓDIGO	DESCRIÇÃO	QTD	UN	VL.	UN	VL.	TOTAL
0400590039638	0ES-NIVEA ROLL-ORIGINAL PROTÉ SOHN 1UNDx6,99	6	99				
04005808257621	0ES NIVEA ROLL MEN SENSITIVE PROTEC T 50ML	1	UNDx6,99				6,99
0789600476892	CEFALEXINO 300MG C/10 GEN EHS 3UNDx28,67	3	67				20,01
07896422557059	DIPIRONA SÓDICA 500MG C/30 GEN MEDLEY	1	UNDx28,32				28,32
078989002	SURO FISIOLOGICO C/10KPA 50ML FARMAX 1UNDx5,26	5	26				26,28
07891056017392	DORFLEX ENV. C/10 COMP. 1UNDx5,02	5	02				5,02
07898108640104	COMPRESSA DE GAZE 11 FIOS ESTERIL C/10	1	UNDx1,19				5,95
07891800231106	FITA HÍPOALERGICA MICROPOROSA 10X9,5	1	UNDx17,28				17,28
078918000006865	ATAD CRÉPON CYSHE 10 X 4,5 1UNDx2,78	2	78				5,76
078918000006855	ATAD CRÉPON CYSHE 20 X 4,5 1UNDx9,78	4	78				39,12
078918000006719	ATAD CRÉPON CYSHE 30 X 4,5 1UNDx7,99	7	99				55,93
078918000006722	ATAD CRÉPON CYSHE 12X3,5 1UNDx9,26	9	26				82,34
078918000006855	ATAD CRÉPON CYSHE 20 X 4,5 1UNDx9,78	4	78				39,12
QTD. TOTAL DE ITENS							13
VALOR TOTAL R\$							185,46
Cartão de Crédito							185,46

EMISSÃO NORMAL

Número: 5859 Série: 1

Emissão: 16/11/2017 14:27:24 - Via do Consumidor

Consulte pela Chave de Acesso em

<http://www.nfce.se.gov.br/portal/portalNoticias.jsp>  
2017-1101 0399 5300 3003 6500 1000 0058 5916 2661 2519

Protocolo de Autorização: 328179105486048

Data de autorização: 16/11/2017 14:29:03

CONSUMIDOR NÃO IDENTIFICADO



MD5: C46675D8CA18C20901F2DB8E1A19868E  
PV00000004129

Balc: 1294 N. Controle: 7298

FARMACIAS INDEPENDENTE  
MELHOR SORTIMENTO DE PERFUMARIA

Juliana Maria dos S.  
Assistente de Vendimento - A  
Sexta, 17/11/2017

SE SIQUEIRA CAMPOS  
VJ FARMA LTDA  
RUA BAHIA, 626 CEP: 49075-000  
SIQUEIRA CAMPOS - Aracaju - SE

CH2.3.01 693 953/0034-03 IE-271573198

16/11/2017 14:27

**COMPROVANTE CREDITO OU DEBITO**

MASTERCARD  
Número do documento: 5859

REDE  
MasterCard  
VALOR: 185,48  
CGHPR: 503494092 C  
ESTAB: 074281755 VJ FARMA SE SIQUEIRA C  
16.11.17-15:28:45 TERM: PV868943 160034  
NUMERO PARCELAS : 03  
CARTAO: xxxx. xxxx. xxxx. 4427  
AUTORIZACAO: 066836  
AROC: 15089785C9706201  
AID: A000000004 1010  
TRANSAÇÃO AUTORIZADA MEDIANTE  
USO DE SENHA PESSOAL.

Juliana Maria dos Santos  
Assis de Almeida  
Capetiba - 22350-000  
Assistente Social - 58270-023



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE SERGIPE - HUSE  
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA



NOME:

Manoel Meira Soárez

Rx

FLANCOX 500mg \_\_\_\_\_ 01 caixa

USO: Oral, 1 comprimido de 12h/12h por 5 dias.

DIPIRONA 500mg \_\_\_\_\_ 01 caixa

Uso: Oral, 1 comprimido de 6/6h.

CEFALEXINA 500mg \_\_\_\_\_ 28 comp.

Uso: Oral, 1 comprimido de 6/6h por 7 dias.

Xonfle 10mg \_\_\_\_\_ 14

100mg 1x1dia

16/11/14

Dr. Edmundo M. Leal  
Ortopedia e Traumatologia  
CNPJ: 23.470.120/0001-58  
CEP: 49.100-000

Atenção: Maria da  
Cruz  
Assunto: Atendimento



DANFE NFC - e Documento Auxiliar  
da Nota Fiscal do Consumidor Eletrônico  
Não permite aproveitamento de crédito de TONS

nf_COD	IDECS	LOTD	LBN	VALT	RSI	ITOF	ITEM_RS	
1	465313	S3R0	FISIOL	PROSOF	DANFE	0,97	100ML	
							1 UNX2,70	2,70
Des:	2,85	Par:	2,70					
2	105643	POVIMENTO	SOLUCAO	IDEKL	1 UNX12,10			12,10
Des:	12,70	Par:	12,10					
3	149870	COMPR	GAZE	CREMER	7,5X7,5CM	C/5	NU	
							1 PCX1,40	1,40
Des:	1,47	Par:	1,40					
4	149870	COMPR	GRZE	CREMER	7,5X7,5CM	C/5	NU	
							1 PCX1,40	1,40
Des:	1,47	Par:	1,40					

QTD. TOTAL DE ITENS  
VALOR TOTAL R\$  
Cartão de Crédito

CLIENTE SEMPRE PAGUE MENOS

OLA MANOEL, SEJA BEM-VINDO(A) AO NOVO PROGRAMA DE FIDELIDADE SEMPRE PAGUE MEIOIS. AGORA VOCÊ TEU BENEFÍCIOS PERSONALIZADOS PRA VOCÊ.

PARABÉNS! VOCÊ É UM CLEMENTE SEMPRE.

NESSA COMPRA VOCÊ ECONOMIZOU R\$ 0,87

PESSO VALOR E UMA ESTIMATIVA DO SEU SALDO DE COMPRAS, EXCLUIDO MEDICAMENTOS E SERVICOS. SUAS COMPRAS SÃO CONTINUAMENTE ATUALIZADAS EM ATE 15 DIAS. CONFIRA O REGULAMENTO E SAIBA MAIS DETALHES NO SITES [WWW.PARAFENMEDICO.COM.BR](http://WWW.PARAFENMEDICO.COM.BR) SEMPRE.

CPF CLIENTE SEMPRE: 451.\*\*\*.\*\*\*-20  
Operador: 05697 Vendedor: 19824  
trib boleto 3%: 2,67 Feo e 95:0,66 Est e R\$0,00 Hunt  
Fonte: IBPT ce79i3  
Obrigado e Volte Sempre.

Número 000019985 Série 018 Emissão 02/01/2019 08:51:55  
Via Consultador - Consulte pela Chave de Acesso em  
<http://www.nfce.se.gov.br/portal/portalNoticias.jsp>  
**CHAVE DE ACESSO**  
2818 0106 8262 5301 6501 3900 0199 0610 0004 7974

CONSUMIDOR  
CPF: 45166943520 MARCOS MESSIAS

Consulte via Leticia DR Code



Protocolo da Automação: 328180000149539  
02/01/2018 08:51:54



EMPREENDIMENTOS PAGUE MENOS S.A.  
IN: 0000000000000000  
CNPJ: 0526253016740 I.E: 271015322  
Rua Santa Catarina, 410 - Siqueira  
Capos, ARACAJU - SE

DA PAGUE.NFC - o Documento Auxiliar  
da Nota Fiscal de Consumidor Eletrônica  
NÃO PERMITE EXCETOVAMENTO DE CRÉDITO DE ICMS  
1 105643 DESC 1030 100ML 12,10 1 TOT ITEN 65  
1 465313 SORO FISIOL PROSOF DAUF 0,9/ 100ML 1 UNX2,70 2,70  
De: 2,83 Por: 2,70 12,10  
2 105643 POUVIDINE SOLUG 100ML 1 UNX12,10 12,10  
De: 12,70 Por: 12,10 1,40  
3 149870 COMPRA GAZE CREMER 7,5X7,5CM C/5 NU 1 PCX1,40 1,40  
De: 1,47 Por: 1,40 1,40  
4 149870 COMPRA GAZE CREMER 7,5X7,5CM C/5 NU 1 PCX1,40 1,40  
De: 1,47 Por: 1,40 1,40  
17,60  
17,60

070. TOTAL DE ITENS  
VALOR TOTAL RS.  
Cartão de Crédito

CLIENTE SEMPRE PAGUE MENOS

BEM-VINDO(A) AO NOSSO PROGRAMA DE  
FIELIDADE SEMPRE PAGUE MENOS. AGORA VOCÊ TEM BENEFÍCIOS  
PERSONALIZADOS PARA VOCÊ.

PARABÉNS! VOCÊ É UM CLIENTE SEMPRE.

NESSA COMPRA VOCÊ ECONOMIZOU R\$ 0,87

ESSE VALOR É UMA ESTIMATIVA DO SEU SALDO DE COMPRAS, EX-  
CLUINDO MEDICAMENTOS E SERVIÇOS. SUAS COMPRAS SÃO CONTABE-  
LIZADAS EM ATÉ 15 DIAS. CONFIRA O REGULAMENTO E SAIBA M-  
AIS EM PAGUEMENOS.COM.BR/SEMPRE

CPF CLIENTE SEMPRE: 451.\*\*\*.\*\*\*-20  
Operador: 65697 Vendedor: 19824  
Irid aprox: R\$:2,67 Fed e R\$:0,68 Est e R\$:0,00 Muni  
Fonte: IBPI cai913  
Obrigado e Volte Sempre.

Número 0000199885 Série 018 Emissão 02/01/2018 08:51:51  
Via Consumidor - Consulte pela Chave de Acesso no  
<http://www.nfce.se.gov.br/portal/portalNoticias.jsp>

CHAVE DE ACESSO  
2818 0106 6262 5301 6740 6501 8000 0199 8610 0004 7974

CONSULTOR  
CPF: 45166943520 MANOEL HESSIAS  
Consulta via Leitor QR Code



Protocolo de Autorização: 328180000149539  
02/01/2018 08:51:54

00001543 1990 Feb 06 155 Pd  
2a Chave de Accesso

Consumo informado  
Consulta la legislación  
y la normativa

DR. Coda

## Protocolo de 2010

CE Autorização 34817012001-146



15

مکالمہ نویسی کی ترقی

卷之三



卷之三

THE GREAT WESTERN  
MAGAZINE

卷之三



2023 MAR 10 PM 10:45  
U.S. DISTRICT COURT  
CLERK'S OFFICE  
1000 DEADERICK ST.  
BIRMINGHAM, AL 35203  
FAX: (205) 222-5444  
E-MAIL: [CLERK@CLERK.DIST.COURT.US](mailto:CLERK@CLERK.DIST.COURT.US)



Case No. 2:23-cv-00114-JHE  
Plaintiff: **JOHN D. HARRIS**  
Defendant: **WILLIAM J. BROWN, JR.**  
Plaintiff's attorney: **JOHN D. HARRIS**  
Defendant's attorney: **JOHN D. HARRIS**  
Plaintiff's address: **1000 Deaderick Street, Birmingham, AL 35203**  
Defendant's address: **1000 Deaderick Street, Birmingham, AL 35203**  
Plaintiff's phone: **(205) 222-5444**  
Defendant's phone: **(205) 222-5444**  
Plaintiff's fax: **(205) 222-5444**  
Defendant's fax: **(205) 222-5444**  
Plaintiff's email: **CLERK@CLERK.DIST.COURT.US**  
Defendant's email: **CLERK@CLERK.DIST.COURT.US**

Plaintiff's attorney: **JOHN D. HARRIS**  
Defendant's attorney: **JOHN D. HARRIS**  
Plaintiff's address: **1000 Deaderick Street, Birmingham, AL 35203**  
Defendant's address: **1000 Deaderick Street, Birmingham, AL 35203**  
Plaintiff's phone: **(205) 222-5444**  
Defendant's phone: **(205) 222-5444**  
Plaintiff's fax: **(205) 222-5444**  
Defendant's fax: **(205) 222-5444**  
Plaintiff's email: **CLERK@CLERK.DIST.COURT.US**  
Defendant's email: **CLERK@CLERK.DIST.COURT.US**

Plaintiff's attorney: **JOHN D. HARRIS**  
Defendant's attorney: **JOHN D. HARRIS**

Plaintiff's address: **1000 Deaderick Street, Birmingham, AL 35203**  
Defendant's address: **1000 Deaderick Street, Birmingham, AL 35203**

Plaintiff's phone: **(205) 222-5444**  
Defendant's phone: **(205) 222-5444**

Plaintiff's fax: **(205) 222-5444**  
Defendant's fax: **(205) 222-5444**

Plaintiff's email: **CLERK@CLERK.DIST.COURT.US**  
Defendant's email: **CLERK@CLERK.DIST.COURT.US**

Plaintiff's attorney: **JOHN D. HARRIS**  
Defendant's attorney: **JOHN D. HARRIS**  
Plaintiff's address: **1000 Deaderick Street, Birmingham, AL 35203**  
Defendant's address: **1000 Deaderick Street, Birmingham, AL 35203**  
Plaintiff's phone: **(205) 222-5444**  
Defendant's phone: **(205) 222-5444**  
Plaintiff's fax: **(205) 222-5444**  
Defendant's fax: **(205) 222-5444**  
Plaintiff's email: **CLERK@CLERK.DIST.COURT.US**  
Defendant's email: **CLERK@CLERK.DIST.COURT.US**

Plaintiff's attorney: **JOHN D. HARRIS**  
Defendant's attorney: **JOHN D. HARRIS**

Plaintiff's address: **1000 Deaderick Street, Birmingham, AL 35203**  
Defendant's address: **1000 Deaderick Street, Birmingham, AL 35203**

Plaintiff's phone: **(205) 222-5444**  
Defendant's phone: **(205) 222-5444**

Plaintiff's fax: **(205) 222-5444**  
Defendant's fax: **(205) 222-5444**

Plaintiff's email: **CLERK@CLERK.DIST.COURT.US**  
Defendant's email: **CLERK@CLERK.DIST.COURT.US**

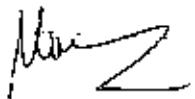
20.147.155/0001-62

A&R COMÉRCIO FARMACÉUTICO LTDA-EPP

R. Guilhermino Rezende, nº 223

B. Treze de Julho - CEP: 49.020-270

Araçatuba - SE



Declaração do Proprietário do Veículo



Eu, Manoel Menino 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 Nossa S. do Socorro no Estado de  
Sergipe, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)  
Rua Quinta-Feira de Fevereiro, lot. JD Rosa de Náis, nº 520,  
complemento —, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo  
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a  
vítima Manoel Menino dos Santos, cujo o condutor era  
Manoel Menino dos Santos.

Veículo: MOTO

Modelo: Honda CG 160 Ti Tan EX

Ano: 2016

Placa: AKV 2831

Chassi: 9C2KC2210GR505038

Data do Acidente: 10/11/2017

Local e Data: Conjunto Av. Pedro Paes de Azevedo, 10/11/2017

Manoel Menino dos Santos  
Assinatura do Declarante

Manoel Menino dos Santos

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

Juliana Maria dos Santos  
Cafénila Subsidiária  
Cafénila Subsidiária  
Cafénila Subsidiária



## RELATÓRIO MÉDICO

(Ora) paciente

10/11/01 foi atendido (a) / internado (a) nesta unidade

hospitalar dia 10/11/01, tendo sido submetido à tratamento cirúrgico (conservador).

de

ano 10. 5617

ARAÇATUBA, 10.11.2001

MÉDICO

Dr. Antônio Franci Cebal  
Quirurgião Traumatolegista  
CRM 859

Juliana Maria dos Santos  
Assist. de Atendimento  
Capamisa Sucursal Aracaju  
CEP 49070-58270



## RELATÓRIO MÉDICO

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

INTERNAMENTO:

F.S (X) ENFERMARIA ( ) UTI ( )

HISTÓRICO

CLÍNICO: Paciente vítima de acidente motocicístico, deu entrada no H.S. leúcido, espneico, hemodinamicamente estável, apresentando fratura cominutiva do 5º quirodátilo esquerdo e fratura da tibia esquerda. Submetidas fixação da fratura do quirodátilo e reparo de partes moles, bem como colocação de tala grossa no membro inferior afetado. Permaneceu internado, em uso de medicamentos, recebendo alta em 16/11/17 com orientações.

HISTÓRICO

CIRÚRGICO: Acima



CARTÓRIO LEÔNIA GAMA  
6º OFÍCIO DE ARACAJU-SE  
Rua Nibáiana, nº 17 - Centro  
Aracaju-SE - CEP: 49010-170  
Fone: (79) 3211-6744 - Fax: (79) 3213-7849

Certifico que a presente cópia é  
reprodução fiel do original que de Foi  
exibido a mim, DÉRIK MARCEMENCO -  
Entrevante, 16/01/2018 - 08:17:08. Selo ZUSP:  
201829520002479. www.zusp.seserj.com.br/x/82KQbc



EXAMES COMPLEMENTARES: Usculos rasgados

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

CONDIÇÕES DE ALTA:

MELHORADO (X) TRANSFERIDO ( ) ÓBITO ( )

Aracaju, 4/01/18

Juliano

Dr. Silviano F. de S. Mendonça  
Pediatria  
CRM 1532

*Juliano Menezes dos Santos*  
Médico de Atendimento - 5827  
Apresenta Síndrome de Síndrome de Ataques

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 Saidas: 27/11/2009 15:50  
Especialidade:  
Tipo de Saidas:  
CID Principal:  
CID Secundario:  
Principal:  
Secundario:  
Outro:

MS/DATASUS : HOSPITAL GOVERNADOR JUAO ABREU FILHO  
No. DO BE: 1628497 DATA: 10/11/2017 HORA: 16:06 USUÁRIO: PS-JESUS  
CNS: SETOR: 06-SUTURA PS-ASUNTO

CNS: IDENTIFICACAO DO PACIENTE  
 NOME: MANOEL MESSIAS DO SANTOS DOC.:  
 IDADE: 53 ANOS NASC: 00/00/0000 SEXO: MASCULINO  
 ENDERECO: FRANCISCO PORTO R. 14 de Janeiro NUMERO: 620  
 BAIRRO: Jardim Rose de Lima  
 COMPLEMENTO: M. de do Socorro UF: SE CEP:  
 MUNICIPIO: ARACAJU  
 NOME PAI/MAE: Terezinha Santos TEL:  
 RESPONSAVEL: TRAZIDO/SAMU (79) 98844 4078  
 PROCEDENCIA: ARACAJU - CAPITAL  
 ATENDIMENTO: ACIDENTE MOTOCICLISTICO (MOTOS) TRAUMA: NAO  
 CASO POLICIAL: NAO PLANO DE SAUDE: NAO  
 ACID. TRABALHO: NAO VEIO DE AMBULANCIA: SIM  
 TEMPER: [ ] PESO: [ ]

ACID. TRABALHO: NAO VEN. PESO: ( )  
PA: ( ) mmHg ] PULSO: ( ) TEMP.: ( )  
X mmHg ] PULSO: ( ) TEMP.: ( ) PESO: ( )  
[ ] SANGUE [ ] URINA [ ] TC

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

#### ANOTACOES DA ENFERMAGEM:

DIAGNOSTICO: ~~Fratura omotrapezoide~~ CID: ~~040~~ + ~~fratura~~ +  
PRESCRIÇÃO: Fratura do S. ATC + HORARIO DA MEDICACAO  
Fratura omotrapezoide de tipo B.

④ Profund 100-150 m. 

⑤ Rx de punho D = 20, M = 20-22, yello E = 20,  
pre E = 20

⑥ S. Ostapade



to the west

200 m. 

200 m. 

200 m. 

200 m. 

200 m. <img alt="A hand-drawn sketch of a cross-section of a reef, showing a central channel with

(3) A. Outro HORA DA SAIDA: \_\_\_\_\_  
DATA DA SAIDA: / / [ ] DESISTENCIA  
ALTA: [ ] DECISAO MEDICA [ ] A PEDIDO [ ] EVASAO  
[ ] 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 ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO

REALIZADO EM 10/11/07  
AS 16:55 HORAS

10:48L vítima é adulto e mto. idoso semelhante ao s. d. s.  
**HUSE** proteca comodito o regato, colmado +  
 HOSPITAL DE URGÊNCIA DE SERGIPE + proteca + proteca a lesão.  
 Tudo deve ser feito (E) proteca máfia  
 + proteca a proteca o fio de ferro (E) + tira (E)

Fundação  
Hospitais  
de Saúde

Fábio França Fontes  
Oncopedia  
CRM 1950

## FICHA DE ATENDIMENTO

### 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:

Hospital 29 de Abril  
 Fábio França Fontes  
 CRM 1950

Med noz (E) P/14 dia

Fábio França Fontes  
 CRM 1950

FLUXOGRAMA:

DISCRIMINADOR:

ALÉRGIAS (MEDICAMENTOS E ALIMENTOS):

VERDE	ARANJA	AMARELO	VERMELHO	PRETO
	MUITO URGENTE	URGENTE	POUCO URGENTE	NÃO URGENTE
0 MIN	10 MIN	60 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

## PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome: Manoel Alencar dos Santos Idade: 51a Data: 01/01/2023

DATA	HORA	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
10/11/11		① Dextra livre	SNO
		② Nyosan no bento	
		③ Ciprofloxacino 400g EV 12/12/11	22 10
		④ Amodoril 600g EV 07/01/12	06 12 18
		⑤ Propofol 100g + 150ml 5% (0,3%) 04 JG 30gts/1 ml x 12/12/11	
		⑥ Dipirona 200 + 180 e 210 EV 10/01/12	08 16 24 8/86
		⑦ SAT 5000 EV 01/01/12 IM	20
		⑧ Cenotabs 500mg re prescrição d'medicamento (novo de nascida)	11
		⑨ Antedol gelas	
		⑩ Desmopressina 0,01mg suspensão, unidade de medida	
		<i>Fábio Pedroso Fonseca CRM 1050</i>	



## EVOLUÇÃO/PRESCRIÇÃO MÉDICA DATA

## 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 com quem no  
momento sente-se frio. Fica em seu lar, limpa seu. Sua do  
flúido em seu lar e seu mar  
coração + APP + farts + etc

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	Glicose 25%, 40ml, IV, se glicemia < 70		
15	Captopril 25mg, VO, se PAS > 180mmHg ou PAD > 110mmHg SOS		
16	CCGG + SSVV 6h/6h		
17	Gentamicina 240mg, EV, 1x/dia SUSP		
18	CURATIVO DIARIO 1X/DIA		
19	CIPRO 400MG EV 12/12HS D7		
20	CLINDAMICINA 600MG EV 6/6HS D7		
21	Alb homilin + ATB + Xulfo		
22			



# EVOLUÇÃO CLÍNICA MULTIDISCIPLINAR

## HOSPITAL DE URGÊNCIA DE SERGIPE - HUSE

### PRONTO SOCORRO ADULTO

10

Nome do Paciente: Mondl Almeida dos Santos Idade: 59 Sexo: F  
Unidade de Produção: Leito: Nº do Prontuário:

Página nº 1

DATA	HORA	HISTÓRICO
10/11/17		<p>Este retorno se aprestó al mto el trauma      mas (E) el que se inició en la 5.ª etapa      el problema de segmentos, tendré submittido      3 piezas de plástica / continúan el perfe-      cionamiento de los 4 postos mtoles ap-      rega escritura de los 4 St. q. 91 +      100% de garantía. fincios del mto, me      tendré informados de la situación pagueros      la jefa legal p. los mto. de mto.      informo que p. la p. de mto. de mto.      de mto (E), tendré el mto. de mto.      Entrevisté a los miembros de mto. de mto.      conmigo de mto.     </p> <p style="text-align: right;">Estilo Franca Forcas Media</p>

~~Enio França Forresa  
Ortopedia  
CRNI 1950~~

Documentos de identificação

TOD124

CARTEIRA DE IDENTIDADE ESTADUAL		
ESTADO DE SÃO PAULO		
DEPARTAMENTO DE POLÍCIA MILITAR		
CARTEIRA DE IDENTIDADE MILITAR		
MILITAR MESSIAS DOS SANTOS		
D.O.C. ESTADUAL/DO. CIVIL/DO. MILITAR		
T40722 SSP 68		
CPF: 453.659.435-20 Data nascimento: 24/12/1964		
Mãe: MARIOL LEDDIO DOS SANTOS		
Márcia de Lourdes Santana Santos		
PERÍODO: 02/06/2010 06/08/1991		
VALOR: 01/06/2010		
VALIDADE: 06/08/1991		
DESCRIÇÃO:		
SEN. OBSERVAÇÃO:		
Manoel Messias dos Santos		
MILITAR MESSIAS DOS SANTOS		
ARACATU, SE		
03/04/2014		
67716984486		
86014074274		
MILITAR MESSIAS DOS SANTOS		
ARACATU, SE		
03/04/2014		
67716984486		
86014074274		

UFSCAR - CRÉDITO: 1000  
UFSCAR - CRÉDITO: 1000

PLACAR DE PLASTICO

905663393

905663393

Juliana Maria dos Santos  
Assist. de Atendimento - 58277  
Capemisa Subsistema Arapiraca



Juliana Maria dos Santos  
Assist. de Atendimento - 58270  
Capenisa Sucursal Aracaju

**REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL**  
**MINISTÉRIO DAS CIDADES**

DETAN - SE		000007126069		Nº 013267757516	
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO					
VIA	ODA-PENAM	PLACA	PLATE.C	EXERCÍCIO	
	01082550628	000000000000		2017	
NOME					
MANGEL MESSIAS DOS SANTOS					
*****					
*****					
*****					
CPF/CNPJ		PLACA		P. ACAB.	
451.669.438-39		WKV2831			
PLACA ANTO. UN		CHASSIS			
WKV2831/SE		9C2KC2210GR505038			
ESPECIFICO					
COMBUSTIVEL					
MATR. JANEIRO		ANO FAB.		ANO FUS.	
10/11/2015		150 TITAN EX		2016 2016	
CAR. PET. GÁS		CATEGORIA		CAR. PREDOMINANTE	
9CV/162GC		PARTIC		VERMELHA	
COTA UNICA		VEN. COTA UNICA		VEN. COTAS	
PAGO		*****		*****	
FAIXA PVA		PASECIMENTO / COTAS		*****	
*****		*****		*****	

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

SE N° 013267757516 BILHETE DE SEGURO DE VÁ

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO  
PARA MAIS INF  
AS CONDIÇÕES

www.sean

SAC DPVAT 0800 022 1206

EXERCÍCIO 2017 DATA PESQUISA 03/05/2017

----- DPF CNPJ -----  
----- 451.609.435-24 -----  
----- OKV2333 -----

PERMISIÓN MARCA/ MODELO  
1082550628 HONDA/CG 160 TITAN EX  
PROPIETARIO: 902K022101ERS07038

## PRÊMIO TARIFÁRIO

- FNG (R\$) 81,29	- DENATRAN (R\$) 9,03	- CUSTO DO SEGURO (R\$) 90,32
- CUSTO DO BCB (R\$) 4,15	- IOF (R\$) 0,70	- CUSTO DO SEGURO (R\$) 185,50
* PAGAMENTO		DATA DE QUITAÇÃO 28/03/2017
COTA ÚNICA <input checked="" type="checkbox"/>		PARCELADO <input type="checkbox"/>

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

СМРТ ВРДАВ ПОМЛАДИ

10. *What is the best way to increase the number of people who use a particular service?*

PAGAMENTO		DATA DE AUTUAÇÃO
<input checked="" type="checkbox"/> PARCELA DO		28/03/2017
<b>SEGURADORA LÍDER - DPVAT</b> CNPJ 09.248.008/0001-06		

*Ediana Maria dos Santos  
-sist. de Atendimento - 582  
-camisa Sucursa Aracaju*



Seguradora Líder • DPVAT

## SEGURO DPVAT - PROT



## DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS **ID**

## IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA Moral Messias dos SantosDATA DO ACIDENTE 21/12/2017 CPF DA VÍTIMA 651.669.435-20

## PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR  VÍTIMA  REPRESENTANTE LEGAL, CUIJO PARANTEESCO COM A VÍTIMA ÉENDERECO DO PORTADOR Rua 14 de FevereiroNº 620 COMPLEMENTO 2d - Jardim Rosa de Náuse Centro BAIRROCIDADE N. Sra. Socorro UF SE CEP 19160-000E-MAIL \_\_\_\_\_ TELEFONE (39) 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 JIDOUVER (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

- 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 SUFRIDAS 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, TAIS 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. 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 15/01/2018

IDENTIDADE

740 792 558/156

ASSINATURA

Mauro M. dos S. Santos

## RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA 15/01/2018

NOME

Juliana Maria dos Santos

ASSINATURA

Assist. Seguro Transito - 58270  
CIA de Seguros



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

Fls:  
Visto:

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

Ao(A) Sr(a)  
ML  
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, Orgão 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?

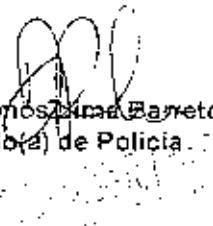
**Outros quesitos:**

**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 de Lima Barreto  
Delegado(a) de Polícia

*...n Maria dos Santos  
de Alendimento, 59  
94. Série C/Aracaju*

# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder dos  
Comércios do Seguro DPVAT

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0018683/18

Vítima: MANOEL MESSIAS DOS SANTOS  
CPF: 451.669.435-20

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 10/11/2017

Titular do CPF: MANOEL MESSIAS DOS SANTOS

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### **Sinistro**

Boletim de ocorrência  
Comprovação de ato declaratório  
Comprovantes de despesas médicas  
Declaração do Proprietário do Veículo  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação  
DUT  
Outros

**MANOEL MESSIAS DOS SANTOS : 451.669.435-20**

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

## **ATENÇÃO:**

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de Indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue 0800-0221204.
- O reembolso de despesas médico-hospitalares é de até R\$ 2.700,00. Esse valor varia conforme o total de despesas comprovadas, tomando por base os limites definidos pelas tabelas autorizadas pela Superintendência de Seguros Privados - SUSEP.

Documentação recebida sem conferência.

### Portador da documentação entregue

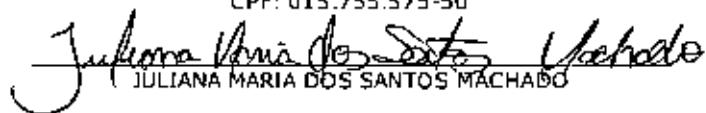
Data da entrega: 15/01/2018  
Nome: MANOEL MESSIAS DOS SANTOS  
CPF/CNPJ: 451.669.435-20

MANOEL MESSIAS DOS SANTOS

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 15/01/2018  
Nome: JULIANA MARIA DOS SANTOS MACHADO  
CPF: 015.755.575-50

JULIANA MARIA DOS SANTOS MACHADO



# PARECER DE DAMS



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180039954 **Data do acidente:** 10/11/2017  
**Vítima:** MANOEL MESSIAS DOS SANTOS **Atendimento:** HOSPITAL  
**Cidade:** Aracaju **UF:** SE **Análise:** Reanálise  
**Seguradora:** SINAF PREVIDENCIAL CIA. DE **Data:** 21/03/2018 15:27:29  
 SEGUROS

## DADOS DO PARECER

**Diagnóstico:** FRAT ENVOLV MULT REGIOES DO CORPO FRAT ENVOLV REGIOES  
 MULT MEMBROS SUP C/INFER - **Internação:** Não

**Tratamento:** CONSERVADOR CLINICO **Tratamento Odontológico:** Não

Grupo	Código	Descrição	Pleiteado	Avaliado
Exames	4.08.03.12-0	RX - MÃO OU QUIRODÁCTILO	36,67	0,00
Exames	4.08.04.05-4	RX - JOELHO	36,67	0,00
Exames	4.08.04.07-0	RX - PERNAS	36,66	0,00
Medicamentos			271,93	0,00
Farmácias			475,97	475,97
<b>Total da Análise Atual</b>			<b>857,90</b>	<b>475,97</b>

**Indicadores:** Valores avaliados conforme parâmetros objetivos de aferição e praticados no âmbito do sistema de saúde

**Observações:** PLEITEADO E AVALIADO CONFORME DOCUMENTAÇÃO FÍSICA DO PROCESSO. SEM COBERTURA COM DESPESAS DE HIGIENE PESSOAL.

Informações administrativas	Pleito anterior	Avaliação anterior	Pago anterior	Pleito atual	Avaliação atual	Valor à pagar
Beneficiário: MANOEL MESSIAS DOS SANTOS Relacionamento: Vítima	381,93	381,93	381,93	857,90	475,97	475,97
<b>Total da Análise Atual</b>	<b>381,93</b>	<b>381,93</b>	<b>381,93</b>	<b>857,90</b>	<b>475,97</b>	<b>475,97</b>

**TOTAL PLEITEADO:** 1239,83 **TOTAL AVALIADO:** 857,90 **TOTAL PAGO + À PAGAR:** 857,90

## PARECER DE DAMS



### INFORMAÇÕES ANÁLISE MÉDICA

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

MARIA DAS GRACAS M. TEIXEIRA

**GERENTE**

**CRM:** 0000000/RJ

**SUPERVISOR**

---

Rio de Janeiro, 24 de Janeiro de 2018

**Aos Cuidados de:** **MANOEL MESSIAS DOS SANTOS**  
**Nº Sinistro:** **3180039954**  
**Vitima:** **MANOEL MESSIAS DOS SANTOS**  
**Data do Acidente:** **10/11/2017**  
**Cobertura:** **DAMS**

**Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL**

**Senhor(a),**

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180039954**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Autorização de pagamento não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

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

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Rio de Janeiro, 24 de Janeiro de 2018

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

**Nº Sinistro:** **3180039954**

**Vitima:** **MANOEL MESSIAS DOS SANTOS**

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

**Cobertura:** **DAMS**

**Assunto: AVISO DE SINISTRO**

**Senhor(a),**

Informamos que o seu pedido de reembolso de Despesas de Assistência Médicas e Suplementares - DAMS foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180039954**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de DAMS é de **ATÉ R\$ 2.700,00** e que suas despesas serão analisadas considerando os valores de mercado, conforme legislação vigente.

O prazo para análise do pedido de reembolso 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, 07 de Março de 2018

Carta nº: 12475991

A/C: MANOEL MESSIAS DOS SANTOS

**Nº Sinistro:** 3180039954  
**Vitima:** MANOEL MESSIAS DOS SANTOS  
**Data do Acidente:** 10/11/2017  
**Cobertura:** DAMS

**Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

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\$ 381,93**

**Banco: 341**

**Agência: 000005634**

**Conta: 0000021074-3**

**Tipo: CONTA CORRENTE**

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**



Rio de Janeiro, 27 de Março de 2018

Carta nº: 12573947

A/C: MANOEL MESSIAS DOS SANTOS

**Nº Sinistro:** 3180039954  
**Vitima:** MANOEL MESSIAS DOS SANTOS  
**Data do Acidente:** 10/11/2017  
**Cobertura:** DAMS

**Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

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\$ 485,68**

**Banco: 341**

**Agência: 000005634**

**Conta: 0000021074-3**

**Tipo: CONTA CORRENTE**

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**





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

109107-0000000221206

**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

Nome completo da vítima

451.669.435-20

Manoel Héssios dos Santos

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

Nome completo  
Manoel Héssios dos Santos

CPF titular da conta  
451.669.435-20

Profissão  
Moto Táxi

Endereço  
Rua Quatorze de Fevereiro, lot. J.P Rua de Mais

Número  
520

Complemento

Bairro  
Centro

Cidade  
Nossa S. do Socorro

Estado  
SE

CEP  
49.160.000

Email  
manoelsautomototaxi@gmail.com

Telefone (DDD)  
73 9884-61036

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto à 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	ISEM RENDA	ATÉ R\$ 3.000,00	X R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	✓ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	ACIMA DE R\$ 10.000,00

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

BRADESCO (237)  BANCO DO BRASIL (001)  ITAÚ (341)  
 CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO

Name

Manoel Héssios dos Santos

AGÊNCIA

NRO

3634

Informar dígito se existir

Informar dígito se existir

AGÊNCIA

NRO

21074

Informar dígito se existir

AGÊNCIA  
NRO  
5634  
(Informar dígito se existir)

CONTA  
NRO  
023074  
(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.

Nossa S. Socorro, 15 de Janeiro de 2018

Local e Data

Manoel Héssios dos Santos

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

Manoel Héssios dos Santos  
de Atendimento - SP  
União Sul



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



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

### INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

**É obrigatório Representante Legal para:**

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

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

Número do Sinistro ou ASL

31800 39956

CPF da Vítima

451.669.435-20

Nome completo da vítima

Monal Messias dos Santos

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

Nome completo	CPF titular da conta	Profissão
Monal Messias dos Santos	451.669.435-20	
Endereço	Número	Complemento
Rua 14 de Fevereiro, 10	620	10 Resid. de Maria
Bairro	Estado	CEP
Centro	29	29160-000
Email	Telefone (DDD)	
	(79) 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

<input checked="" type="checkbox"/> RECLUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> 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 Nº:	CONTA Nº:	DIGITOS Nº:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Informar dígito se existir	Informar dígito se existir	

CONTA CORRENTE (todos os bancos):  
BANCO  
Nome

ITAU	341
AGÊNCIA Nº:	CONTA Nº:
5634	2104
Informar dígito se existir	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.

Ag. Se. 06 de FEVEREIRO de 2018

Local e Data

Monal Messias dos Santos

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

Juliana Maria dos Santos  
Assistente de Atendimento - Sucursal Aracaju  
Assistente de Atendimento - Sucursal Aracaju



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

Boletim de Ocorrência  
00001

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 Garreto

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: 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 do Local: Via Pública

Meio(s) Empregado(s)

Natureza

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

EN VOLVIDO(S)

Nome: DESCONHECIDO 1 (SUPÓSTO AUTOR/INFRATOR)

Nacionalidade: Brasileira

Endereço

Município: Aracaju - SE

Nome: MANOEL MESSIAS DOS SANTOS (VÍTIMA, COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira

Naturalidade: Poco da Folha

Sexo: Masculino

Nasc: 24/12/1964

Educação: Ensino Fundamental Incompleto

Profissão: Motoboy

Estado Civil: Divorciado(a)

Raça/Cor: Parda

Nome do Pai: Manoel Leonino dos Santos

Nome da Mãe: Maria de Lourdes Sintana Santos

Documento(s)

RG - Carteira de Identidade: 740792

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 451.668.435-20

Endereço

Município: Nossa Senhora do Socorro - SE

Nº 620 Complemento: CASA.

Logradouro: 14 DE FEVEREIRO

CEP: 49.160-000

Bairro: GUAJARÁ

Telefone: (79) 98848-1036 (Celular)

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo: Veículo

Subgrupo: Motocicleta/Motoneta

Placa: QKV2631

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 Garreto  
Impresso por: Roberval Rodrigues Bernadino  
Data de Impressão: 21/12/2017 07:44  
Protocolo nº: Não disponível



Certifico que a presente cópia é a  
reprodução fiel do original que me foi  
entregue, deu fe. JERIK NASCIMENTO  
entregue: 15/01/2019 01:10:04 Selo TUSE:  
201829525002572 www.tse.jus.br/s/877961

Juliana Maria dos Santos  
Assist. de Atendimento - 58270  
Cedemsa Sucursal Aracaju

## BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 004963/2017

Veículo Adulterado? Não

Quantidade: 1 Unidade

Situação: Envolvido

Nome Envolvido

Envolvimentos

Proprietário

Desconhecido 1

## RELATO/HISTÓRICO

Relata a vítima que conduzia a motocicleta noite mencionada, chassi 9C2KC2210GR505038, licenciada em nome de MANOEL MESSIAS DOS SANTOS pelo local, dia e horário acima citados, sentido Oeste/Este quando um veículo não identificado, parou de maneira abrupta e ao desviar do veículo a vítima bateu com a perna esquerda na lâmpada 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 guidão, a pedaleira empenou, a maneta do lado direito e a carenagem traseira foram danificadas e que os reais danos serão conferidos em orçamento.

## ASSINATURAS

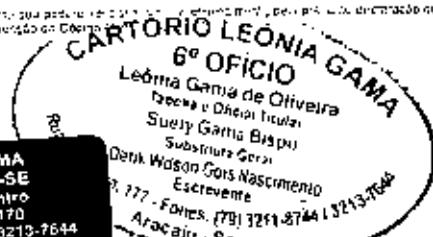
Roberval Rodrigues Bernardino  
Responsável Pelo Relatório

Manoel Messias dos Santos  
Motorista / Conduzidor

Este boleto não é válido sem a assinatura do delegado de polícia, que é o responsável por sua elaboração ou de seu auxiliar, conforme previsto na Lei Ano 339 (Decreto-lei 11.712, de 20 de outubro de 1940).



**CARTÓRIO LEONIA GAMA**  
6º OFÍCIO DE ARACAJU-SE  
Rua Itaçalana, nº 111 - Centro  
Aracaju-SE - CEP: 49.010-170  
Fone: (79) 3211-8744 - Fax: (79) 3213-7644



Certifico que a presente cópia é a reprodução fiel do original que me foi exibido, sou Eu, ERICK NASCIMENTO - Excedente, 15/01/2018 10:56:04 pelo TSEI:  
Excedente, 15/01/2018 10:56:04 pelo TSEI:  
200829325002572 www.tsej.jus.br/x/5779CT



 192

## **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 4537

**Tiemi Sayuri Menezes Oki Fontes**

**Coordenadora Médica**

**SAMU 192 SERGIPE**

Aracaju  
Município de Aracaju  
Sergipe - Brasil