

# BANCO DO BRASIL

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 20/12/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

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

CLIENTE: SANDRO MENDONCA DOS SANTOS

BANCO: 004

AGÊNCIA: 00051

CONTA: 000000000818-8

---

Nr. da Autenticação 3F3C0750FA92ECD2

SAMUEL ALVES DOS SANTOS  
RUA JOAO MOREIRA SIQUEIRA, 3030/1 - CENTRO  
PEDRA MOLE / SE CEP: 49512000 (AG: 30)

LIGACAO MONOFASICA  
Cid/Sec RES MTC B1 / RES CENIC - BAIXA RENDUA  
Rótulo 15: 130-340-5412 Referência: Jun/2019  
Medida: 41009578281 Emissão: 25/06/2019

**Energisa**  
ENERGISA SERGIPE-DISTRIBUIÇÃO DE ENERGIA S.A.  
Rua M'n Apolônio Sales, 91 - Jaci Barbosa - Aracaju/SE - CEP 49040-150  
Vale: 38 - Cof 4904-150  
CNPJ: 07.400000/0001-00 - Ins. Est: 170.767.436  
Nota Fiscal / Conta de Energia ELEC: 470114.672.254  
Cód. para Deb. Automático: 00001276716

Atendimento ao Cliente **ENERGISA 08000 79 0196**

Acesse: [www.energisa.com.br](http://www.energisa.com.br)

Conta referente a

Apresentação

Data prevista da  
próxima leitura

CPF/CNPJ/RANI

Jun / 2019

25/06/2019

24/07/2019

676.010.145-66

UC (Unidade Consumidora):

3/127671-6

Canal de contato

- Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei  
nº 10.438, de 26 de abril de 2002.

Anterior		Atual		Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura			
23/06/19	19779	25/06/19	20341			
Demonstrativo						
CC: Descrição	Quantidade	Tarifa U	Valor Base Calc. Aliq.	ICMS(R\$)	Base Calc. Po(R\$)	CPU(R\$)
0801 Consumo até 30kWh-BR	30.000	0,260000	7,80	7,80	25	1,92
0801 Consumo - 31 a 100kWh-BR	70.000	0,430000	30,10	30,10	25	7,52
0801 Consumo - 121 a 220kWh-BR	12.000	0,680000	8,16	8,16	25	2,04
0501 Adic. B. Amarela			0,27	0,27	25	0,67
0610 Subsídio			38,02	38,02	25	9,80
0804 JUROS DE MORA 05/2019			0,00	0,00	0	0,00
0805 MULTA 05/2019			1,08	0,00	0	0,00
0905 Devolução Subsídio			-24,83	0,00	0	0,00

CC: Código de Classificação do Item TOTAL  
Tarifa e Tributos Até 30kWh 0,260000 Até 100kWh 0,430000 Até 220kWh 0,680000  
109 02/07/2019 R\$ 59,61

Histórico de Consumo (kWh)

111 67 112 103 104 105 106 107 108  
Jun/18 Jul/18 Ago/18 Set/18 Out/18 Nov/18 Dez/18 Jan/19 Fev/19 Mar/19 Abr/19 Mai/19

RESERVAÇÃO DE ENDERÇO

ce2f.9cfe.1e74.a4d7.3b61.7207.1b89.7c02

Composição do Consumo

Indicadores de Qualidade				Composição do Consumo		
4/2019 - PRECIPITADO				Discriminação	Valor (R\$)	%
Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)				
DIC/MENSAL	5,79	0,00	NOMINAL	Serviço de Dist. da Energisa/SE	12,18	20,45
DIC TRIMESTRAL	11,59			Comp. de Energia	18,87	31,74
DIC ANUAL	23,19			Serviço de Transmissão	1,15	1,93
FIC/MENSAL	8,42	0,00	CONTRATADA	Serviço de Distribuição	2,44	4,10
FIC TRIMESTRAL	16,84			Incorporação Direta e Encargos	26,29	44,25
FIC ANUAL	33,68			Outros Serviços	0,00	0,00
CMC	9,97	0,00	Limite Inferior			
DICRI	12,22		Limite Superior			
				Total	59,61	100,00

Valor de ELC (R\$) 4/2019: R\$ 14,78

ATENÇÃO

Faturas em atraso

- AVISO: Permanecendo em atraso os "DÉBITOS ANTERIORES", já relatados, a suspensão do fornecimento poderá ocorrer a qualquer momento até o decurso do prazo de 90 (noventa) dias, contado da data de vencimento de fatura vencida e não paga.  
- Sua unidade foi faturada como Baixa Renda, tendo um desconto de R\$24,83.  
Atenção: A responsabilidade pela iluminação pública é da prefeitura do município.  
Reajuste Tarifário - Vigência 22/04/19 - Resol. ANEEL nº 2.531 - Base 8 Tensão 8,33% Médio  
Reajuste Tarifário - Vigência 22/04/19 - Resol. ANEEL nº 2.531 - Base 8 Tensão 1,94% Médio

Jul/18 57,40

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL

00190.00009 03087.893008 01467.749170 1 79380000005961

PAGADOR: SAMUEL ALVES DOS SANTOS - CPF/CNPJ: 676.010.145-66  
RUA JOAO MOREIRA SIQUEIRA, 3030/1 - CENTRO - PEDRA MOLE / SE CEP: 49512000

Nosso Nr.	Nr. Documento	Data de Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
30878930001467749	000127671201906	02/07/2019	R\$ 59,61	

BENEFICIÁRIO: ENERGISA SERGIPE-DISTRIBUIÇÃO DE ENERGIA S.A. CNPJ: 07.400000/0001-00  
Rua M'n Apolônio Sales, 91 - Jaci Barbosa - Aracaju/SE - CEP 49040-150

MS/DATASUS

HOSPITAL REG DR PEDRO GARCIA MORENO

No. DO BE: 497944  
CNS:DATA: 21/01/2018 HORA: 14:30 USUARIO: ATANOUEIRA  
SETOR: 05-SUTURA

## IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME : SANDRO MENDONCA DOS SANTOS DOC....: 0  
IDADE.....: 23 ANOS NASC: 20/07/1994 SEXO...: MASCULINO  
ENDERECO.....: RUA JOAO MOREIRA DE SIQUEIRA NUMERO: 0  
COMPLEMENTO....: CASA BAIRRO: CENTRO  
MUNICIPIO.....: PEDRA MOLE UF: SE CEP....: 49512-000  
NOME PAI/MAE...: SAMIEL ALVES DOS SANTOS /MARIA ROSA MENDONCA DOS SANTO  
RESPONSAVEL....: O PAI TEL....: 079.  
PROCEDENCIA....: PEDRA MOLE - SE  
ATENDIMENTO....: ACIDENTE MOTOCICLISTICO  
CASO POLICIAL...: NAO PLANO DE SAUDE.....: NAO TRAUMA: NAO  
ACID. TRABALHO: NAO VEIO DE AMBULANCIA: 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

DADOS CLINICOS:

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

Paciente vítima de queda de moto há 40 minutos. Nega  
desmaio ou amnésia. Glasgow 15.  
Cervical, torax, abdome e quadril e alterações.  
ANOTACOES DA ENFERMAGEM: Edema em punho esquerdo. Ombro direito  
com limitação de movimento

DIAGNOSTICO:

CID:

PRESCRICAO

HORARIO DA MEDICACAO

① Profenid - 1 ampola IM

② Anal. da ortopedia

14:57 Claudineira

DATA DA SAIDA: / /

HORA DA SAIDA: :

ALTA: [ ] DECISAO MEDICA [ ] A PEDIDO [ ] EVASAO

[ ] DESISTENCIA

[ ] ENCAMINHADO AO AMBULATORIO

INTERNACAO NO PROPRIO HOSPITAL (SETOR):

TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):

OBITO: [ ] ATE 48HS [ ] APOS 48HS

[ ] FAMILIA

Dr. Pedro S. Lima  
G.M. Geral  
CRM 5290

ANAT. PATOL

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSAVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

Samuel Alves de Santa

Diogo P. Santos  
Téc. em Radiologia Médica  
CRTR 00437 7ª Região

Data/Hora	Evolução de Enfermagem
	08/02/2022: GEMMA de náusea, mal-estar (na 4ª) + Lax & D
Data/Hora	Anotação de Enfermagem
	CO: exames e furo (+ urina) + sangue + M. P. Alim de 3/10/2022

**NOME DO PACIENTE: SANDRO MENDONCA DOS SANTOS**  
**IDADE: 24 anos**  
**DATA: 12/04/2019**  
**SEGMENTO ESTUDADO: MEMBROS SUPERIORES**  
**MEDICO SOLICITANTE: WESLEY SOARES DA CUNHA CRMSE 3865**

### **ELETRONEUROMIOGRAFIA DOS MEMBROS SUPERIORES**

POTENCIAIS DE AÇÃO DE NERVOS SENSITIVOS (PANSs) DO NERVO MEDIANO DIREITO EM ESTIMULAÇÕES NO PUNHO E CAPTAÇÕES NOS DEDOS NÃO APRESENTANDO ALTERAÇÕES DE LATÊNCIAS E DAS VELOCIDADES DE CONDUÇÃO.  
POTENCIAIS DE AÇÃO SENSITIVOS DOS NERVOS MEDIANO E ULNAR COM ESTIMULAÇÕES NO PUNHO E CAPTAÇÕES NO IV DEDO A DIREITA SEM DIFERENÇA SIGNIFICATIVA DE LATÊNCIAS (A PARTIR DE 0,5 MS)  
POTENCIAIS DE AÇÃO SENSITIVOS DOS NERVOS MEDIANO E RADIAL COM ESTIMULAÇÕES NO PUNHO E CAPTAÇÕES NO PÓLEGAR A DIREITA SEM DIFERENÇA SIGNIFICATIVA DE LATÊNCIAS (A PARTIR DE 0,5 MS), TESTES DE BACTRIAN NEGATIVOS.  
POTENCIAL DE AÇÃO MOTOR COMPOSTO (PAMC) DO NERVO MEDIANO E ULNAR DIREITO APRESENTANDO DE LATÊNCIAS NORMAIS EM ESTIMULAÇÕES NO PUNHO, COTOVELO, E TERÇO INFERIOR DO BRAÇO  
ATIVIDADE ESPONTANEA (FIBRILAÇÕES, ONDAS AGUDAS POSITIVAS, POTENCIAIS POLIFASICOS) EM DELTOIDE A DIREITA, ASSOCIADA A RECRUTAMENTO RAREFEITO EM TRICEPS BRAQUIAL CABEÇA LONGA  
POTENCIAIS DE AÇÃO SENSITIVOS DOS NERVOS ULNAR E RADIAL SEM ALTERAÇÕES.

**CONCLUSÃO:** -EXAME ELETRONEUROMIOGRAFICO COMPATIVEL COM LESÃO DO NERVO AXILAR A DIREITA, COM SINAIS DE DESNERVAÇÃO CRONICAS DA MUSCULATURA DO DELTOIDE.



**DR THIAGO NASCIMENTO**  
**CRM 3702**

**MEMBRO DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEUROFISIOLOGIA CLINICA**



**Laudos do exame****Paciente:** SANDRO MENDONCA DOS SANTOS, -**Data:** sexta-feira, 12 de abril de 2019**VC motora**

Teste	Pto. estim.	Lat. ms	Ampl. mV	Dur. ms	Área mV×ms	Estim. mA	Estim. ms	Dist. mm	Tempo. ms	Vel. m/s
<b>direita, Deltóide, Axilar, C5 C6</b>										
1	Ponto de Erb	8,8	0,5	5,72	1,3	61	0,3	170		
<b>direita, Abdutor curto do polegar, Mediano, c6-t1</b>										
6	punho	3,7	9,1	6,04	32,6	33	0,2	80		
	cotovelo	7,3	8,8	6,72	32,6	33	0,2	210	3,56	59,0
	terço inferior do braço	9,0	13,8	7,12	48,7	33	0,2	100	1,72	58,1

**VC sensitiva**

Teste	Ptos. de estim. (captação)	Lat. ms	Ampl. µV	Dur. ms	Área nV×s	Estim. mA	Estim. ms	Dist. mm	Tempo. ms	Vel. m/s
<b>direita, n. Ulnar V dedo</b>										
7	punho	2,0	56,9	1,5	44,5	28	0,1	120	2,04	58,8
<b>direita, n. Mediano III dedo</b>										
7	1	2,6	37,7	1,7	31,9	32	0,1	140	2,56	54,7

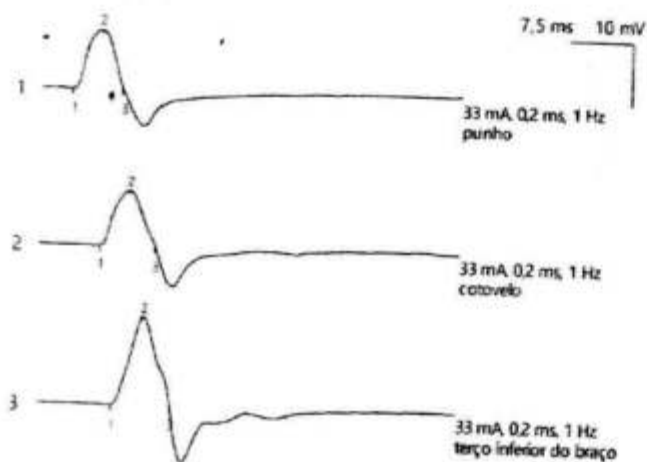
**EMG Interferência...****direita, Deltóide, Axilar, C5 C6****direita, Biceps braquial, Músculo-cutâneo, C5 C6****direita, Triceps, Radial, c6 C7 C8 T1****direita, Serrátil anterior, torácico longo, C5-C7 c8****VC motora****direita, Deltóide, Axilar, C5 C6**

4 ms 400 µV

**Parâmetros onda-M (amplitude: pico negativo)**

N	Captação	Ponto de estimulação	Dist. mm	Lat. ms	Lat. norm. ms	Ampl. mV	Ampl. norm. mV	Vel. m/s	Vel. norm. m/s
<b>direita, Deltóide, Axilar, C5 C6</b>									
1	direita, Deltóide, Axilar, C5 C6	Ponto de Erb	170	8,8	4,4	0,5	6,0		

**VC motora****direita, Abdutor curto do polegar, Mediano, c6-t1**



Parâmetros onda-M (amplitude: pico negativo)

N	Captação	Ponto de estimulação	Dist., mm	Lat., ms	Lat. norm, ms	Ampl., mV	Ampl. norm, mV	Vel., m/s	Vel. norm, m/s
<b>direita, Abdutor curto do polegar, Mediano, c6-t1</b>									
1	direita, Abdutor curto do polegar, Mediano, c6-t1	punho	80	3,7		9,1	5,8		
2	direita, Abdutor curto do polegar, Mediano, c6-t1	cotovelo	210	7,3		8,8	5,8	59,0	60,0
3	direita, Abdutor curto do polegar, Mediano, c6-t1	terço inferior do braço	100	9,0		13,8	5,8	58,1	60,0

VC motora

N	Nome do segmento	Dist., mm	Tempo, ms	Vel., m/s	Vel. norm, m/s	Vel. dev., %
1-2	punho – cotovelo	210	3,56	59,0	60,0	(N)
2-3	cotovelo – terço inferior do braço	100	1,72	58,1	60,0	(N)

Latência residual e PDF

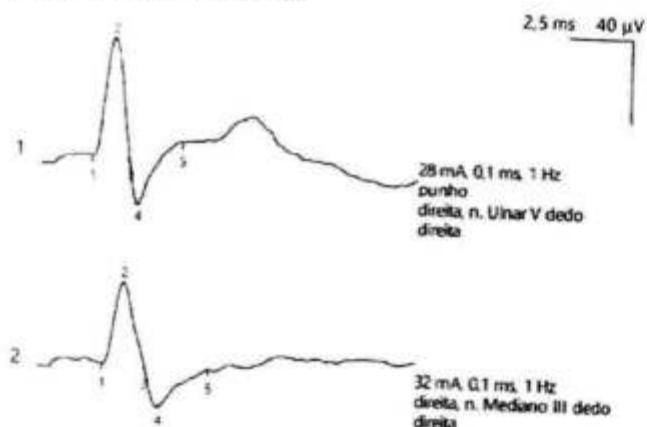
Lat. res. ms	Norm. LR, ms	Desv. LR, %	Fator Prox- dist.
2,36	1,8	(N)	0,986

VC sensitiva

Antodrômico

direita, n. Ulnar V dedo

direita, n. Mediano III dedo



Potencial de ação nervoso (amplitude: pico negativo)

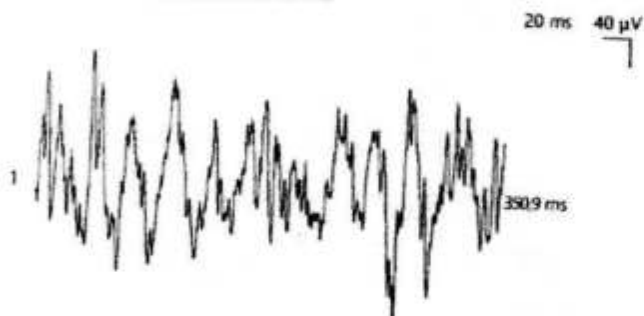
N	Pto. Estim.	Dist., mm	Lat., ms	Ampl., $\mu V$	Vel., m/s	Vel. norm, m/s	Vel. dev., %
<b>direita, n. Ulnar V dedo</b>							
1	punho	120	2,0	56,9	58,8	60,0	(N)
<b>direita, n. Mediano III dedo</b>							
2		140	2,6	37,7	54,7	60,0	(N)

VC sensitiva

N	Nome do segmento	Dist., mm	Tempo, ms	Vel., m/s	Vel. norm, m/s	Vel. dev., %	Velocity increm., %
1	punho	120	2,04	58,8	60,0	(N)	
2	1	140	2,56	54,7	60,0	(N)	

**Interferência**

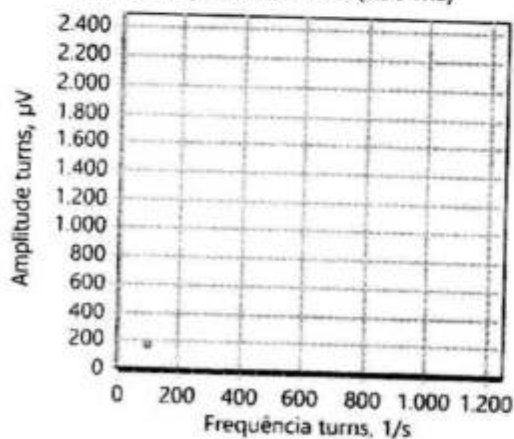
direita, Deltóide, Axilar, C5 C6



Análise amplitudes-turns

Curva	Max ampl., $\mu V$	Ampl. média, $\mu V$	Ampl. Total mV/s	Freq. média, 1/s	Ampl./freq., $\mu V \times s$	MAC index, mV/s
1	360	189	16.7	91,2	2,08	

Análise amplitudes-turns (250 ms)

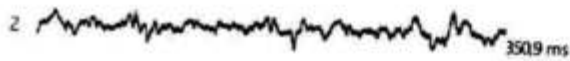


**Interferência**

direita, Biceps braquial, Músculo-cutâneo, C5 C6



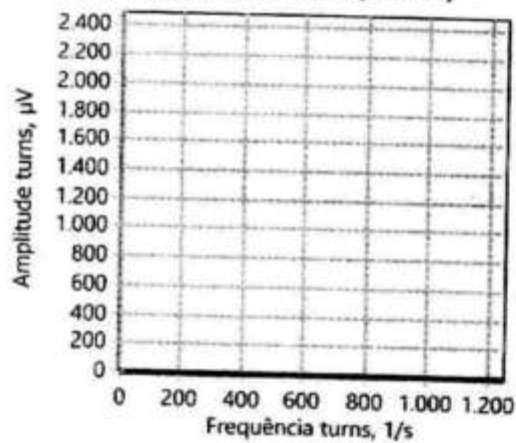
20 ms 40  $\mu$ V



#### Análise amplitudes-turns

Curva	Max ampl., $\mu$ V	Ampl. média, $\mu$ V	Ampl. Total mV/s	Freq. média, 1/s	Ampl./ freq., $\mu$ V $\times$ s	MAC index, mV/s
2	58,9	0	0	0		

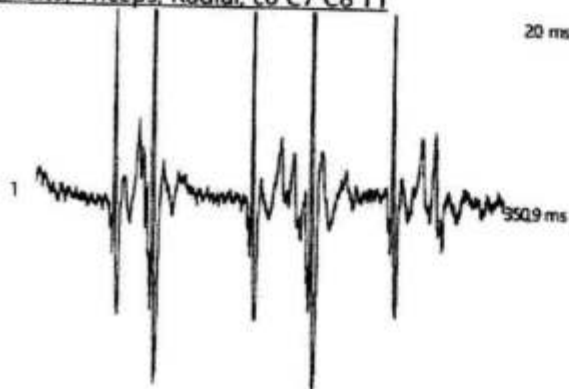
#### Análise amplitudes-turns (250 ms)



#### Interferência

direita, Triceps, Radial, c6 C7 C8 T1

20 ms 40  $\mu$ V

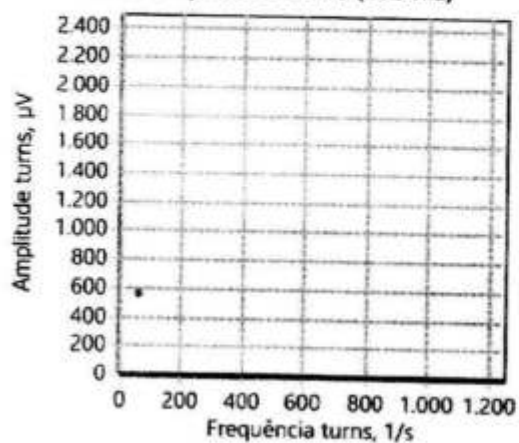


#### Análise amplitudes-turns

Curva	Max ampl., $\mu$ V	Ampl. média, $\mu$ V	Ampl. Total mV/s	Freq. média, 1/s	Ampl./ freq., $\mu$ V $\times$ s	MAC index, mV/s

1	1184	477	27,2	59,9	7,97	
---	------	-----	------	------	------	--

Análise amplitudes-turns (250 ms)



### Interferência

direita, Serrátil anterior, torácico longo, C5-C7 c8

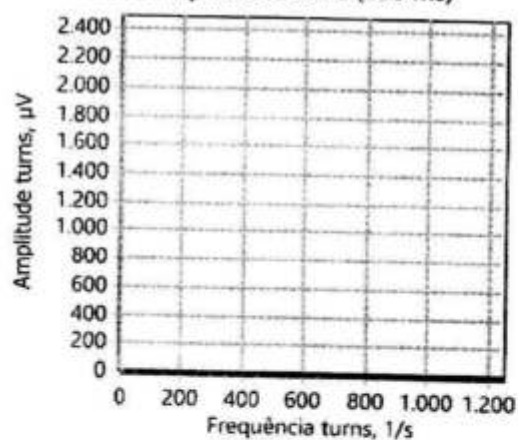
20 ms 40 μV



Análise amplitudes-turns

Curva	Max ampl., μV	Ampl. média., μV	Ampl. Total mV/s	Freq. média, 1/s	Ampl./ freq., μV×s	MAC index, mV/s
1	128	108	0,6	8,6	12,6	

Análise amplitudes-turns (250 ms)



*Assinatura e Carimbo*

21.01.2018 - ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA DE PRONTO  
GARCIA MEDIANO FALTO

5 - Descrição das perdas funcional / Invalidez permanente / Pós-tratamento realizados:

- Perda das funções funcionais de ATROFIA de CINTURA  
Respecto. Em Cauda Equina.
- Perda das funções motoras do arco de movimento  
de flexão/abdução do MTD
- Perda das funções permanentes de lesão do MTD respecto  
por trauma em Cauda Equina.
- Perda das funções motoras de tração/tração em MTD.  
Atividade de 150%.
- Perda das funções motoras do arco de movimento de flexão/tração.

6 - Alta definitiva do tratamento:

7 - Data do Exame do Paciente 25/11/2018.

8 - Segue Exame Anexo

Cópia do Exame de  
FUNÇÃO

Perda das funções motoras de  
lesão do MTD respecto em MTD  
+ perda das funções motoras de tração/tração  
de flexão em MTD/tração

9 - Médico responsável pela avaliação após análise da documentação do primeiro atendimento médico / Internação hospitalar / Histórico do paciente / Exame Físico / Exames Complementares:

Nome do Médico	Renato Teixeira	Nº do CRM	1450	Fone:	(079) 3211-5368
Endereço	Rua Itaporanga, Bairro Getulio Vargas	Número	598	Cidade	Aracaju
				Estado	Sergipe

Atenção: As sequelas das lesões sofridas só poderam ser determinadas após decorridos 60, 90, 180... 1 ano ou mais tempo da alta definitiva

25/11/2018

Data

Renato Teixeira CRM 1450  
Ortopedia - Traumatologia

Assinatura e Carimbo

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190656906

**Cidade:** Pinhão

**Natureza:** Invalidez Permanente

**Vítima:** SANDRO MENDONCA DOS SANTOS

**Data do acidente:** 21/01/2018

**Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** PERICIADO VÍTIMA DE QUEDA DE MOTO, FOI ADMITIDO NO HOSPITAL EM 21/01/2018 E RECEBEU ALTA NO MESMO DIA. O QUADRO FOI TRATADO COM TRATAMENTO CONSERVADOR COM TIPOIA NA FRATURA DE CLAVÍCULA DIREITA, EVOLUIU COM ESTABILIZAÇÃO DAS LESÕES DO PONTO DE VISTA MÉDICO LEGAL.

**Descrição do exame físico:** DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO EM OMBRO DIREITO

**Resultados terapêuticos:** AO EXAME FÍSICO FOI EVIDENCIADO MEMBRO SUPERIOR DIREITO COM FORÇA MUSCULAR DO BRAÇO DIMINUÍDA (+++/5+), DOR, EDEMA E BLOQUEIO MODERADO NA ARTICULAÇÃO DO OMBRO, CALO ÓSSEO DE MODERADO VOLUME NA DIÁFISE INTERMÉDIA DA CLAVÍCULA DEVIDO A CONSOLIDAÇÃO VICIOSA, ATROFIA LEVE DA MUSCULATURA DO BRAÇO POR DESUSO, RESTRIÇÃO MODERADA DO MOVIMENTO DE FLEXÃO, EXTENSÃO, ADUÇÃO, ABDUÇÃO, ROTAÇÃO INTERNA E EXTERNA DA ARTICULAÇÃO DO OMBRO.  
ANGULO DE FLEXÃO DO OMBRO 80° (AMPLITUDE ARTICULAR: 0° A 180°)  
ANGULO DE EXTENSÃO DO OMBRO 25° (AMPLITUDE ARTICULAR: 0° A 45°)  
ANGULO DE ADUÇÃO DO OMBRO 20° (AMPLITUDE ARTICULAR: 0° A 40°)  
ANGULO DE ABDUÇÃO DO OMBRO 90° (AMPLITUDE ARTICULAR: 0° A 180°)

**Sequelas permanentes:** DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO EM OMBRO DIREITO

**Sequelas:** Com sequela

**Data do exame físico:** 11/12/2019

**Conduta mantida:**

**Observações:** pago dano como descrito pelo colega examinador

## 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 completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190656906 **Cidade:** Pinhão **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** SANDRO MENDONCA DOS SANTOS **Data do acidente:** 21/01/2018 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 02/12/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** LUXAÇÃO ACRÔMIO CLAVÍCULAR DIREITA.  
FRATURA DISTAL DE RÁDIO ESQUERDO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CONSERVADOR. ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento  
faltante:**

**Apontamento do Laudo  
do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das  
sequelas:**

**Documentos  
complementares:**

**Observações:** @9/10 SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNOSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VIGÊNCIA DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E/OU ANATÔMICAS E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

**Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.**

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50



# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190656906 **Cidade:** Pinhão **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** SANDRO MENDONCA DOS SANTOS **Data do acidente:** 21/01/2018 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 02/12/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** LUXAÇÃO ACRÔMIO CLAVÍCULAR DIREITA.  
FRATURA DISTAL DE RÁDIO ESQUERDO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CONSERVADOR. ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento  
faltante:**

**Apontamento do Laudo  
do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das  
sequelas:**

**Documentos  
complementares:**

**Observações:** @9/10 SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNOSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VIGÊNCIA DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E/OU ANATÔMICAS E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

**Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.**

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0415288/19

**Vítima:** SANDRO MENDONCA DOS SANTOS

**CPF:** 062.840.035-79

**Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

**Data do acidente:** 21/01/2018

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** SANDRO MENDONCA DOS SANTOS

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

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

**SANDRO MENDONCA DOS SANTOS : 062.840.035-79**

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

## ATENÇÃO

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

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

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

### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 25/11/2019  
Nome: SANDRO MENDONCA DOS SANTOS  
CPF: 062.840.035-79

SANDRO MENDONCA DOS SANTOS

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 25/11/2019  
Nome: MARIA MORGANA ANDRADE NASCIMENTO  
CPF: 842.887.445-04

MARIA MORGANA ANDRADE NASCIMENTO

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190656906

**Cidade:** Pinhão

**Natureza:** Invalidez Permanente

**Vítima:** SANDRO MENDONCA DOS SANTOS

**Data do acidente:** 21/01/2018

**Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** PERICIADO VÍTIMA DE QUEDA DE MOTO, FOI ADMITIDO NO HOSPITAL EM 21/01/2018 E RECEBEU ALTA NO MESMO DIA. O QUADRO FOI TRATADO COM TRATAMENTO CONSERVADOR COM TIPOIA NA FRATURA DE CLAVÍCULA DIREITA, EVOLUIU COM ESTABILIZAÇÃO DAS LESÕES DO PONTO DE VISTA MÉDICO LEGAL.

**Descrição do exame físico:** DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO EM OMBRO DIREITO

**Resultados terapêuticos:** AO EXAME FÍSICO FOI EVIDENCIADO MEMBRO SUPERIOR DIREITO COM FORÇA MUSCULAR DO BRAÇO DIMINUÍDA (+++/5+), DOR, EDEMA E BLOQUEIO MODERADO NA ARTICULAÇÃO DO OMBRO, CALO ÓSSEO DE MODERADO VOLUME NA DIÁFISE INTERMÉDIA DA CLAVÍCULA DEVIDO A CONSOLIDAÇÃO VICIOSA, ATROFIA LEVE DA MUSCULATURA DO BRAÇO POR DESUSO, RESTRIÇÃO MODERADA DO MOVIMENTO DE FLEXÃO, EXTENSÃO, ADUÇÃO, ABDUÇÃO, ROTAÇÃO INTERNA E EXTERNA DA ARTICULAÇÃO DO OMBRO.  
ANGULO DE FLEXÃO DO OMBRO 80° (AMPLITUDE ARTICULAR: 0° A 180°)  
ANGULO DE EXTENSÃO DO OMBRO 25° (AMPLITUDE ARTICULAR: 0° A 45°)  
ANGULO DE ADUÇÃO DO OMBRO 20° (AMPLITUDE ARTICULAR: 0° A 40°)  
ANGULO DE ABDUÇÃO DO OMBRO 90° (AMPLITUDE ARTICULAR: 0° A 180°)

**Sequelas permanentes:** DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO EM OMBRO DIREITO

**Sequelas:** Com sequela

**Data do exame físico:** 11/12/2019

**Conduta mantida:**

**Observações:** pago dano como descrito pelo colega examinador

**Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.**

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

**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:** 3190656906

**Nome do(a) Examinado(a):** SANDRO MENDONCA DOS SANTOS

**Endereço do(a) Examinado(a):** R JOAO MOREIRA DE SIQUEIRA, 20 -  
PEDRA MOLE/SE - CEP 49512-000

**Identificação - Orgão Emissor/UF/Número :** 340.34366 - SSP - 31/10/2018

**Data e Local do Acidente :** 21/01/2018

**Data e Local do Exame :** 11/12/2019 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 DE CLAVÍCULA A DIREITA.

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

PERICIA DO VÍTIMA DE QUEDA DE MOTO, FOI ADMITIDO NO HOSPITAL  
EM 21/01/2018 E RECEBEU ALTA NO MESMO DIA. O QUADRO FOI  
TRATADO COM TRATAMENTO CONSERVADOR COM TIPOIA NA  
FRATURA DE CLAVÍCULA DIREITA, EVOLUIU COM ESTABILIZAÇÃO DAS  
LESÕES DO PONTO DE VISTA MÉDICO LEGAL.

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

AO EXAME FÍSICO FOI EVIDENCIADO MEMBRO SUPERIOR DIREITO COM  
FORÇA MUSCULAR DO BRAÇO DIMINUÍDA (+++/5+), DOR, EDEMA E  
BLOQUEIO MODERADO NA ARTICULAÇÃO DO OMBRO, CALO ÓSSEO DE  
MODERADO VOLUME NA DIÁFISE INTERMÉDIA DA CLAVÍCULA DEVIDO A  
CONSOLIDAÇÃO VICIOSA, ATROFIA LEVE DA MUSCULATURA DO BRAÇO  
POR DESUSO, RESTRIÇÃO MODERADA DO MOVIMENTO DE FLEXÃO,  
EXTENSÃO, ADUÇÃO, ABDUÇÃO, ROTAÇÃO INTERNA E EXTERNA DA  
ARTICULAÇÃO DO OMBRO.

ANGULO DE FLEXÃO DO OMBRO 80° (AMPLITUDE ARTICULAR: 0° A 180°)

ANGULO DE EXTENSÃO DO OMBRO 25° (AMPLITUDE ARTICULAR: 0° A  
45°)

ANGULO DE ADUÇÃO DO OMBRO 20° (AMPLITUDE ARTICULAR: 0° A 40°)

ANGULO DE ABDUÇÃO DO OMBRO 90° (AMPLITUDE ARTICULAR: 0° A  
180°)

**IV. Nexa 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:**

DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO EM OMBRO DIREITO.

**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

OMBRO DIREITO.

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

Região Corporal

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

Região Corporal

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

Região Corporal

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

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

*Manoel Otacilio Nascimento Junior*

Manoel Otacilio M  
Clínica e Auditoria em  
CRM 1827

---

MANOEL OTACILIO NASCIMENTO JUNIOR CRM : 1827 / UF :SE



---

**Rio de Janeiro, 28 de Novembro de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190656906**

**Vítima: SANDRO MENDONCA DOS SANTOS**

**Data do Acidente: 21/01/2018**

**Cobertura: INVALIDEZ**

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

**Senhor(a), SANDRO MENDONCA DOS SANTOS**

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



---

**Rio de Janeiro, 04 de Dezembro de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190656906**

**Vítima: SANDRO MENDONCA DOS SANTOS**

**Data do Acidente: 21/01/2018**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE**

**Senhor(a), SANDRO MENDONCA DOS SANTOS**

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

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

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 27 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190656906

Vítima: SANDRO MENDONCA DOS SANTOS

Data do Acidente: 21/01/2018

Cobertura: INVALIDEZ

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), SANDRO MENDONCA DOS SANTOS**

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros

25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: SANDRO MENDONCA DOS SANTOS

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 004

Agência: 00000051

Conta: 000000000818-8

Tipo: CONTA CORRENTE

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

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 062.840.035-79 4 - Nome completo da vítima: Sandro Mendonça dos Santos

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo: Sandro Mendonça dos Santos 6 - CPF: 062.840.035-79  
7 - Profissão: Sem profissão 8 - Endereço: Rua João Manoel Siqueira 9 - Número: 20 10 - Complemento:  
11 - Bairro: Centro 12 - Cidade: Pechá Mole 13 - Estado: SE 14 - CEP: 49512-000  
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): (91) 94885963

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

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☐ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
☒ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)  
☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção): ☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)  
☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)  
Nome do BANCO: BANCO DO NORDESTE  
AGÊNCIA: 051 CONTA: 000000818

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

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

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

- ☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou  
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou  
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:  
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:  
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

Impressão  
original do  
vítima ou  
beneficiário  
não obrigatório

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

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

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Pechá mole/SE, 25/11/2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



**DELEGACIA DE POLÍCIA DE PINHÃO**

RUA GOV JOAO ALVES FILHO, CENTRO FONE:(0) 3461-1201

**RPO - Registro Policial de Ocorrência 2018/06576.0-000061**

**DELEGACIA RESPONSÁVEL**

Nome: DELEGACIA DE POLÍCIA DE PINHÃO

Endereço: RUA GOV JOAO ALVES FILHO, CENTRO FONE:(0) 3461-1201

**FATO**

Data e Hora do Fato: 21/01/2018 - 13:00 até 21/01/2018 - 13:30

Endereço: ESTRADA VICINAL, DEPOIS DA LIXEIRA INDO PARA O POVOADO RAJAS. Número: s/n Complemento: Próximo ao Povoado Rajas, município de Pinhão/SE. CEP: 49514-000

Bairro: POVOADO RAJAS Cidade: PINHAO - SE Circunscrição: DELEGACIA DE POLÍCIA DE PINHÃO

Tipo de local: VIA PUBLICA Meio Empregado: OUTRO

**VÍTIMA-NOTICIANTE**

Nome: SANDRO MENDONÇA DOS SANTOS

Nome do pai: SAMUEL ALVES DOS SANTOS Nome da mãe: MARIA ROSA MENDONÇA DOS SANTOS

Pessoa: Física CPF/CGC: 062.840.035-79 RG: 340343669 UF: SE Órgão expedidor: SSP-SE

Naturalidade: ITABAIANA Data de nascimento: 20/07/1994 Sexo: Masculino Cor da cútis: Parda

Profissão: MONTADOR DE CALÇADOS Estado civil: Solteiro Grau de instrução: 2º Grau Incompleto

Endereço: AVENIDA JOÃO MOREIRA DE SIQUEIRA Número: 020 Complemento: Centro

CEP: 49.514-000 Bairro: CENTRO Cidade: PEDRA MOLE UF: SE

Proximidades: PRÓXIMO À IGREJA Telefone: 79 9 9652-8334

**HISTÓRICO**

Relata o noticiante, que no dia e horário a cima descrito, estava indo para o Povoado Rajas, município da Cidade de Pinhão/SE; Conduzindo um veículo automotor tipo Motocicleta. Quando apos a lixeira próximo ao Povoado Rajas, sobrou em uma curva e veio a cair. Que da queda o noticiante sofreu fratura no pulso do braço esquerdo a clavícula do lado direito e rompeu o músculo do braço do lado direito, ficando sem movimento neste braço. Segundo relatório medico fornecido pelo Hospital Dr. Pedro Garcia Moreno Filho, da cidade de Itabaiana/SE. Que a motocicleta do acidente foi uma : HONDA CG 150 TITAN MIX KS, ANO 2010, DE PLACA POLICIAL: IAL-9872, CHASSI: 9C2KC1610AR044933 COM CÓDIGO DO RENAVAL DE NUMERO: 00209221216, EM NOME DE LUIS PAULO SANTOS PEREIRA. Que o noticiante possui Carteira Nacional de Habilitação (CNH), de numero: 05879380546 e categoria "AB". Que este b.o. é para fins de seguro DPVAT.

Data e hora da comunicação: 18/04/2018 às 19:53

Ultima Alteração: 18/04/2018 às 19:53.

OBS.: As informações noticiadas pelo declarante/vítima são de sua inteira responsabilidade, cabendo, inclusive, a responsabilização penal daquele que faltar com a verdade no fornecimento das informações, nos termos do artigo 340 do Código Penal Brasileiro: Art. 340 - Provocar a ação de autoridade, comunicando-lhe a ocorrência de crime ou de contravenção que sabe não se ter verificado: Pena - detenção, de um a seis meses, ou multa.

Sandro Mendonça dos Santos  
SANDRO MENDONÇA DOS SANTOS  
Responsável pela comunicação

Carlos de Souza Leite  
Carlos de Souza Leite  
Responsável pelo preenchimento



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 062.840.035-79 4 - Nome completo da vítima: Sandro Mendonça dos Santos

## REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo: Sandro Mendonça dos Santos 6 - CPF: 062.840.035-79  
7 - Profissão: Sem profissão 8 - Endereço: Rua João Manoel Siqueira 9 - Número: 20 10 - Complemento:  
11 - Bairro: Centro 12 - Cidade: Pechá Mole 13 - Estado: SE 14 - CEP: 49512-000  
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): (91) 94885963

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

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

## 20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☐ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
☒ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)  
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: BANCO DO NORDESTE

AGÊNCIA: CONTA: (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 051 CONTA: 000000 838 8 (Informar o dígito se existir)

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

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

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

- ☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou  
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou  
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:  
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:  
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

Impressão  
original do  
vítima ou  
beneficiário  
não obrigatório

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

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

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Pechá mole/SE, 25/11/2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)