



**Poder Judiciário
Do Estado de Sergipe**

GARARU DA COMARCA DE GARARU
Praça Rio Branco, Bairro Centro, Gararu/SE, CEP 49830000
Horário de Funcionamento: 07:00 às 13:00

Dados do Processo

Processo: 202069000326	Distribuição: 06/04/2020
Número Único: 0000325-11.2020.8.25.0031	Competência: Gararu
Classe: Procedimento Comum	Fase: POSTULACAO
Situação: Andamento	Processo Principal: *****
Processo Origem: *****	

Assuntos

- DIREITO CIVIL - Responsabilidade Civil - Seguro Obrigatório - Invalidez
- DIREITO CIVIL - Responsabilidade Civil - Indenização por Dano Moral - Ato Ilícito

Dados das Partes

Requerente: MANOEL MESSIAS DOS SANTOS
Endereço: POVOADO SÃO MATEUS
Complemento:
Bairro: ZONA RURAL
Cidade: GARARU - Estado: SE - CEP: 49830000
Requerente: Advogado(a): ELTON SOARES DIAS 10289/SE
Requerido: SEG LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT
Endereço: RUA SENADOR DANTAS - 5º ANDAR
Complemento: PRÉDIO
Bairro: CENTRO
Cidade: RIO DE JANEIRO - Estado: RJ - CEP: 20031201
Requerido: Advogado(a): KELLY CHRYSTIAN SILVA MENENDEZ 2592/SE



**Poder Judiciário
Do Estado de Sergipe**

GARARU DA COMARCA DE GARARU
Praça Rio Branco, Bairro Centro, Gararu/SE, CEP 49830000
Horário de Funcionamento: 07:00 às 13:00

Processos Apensados:

--

Processos Dependentes:

--

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 (++) 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 HOVE 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:





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: com 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

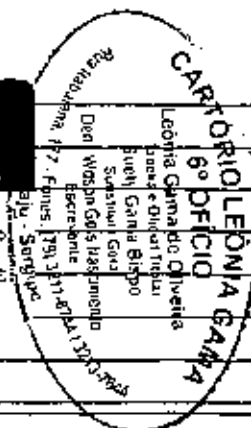
CLÍNICO: Paciente vítima de acidente motorciclístico, deu entrada no HUSF, lúcido, eupneico, hemodinamicamente estável, apresentando fratura cominutiva do 5º quítrio, tibia espiro e fratura da tibia espiro. Submetido a fixação da fratura do quítrio e reparo de pontos moles, bem como colocação de tala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

HISTÓRICO

CIRÚRGICO: Acima

CARTÓRIO LEÔNIA GAMA
6º OFÍCIO DE ARACAJU-SE
Rua Itabaiana, nº 177 - Centro
Aracaju-SE - CEP: 49.011-10
Fone: (79) 3214-9744 - Fax: (79) 3.113-7644

Certifico que a presente cópia é reprodução fiel do original que se foi exibido, dos srs. PERIK NASCIMENTO. Emissão: 29/01/2018 03:20:11 Selo T055 201829525005328 www.tjse.jus.br/x/4D0u7G



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 - 11721

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 12345

MS/DATASUS

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
 ENDERECO : FRANCISCO PORTO R. 14 de fevereiro
 COMPLEMENTO : N. 90 do Saco BAIRO: Jardim
 MUNICIPIO : ARACAJU UF: MS
 NOME PAI/MAE :
 RESPONSAVEL : TRAZIDO/SAMU
 PROCEDENCIA : 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

CEP

TEL

(79) 98844 4078

TRAUMA: NAO

ACID. TRABALHO: NAO

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

PA:	<input checked="" 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				

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

DATA PRIMEIROS SINTOMAS: 24

DADOS CLINICOS:

DADOS CLINICOS: Paciente trazida pelo socorro em estado de inconsciência com história de colapso no
 16:45 caso, sem poder de consciência, e vômitos. (A), (B), (C), (D) em alterações, (E) dor ao palpá-
 lo, suposto de fratura no 2º quadrante superior, dor no 1º e 3º e 4º e 5º e 6º e 7º e 8º e 9º e 10º e 11º e 12º e 13º e 14º e 15º e 16º e 17º e 18º e 19º e 20º e 21º e 22º e 23º e 24º e 25º e 26º e 27º e 28º e 29º e 30º e 31º e 32º e 33º e 34º e 35º e 36º e 37º e 38º e 39º e 40º e 41º e 42º e 43º e 44º e 45º e 46º e 47º e 48º e 49º e 50º e 51º e 52º e 53º e 54º e 55º e 56º e 57º e 58º e 59º e 60º e 61º e 62º e 63º e 64º e 65º e 66º e 67º e 68º e 69º e 70º e 71º e 72º e 73º e 74º e 75º e 76º e 77º e 78º e 79º e 80º e 81º e 82º e 83º e 84º e 85º e 86º e 87º e 88º e 89º e 90º e 91º e 92º e 93º e 94º e 95º e 96º e 97º e 98º e 99º e 100º e 101º e 102º e 103º e 104º e 105º e 106º e 107º e 108º e 109º e 110º e 111º e 112º e 113º e 114º e 115º e 116º e 117º e 118º e 119º e 120º e 121º e 122º e 123º e 124º e 125º e 126º e 127º e 128º e 129º e 130º e 131º e 132º e 133º e 134º e 135º e 136º e 137º e 138º e 139º e 140º e 141º e 142º e 143º e 144º e 145º e 146º e 147º e 148º e 149º e 150º e 151º e 152º e 153º e 154º e 155º e 156º e 157º e 158º e 159º e 160º e 161º e 162º e 163º e 164º e 165º e 166º e 167º e 168º e 169º e 170º e 171º e 172º e 173º e 174º e 175º e 176º e 177º e 178º e 179º e 180º e 181º e 182º e 183º e 184º e 185º e 186º e 187º e 188º e 189º e 190º e 191º e 192º e 193º e 194º e 195º e 196º e 197º e 198º e 199º e 200º e 201º e 202º e 203º e 204º e 205º e 206º e 207º e 208º e 209º e 210º e 211º e 212º e 213º e 214º e 215º e 216º e 217º e 218º e 219º e 220º e 221º e 222º e 223º e 224º e 225º e 226º e 227º e 228º e 229º e 230º e 231º e 232º e 233º e 234º e 235º e 236º e 237º e 238º e 239º e 240º e 241º e 242º e 243º e 244º e 245º e 246º e 247º e 248º e 249º e 250º e 251º e 252º e 253º e 254º e 255º e 256º e 257º e 258º e 259º e 260º e 261º e 262º e 263º e 264º e 265º e 266º e 267º e 268º e 269º e 270º e 271º e 272º e 273º e 274º e 275º e 276º e 277º e 278º e 279º e 280º e 281º e 282º e 283º e 284º e 285º e 286º e 287º e 288º e 289º e 290º e 291º e 292º e 293º e 294º e 295º e 296º e 297º e 298º e 299º e 300º e 301º e 302º e 303º e 304º e 305º e 306º e 307º e 308º e 309º e 310º e 311º e 312º e 313º e 314º e 315º e 316º e 317º e 318º e 319º e 320º e 321º e 322º e 323º e 324º e 325º e 326º e 327º e 328º e 329º e 330º e 331º e 332º e 333º e 334º e 335º e 336º e 337º e 338º e 339º e 340º e 341º e 342º e 343º e 344º e 345º e 346º e 347º e 348º e 349º e 350º e 351º e 352º e 353º e 354º e 355º e 356º e 357º e 358º e 359º e 360º e 361º e 362º e 363º e 364º e 365º e 366º e 367º e 368º e 369º e 370º e 371º e 372º e 373º e 374º e 375º e 376º e 377º e 378º e 379º e 380º e 381º e 382º e 383º e 384º e 385º e 386º e 387º e 388º e 389º e 390º e 391º e 392º e 393º e 394º e 395º e 396º e 397º e 398º e 399º e 400º e 401º e 402º e 403º e 404º e 405º e 406º e 407º e 408º e 409º e 410º e 411º e 412º e 413º e 414º e 415º e 416º e 417º e 418º e 419º e 420º e 421º e 422º e 423º e 424º e 425º e 426º e 427º e 428º e 429º e 430º e 431º e 432º e 433º e 434º e 435º e 436º e 437º e 438º e 439º e 440º e 441º e 442º e 443º e 444º e 445º e 446º e 447º e 448º e 449º e 450º e 451º e 452º e 453º e 454º e 455º e 456º e 457º e 458º e 459º e 460º e 461º e 462º e 463º e 464º e 465º e 466º e 467º e 468º e 469º e 470º e 471º e 472º e 473º e 474º e 475º e 476º e 477º e 478º e 479º e 480º e 481º e 482º e 483º e 484º e 485º e 486º e 487º e 488º e 489º e 490º e 491º e 492º e 493º e 494º e 495º e 496º e 497º e 498º e 499º e 500º e 501º e 502º e 503º e 504º e 505º e 506º e 507º e 508º e 509º e 510º e 511º e 512º e 513º e 514º e 515º e 516º e 517º e 518º e 519º e 520º e 521º e 522º e 523º e 524º e 525º e 526º e 527º e 528º e 529º e 530º e 531º e 532º e 533º e 534º e 535º e 536º e 537º e 538º e 539º e 540º e 541º e 542º e 543º e 544º e 545º e 546º e 547º e 548º e 549º e 550º e 551º e 552º e 553º e 554º e 555º e 556º e 557º e 558º e 559º e 560º e 561º e 562º e 563º e 564º e 565º e 566º e 567º e 568º e 569º e 570º e 571º e 572º e 573º e 574º e 575º e 576º e 577º e 578º e 579º e 580º e 581º e 582º e 583º e 584º e 585º e 586º e 587º e 588º e 589º e 590º e 591º e 592º e 593º e 594º e 595º e 596º e 597º e 598º e 599º e 600º e 601º e 602º e 603º e 604º e 605º e 606º e 607º e 608º e 609º e 610º e 611º e 612º e 613º e 614º e 615º e 616º e 617º e 618º e 619º e 620º e 621º e 622º e 623º e 624º e 625º e 626º e 627º e 628º e 629º e 630º e 631º e 632º e 633º e 634º e 635º e 636º e 637º e 638º e 639º e 640º e 641º e 642º e 643º e 644º e 645º e 646º e 647º e 648º e 649º e 650º e 651º e 652º e 653º e 654º e 655º e 656º e 657º e 658º e 659º e 660º e 661º e 662º e 663º e 664º e 665º e 666º e 667º e 668º e 669º e 670º e 671º e 672º e 673º e 674º e 675º e 676º e 677º e 678º e 679º e 680º e 681º e 682º e 683º e 684º e 685º e 686

ANOTAÇÕES DA ENFERMAGEM:

DIAGNOSTICO: *Exatop cruentos L5-L6* CID: *M50.1* *primário* +
HORARIO DA MEDICACAO

PRESCRIÇÃO Future do S. MTC + HORARIO DA MEDICACAO

PRESCRIÇÃO *Febra de 3/1/20*
Febra de mitose de Tabela D.
Fontes

[illegible]

② Rota de punte De 20, Miso 20, yello 20

Intervento

HORA DA SAIDA: _____
[] DESISTENCIA

DATA DA SAIDA: / /
ALTA: ☐ DECISAO MEDICA ☐ A PEDIDO ☐ EVASAO
☐ 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

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

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 Repouso no leito	
		③ Ciprofloxacino 400g EV 12/12h	22 10
		④ Clindamicina 600g EV 6/6h	24 06 12 18
		⑤ Propofol IV 1g/50ml + 150ml SF (0,3%) 30 gotas/min 12/12h	04 16
		⑥ Dripirone 200 + 180ml SF EV 8/8h	24 08 16 24
		⑦ SAT 5000 UIC 01 gota ZM	20
		⑧ Acetato de sódio se apresenta de modo (uso de sódio)	M
		⑨ Antídoto geral	
		⑩ Res indetecíveis ortopédicas de aparelhos - Uniforte de uso	

[Assinatura]
Sandra Maria Fontes
Ortopedia
CRM 1950



EVOLUÇÃO/PRESCRIÇÃO MÉDICA DATA 16/11/17

NOME: MANOEL MESSIAS SANTOS

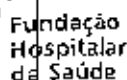
ALA: VERDE TRAUMA 1 LEITO: CORREDOR GÊNERO: MASCULINO IDADE: 53

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 heparina + Ato + Xudo</i>	
2		

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



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE SERGIPE - HUSE

PRONTO SOCORRO ADULTO

Página nº 1

Idade: 572 Sexo: F

Leito:

Nº do Prontuário:

DATA	HORA	HISTÓRICO
10/11/17		Até retorno de exame de mto uframa mso @ e ppele semicircular ob 5:30h e ppele de segmento verso sub mto do e ppele do problema / amnistia e ppele zore / + repou de porta mto qd, bon para ppele de. lito u STG 91 + PVT de qremente. Ppina dilit, meun tento interramento n/ breun purpo de ppele digital, ppele mto de mto. Lpina dilit ppele ppele de mto de Tite @, mto ppele Tte gerado. Intervat ex mto de gto ppele lunzia de mso
		Sig. Franca Fortes Ortopedia ERM 1850

Edição França Fortes
Ortopedia
ERM 1850

905663395

021 05577777

②

COZY BOB TUBS

DEPARTMENT OF THE ARMY
WASHINGTON, D. C. 20315-5000

140792	330	27
--------	-----	----

100

431.669.435-20 26/12/1988

26/12/1988

433-7031, MGTING DOG

0.5

NOTES

SUBJECTS

Madison Co. Ark.

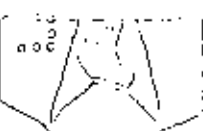
— **Figure 2: A** —

09/03/2013

6771 596 0080
0601 091 5275

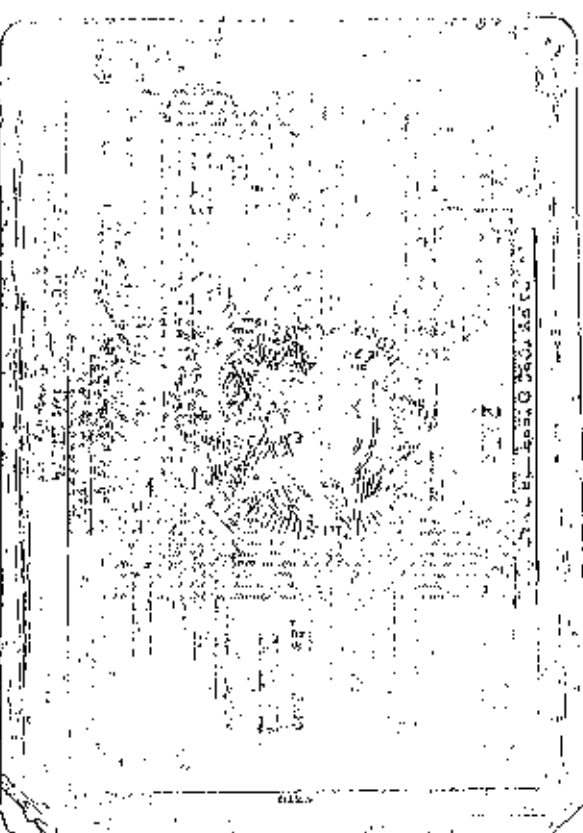
1131016122884 05062013

3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100
---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----



Universitäts- und Landesbibliothek Bonn

100%



Submitted: 10/10/2010 03:55
Accepted: 06/08/2011 15:55

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NA O 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. TAXA 09	Nº CHASSI 9C2K02210GR505038	
PRÊMIO TARIFÁRIO			
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 CITAÇÃO 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 MARTIN VEDRICHOS DOS SANTOS		
CPF/CNPJ 451.659.435-20		
PLACA ANT./UF 0030282-10		
CHASSI 9C2K02210GR505038		

ESPECIE PRO HONDA/CB 160 TITAN EX	COMBUSTÍVEL GLC/GASOL
MARCA/MODELO HONDA/CB 160 TITAN EX	ANO FAB. 2016
CAT. TAXA 09	ANO MOD. 2016
CHASSI 9C2K02210GR505038	OP. PREC. DE MANUTEN. OK
VENICOTAS 1	VENICOTAS 2
VENICOTAS 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

GRUPO 70 - SE

DATA
04/04/2016

Juliana Maria dos Santos
Assist. de Atendimento - 88270
Capitania Sucursal Recife



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
Instrução	1º Grau Incompleto	Nome da Mãe	MARIA DE LOUDES SANTANA SANTOS	Nome do Pai	MANEL LEONIDOS DOS SANTOS	UF	SE
Endereço	RUA 14 DE FEVEREIRO Nº 620	Bairro	JARDIM ROSA DE MAIO	Município	NOSSA SENHORA DO SOCORRO/SE		
Nome da Autoridade	DELT DANIELA R. LIMA BARRETO	Função	DELT DANIELA R. LIMA BARRETO	Unidade	DEOT		

1º Perito Relator	DR. JACSON LEAL DA COSTA	Cromossel/Cross	5541	2º Perito Relator		Cromossel/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

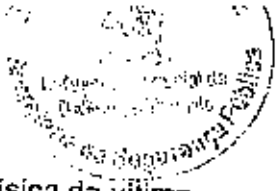
Comentário Médico - Forense

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

Agente de Polícia
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 HOVE 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 (++) 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.

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

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

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

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

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

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

Vide motivo do impedimento no campo das observações

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

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

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

Região Corporal

5º QUIRODÁCTILO.

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

Região Corporal

MEMBRO INFERIOR ESQUERDO

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

Região Corporal

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

Região Corporal

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

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

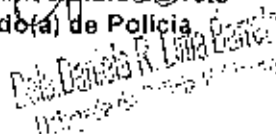
Objetivo: Constatar a ocorrência ou não de lesão corporal e sua intensidade, com base na perspectiva de gênero, a fim de produzir laudo pericial que terá o papel de materializar o tipo penal através da prova técnica.

Emitir Laudo: Exame Preliminar Exame Definitivo.

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

ARACAJU-SE, 21 de Dezembro de 2017

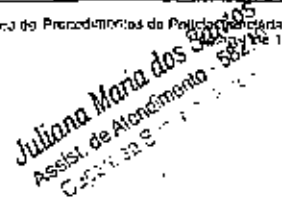

Daniela Ramos Lima Barreto
Delegada(a) de Polícia


Delegacia Especial de Delitos de Trânsito



Impresso por: Rômulo Paiva de Almeida
Data de Impressão: 21/12/2017 07:42

PPe - Sistema de Processamento de Dados


Juliana Maria dos Santos
Assist. de Atendimento - 582.12.1

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180063789

Cidade: Aracaju

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: MANOEL MESSIAS DOS SANTOS

Data do acidente: 10/11/2017

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 20/02/2018

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** 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** 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.

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 022 204 ou 0800 221 286 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

É obrigatório Representante Legal para:

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

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

Número do Sinistro ou ASL	CPF da Vítima 451.669.435-20	Nome completo da vítima MANOEL MESSIAS DOS SANTOS
---------------------------	---------------------------------	--

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo MANOEL MESSIAS DOS SANTOS	CPF titular da conta 451.669.435-20	Profissão MOTOBOY
Endereço RUA J4 DE FEVEREIRO	Número 620	Complemento 30 ROSA DE MARI
Bairro CENTRO	Cidade V. SEA. SOCORRO	Estado SE
E-mail manuel.santos.motoboy@gmail.com	CEP 49160-000	Telefone (011) (021) (11) 98846-1036

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

<input type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input checked="" 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 (04) 5634 **CONTA** (20) 21034 **DV** 3

(Informar dígito se existir)

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

BANCO

Nome

AGÊNCIA (04) **CONTA** (20) **DV**

(Informar dígito se existir)

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

Assinatura 30 de JANEIRO de 2018

Local e Data

Juliana Maria dos Santos
Assist. de Atendimento - 88276
Corretora Sucessora Azeite

Manoel Messias dos Santos

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



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 de Impressão: 21/12/2017 07:44
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 2



PPE - Sistema de Procedimentos de Polícia

Juliana Maria dos Santos
Assist. de Atendimento - 68271
Aracaju - SE - 15/12/2017



CARTÓRIO LEÔNIA GAMA
6º OFÍCIO DE ARACAJU-SE
Rua Rabelano, nº 177 - Centro
Aracaju-SE - CEP: 49.010-170
Fone: (79) 3211-8744 - Fax: (79) 3213-7641



Certifico que a presente cópia é uma reprodução fiel do original que não foi exibido por este DEIX NACIKEN
Sobrevento: 29/01/2018 08:09:36 Selo: SE
20182952300524 www.tjse.jus.br/K/B2BR8X

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 004963/2017

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

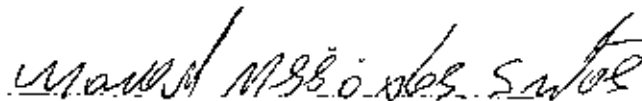
RELATO/HISTÓRICO

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

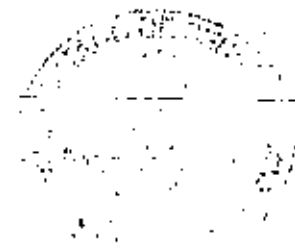
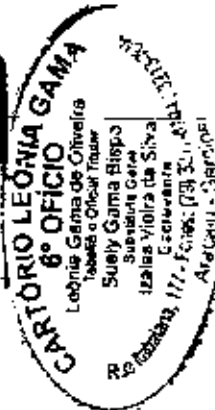


Manoel Messias dos Santos
(Vítima / Comunicante)

"Declaro para os devidos fins de direito que sou o(s) autor(es) responsável(is) pelas informações acima expostas e deixo que poderá responder civil e criminalmente pela pretensa declaração que dei. Quem, contra, infringir prevêido nos Artigos 339 - Denúncia Fictícia e 340 - Cominação Falsa da Crime 01 de Conservação do Código Penal Brasileiro."



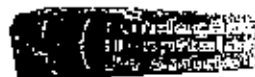
Certifico que a presente cópia é a reprodução fiel do original que me foi exibido do fê. DSRUX NASCIMENTO
Eacrevante, 29/01/2018 08:09:36 Selo: JUS-201829525005224 www.tjes.jus.br/n/B2BR3A



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 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 Coimbra
Ortopedia/Traumatologia
CRM 1800

Juliana Maria dos Santos
Assist. de Atendimento - 58270
Cirurgia Sucumbia A-1000

ITAÚ – 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

ITAÚ – 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

FNERGISA SERGIPE LESTE FNERGISA SA
Rua Municipal de São João - Faria Bala - A
43030-000 - CEP 43030-000
PJ 15 017 450-7001-63 - Fax 15 017 450-7001
33A - Contato Fone 15 017 450-7001
Cód. para Orib. Autom. 000: 0001000014

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPI/CNPJ/RANI
Dez / 2017	21/12/2017	22/01/2018	45166943520

Canal de contacto

Terça-Feira, 20 de maio de 2003

$$\text{Slope } y_1 = 1.7 \times 10^{-3} = 3.2 \times 10^{-3} = 3.2$$

2011-2012	2012-2013	2013-2014	2014-2015	2015-2016	2016-2017	2017-2018	2018-2019	2019-2020	2020-2021	2021-2022	2022-2023	2023-2024	2024-2025	2025-2026	2026-2027	2027-2028	2028-2029	2029-2030	2030-2031	2031-2032	2032-2033	2033-2034	2034-2035	2035-2036	2036-2037	2037-2038	2038-2039	2039-2040	2040-2041	2041-2042	2042-2043	2043-2044	2044-2045	2045-2046	2046-2047	2047-2048	2048-2049	2049-2050	2050-2051	2051-2052	2052-2053	2053-2054	2054-2055	2055-2056	2056-2057	2057-2058	2058-2059	2059-2060	2060-2061	2061-2062	2062-2063	2063-2064	2064-2065	2065-2066	2066-2067	2067-2068	2068-2069	2069-2070	2070-2071	2071-2072	2072-2073	2073-2074	2074-2075	2075-2076	2076-2077	2077-2078	2078-2079	2079-2080	2080-2081	2081-2082	2082-2083	2083-2084	2084-2085	2085-2086	2086-2087	2087-2088	2088-2089	2089-2090	2090-2091	2091-2092	2092-2093	2093-2094	2094-2095	2095-2096	2096-2097	2097-2098	2098-2099	2099-2100	2100-2101	2101-2102	2102-2103	2103-2104	2104-2105	2105-2106	2106-2107	2107-2108	2108-2109	2109-2110	2110-2111	2111-2112	2112-2113	2113-2114	2114-2115	2115-2116	2116-2117	2117-2118	2118-2119	2119-2120	2120-2121	2121-2122	2122-2123	2123-2124	2124-2125	2125-2126	2126-2127	2127-2128	2128-2129	2129-2130	2130-2131	2131-2132	2132-2133	2133-2134	2134-2135	2135-2136	2136-2137	2137-2138	2138-2139	2139-2140	2140-2141	2141-2142	2142-2143	2143-2144	2144-2145	2145-2146	2146-2147	2147-2148	2148-2149	2149-2150	2150-2151	2151-2152	2152-2153	2153-2154	2154-2155	2155-2156	2156-2157	2157-2158	2158-2159	2159-2160	2160-2161	2161-2162	2162-2163	2163-2164	2164-2165	2165-2166	2166-2167	2167-2168	2168-2169	2169-2170	2170-2171	2171-2172	2172-2173	2173-2174	2174-2175	2175-2176	2176-2177	2177-2178	2178-2179	2179-2180	2180-2181	2181-2182	2182-2183	2183-2184	2184-2185	2185-2186	2186-2187	2187-2188	2188-2189	2189-2190	2190-2191	2191-2192	2192-2193	2193-2194	2194-2195	2195-2196	2196-2197	2197-2198	2198-2199	2199-2200	2200-2201	2201-2202	2202-2203	2203-2204	2204-2205	2205-2206	2206-2207	2207-2208	2208-2209	2209-2210	2210-2211	2211-2212	2212-2213	2213-2214	2214-2215	2215-2216	2216-2217	2217-2218	2218-2219	2219-2220	2220-2221	2221-2222	2222-2223	2223-2224	2224-2225	2225-2226	2226-2227	2227-2228	2228-2229	2229-2230	2230-2231	2231-2232	2232-2233	2233-2234	2234-2235	2235-2236	2236-2237	2237-2238	2238-2239	2239-2240	2240-2241	2241-2242	2242-2243	2243-2244	2244-2245	2245-2246	2246-2247	2247-2248	2248-2249	2249-2250	2250-2251	2251-2252	2252-2253	2253-2254	2254-2255	2255-2256	2256-2257	2257-2258	2258-2259	2259-2260	2260-2261	2261-2262	2262-2263	2263-2264	2264-2265	2265-2266	2266-2267	2267-2268	2268-2269	2269-2270	2270-2271	2271-2272	2272-2273	2273-2274	2274-2275	2275-2276	2276-2277	2277-2278	2278-2279	2279-2280	2280-2281	2281-2282	2282-2283	2283-
-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-------

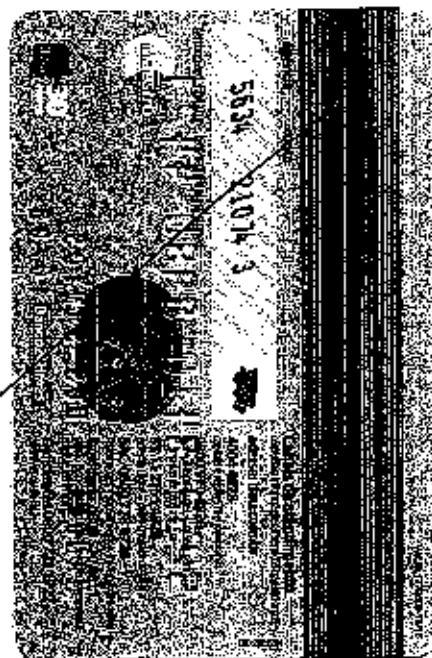
Historical Consumption (kWh)


Year	1974	1975	1976	1977	1978
Value	100	100	100	100	100

ff02.b2c2.71d4.8b60.c14e.34c0.adb2.8730

Autorize o pagamento de sua conta de energia através do débito automático e mais cómodo e seguro.

Atendimento Energia 0800079196 (24h)
Ouvindo Energia 0800079193 (Industria e comércio) - Atendimento ao cliente e produtos e serviços
Atendimento Energia 0800079194 (Industria e comércio) - Atendimento ao cliente e produtos e serviços




Juliana Maria dos Santos
Assist. de Atendimento - 59277
Capitania Sucre 418-271

**PREFEITURA MUNICIPAL DE ARACAJU**

Secretaria Municipal da Fazenda - SEMFAZ

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

NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA - NFS-e

Emissão (Horário de Brasília)

21/12/2017 10:21:11

Reg. Especial Tributação

Nenhum

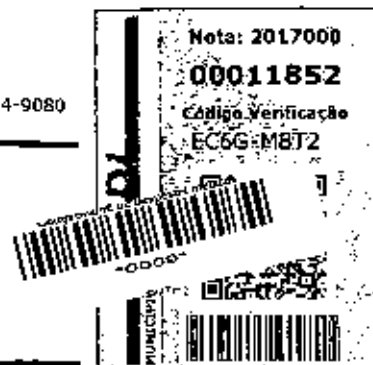
Período de Competência

12/2017

Exigibilidade do ISS

Exigível em Aracaju

Município de Prestação do Serviço

Aracaju - SE**PRESTADOR DE SERVIÇOS**

Razão Social

RAIO X CENTRO DIAGNOSTICO POR IMAGEM LTDA

Nome Fantasia

RAIO X CENTRO DIAGNOSTICO POR IMAGEM LTDA

CPF/CNPJ

05.768.319/0001-85

Inscrição Municipal

684418

Inscrição Estadual

ISENTO

Simples Nacional

Sim

Email

convenio@laclise.com.br

Incentivador Cultural

Não

Fone/Fax

(79) 3241-8923

Endereço

Rua BAHIA, 988, S CAMPOS - CEP: 49075-000 - Aracaju - SE**TOMADOR DE SERVIÇOS**

Nome/Razão Social

MANOEL MESSIAS DOS SANTOS

CPF/CNPJ

451.669.435-20

Inscrição Municipal

Inscrição Estadual

Fone/Fax

(79) 99850-3717

E-mail

manoelsantasmototaxi@gmail.com

Endereço

RUA 14 FEVEREIRO, 620 CASA, Centro - CEP: 49160-000 - Nossa Senhora do Socorro - SE**SERVIÇO PRESTADO****0402 - Análises clínicas, patologia, eletividade médica, radioterapia, quimioterapia, ultra-sonografia, ressonância magnética, radiologia, tomografia e congêneres. CNAE: 8640205****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 Incondicionado (R\$)	Base de Cálculo (R\$)	Alíquota (%)
110,00	0,00	0,00	110,00	4,26
ISS (R\$)	ISS Retido (R\$)	Desconto Condicionado (R\$)	Valor Líquido (R\$)	Valor Total da Nota (R\$)
4,69		0,00	110,00	110,00

OUTRAS INFORMAÇÕES

Contribuinte Optante do Simples Nacional.

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

Para validação desta NFS-e acesse: <https://aracajuse.webiss.com.br/externo/nfse/validar>

Esta NFS-e foi emitida com respaldo no Decreto nº 3.393 de 14 de março de 2011.

Manoel Maria L. de Almeida

VJ FARMA LTDA CNPJ:01.693.953/0034-03
RUA BAHIA, 826, SIQUEIRA CAMPOS, Aracaju, SE
Documento Auxiliar da Nota Fiscal de Consumidor El
trônica

CÓDIGO	DESCRIÇÃO	QTD	UN	VL	UN	VL	TOTAL
04005900396538	DES-NIVEA ROLL-ORIGINAL-PROT. SOHL	1	UNDx6	99			6,99
04005808257621	DES-NIVEA ROLL MEN SENSITIVE PROTÉC	1	UNDx6	99			6,99
07896004704692	CEFALEXINA 500MG C/10 GEN ENS 30UNDx28	67					86,01
07896422507059	DIPIRONA SODICA 500MG C/30 GEN MEDL	32					28,32
078969021	SOLO FISIOLOGICO C/10KPA 500ML FARMAX	1	UNDx5	26			5,26
07891058017392	CORFLEX ENV. C/10 COMP. UNDx5	02					5,02
07898108640104	COMPRESSA DE GAZE 11 FIOS ESTERIL C	1	UNDx1	19			5,95
07891800231106	FITA HIPDALERGICA MICROPOROSA	1	UNDx4	17			17,28
0789180000665	ATRO CREPON CYSNE 10 X 4,5 UNDx2	78					2,79
0789180000665	ATRO CREPON CYSNE 20 X 4,5 UNDx4	78					4,78
07891800006719	ATRO CREPON CYSNE 30 X 4,5 UNDx7	90					7,99
0789180000672	ATRO CREPON CYSNE 12X3 5 UNDx3	26					8,28
07891800006886	ATRO CREPON CYSNE 20 X 4,5 UNDx4	78					4,78
QTD. TOTAL DE ITENS							13
VALOR TOTAL R\$							185,46
Cartão de Crédito							185,46

EMISSION NORMAL

Número: 5859 Série: 1
Emissão: 16/11/2017 14:27:24 - Via do Consumidor
Consulte pela Chave de Acesso em
<http://nfe.se.gov.br/portal/portalNoticias.jsp>
2817-1101 6939 5300 3403 6500 1000 0050 5916 2861 2519
Protocolo de Autorização: 328170105486048
Data de autorização: 16/11/2017 14:29:03
CONSUMIDOR NÃO IDENTIFICADO



MD5: C46675DBCA18C20901F2DB8E1A19668E
PV0000004129
Bal: 1294 N. Controle: 7298
FARMACIAS INDEPENDENTE
MELHOR SORTEJAMENTO DE PERFUMARIA

Juliana Maria dos S.
Ass: de Atendimento
Supervisor

REDE C
MasterCard 185.46
CNPJ: 503494092 VALOR: 185.46
ESTAB: 074281755 VJ FARMAS SIQUEIRA L
16.11.17-15:28:45 TERM: PV88943 160034
NUMERO PARCELAS : 03
CARTAO: xxxx. xxxx. xxxx. 4427
AUTORIZACAO: 066836
ARQC: 15089785C9706201
AID: A0000000041010
TRANSACAO AUTORIZADA MEDIANTE
USO DE SENHA PESSOAL.

1743:01:14 16:00:15223912

[illegible]

FAB: 9E09141010011728972

Juliana Maria dos Santos
Assist. de Atendimento - 58270
Cepelinha - 58270



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



NOME:

Monal Mem Silva

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.

F Xarelto 10mg _____ 14
100mg 14/dia

16/11/14


Dr. Rodrigo M. Leal
Ortopedia e Traumatologia
CRM 47.477 - TEL: 15698

Juliana Maria da
Ass. de Atendimento



EMPREENHIMENTOS PAGUE MENOS S.A.
IN:0000000000000000
CNPJ: 06626253016740 S.E.: 271015322
Rua Santa Catarina, 410 - Siqueira
Carpos, ARACAJU - SE

DANFE NFC - e Documento Auxiliar
da Nota Fiscal de Consumidor Eletrônica
Não permite aproveitamento de crédito de ICMS

N COD	DESC	LQTD	UM	VL UNIT	R\$	I	TOT	ITEM	R\$
1	465313 SORO FISIOLOG PROSORO DANF 0.9/ 100ML					1 UNx2.70	2.70		
De:	2.85	Por:	2.70						
2	105643 POUVIDE SOLUCAO 100ML 1 UNx12.10					12.10			
De:	12.70	Por:	12.10						
3	149870 COMPR GAZE CREMER 7.5X7.5CM C/5 NU					1 PCx1.40	1.40		
De:	1.47	Por:	1.40						
4	149870 COMPR GAZE CREMER 7.5X7.5CM C/5 NU					1 PCx1.40	1.40		
De:	1.47	Por:	1.40						

QTD. TOTAL DE ITENS	4
VALOR TOTAL R\$	17.60
Cartão de Crédito	17.60

CLIENTE SEMPRE PAGUE MENOS

OLÁ MANOEL, SEJA BEM-VINDO(A) AO NOVO PROGRAMA DE
FIDELIDADE SEMPRE PAGUE MENOS. AGORA VOCE TEM BENEFÍCIOS
PERSONALIZADOS PRA VOCE.

PARABENS! VOCE E UM CLIENTE SEMPRE.

NESSA COMPRA VOCE ECONOMIZOU R\$ 0,87

ESSE VALOR E UMA ESTIMATIVA DO SEU SALDO DE COMPRAS, EM
CLUIINDO MEDICAMENTOS E SERVIÇOS. SUAS COMPRAS SÃO CORTADO
UTILIZADAS EM ATÉ 15 DIAS. CONFIRA O REGULAMENTO E SAIBA M
AIS EM PAGUEMENOS.COM.BR/SEMPRE

CPF CLIENTE SEMPRE: 451.***.***-20
Operador: 85697 Vendedor: 19824
trib 8010x 35:2,67 Fed e 35:0.66 Est e R\$:0.00 Ann:
Fonte: IBPT - ca7913
Obrigado e Volte Sempre.

Número 000019985 Série 018 Emissão 02/01/2018 08:51:51
Via Consumidor - Consulte pela Chave de Acesso em
<http://www.nfce.se.gov.br/portal/portalNoticias.jsp>
CHAVE DE ACESSO
2818 0106 6262 5301 6740 6501 3000 0199 0010 0004 7914

CONSUMIDOR
CPF: 45166943520 MANOEL NESSIAS

Consulte via LEITOR QR Code



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



EMPREENDEIMENTOS PAGUE MENOS S.A.
IN: 0000000000000000
CNPJ: 06626253016740 I.E: 271015322
Rua Santa Catarina, 410 - Siqueira
Cedpos, ARACAJU - SE

DAFEE NFC - e Documento Auxiliar
da Nota Fiscal de Consumidor Eletrônica
Não permite aproveitamento de crédito de ICMS

QTD	DESC	TOT	UN	VL UNIT	RS	TOT ITEM	RS
1	465313	SORO FISIOLOG PROSORO DAUF 0.9/ 100ML	1	UNx2.70	2.70		
De:	2.83	Por:	2.70				
2	105643	POULBINE SOLUCAO 100ML	1	UNx12.10	12.10		
De:	12.70	Por:	12.10				
3	149870	COMPR GAZE CREMER 7,5X7,5CM C/5 NU	1	PCx1.40	1.40		
De:	1.47	Por:	1.40				
4	149870	COMPR GAZE CREMER 7,5X7,5CM C/5 NU	1	PCx1.40	1.40		
De:	1.47	Por:	1.40				
QTD. TOTAL DE ITENS							4
VALOR TOTAL R\$							17.60
Cartão de Crédito							17.60

CLIENTE SEMPRE PAGUE MENOS

OLÁ, MANOEL. SEJA BEM-VINDO(A) AO NOVO PROGRAMA DE
FIDELIDADE SEMPRE PAGUE MENOS. AGORA VOCE TEM BENEFÍCIOS
PERSONALIZADOS PARA VOCE.

PARABENS! VOCE E UM CLIENTE SEMPRE.

NESSA COMPRA VOCE ECONOMIZOU R\$ 0.07

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

CPF CLIENTE SEMPRE: 451.***.***-20

Operador: 85697 Vendedor: 19824

Trib aprox R\$:2.67 Fed e R\$:0.66 Est e R\$:0.00 Muni

Fonte: IBPT calgiz

Obrigado e Volte Sempre.

Número 000019985 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

CONSUMIDOR
CPF: 45166943520 MANOEL NESSIAS

Consulta via leitor QR Code



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

MEDFAR FARMACIAS LTDA
 CNPJ: 11.820.391/0001-07 IE 071274514
 RUA SANTA LUZIA 653 SAO JOSE
 ARACAJU SE

Documento Auxiliar do Nota Fiscal Eletrônica
 para Consumidor Final
 NFC-e não permite aproveitamento de crédito de ICMS

Código Descrição Qtd Valor Unit. Valor Total
 4579732 NIMESULIDA 100MG 1 16,55 16,55
 12COMP

Qtd Total de Itens 1
 VALOR TOTAL RS 16,55
 DESCONTO TOTAL RS
 FORMA PAGAMENTO Dinheiro

VALOR PAGOR RS 16,55
 Tributos Totais Incidentes (Lei Federal 12.741/12) 4,33
 Trib Fed: 1,76 Trib Est: 0,00 Trib Mun: 0,00 Trib Imp: 2,57

Nº 00001541
 Chave de Acesso e CH 28171211811910001071513200001FJ141014017

Acesso
 Consumidor Informado
 Consulta via leitor de QR Code

Protocolo de Autorização: 32817012051148



FARMALTA LTDA CNPJ: 01.692.953/0034-03
 RUA BANJA, 826, SIQUEIRA CAMPOS, Aracaju, SE
 Documento Auxiliar da Nota Fiscal de Consumidor El
 TRIBUTAÇÃO: 1010 1000 1000 1000 1000 1000
 1010 1000 1000 1000 1000 1000 1000 1000 1000 1000

[illegible]

Modelo: 5859 Série: 1
Emissão: 16/11/2017 14:21:24 - Via - Consumidor
Emissor: Loja Chave de Acesso em
2017 14:21:24
Protocolo de Autorização: 328170105464248
Data de autorização: 16/11/2017 14:21:03
CONSULTAR NAO IDENTIFICADO



HPS: CAG...
 PU00000044...
 Balc: 1298
 FARMACIAS INDEPENDIENTE
 MELHUR SOFTING...

09476 AC 9050-1128-407

NFC-e
 CN: 0691 66474 1102 0003-09 063.980/2006-01
 CNPJ: 0691 66474 1102 0003-09 063.980/2006-01
 Documento Auxiliar da Nota Fiscal de Consumidor Eletrônica
 DESCRIÇÃO 1918 101_11E11(RS)
 QTD UN X UN.11E11(RS) 163 S.48
 C01 785621278750 170555 C 12 (VR De: 6,49 Por: 1,63 2,04 -RS 0,86
 1,000 UN X 0,43 Descontos:-
 002 785621278750 170555 C 20 (VR De: 16,39 Por: 15,98 16,39
 1,000 UN X 16,39 4,27 -RS 0,41
 Descontos:- 2
 Valor Total R\$ 24,68
 Descontos R\$ -1,27
 Valor a Pagar R\$ 23,61
 FORMA DE PAGAMENTO UNLDR PAGO
 Dinheiro 25,00
 Troco R\$ 1,39
 Consulte pela Chave de Acesso em
<http://www.nfc-e.com.br/portal/consultarNFC-e.asp>
 2817 1100 0639 6003 0691 6560 3000 1131 9113 5226 4024
 COISSUN002 990 UNLDR PAGO
 Número 000.113.191 Série 003 Emissão 11/11/2017 14:28:37
 Protocolo de autorização: 328170105917112
 Data de autorização: 11/11/2017 14:28:39



Trabalhos Rápidos. Tel. 245.02.021.2183. E-MAIL: 830.001074@nfc-e.com.br
 RSO, RJ (RJ) Fonte: 1001 R\$ 25,00
 OTHIELRO 7
 NESTIA CORRÊA VIEIRA EQUIPAMENTOS
 POPPESOPAPPE RUIHAPPEL EL
 POU: 603 150 130 0728 2572
 5123
 PZK 14.09.00/14.08.08 10JH: 937
 ESTEIS SIELOS DE JESUS AUI

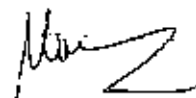
20.147.155/0001-62

A&R COMERCIO FARMACÉUTICO LTDA-EPP

R. Guilhermino Rezende, n° 223

B. Treza de Julho - CEP: 49.020-270

Aracaju - SE

A handwritten signature in black ink, appearing to be a stylized 'M' followed by a long horizontal stroke.

Declaração do Proprietário do Veículo



Eu, Manoel Messias dos Santos
RG nº 740792, data de expedição 09/09/2008
Órgão SSP/SE, portador do CPF nº 451.669.435-20, com
domicílio na cidade de Nova S. do Socorro no Estado de
Sergipe, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Rua Quinze de Fevereiro, lot. JD Rosa de Maio, 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 Messias dos Santos cujo o condutor era
Manoel Messias dos Santos.

Veículo: MOTO
Modelo: Honda CG 160 Titan EX
Ano: 2016
Placa: AKV 2831
Chassi: 9C2KC2210GR505038
Data do Acidente: 10/11/2017
Local e Data: Com a Av. Pedro Paes de Azevedo, 10/11/2017.

Manoel Messias dos Santos
Assinatura do Declarante

Manoel Messias dos Santos

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

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



RELATÓRIO MÉDICO

O(a) paciente Francisco Pereira
foi atendido (a) / internado (a) nesta unidade
hospitalar dia 10/11/12 tendo sido submetido à tratamento cirúrgico (conservador).
de Artroscopia do joelho direito
com

Clínico 10. SRL
5617

ARACATU, 16.10.2012

MÉDICO

Dr. Antônio Franco Cabral
Ortopedia e Traumatologia
CRM 8.890

Juliana Maria dos Santos
Assist. de Atendimento - 58270
Capeniza Sucessor Aracaty



GOVERNO DE SERGIPE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE



RELATÓRIO MÉDICO

NOME DO PACIENTE: Manoel Mesnias 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 motociclístico, deu entrada no HUSC, leuado, eupneico, hemodinamicamente estável, apresentando fratura cominutiva do 5º quíquedo do fêmur esquerdo e fratura da tíbia esquerda. Submetido à fixação da fratura do quíquedo 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 LEONIA GAMA
6º OFÍCIO DE ARACAJU-SE
Rua Hybalana, nº 17 - Centro
Aracaju-SE - CEP: 55.015-170
Fone: (79) 3211-8744 - Fax: 3213-7674

Certifico que a presente cópia é reprodução fiel do original que me foi exibido e eu, DEREK MARCENEZ, escrevente, em 15/01/2018 às 08:17:04 pelo JUSC: 201829525002479, www.jusbrasil.com.br/22K99C.

CARTÓRIO LEONIA GAMA
6º OFÍCIO DE ARACAJU-SE
Leônia Gama de Oliveira
Téc. e Esc. Jurídica
Suares Filho
Rua Manoel Gomes Nascimento
Aracaju-SE - CEP: 55.015-170
Fone: (79) 3211-8744 / 3213-7660

EXAMES COMPLEMENTARES: Radiografias

MÉDICOS ASSISTENTES: Dr. Fábio Franca Fontes, Dr. João Francisco B. P. Araújo, Dr. Rafael Gonçalves, Dr. Thiago M. Leal

CONDIÇÕES DE ALTA:

MELHORADO (X)

TRANSFERIDO ()

ÓBITO ()

Aracaju, 4/01/18

filme

Dr. Sérgio F. de S. Maranhão
Podólogo
CRM 1532

Ilana Maria dos Santos
Ass. de Atendimento - 5827
apexisa Sucesso Aracaju

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:

MS/DATASUS

HOSPITAL GOVERNADOR JOAO ALVES FILHO

No. DO BE: 1628497
CNS:DATA: 10/11/2017 HORA: 16:06
SETOR: 06-SUTURAUSUARIO: TESJESUS
Paciente
PS-MH-10

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME: MANOEL MESSIAS DO SANTOS
IDADE: 53 ANOS NASC: 00/00/0000
ENDEREÇO: FRANCISCO PORTO R. 14 de fevereiro
COMPLEMENTO: N. 9x do Socorro BAIRRO: Jardim Rosalinda
MUNICIPIO: ARACAJU UF: SE
NOME PAI/MAE: TRAZIDO/SAMU
RESPONSÁVEL: ARACAJU - CAPITAL
PROCEDÊNCIA: ACIDENTE MOTOCICLISTICO (MOTOS)
ATENDIMENTO: ACIDENTE DE SAUDE: NAO
CASO POLICIAL: NAO PLANO DE SAUDE: NAO
ACID. TRABALHO: NAO VEIO DE AMBULANCIA: SIM

DOC.:
SEXO: MASCULINO
NUMERO: 620
CEP:
TEL.:
(79) 98844 4078

TRAUMA: NAO

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

EXAMES COMPLEMENTARES: [] RAIO X [] SANGUE [] URINA [] TC
[] LIQUOR [] ECG [] ULTRASSONOGRAFIA

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

DATA PRIMEIROS SINTOMAS: / /

DADOS CLINICOS:

16:45 Paciente trazido pelo SAMU em ambulância com história de acidente com
causado por queda de motocicleta, no trânsito. (A) (B) (C) (D) em alturas (E) de 1 a 2 m
de altura, com queda de altura de 2 m, queda de altura de 2 m, queda de altura de 2 m
de altura, queda de altura de 2 m, queda de altura de 2 m, queda de altura de 2 m

ANOTAÇÕES DA ENFERMAGEM:

DIAGNOSTICO: Fratura cominada do 5. dedo da mão direita CID: S60.01X
PRESCRIÇÃO: Fratura do 5. dedo da mão direita HORARIO DA MEDICAÇÃO

Fratura do metacarpo de 1. dedo da mão direita

(1) Reforço com gesso de 10 cm de comprimento

(2) Rx de punho da mão direita, mão esquerda, joelho esquerdo e joelho direito

para exame de 20

(3) A. Osteopatia

HORA DA SAÍDA: [] DESISTÊNCIA

DATA DA SAÍDA: / /
ALTA: [] DECISÃO MÉDICA [] A PEDIDO [] EVASÃO
[] ENCAMINHADO AO AMBULATORIO
INTERNAÇÃO NO PRÓPRIO HOSPITAL (SETOR):

TRANSFERÊNCIA (UNIDADE DE SAÚDE): [] FAMÍLIA [] IML [] ANAT. PAT
OBITO: [] ATE 48HS [] APOS 48HS

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSÁVEL: ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO

REALIZADO EM 10/11/2017
AS 16:06 HORAS

HUSE

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE SERGIPE

Fundação
Hospitalar
de Saúde

FICHA DE ATENDIMENTO

Fábio França Fontes
Ortopedia
CRM 1950

ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO - SISTEMA DE MANCHESTER

NOME DO PACIENTE (Sem abreviações):

REGISTRO:

IDADE:

ETNIA:

DATA: / /

DATA DE NASCIMENTO

NOME DA MÃE:

HORA:

SITUAÇÃO / QUEIXA:

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Hipofos 2º ou 3º grau

Red mox @ 8/10 dias

Fábio França Fontes
Ortopedia
CRM 1950

FLUXOGRAMA:

DISCRIMINADOR:

ALERGIAS (MEDICAMENTOS E ALIMENTOS):

Fábio França Fontes
Ortopedia
CRM 1950

VERMELHO

LARANJA

AMARELO

MUITO URGENTE

URGENTE

POUCO URGENTE

NÃO URGENTE

0 MIN

10 MIN

60 MIN

120 MIN

240 MIN

OBSERVAÇÃO:

DESTINO / ENCAMINHAMENTO:

ENF.:

COREN:

ASSINATURA:

COORDENADOR:

DATA: / /

HORA: h

RECLASSIFICAÇÃO PARA A PRIORIDADE:

DISCRIMINADOR

ENF.:

COREN:

às h min.

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

COLOCADA PULSEIRA? (S/N)

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

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE SERGIPE GOVERNADOR JOÃO ALVES FILHO
Av. Tancredo Neves, S/N - Bairro Capucho, CEP 49080-470, Aracaju - Sergipe, Tel: 2215-2500

PRONTO SOCORRO ADULTO	PRESCRIÇÃO MÉDICA
HUSE	

Nome: Manoel Maria dos Santos

Idade: 51a Data: _____

DATA	HORA	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
10/11/11		① Dieta livre	SND
		② Repouso no leito	
		③ Ciprofloxacino 400g EV 12/12L	22 10
		④ Clindamicina 600g EV 6/6L	06 12 18
		⑤ Propofol IV 1gole + 150ml SF (0.3%) 30 gts/1 hora 12/12L	04 16
		⑥ Dexametazone 20 + 18L 20/20L 8/8L	08 16 24
		⑦ SAT 5000 UT 01 gole ZM	20
		⑧ Atenolol diário na presença de médico (curso de reabilitação)	M
		⑨ Antibiótico geral	
		⑩ Res monitorar o sistema de excreção e urina de urina	

Dr. Paulo Roberto Fontes
Ouro Preto
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: *pto. clinicamento art. com dem. no*
mov. do art. do art. Fido em ma. limpa e sem. S/au de
fluido em puno e art. em ma. Co. Ali + ATB + Analg + UH

	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	
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 DIÁRIO 1X/DIA	
19	CIPRO 400MG EV 12/12HS D7	
20	CLINDAMICINA 600MG EV 6/6HS D7	
21	<i>Alb. Penicilina + ATB + Xudo</i>	
2		

86951-1021 - 8215 35/WHO
Ortopedia e Traumatologia
1027 71 060141-10
Dr. 741090 M. Leal

Nome do Paciente: Monal Almeida da Silva Idade: 57a Sexo: F

Unidade de Produção: Leito: Nº do Prontuário:

DATA	HORA	HISTÓRICO
10/11/17		<p>Até retorno de exame de mto trauma mto (E) e exame semi-circular do 5.º dedo e presença de segmento sendo submetido a pinça de fixação e compressão e pinça sobre o 1.º e 2.º dedos mto, mto, mto para compressão de lesão do 5.º e 1.º + PMT de emergência. Perfurostomia, mto tendo anteriormente o 1.º e 2.º dedos de joelho digital, mto, mto, mto apresenta exame físico de mto de Trauma (E), com glândula de mto Intervento em mto de mto, mto Lunaria de mto</p>
		<p>Fábio França Fortes Ortopedia CRM 1950</p>

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE SERGIPE
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
COORDENADORIA GERAL DE PERÍCIAS
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO "DR. CARLOS MENEZES"




Manoel Messias dos Santos
9/12/64

CARTeira DE IDENTIDADE

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE SERGIPE
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
COORDENADORIA GERAL DE PERÍCIAS
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO "DR. CARLOS MENEZES"

RG: 1.187.187-2

CPF: 087.11.07.187-2

CT. CASAM. NR. 1602 LV. 129 PL. 234

DATA DE NASCIMENTO: 24/12/1964

NOME: MANOEL MESSIAS DOS SANTOS

ALICIAÇÃO: MARIA DE LOURDES SANTOS

PORTO DE FOLHA: 24/12/1964

DATA DE EXPIRAÇÃO: 09/09/2008

2 VIA

740.792

REGISTRO GERAL

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

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

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

000007126069 Nº 013267757516
DETRAN - SE
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
 VIA: 000-RENAVAM: 01082550628 000000000000 2017
 NOME: MANGEL MESSIAS DOS SANTOS
 CPF: CNPJ: 451.669.435-20 PLACA: QKV2831
 PLACA ANT. UN: QKV2831/SE CHASSI: 9C2KC2210GR505038
 ESPÉCIE: 150 TITAN EX ANO FAB: 2016 ANO CIP: 2016
 CAP. POT. CIL: 1600CV/162CC CATEGORIA: PARTIC COR. PREDOMINANTE: VERMELHA
 COTA ÚNICA: PAGO VENC. COTA ÚNICA: 2- VENC. COTAS: 3-
 TAXA I.P.V.A.: PARCELAMENTO / COTAS: 2-
 PREMIO TOTAL (R\$): DATA DE PAGAMENTO: 03/05/2017
 OBSERVAÇÕES:

AL. FIDUC. ADM. DE CONS. NAC. HONDA LTD

ARACAJU-SE 03/05/2017

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

SE Nº 013267757516 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
 PARA MAIS INFO AS CONDIÇÕES



www.segi

SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO: 2017 DATA PASSADO: 03/05/2017
 CPF: CNPJ: 451.669.435-20 PLACA: QKV2831
 RENAVAM: 01082550628 MARCA/MODELO: HONDA/CB 160 TITAN EX
 ANO FAB: 2016 ANO CIP: 2016 CHASSI: 9C2KC2210GR505038

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$): 81,29	DETRAN (R\$): 9,03	CUSTO DO SEGURO (R\$): 90,32
CUSTO DO BILHETE (R\$): 4,15	IOF (R\$): 0,70	CUSTO TOTAL (R\$): 185,50
* COTA ÚNICA	PAGAMENTO	DATA DE QUITAÇÃO: 28/03/2017
	PARCELADO	

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.009/0001-04

Mariana Maria dos Santos
 Diretor de Atendimento - 587
 Agência Supersul Aracaju



IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA Abner Messias dos Santos
 DATA DO ACIDENTE 21/12/2017 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 620 COMPLEMENTO 24 - Jardim Rosa de São Carlos BAIRRO _____
 CIDADE N. Sra. Socorro UF SP CEP 19160-000
 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 DE 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 SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☒ COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
- ☒ NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☒ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- ☒ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, 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 OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 15/03/2018
 IDENTIDADE 740 792 558/56
 ASSINATURA Maurício de S. Almeida

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA 15/04/2018
 NOME Juliana Maria de S. Almeida
 ASSINATURA Juliana Maria de S. Almeida

Assist. de Atendimento - 58270
 Call Center RUA...



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)
ITCL
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 Lima Barreto
Delegadora de Polícia

Maria dos Santos
Atendimento - 582
da Suporte Aracaju

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0018683/18
Vítima: MANOEL MESSIAS DOS SANTOS
CPF: 451.669.435-20

Data do Acidente: 10/11/2017
CPF de: Próprio

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 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 SEGUROS

Data: 21/03/2018 15:27:29

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 - PERNA	36,66	0,00
Medicamentos			271,93	0,00
Farmácias			475,97	475,97
Total da Análise Atual			857,90	475,97

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
Total da Análise Atual	381,93	381,93	381,93	857,90	475,97	475,97

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

INFORMAÇÕES ANÁLISE MÉDICA

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

GERENTE

CRM: 0000000/RJ

MARIA DAS GRACAS M. TEIXEIRA

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** 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 12279633



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

Carta nº 12279646



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

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

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)

000107 000000 0221206

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL, sem rasuras, para correia 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 Jênio dos Santos

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo
Manoel Jênio dos Santos

CPF titular da conta

451.669.435-20

Profissão

Motorista Táxi

Endereço
Rua Quatorze de Fevereiro, lot. JP Rosa de Mays

Número

520

Complemento

Bairro
Centro

Cidade

Nossa S. do Solorro

Estado

SE

CEP

49.160.000

E-mail
manoelsantosmototaxi@gmail.com

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

RECUSO INFORMAR

SEM RENDA

ATÉ R\$ 1.000,00

☒ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00

R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00

☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00

R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00

☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

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

☐ BRADESCO (237)

☐ BANCO DO BRASIL (001)

☐ ITAU (341)

☐ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO

Nome

Manoel Jênio dos Santos

Nº

AGÊNCIA

Nº

5634

D.V.

CONTA

Nº

21074

D.V.

3

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

AGÊNCIA

Nº

5634

(Informar dígito se existir)

CONTA

Nº

21074

(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. Solorro 15 de Janeiro de 2018

Local e Data

Manoel Jênio dos Santos

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

... a Mano dos Santos
de Atendimento - SP -
- Missa Sucursal 4 -



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 39954	CPF da Vítima 451.669.435-20	Nome completo da vítima Monail Messias dos Santos
---	--	---

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo Monail Messias dos Santos	CPF titular da conta 451.669.435-20	Profissão
Endereço Rua 14 de Fevereiro, 10	Número 620	Complemento 30 Rua de Nôvo
Bairro Centro	Cidade V. São Seconô	Estado SE
Email		Saldo em conta 29160.000
		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"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00	
<input type="checkbox"/> CONTA POUPEANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) <input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAU (341) <input type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)		<input checked="" type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos) BANCO Nome ITAU	
AGÊNCIA Nº 5634	D/V 1	CONTA Nº 21074	D/V 3
(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

Monail Messias dos Santos
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

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



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

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: Grazeru
Nº: 701-919
CEP: 49.025-230

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

Natureza	Meio(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/INFRAUTOR)

Nacionalidade: Brasileira

Endereço

Município: Aracaju - SE

Nome: MANOEL MESSIAS DOS SANTOS (VITIMA, COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira

Naturalidade: Povo da Folha

Sexo: Masculino

Nasc: 24/12/1964

Profissão: Moloboy

Estado Civil: Divorciado(a)

Raça/Cor: Parda

Nome da Mãe: Maria de Lourdes Santana Santos

Nome do Pai: Manoel Leonino dos Santos

Documentos

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: GUAJARÁ

Telefone: (79) 98848-1036 (Celular)

Nº 620

Complemento: CASA.

CEP: 49.160-000

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo: Veículo

Placa: QKV2831

Ano/Modelo Fabricação: 2016/2016

UF Veículo: Sergipe

Marca/Modelo: HONDA/CG 160 TITAN EX

Subgrupo: Motocicleta/Motoneta

Número do Chassi: 05038

Cor: VERMELHA

Município Veículo: Aracaju

Modelo: HONDA/CG 160 TITAN EX

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



CARTÓRIO LEÔNIA GAMA
8º OFÍCIO DE ARACAJU - SE
Rua Taboalense, nº 17 - Centro
Aracaju - SE - CEP: 49.010-010
Fone: (79) 3211-8744 - Fax: (79) 3213-7611

Certifico que a presente cópia é a reprodução fiel do original que me foi entregue em 15/01/2019 por JERIK NASCIMENTO, inscrito em 15/01/2019 sob o nº 1304 Selo TUSE: 201829525002372 www.tjse.jus.br/877967

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

CARTÓRIO LEÔNIA GAMA
8º OFÍCIO DE ARACAJU - SE
Rua Taboalense, nº 17 - Centro
Aracaju - SE - CEP: 49.010-010
Fone: (79) 3211-8744 - Fax: (79) 3213-7611

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 004963/2017

Veículo Adulterado? Não

Quantidade 1 Unidade

Situação Envolvido

Nome Envolvido

Envolvidos

Desconhecido 1

Proprietário

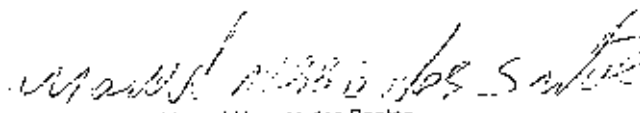
RELATO/HISTÓRICO

Relata a vítima que conduzia a motocicleta acima mencionada, chassi 9C2KC02210GR505035, licenciada em nome de MANOEL MESSIAS DOS SANTOS pelo local, dia e horário acima citados, sentido Oeste. Neste 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 empenho no guidom, a pedaleira empenhou, 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 Acontecimento

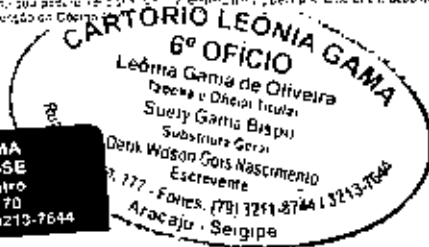


Manoel Messias dos Santos
Vítima / Colocada

Nota: O presente documento é de uso exclusivo do órgão de segurança pública e não pode ser reproduzido ou divulgado sem a autorização expressa do órgão de origem. A reprodução não autorizada constitui crime de falsificação de documento público, conforme previsto nos Artigos 289 (Falsificação Cultural) e 300 (Falsificação Fidejussória) do Código Penal, da Constituição do Ceará.



Cartório que a presente cópia e a reprodução fiel do original que me foi entregue em 15/01/2018 por SERIK NASCIMENTO - Escrevente - 15/01/2018 - 14:15:04 - Selo T08E: 203829525002572 www.tjse.jus.br/x/57796T



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 4552

Tiemi Sayuri Menezes Oki Fontes

Coordenadora Médica

SAMU 192 SERGIPE

Maria dos Santos
Atendimento - 507
- JSA/Aracaju