
Rio de Janeiro, 17 de Julho de 2018

Carta n°: 13102491

A/C: SOZEANE BRAZ DO NASCIMENTO

Nº Sinistro: 3180300604
Vitima: SOZEANE BRAZ DO NASCIMENTO
Data do Acidente: 29/12/2017
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: JOSE MARCOS DE OLIVEIRA ROSA

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: SOZEANE BRAZ DO NASCIMENTO

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 237

Agência: 000005979-0

Conta: 000001000448-9

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	2.362,50

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

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

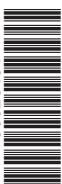
Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ **2.362,50**

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



Rio de Janeiro, 06 de Agosto de 2018

Aos Cuidados de: SOZEANE BRAZ DO NASCIMENTO

Nº Sinistro: 3180300604
Vitima: SOZEANE BRAZ DO NASCIMENTO
Data do Acidente: 29/12/2017
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: JOSE MARCOS DE OLIVEIRA ROSA

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180300604**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **Sabemi Seguradora 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

Rio de Janeiro, 04 de Setembro de 2018

Aos Cuidados de: SOZEANE BRAZ DO NASCIMENTO

Nº Sinistro: 3180300604

Vitima: SOZEANE BRAZ DO NASCIMENTO

Data do Acidente: 29/12/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE MARCOS DE OLIVEIRA ROSA

Assunto: REANÁLISE DE PROCESSO - CONDUTA MANTIDA

Senhor(a),

Em atendimento à sua solicitação, foi feita a reanálise médica do seu pedido de indenização por invalidez permanente, cadastrado sob o **número de sinistro 3180300604**.

Como a documentação apresentada não indica a existência de novas lesões permanentes ou de agravamento daquelas já indenizadas em decorrência do acidente sofrido, o seu pedido de reanálise foi encerrado e o valor indenizado mantido, conforme legislação vigente.

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



BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUpanca

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

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA: 13/07/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: SOZEANE BRAZ DO NASCIMENTO

BANCO: 237

AGÊNCIA: 05979-0

CONTA: 00001000448-9

Nr. Autenticação

BRADESCO13072018050000000002370597900001000448236250 PAGO

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180300604 **Cidade:** Poço Redondo **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: SOZEANE BRAZ DO NASCIMENTO **Data do acidente:** 29/12/2017 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 11/07/2018

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE Perna DIREITA

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL DE MI DIREITO

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: INVALIDEZ PARCIAL/ MI DIREITO 25% DE 70%

Documentos complementares:

Observações:

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 leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
		Total	17,5 %	R\$ 2.362,50

PRESTADOR

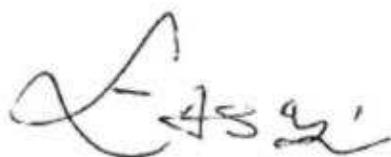
VISÃO MÉDICA LTDA

Nome do médico: EDSON L D ANDRADE

CRM do médico: 52.44121-9

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180300604 **Cidade:** Poço Redondo **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: SOZEANE BRAZ DO NASCIMENTO **Data do acidente:** 29/12/2017 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 03/09/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE DIÁFISE DA TÍBIA DIREITA

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO E ALTA MÉDICA

Sequelas permanentes: DIMINUIÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO MEMBRO INFERIOR DIREITO

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida: Sim

Quantificação das sequelas: DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MOVIMENTO DO MEMBRO INFERIOR DIREITO

Documentos complementares:

Observações: FEITA REVISÃO DA AMD. SEQUELA JÁ INDENIZADA CONFORME TABELA PREVISTA EM LEI VIGENTE.

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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180300604 **Cidade:** Poço Redondo **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: SOZEANE BRAZ DO NASCIMENTO **Data do acidente:** 29/12/2017 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 06/08/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE DIÁFISE DA TÍBIA DIREITA

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO E ALTA MÉDICA

Sequelas permanentes: DIMINUIÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO MEMBRO INFERIOR DIREITO

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MOVIMENTO DO MEMBRO INFERIOR DIREITO

Documentos complementares:

Observações: VÍTIMA JÁ INDENIZADO NO SEGMENTO ACOMETIDO EM SINISTRO ANTERIOR.

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 superiores	70 %	Complemento por reanálise - 0 %	0%	R\$ 0,00
		Total	0 %	R\$ 0,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180300604 **Cidade:** Poço Redondo **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: SOZEANE BRAZ DO NASCIMENTO **Data do acidente:** 29/12/2017 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 03/09/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE DIÁFISE DA TÍBIA DIREITA

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO E ALTA MÉDICA

Sequelas permanentes: DIMINUIÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO MEMBRO INFERIOR DIREITO

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida: Sim

Quantificação das sequelas: DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MOVIMENTO DO MEMBRO INFERIOR DIREITO

Documentos complementares:

Observações: FEITA REVISÃO DA AMD. SEQUELA JÁ INDENIZADA CONFORME TABELA PREVISTA EM LEI VIGENTE.

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

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ3

Nome: Paula Dias Carneiro

CRM: 52730980

UF do CRM: RJ

Assinatura:



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

CPF da Vítima

003.031.185-39

Nome completo da vítima

Soziane Broz do Nascimento

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	Soziane Broz do Nascimento	CPF titular da conta	003.031.185-39	Profissão	Assessora
Endereço	Av. 25 de Agosto	Número	76	Complemento	Scana
Bairro	Zona Rural	Cidade	Pará Rudondo	Estado	SE
Email	transpedofloria@gmail.com	CEP	49.810-000	Telefone (DDD)	39.9918-9207

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
 RECUZO INFORMAR

 SEM RENDA

 ATÉ R\$ 1.000,00

 R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00

 R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00

 ACIMA DE R\$ 10.000,00

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

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

 CONTA CORRENTE (todos os bancos)

04 MAI 2018

BANCO

Name

AGENCIA

NRO.

CONTA

NRO.

DV

RECEBIDO

NRO.

CONTA

NRO.

DV

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

DV

DV

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.

 05.00 da Cunha
 27/04 de 18
 Local e Data

 Soziane Broz do Nascimento

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o **SAC DPVAT** 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu **REPRESENTANTE LEGAL*** (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

Segurado Broz do Mocamento

CPF da Vítima

003.031.185-39

Data do Acidente

29-12-17

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

Telefone (DDD)

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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

SABEMI SEGURADORA S/A

Assinalar uma das opções abaixo:

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

04 MAI 2018

RECEBIDO

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

 2018-05-27 de 04 de 28
 Local e Data

Segurado Broz do Mocamento

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

MS/DATASUS

HOSPITAL REG DR PEDRO GARCIA MORENO

No. DO BE: 509339
CNS:DATA: 29/12/2017 HORA: 16:53 USUARIO: JFSANTOS
SETOR: 05-SUTURA

JFD

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME : SOZEANE BRAZ DO NASCIMENTO DOC...: 1475364
 IDADE.....: 36 ANOS NASC: 24/03/1981 SEXO...: FEMININO
 ENDERECO....: ASSENTAMENTO CAJUEIRO NUMERO: 00
 COMPLEMENTO....: CASA BAIRRO: ZONA RURAL
 MUNICIPIO....: POCO REDONDO UF: SE CEP...: 49810-00
 NOME PAI/MAE...: JOSE BRAZ DO NASCIMENTO /EDITE SOUZA
 RESPONSAVEL....: A MESMA TEL...: 000
 PROCEDENCIA....: POCO REDONDO - 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: / /
SABEM SEGURO D'ASSEGURADORA S/A

04 MAI 2018

RECEBIDO

DIAGNOSTICO:

CID:

PRESCRICAO

HORARIO DA MEDICACAO

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 [] IML [] ANAT. PATOL

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSAVEL.

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

SOZEANE BRAZ DO NASCIMENTO
ASSENT CAJUEIRO 76-AFEA RURAL
POCO REDONDO / SE CEP: 49810000 (AG. 430)

Emissão: 18/12/2017 Referência: Dez/2017
Classe/Subcls: RESIDENCIAL / BAIXA RENDA MONOFÁSICO
Roteiro: 10-450-555-1940 N.º medidor: N1053274815

CNP
NotaFaz

Atendimento ao Cliente ENERGISA **08000 79 0196**

Conta referente a

Dez / 2017

Apresentação

18/12/2017

Data prevista
próxima leitura

17/01/2018

UC (Unidade Consumidora):

Canal de contato

- Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 10.432, de 28 de abril de 2002.
Divulgação com segurança é o que as crianças devem aprender. Nunca submeta pipas perto dos fios da rede elétrica e não se certifique caso houver pregações na rede. Entrada de usuários metálicos para enmolhar pipas. Com segurança, não se bate.

SABEM! SEGURADORA S/A

04 MAI 2018

RECEBIDO

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO 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 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF²**.

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu José Marcos D.O. Rosa inscrito (a) no CPF/CNPJ 020.003.675,00, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Suzanne Braz 190 Nasimento inscrito (a) no CPF sob o Nº 003.031.185/39, do sinistro de DPVAT cobertura imobiliz da Vítima Suzanne Braz 00 nasimento inscrito (a) no CPF sob o Nº 003.031.185/39, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios

Recuso informar

04 MAI 2018

RECEBIDO

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço	Bairro	Cidade	Número	Complemento
<u>Rua 100 Silveira</u>	<u>Brasília</u>	<u>W. Sra. Da Cunha</u>	<u>217</u>	<u>Sacritario</u>
<u>marcosduofaria@gmail.com</u>			<u>SE</u>	<u>49.680.000</u>

Local e Data

W. Sra. Da Cunha, 30 de 04 de 18

José Marcos D.O. Rosa
Assinatura do Declarante

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Roselene Braz do Nascimento,
RG nº 405870, data de expedição 03/04/17,
Órgão SSP/SE, portador do CPF nº 016.740.915-83 com
domicílio na cidade de Pará de Minas, no Estado de
Sergipe, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Rua B, nº _____,
complemento 0000, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima Sozume Braz do Nascimento cujo o condutor era
Jean Antônio Viana da Silva.

Veículo: oneto
Modelo: I 145VXSANG 3ROS
Ano: 2011
Placa: NVK 6371
Chassi: LB4M V104186004715
Data do Acidente: 29.12.17
Local e Data: Ribeirópolis - 30.04.18

Roselene Braz do Nascimento
(Assinatura do Declarante)



Jean Antônio Viana da Silva
(Assinatura do Condutor)(caso seja um terceiro que não é a vítima redamente do sinistro)

Reconheço (por autenticidade) a firma de: ROSELENE BRAZ DO NASCIMENTO
Ribeirópolis/SE. Telefone: 79-3449-1912



Mylenea Melo Souza

MYLENNA MELO SOUSA
ESCREVENTE AUTORIZADO

Mylenea Melo Souza
Escrevente Autorizado

Município de
Poco Fundo
ESTADO DE SÉRGIO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

RECEituÁRIO

Nome:

Lygia da Cunha
Rebolo Góis
Pai visitou o meu
de nhs em 29.12.2017
e paciente "hoje em casa"
diz Vd. Muitas coisas
diz Vd. Muitas coisas
diz Vd. Muitas coisas
diz Vd. Muitas coisas

22
06
2018

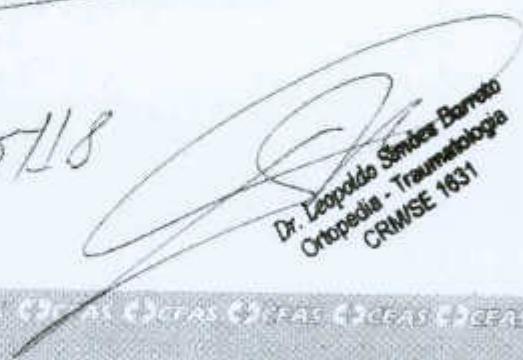
N

111
Data

Consultas - Laboclinico - Raio X - Fisioterapia - Mamografia - Consultas - Laboratório - Raio X - Fisioterapia - Mamografia - Consultas.

- Roberto Medico -

- A Sra. Sôzane Bráz do Nascimento,
(RG: 1475364-SE), apren fracione
de perna (D) (nasc. 28/12/57),
sem fracione gravemente, estando
a alte definitiva.

(C.D: 582.2)Chave: 25105118
Dr. Leopoldo Sávio Barreto
Ortopedia - Traumatologia
CRMSE 1631

CFAS - CFAS

SABEMI SEGURADORA SIA

29 MAI 2018

RECEBIDO



**PREFEITURA MUNICIPAL
DE POÇO REDONDO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

Ficha de Assistência a Saúde

Nº DE
INSC.

30596

UNIDADE DE SAÚDE:

UPA 24h

UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO
DONA ZULMIRA SOARES

NAME:

DATA:

2010-01-17 09:17:17 **DATA:** **29/12/17**

APELIDO:

DATA DE NASCIMENTO: 24/03/81 SEXO: F

FILIAÇÃO:

PAI: João Pedro Vazquez

MÄE: Heelite Sooz

ENDFRECO:

REFERÊNCIA: Leila M. de Souza

PROFISSÃO

Caprice

REFERÊNCIA: Pepe Reina

QUADRO AUXILIAR ANAMNESE

ALERGIA
CARDIOPATIA
DIABETES
EPILEPSIA

HANSENIASE
HEMORRAGIA
HEMOFILIA
HIPERTENSÃO

PSICOPATIA
TUBERCULOSE
TIPO DE SANGUE

DATA	ANAMNESE - EXAME - DIAGNÓSTICO - CONDUTAS	ASSINATURA
	<p> - Gmedo de pró pris. altos, vige. med - mtois - fratis e peno direto </p> <p style="text-align: center;"> Grand 100 (m) </p>	<div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="flex: 1; border: 1px solid black; padding: 5px; margin-right: 10px;"> SABEMI SEGURADORA S/A </div> <div style="flex: 1; text-align: right;"> 04 MAI 2018 </div> </div>
	<p> adm. de Tamp. de Gramol CRM 1222 em Verto Lateral da lata expandida medida 30 x 07 só 13.106 </p> <p> Dr. Robson Carvalho A. Junior CRM 1222 </p> <p> RECEBIDO </p>	
	<p> Dr. Bruno 1.182.321 </p>	

MS/DATASUS , HOSPITAL REG DR PEDRO GARCIA MORENO
NO. DO BE: 509339 DATA: 29/12/2017 HORA: 16:53 USUARIO: JFSANTOS
CNS: SETOR: 05-SUTURA

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME	SOZEANE BRAZ DO NASCIMENTO	DOC...: 1475364	
IDADE	36 ANOS	NASC: 24/03/1981	SEXO...: FEMININO
ENDERECO	ASSENTAMENTO CAJUEIRO	NUMERO: 00	
COMPLEMENTO	CASA	BAIRRO: ZONA RURAL	
MUNICIPIO	POCO REDONDO	UF: SE	CEP...: 49810-00
NOME PAI/MAE	JOSE BRAZ DO NASCIMENTO	/EDITE SOUZA	
RESPONSAVEL	A MESMA	TEL....: 000	
PROCEDENCIA	POCO REDONDO - SE		
ATENDIMENTO	ACIDENTE MOTOCICLISTICO		
CASO POLICIAL	NAO	PLANO DE SAUDE....: NAO	TRAUMA: NAO
ACID. TRABALHO	NAO	VEIO DE AMBULANCIA: NAO	

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

EXAMES COMPLEMENTARES: RAIÓ X SANGUE URINA TC
 LIQUOR ECG ULTRASSONOGRAFIA

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

DADOS CLINICOS: _____ DATA PRIMEIROS SINTOMAS: ____/____/____

ANOTACOES DA ENFERMAGEM:

DIAGNOSTICO:

CID:

PRESCRICAO

HORARIO DA MEDICACAO

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): [] FAMILIA [] IML [] ANAT. PATOL
OBITO: [] ATE 48HS [] APOS 48HS

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSÁVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO



Sistema
Único de
Saúde

Ministério
da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

6 - N° DO PRONTUÁRIO

Souza Braga do Nascimento

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

10 - RACA / COR

2040016828195181619

24/03/81

MASC. 1 FEM. 3

11 - NOME DA MÃE

DDD 12 - FONE DE CONTATO

DDD 14 - FONE DE CONTATO

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

16 - DOC

15 - ENDEREÇO (RUA, N° BAIRRO)

18 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO 19 - UF 20 - CEP

Av. Lages

Qara Redonda

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

21 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Franja maria 72088.

22 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Int. guscio

23 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

Da pressão 80/80

24 - DIAGNÓSTICO INICIAL

25 - CID 10 PRINCIPAL

26 - CID 10 SECUNDÁRIO

27 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

Int. guscio

S-80

PROCEDIMENTO SOLICITADO

28 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

29 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

Resc. guscio

04080800

30 - CLÍNICA

31 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

32 - DOCUMENTO

33 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

34 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

35 - DATA DA SOLICITAÇÃO

36 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

Aut. Dr. Raimundo

16/01/18

16/01/18

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

37 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

40 - CNPJ DA SEGURODORA

41 - N° DO BILHETE

42 - SÉRIE

38 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

43 - CNPJ DA EMPRESA

44 - CNAE DA EMPRESA

45 - CBOR

39 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

46 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

47 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

48 - COD. ÓRGÃO EMISSOR

53 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

49 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

50 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

51 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

20/01/18

Cláudia Prado

CRMF 1371

52 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

CRMF 1371

Nome: Edson José de Oliveira

PRESCRIÇÃO MÉDICA E DIETA

DATA

Idade: 36 a Enfermaria: 6 Leito: 4

DATA	PRESCRIÇÃO MÉDICA E DIETA		
	1º TURNO 07:00 AS 13:00 Ass.	2º TURNO 13:00 AS 19:00 Ass.	3º TURNO 19:00 AS 07:00 Ass.
16/01	1. <u>2200 c.c.</u> 2. <u>500 mls de leite</u> 3. <u>300 mls de suco de laranja</u> 4. <u>500 mls de suco de laranja</u> 5. <u>200 mls de leite</u> 6. <u>200 mls de leite</u> 7. <u>200 mls de leite</u>	<u>200</u> <u>500</u> <u>1200</u> <u>1800</u> <u>200</u> <u>200</u>	<u>1800</u> <u>1800</u>
8.			
9.			
10.			
11.			
12.			
13.			
14.			
15.			
16.			
17/01	1. <u>2000 c.c. de leite</u> 2. <u>200 mls de suco de laranja</u> 3. <u>200 mls de suco de laranja</u> 4. <u>200 mls de suco de laranja</u> 5. <u>200 mls de suco de laranja</u> 6. <u>200 mls de suco de laranja</u>	<u>2000</u> <u>2000</u> <u>2000</u> <u>2000</u> <u>2000</u> <u>2000</u>	<u>2000</u> <u>2000</u>
18.			
19.			
20.			
21.			
22.			
23.			
24.			
25.			
26.			
27.			
28.			
29.			
30.			

Descrição	Und	Qtde
Agulha descartável 30x8, 25x7	Und.	2 coda
Alcool 70%	Und.	30ml
Atadura Algodão Ortop.	Und.	
Atadura Crepe 10cm	Und.	02
Atadura Crepe 15cm	Und.	
Atadura Crepe 30cm	Und.	
Atadura Gessada 10cm	Und.	
Atadura Gessada 20cm	Und.	
Azul de Metileno	Ml	
Bola de Algodão	Und.	01
Cateter P/ Oxigenoterapia	Und.	01
Catgut Cromado C/Akulha	Und.	01
Catgut Cromado S/Akulha	Und.	
Catgut Simples C/Akulha	Und.	
Catgut Simples S/Akulha	Und.	
Coletor de Urina Simples	Und.	
Coletor de Urina Fechado	Und.	
Compressa Campo Op. Gde.	Und.	10
Compressa Campo Op. Pna.	Und.	
Compressa de Gaze 7,5 x 7,5	Und.	50
Cotonete	Und.	
Cotonete Estéril	Und.	
Dreno de Penrose nº. 01	Und.	
Dreno de Penrose Nº. 02	Und.	
Dreno de Penrose Nº. 03	Und.	
Equipo Macro Gotas	Und.	01
Equipo Micro Gotas	Und.	
Equipo P/Sangue	Und.	
Espadrapo Antialérgico	Cm.	
Espadrapo Comum	Cm.	50cm
Éter Sulfúrico	Ml	
Fio de Algodão	Und.	
Fita Adesiva Hospitalar	Cm.	
Escola C/ Degermação	Und.	04
Formol Líquido	Ml	
Formol Pastilha	Env.	
Gaze Algodoadada	Und.	
Gelco nº 20	Und.	01
Glutacid	Litro	
Intracath	Und.	
Lâmina de Bisturi nº 21	Und.	01
Luva Cirúrgica Descartável	Und.	06
Malha Tubular	Und.	

Descrição	Und	Qtde
Micropore	Cm	
Mononylon Comum	Und.	04 + 1 = 5
Povedine Degermante	Ml	
Povedine Tópico	Ml	± 60ml
Scalp	Und.	
Seringa Descartável 1ml	Und.	
Seringa Descartável 3ml	Und.	02
Seringa Descartável 5ml	Und.	02
Seringa Descartável 10ml	Und.	02
Seringa Descartável 20ml	Und.	03
Sonda de aspiração Traqueal	Und.	
Sonda de Folley 2 vias	Und.	
Sonda de Folley 3 vias	Und.	
Sonda (tubo) Endot. C/ Balão	Und.	
Sonda (tubo) Endot. S/ Balão	Und.	
Sonda Nasogástrica	Und.	
Sonda Retal	Und.	
Sonda Uretal de Nelaton	Und.	
Torneirinha 3 vias multivias	Und.	01
Vicril	Und.	
Agulha Desc. P/Bloqueio nº 27	Und.	01
Dreno Sistema Fechado	Und.	
Dreno de Tórax	Und.	
Luvas (par) 7,0	Und.	1
Luvas (par) 7,5	Und.	3 4 1
Luvas (par) 8,0	Und.	
Luvas (par) 8,5	Und.	
Máscaras Descartáveis	Und.	05
Gorro	Und	05
Pro pé	Par	05
Latex	Und	02
Eletrodos	Und	05
Ar Comprimido	Hora	
Bisturi Elétrico	Hora	
Monitor Cardíaco (cardioscópio)	Hora	001 1000
Oxigênio	Hora	11
Oxímetro de Pulso	Hora	11
N20 (protóxido de azoto)	Hora	
Sala de Recuperação	Taxa	11
Vácuo	Hora	
Furadeira	Hora	11

Assinatura da Enfermagem (por extenso)

Joéilia Cardoso

Nome do Paciente:

SOUANE BIANA ROSA GOMES

Diagnóstico Pré-operatório:

Enfermidade

Cirurgia realizada:

Ressecção ginecica

Cirurgião:

DR. MARIO VAS

Auxiliares:

Anestesiologista:

DR. JOSÉ

Anestesia:

Diagnóstico Pós-operatório:

Enfermidade

DESCRÍÇÃO DO ATO CIRÚRGICO

1. MAMELÔ - SURGEBRA
2. COLOCACAO COTUR
3. INCISÃO SURGEBRA PENNA M
4. RESSECAR FRANCO
5. FUNDACAO PLACA 2 PARCELOS
6. SERRA PON PIANO SIS PINT
7. CUNHADO
8. HABAO QUASICO

Dr. Ademir F. Lima Araújo
Cirurgião - Ginecologista
CRM-SE 10355

16/01/18

Data:

Assinatura do cirurgião:

HOSPITAL REG DR PEDRO GARCIA MORENO

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

No. Registro.: 19012

Numero do CNS: 898003930851123

Nome.....: SOZEANE BRAZ DO NASCIMENTO

Documento.....: 1475364

Nascimento...: 24/03/1981

Tipo:

Estado Civil.:

Estado Civil.:

Idade.....: 36 - ANOS

Cor:

EXO.....: FEMININO

Responsavel...: JOSE BRAZ DO NASCIMENTO

Nome da Mae...: EDITE SOUZA

Endereço.....: ASET CAJUEIRO, CASA CEP: 49810 000

Telefon: 079 998952555

Bairro : Z. B.

Municipio • 380

Nacionalidades: BRASILEIRO

Journal of Health Politics, Policy and Law, Vol. 33, No. 3, June 2008

Medicação e Material Médico - Cirúrgico

Nome: Suziane Braga do Nascimento

Data:

Leito: G-1

Descrição	Und	Qtde
Abalate 10mg (abl)	Caps	
Adrenalina Sol. Molesimal	Amp.	
Adrenoplasma	Amp.	
Agua bidestilada 10ml	Amp.	
Agua Oxigenada	Fr.	
Amicacina 100mg	Amp.	
Amicacina 250mg	Amp.	
Aminofilina	Amp.	
Ámpicilina 1gr	Amp.	
Ámpicilina 500mg	Amp.	
Amplictil	Amp.	
Atropina (sulfato) 1ml	Amp.	
Bicarbonado de Sódio 8,4%	Amp.	
Brevidoc	Fr.	
Buscopam 5ml	Amp.	
Carbenicilina 1gr	Amp.	
Cataflan (diclofenaco)	Amp.	
Cedilanide 0,4mg	Amp.	
Claforan 1gr	Amp.	
Claforan 500mg	Amp.	
Clexane 20mg	Amp.	
Clexane 40mg	Amp.	
Clorafenicol 1gr	Amp.	
Cloreto Potássio 19,1%	Amp.	
Cloreto de Sódio 20%	Amp.	
Decadron 4mg	Amp.	01
Diazepam (valium) 10mg	Amp.	
Dimorf 1mg	Amp.	
Dimorf 10mg (morfina)	Amp.	
Diprivan	Amp.	
Dolantina	Amp.	
Dormonid 15mg	Amp.	01
Dormonid 5mg	Amp.	
Efortil 0,01gr	Amp.	
Enflurano	Fr	
Esmerom	Amp.	
Etonidato	Amp.	
Etrane 100ml	Fr	
Etrane 240ml	Fr	
Fenergan 50mg	Amp.	
Fentanil 10ml	Amp.	
Fluothane 100ml	Fr	
Furacin	Gr	
Garamicina 10mg	Amp.	
Garamicina 20mg	Amp.	
Garamicina 40mg	Amp.	
Garamicina 80mg	Amp.	
Gardenal 200ml	Amp.	
Glicose 25%	Amp.	
Glicose 50%	Amp.	

Descrição	Und	Qtde
Gluconato de Cálcio	Amp.	
Halotano 100ml	Fr	
Heparina 5000 UI/ml	Amp.	
Hidental 250mg	Amp.	
Insulina	Amp.	
Kanakion	Amp.	
Keflin	Amp.	02 fr
Ketalar 50mg - 10ml	Amp.	
Lasix 20mg	Amp.	
Marcaina 0,5% c/v - 20ml	Amp.	
Marcaina Pesada 4ml	Amp.	el
Megapen 5.000.000 UI	Amp.	
Metronidazol 500mg (flagyl)	Fr	
Neomicina pomada	Gr	
Nibium	Amp.	
Nilperidol	Amp.	
Novalgina (dipirona)	Amp.	02
Pancuron	Amp.	
Pavulon	Amp.	
Plasil	Amp.	
Profenid	Amp.	01 fr
Propofol	Amp.	
Prostigmine 0,5mg	Amp.	
Quelicin 100mg	Amp.	
Quelicin 500mg	Amp.	
Revivan	Amp.	
Ringer Lactato 500ml	Fr	02 fr
Rocefin 1mg	Amp.	
Rocefin 500mg	Amp.	
Solu-cortef 500mg	Amp.	
Solu-cortef 100mg	Amp.	
Soro Fisiológico 0,9%	Amp.	23 fr
Soro Glicosado 5%	Amp.	
Staficilin N 500mg	Amp.	
Sulfato de Aprotopina	Amp.	
Sulfato de Magnésio 50%	Amp.	
Tagamet 300mg	Amp.	
Thionembutal 0,5g - 10ml	Fr	
Thionembutal 1gr - 20ml	Fr	
Tilatil 20mg	Amp.	
Tracrium 25mg	Amp.	
Tracrium 50mg	Amp.	
Trasamin 0,5ml	Amp.	
Veltaren 75%	Amp.	
Xilocaina 1% s/v	Gts	
Xilocaina 2% c/v	Amp.	
Xilocaina 2% s/v	Amp.	
Xilocaina Geléia	Gr	
Xilocaina Pesada	Amp.	
Xylestesim 2% c/v	Amp.	

Assinatura da Enfermagem (por extenso)

UNIDADE HOSPITALAR

Hospital Dr. Pedro Garcia Moreno Filho

SETOR

LETO

PACIENTE

IDADE

SEXO

REG

DATA	HORA	EVOLUÇÃO	T	P	R	PA	Glicem.
16/03	13:30	paciente retorna do c.e. de maracá					
17		em companhia de funcionários funcionário, visitante, verbalizou sem queixas no momento, seguiu as instruções da Enfermagem					
	18 hs	Adm. reabilitação, clínica flexibilidade corporal presente					
16	20:5	Adm. medicação de horário.					
01		Paciente no leito calmo, conserva te orientação verbal, quando em uso de assistente pidi no ms 8	130	36			
20:5		A mesma não refere queixas. Dureza + Defeitos presentes. A cutana seca	88				
		Segue as cuidados da enfer- magem aux. Isabela SCS					
14:05		Adm. medicação de horário					
06h		Adm. medicação de horário					
		Horário de enfermagem e KF	683540				
17/01/18		Paciente recebe alta hospitalar					
11:00		para casa, portando recete medica e orientações, um companheiro de familiar e funcionário					
		Policlínica					

HOSPITAL REG DR PEDRO GARCIA MORENO

FICHA DE INTERNACAO
IDENTIFICACAO DO PACIENTE

DADOS DA INTERNACAO

DADOS DA INTERNACAO

Forma de Entrada.: 4 - EMERGENCIA No. do BE: 496422
 Clinica.....: 500 - ENF "E" ADULTO - CLINICA
 Leito.....: 999.0015
 Data da Internacao: 16/01/2018
 Hora da Internacao: 06:57
 Medico Solicitante: 385.539.965-49 - LEOPOLDO SIMOES BARRETO
 Proced. Solicitado: NAO INFORMADO
 Diagnostico.....: NAO INFORMADO
 Identif. Operador.: RSANTOS

INFORMAÇÕES DE SATDA

Proc. Realizado:
Dt. Hr Saida:
Especialidade:
Tipo de Saida:
CID Principal:
CID Secundario:
Principal:
Secundario:
Outro:

HOSPITAL DR PEDRO GARCIA MORENO FILHO

Receituário

SORRIRÉ SEM CONSCIÊNCIA

RELATÓRIO MÉDICO

A PACIÉNTE SORRIRÉ SEM
CONSCIÊNCIA POR MEDIO DA
TRAMADOL 100MG 01 PASTA
DE SORRIRÉ MUITO ENHANÇAR
CONSCIÊNCIA DESAFIANDO
CID: 1-820

Dr. Antônio E. Lobo Arce
Oftalmologista - Traumatologista
CRM 2006 - TECI 6824

CO.: 24109115

Avenida 13 de junho, nº 776 - Centro - Itabatána, SF - Fone: (79) 3432-0200

Município de **Poço Redondo**
ESTADO DE SERGIPE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

RECEITUÁRIO

Nome:

Joséane Brás da Nóbrega

Painho na vir que ofende de
Moto com pessoas fura
em pessoa dirigindo, operação
profusão de feridas, lesões
est que agredem as
etnias das fukas

CEP: 572

N
DR. RAIMUNDI LIMA
CRM-SE 122

16
08
2018

Aas. e Carimbo / CRM

Data

SABEMI SEGURADORA S/A

28 AGO 2018

RECEBIDO



SABEMI SEGURADORA S/A

04 MAI 2018

DENATRAN

RECEBID

C

1

2

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

101

102

103

104

105

106

107

108

109

110

111

112

113

114

115

116

117

118

119

120

121

122

123

124

125

126

127

128

129

130

131

132

133

134

135

136

137

138

139

140

141

142

143

144

145

146

147

148

149

150

151

152

153

154

155

156

157

158

159

160

161

162

163

164

165

166

167

168

169

170

171

172

173

174

175

176

177

178

179

180

181

182

183

184

185

186

187

188

189

190

191

192

193

194

195

196

197

198

199

200

201

202

203

204

205

206

207

208

209

210

211

212

213

214

215

216

217

218

219

220

221

222

223

224

225

226

227

228

229

230

231

232

233

234

235

236

237

238

239

240

241

242

243

244

245

246

247

248

249

250

251

252

253

254

255

256

257

258

259

260

261

262

263

264

265

266

267

268

269

270

271

272

273

274

275

276

277

278

279

280

281

282

283

284

285

286

287

288

289

290

291

292

293

294

295

296

297

298

299

300

301

302

303

304

305

306

307

308

309

310

311

312

313

314

315

316

317

318

319

320

321

322

323

324

325

326

327

328

329

330

Solicitação de Ré - Análise

Eu: Sozeane Braz Do Nascimento portador do RG: 1475364 CPF: 003.031.185-39 residente No Assentamento Cajueiro Nº: 76 Bairro: Area Rural Cidade: Poço Redondo -SE Cep: 49.810-000 venho pelo presente instrumento, solicitar aos senhores que seja marcado uma Perícia médica para o meu processo , pois não foi liberado nada para as lesões que mim encontro enviei relatório médico que comprovam as lesões que foram **FRATURA DA TIBIA DIREITA** sinto muitas dores horríveis não trabalho não consigo andar fico a merecer dos outros , por isso peço encarecidamente que marquem com urgência uma pericia para que o perito verifique e comprove o que aqui descrevo.

SABEMI SEGURADORA S/A

Certo de contar com vossa compreensão ,agradeço desde já.

29 JUN 2018

RECEBIDO

Sozeane Braz do Nascimento

SOZEANE BRAZ DO NASCIMENTO

NOSSA SENHORA DA GLÓRIA-SE 25/05/2018

TESTEMUHAS:

Larissa Ribeiro Andrade

Maria Valéria Santos Costa Oliveira

Solicitação de Ré - Análise

Eu: Sozeane Braz Do Nascimento portador do RG: 1475364 CPF: 003.031.185-39 residente No Assentamento Cajueiro Nº: 76 Bairro: Area Rural Cidade: Poço Redondo -SE Cep: 49.810-000 venho pelo presente instrumento, solicitar aos senhores que seja marcado uma Pericia médica para o meu processo , pois não foi liberado nada para as lesões que mim encontro enviei relatório médico que comprovam as lesões que foram **FRATURA DA TIBIA DIREITA** sinto muitas dores horríveis não trabalho não consigo andar fico a merecer dos outros , por isso peço encarecidamente que marquem com urgência uma pericia para que o perito verifique e comprove o que aqui descrevo.

Certo de contar com vossa compreensão ,agradeço desde já.

Sozeane Braz do Nascimento

SOZEANE BRAZ DO NASCIMENTO

NOSSA SENHORA DA GLÓRIA-SE 25/05/2018

TESTEMUHAS:

Barbara Rosa Andrade

Maria Oliveira Santos Costa

SALVAMENTO SEGUADORA S/A	
29 MAI 2018	
RECEBIDO	