

# 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

MANOEL MESSIAS DOS SANTOS  
RUA GUATUBIRA DE FEVEREIRO, 670 - LOTE 10 ROSA DE LUZ - CENTRO  
NOSSA SENHORA DO SOCORRO / SE - CEP: 08160030 (JAG 20)  
Emissor: 21/12/2017 Referência: Dez/2017  
Classe/Subclasse: RESIDENCIAL / RENDA RENDA MONOFASICO  
Relatório: 13 - 20 - 620 - 1131 Nº medidor N5033906144

**Energisa**  
ENERGISA BENEFÍCIO SOCIAL ENERGISA SA  
Rua Manoel Pimenta da Silva, 31 - Jd. A. Bonfatti  
Aracaju/SE - CEP: 55040-100  
CNPJ: 017.452.000-80 - Ins. Est. 270.767.430  
Nota Fiscal/Conta de Energia: 0000576287  
Cód. por D.V. Automática: 00010919214



Atendimento ao Cliente ENERGISA 08000 79 0196 Acesse: www.energisa.com.br

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

UC (Unidade Consumidora): 3/1092921-4

Canal de contato

Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 10.438, de 25 de abril de 2002. Divergência com segurança e que os clientes devem apresentar. Nunca empire, pois além dos fios da rede elétrica não há, além, caso algum problema na rede é necessário usar fios e cabos para garantir a segurança. Com segurança, não se simula.

Anterior		Atual		Constante		Consumo		Dias	
Data:	Leitura	Data:	Leitura						
20/11/17	65	21/12/17	169				104		28
Demonstrativo									
Quantidade	Tarifa B	Valor Base Calc.	Adicional	Tarifa Base Calc.	Per	Per	Per	Per	Per
Tarifa	Leitura	ICMS	ICMS	Per	Per	Per	Per	Per	Per
0501 Consumo até 220VWV-BR	30,000 0,217883	6,53	6,53 75	1,93	5,57	0,61	0,09		
0601 Consumo - 21e 100VWV-BR	10,000 0,373673	26,15	26,15 25	8,54	26,15	0,09	0,36		
0601 Consumo - 131e 220VWV-BR	4,000 0,555522	2,24	2,24 25	0,58	2,24	0,01	0,03		
0601 Adic B Vermeleio		2,65	2,65 25	0,66	2,55	0,01	0,09		
0610 Subtotal		33,55	33,59 75	9,42	33,59	0,10	0,46		
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS									
0907 CONTRIB LUM PUBLICA		10,79	0,00 0	0,00	0,00	0,00	0,00		
0906 Dem. C&S Subsidio		-24,10	0,00 0	0,00	0,00	0,00	0,00		

FNEC08A SERGEI LISH FNEC04 3F  
Sut MinApplino 6062-2 - Maria Bakh...  
1309702L DEF 2840-163  
PUIS 017 400 001 63 - tel Est 170797490  
32a - Contador Sergio E. G. 1990G.576.607  
Cód. para Oñb Automática: 0301000214

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

**Canal de contacto**

Terça-Feira, 20 de maio de 2003. TSMC (Tribuna da Manhã) p. 12  
 19/05/2003, 12 de maio de 2003  
 Diversas opções de geração de renda e empregos devem ser apresentadas  
 para a região, afirma o governador. O governador afirmou que a região  
 deve ser desenvolvida e que a geração de empregos é uma das prioridades.  
 O governador afirmou que a região deve ser desenvolvida e que a geração  
 de empregos é uma das prioridades.

$$0 \leq x_1 \leq 1, 0 \leq x_2 \leq 1, 0 \leq x_3 \leq 1$$

121. To support the following:	757.1	65.54	74.25	77.37	79.33	81.25
--------------------------------	-------	-------	-------	-------	-------	-------

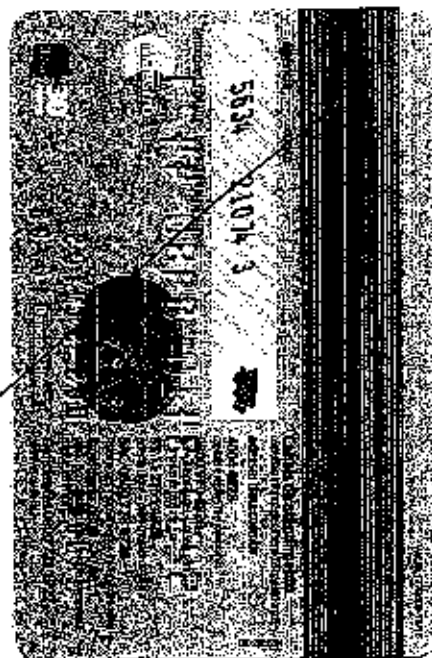
#### Histórico de Consumo (kWh)


Mod: 06/07 Sep:7 Apr:7

ff02.c2c2.71d4.8b60.c14e.34c0.adb2.8730.

Autorize o pagamento de sua conta de energia através do débito automático; é mais cômodo e seguro.

Atendimento Energia 0800 79 0166 (24h)  
Ouvindo Energia 0800 79 0166 (horário comercial)  
Atendimento Energia 0800 79 0166 (24h)



  
Juliana Maria dos Santos  
Assist. de Atendimento - 58276  
Capitania Sucre 4.9.2017

**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**

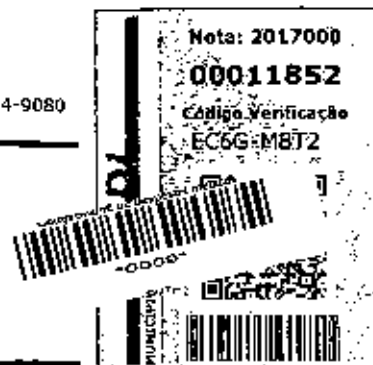
Período de Competência

**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\$)
<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>

**VALORES**

Valor dos Serviços (R\$)	Deduções (R\$)	Desconto Incondicionado (R\$)	Base de Cálculo (R\$)	Alíquota (%)
<b>110,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>110,00</b>	<b>4,26</b>
ISS (R\$)	ISS Retido (R\$)	Desconto Condicionado (R\$)	Valor Líquido (R\$)	Valor Total da Nota (R\$)
<b>4,69</b>		<b>0,00</b>	<b>110,00</b>	<b>110,00</b>

**OUTRAS INFORMAÇÕES**

Contribuinte Optante do Simples Nacional.

Maria L. de Almeida

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.

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-NIVER ROLL-ORIGINAL-PROTEC 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>  
28171101 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  
Balço: 1294 N. Controle: 7298  
FARMACIAS INDEPENDENTE  
MELHOR SORTEJAMENTO DE PERFUMARIA

Juliana Maria dos S.  
Assessoria de Atendimento  
Sucesso

REDE C  
MasterCard 185.46  
CONPR:503494092 VALOR: 185.46  
ESTAB:074281755 VJ FARM SE SIQUEIRA L  
16.11.17-15:28:45 TERM:PV868943 160034  
NUMERO PARCELAS : 03  
CARTAO: xxxx. xxxx. xxxx. 4427  
AUTORIZACAO: 066836  
ARCO:15089785C9706201  
AID: A0000000041010  
TRANSACAO AUTORIZADA MEDIANTE  
USO DE SENHA PESSOAL.

1743:01:14 16:00:15223912

[illegible]

FAB: 9E09141010011728972 23

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



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



NOME:

Monal Menu Sinto

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



NFC-e

PARAFARMACIA ZUPPY GOVEIA LTDA ME  
RUA SANTA LUZIA, 853 - JARDIM SÃO JOSE - ARACAJU - SE  
CNPJ: 11.810.763/0001-81 - Inscrição Estadual: 13.24  
Protocolo de Autorização de Acesso: 328170105917112

Consulte pela Chave de Acesso em  
<http://www.nfc-e.gov.br/portal/consultarNFC-e.jsp>

ITEM	QUANTIDADE	DESCRIÇÃO	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL
001	1.000	CAIXA DE 1000 UNIDADES	0,49	0,49
002	1.000	CAIXA DE 1000 UNIDADES	0,49	0,49
003	1.000	CAIXA DE 1000 UNIDADES	0,49	0,49
004	1.000	CAIXA DE 1000 UNIDADES	0,49	0,49
005	1.000	CAIXA DE 1000 UNIDADES	0,49	0,49
006	1.000	CAIXA DE 1000 UNIDADES	0,49	0,49
007	1.000	CAIXA DE 1000 UNIDADES	0,49	0,49
008	1.000	CAIXA DE 1000 UNIDADES	0,49	0,49
009	1.000	CAIXA DE 1000 UNIDADES	0,49	0,49
010	1.000	CAIXA DE 1000 UNIDADES	0,49	0,49
011	1.000	CAIXA DE 1000 UNIDADES	0,49	0,49
012	1.000	CAIXA DE 1000 UNIDADES	0,49	0,49
013	1.000	CAIXA DE 1000 UNIDADES	0,49	0,49
014	1.000	CAIXA DE 1000 UNIDADES	0,49	0,49
015	1.000	CAIXA DE 1000 UNIDADES	0,49	0,49
016	1.000	CAIXA DE 1000 UNIDADES	0,49	0,49
017	1.000	CAIXA DE 1000 UNIDADES	0,49	0,49
018	1.000	CAIXA DE 1000 UNIDADES	0,49	0,49
019	1.000	CAIXA DE 1000 UNIDADES	0,49	0,49
020	1.000	CAIXA DE 1000 UNIDADES	0,49	0,49
021	1.000	CAIXA DE 1000 UNIDADES	0,49	0,49
022	1.000	CAIXA DE 1000 UNIDADES	0,49	0,49
023	1.000	CAIXA DE 1000 UNIDADES	0,49	0,49
024	1.000	CAIXA DE 1000 UNIDADES	0,49	0,49
025	1.000	CAIXA DE 1000 UNIDADES	0,49	0,49
026	1.000	CAIXA DE 1000 UNIDADES	0,49	0,49
027	1.000	CAIXA DE 1000 UNIDADES	0,49	0,49
028	1.000	CAIXA DE 1000 UNIDADES	0,49	0,49
029	1.000	CAIXA DE 1000 UNIDADES	0,49	0,49
030	1.000	CAIXA DE 1000 UNIDADES	0,49	0,49
031	1.000	CAIXA DE 1000 UNIDADES	0,49	0,49
032	1.000	CAIXA DE 1000 UNIDADES	0,49	0,49
033	1.000	CAIXA DE 1000 UNIDADES	0,49	0,49
034	1.000	CAIXA DE 1000 UNIDADES	0,49	0,49
035	1.000	CAIXA DE 1000 UNIDADES	0,49	0,49
036	1.000	CAIXA DE 1000 UNIDADES	0,49	0,49
037	1.000	CAIXA DE 1000 UNIDADES	0,49	0,49
038	1.000	CAIXA DE 1000 UNIDADES	0,49	0,49
039	1.000	CAIXA DE 1000 UNIDADES	0,49	0,49
040	1.000	CAIXA DE 1000 UNIDADES	0,49	0,49
041	1.000	CAIXA DE 1000 UNIDADES	0,49	0,49
042	1.000	CAIXA DE 1000 UNIDADES	0,49	0,49
043	1.000	CAIXA DE 1000 UNIDADES	0,49	0,49
044	1.000	CAIXA DE 1000 UNIDADES	0,49	0,49
045	1.000	CAIXA DE 1000 UNIDADES	0,49	0,49
046	1.000	CAIXA DE 1000 UNIDADES	0,49	0,49
047	1.000	CAIXA DE 1000 UNIDADES	0,49	0,49
048	1.000	CAIXA DE 1000 UNIDADES	0,49	0,49
049	1.000	CAIXA DE 1000 UNIDADES	0,49	0,49
050	1.000	CAIXA DE 1000 UNIDADES	0,49	0,49
051	1.000	CAIXA DE 1000 UNIDADES	0,49	0,49
052	1.000	CAIXA DE 1000 UNIDADES	0,49	0,49
053	1.000	CAIXA DE 1000 UNIDADES	0,49	0,49
054	1.000	CAIXA DE 1000 UNIDADES	0,49	0,49
055	1.000	CAIXA DE 1000 UNIDADES	0,49	0,49
056	1.000	CAIXA DE 1000 UNIDADES	0,49	0,49
057	1.000	CAIXA DE 1000 UNIDADES	0,49	0,49
058	1.000	CAIXA DE 1000 UNIDADES	0,49	0,49
059	1.000	CAIXA DE 1000 UNIDADES	0,49	0,49
060	1.000	CAIXA DE 1000 UNIDADES	0,49	0,49
061	1.000	CAIXA DE 1000 UNIDADES	0,49	0,49
062	1.000	CAIXA DE 1000 UNIDADES	0,49	0,49
063	1.000	CAIXA DE 1000 UNIDADES	0,49	0,49
064	1.000	CAIXA DE 1000 UNIDADES	0,49	0,49
065	1.000	CAIXA DE 1000 UNIDADES	0,49	0,49
066	1.000	CAIXA DE 1000 UNIDADES	0,49	0,49
067	1.000	CAIXA DE 1000 UNIDADES	0,49	0,49
068	1.000	CAIXA DE 1000 UNIDADES	0,49	0,49
069	1.000	CAIXA DE 1000 UNIDADES	0,49	0,49
070	1.000	CAIXA DE 1000 UNIDADES	0,49	0,49
071	1.000	CAIXA DE 1000 UNIDADES	0,49	0,49
072	1.000	CAIXA DE 1000 UNIDADES	0,49	0,49
073	1.000	CAIXA DE 1000 UNIDADES	0,49	0,49
074	1.000	CAIXA DE 1000 UNIDADES	0,49	0,49
075	1.000	CAIXA DE 1000 UNIDADES	0,49	0,49
076	1.000	CAIXA DE 1000 UNIDADES	0,49	0,49
077	1.000	CAIXA DE 1000 UNIDADES	0,49	0,49
078	1.000	CAIXA DE 1000 UNIDADES	0,49	0,49
079	1.000	CAIXA DE 1000 UNIDADES	0,49	0,49
080	1.000	CAIXA DE 1000 UNIDADES	0,49	0,49
081	1.000	CAIXA DE 1000 UNIDADES	0,49	0,49
082	1.000	CAIXA DE 1000 UNIDADES	0,49	0,49
083	1.000	CAIXA DE 1000 UNIDADES	0,49	0,49
084	1.000	CAIXA DE 1000 UNIDADES	0,49	0,49
085	1.000	CAIXA DE 1000 UNIDADES	0,49	0,49
086	1.000	CAIXA DE 1000 UNIDADES	0,49	0,49
087	1.000	CAIXA DE 1000 UNIDADES	0,49	0,49
088	1.000	CAIXA DE 1000 UNIDADES	0,49	0,49
089	1.000	CAIXA DE 1000 UNIDADES	0,49	0,49
090	1.000	CAIXA DE 1000 UNIDADES	0,49	0,49
091	1.000	CAIXA DE 1000 UNIDADES	0,49	0,49
092	1.000	CAIXA DE 1000 UNIDADES	0,49	0,49
093	1.000	CAIXA DE 1000 UNIDADES	0,49	0,49
094	1.000	CAIXA DE 1000 UNIDADES	0,49	0,49
095	1.000	CAIXA DE 1000 UNIDADES	0,49	0,49
096	1.000	CAIXA DE 1000 UNIDADES	0,49	0,49
097	1.000	CAIXA DE 1000 UNIDADES	0,49	0,49
098	1.000	CAIXA DE 1000 UNIDADES	0,49	0,49
099	1.000	CAIXA DE 1000 UNIDADES	0,49	0,49
100	1.000	CAIXA DE 1000 UNIDADES	0,49	0,49

Valor Total de Itens: 2,49  
Valor Total R\$: 24,93  
Descontos R\$: -1,27  
Valor a Pagar R\$: 23,66  
FORMA DE PAGAMENTO: VALOR PAGO  
Dinheiro: 23,66  
Fundo R\$: 0,00

Consulte pela Chave de Acesso em  
<http://www.nfc-e.gov.br/portal/consultarNFC-e.jsp>


2817 1100 0039 0039 0001 0000 0000 1134 9112 9226 0004

CONSULTAR NÃO IDENTIFICADO

Numero 000.113.191 Série 003 Emissão 17/11/2017 14:28:37

Protocolo de autorização: 328170105917112

Data de autorização: 17/11/2017 14:28:39



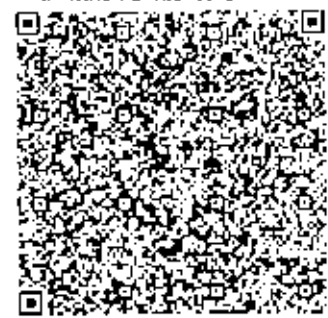
Parafarmacia Zuppy Goveia Ltda Me  
RUA SANTA LUZIA, 853 - JARDIM SÃO JOSE - ARACAJU - SE  
CNPJ: 11.810.763/0001-81 - Inscrição Estadual: 13.24  
Protocolo de Autorização de Acesso: 328170105917112

Consulte pela Chave de Acesso em  
<http://www.nfc-e.gov.br/portal/consultarNFC-e.jsp>

2817 1232 7538 7300 0161 6500 1003 0204 6016 8242 3465

CONSULTAR NÃO IDENTIFICADO

Consulte via leitura de QR Code



Protocolo de Autorização  
328170105917112


Parafarmacia Zuppy Goveia Ltda Me  
RUA SANTA LUZIA, 853 - JARDIM SÃO JOSE - ARACAJU - SE  
CNPJ: 11.810.763/0001-81 - Inscrição Estadual: 13.24  
Protocolo de Autorização de Acesso: 328170105917112

Consulte pela Chave de Acesso em  
<http://www.nfc-e.gov.br/portal/consultarNFC-e.jsp>

2817 1211 8703 0103 0107 6500 0000 0164 1510 4534 4000

CONSULTAR NÃO IDENTIFICADO

Consulte via leitura de QR Code



Protocolo de Autorização  
328170105917112

ARQ: C3E8F71ED218FA0  
TRANSAÇÃO AUTORIZADA PARA O USO DE SENHA PESSOAL

Arquivo 28125400004401818

NFC-e

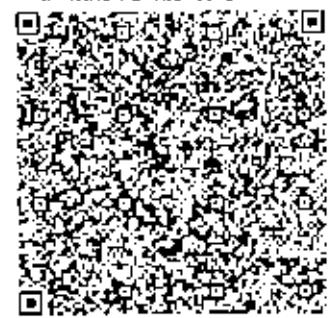
PARAFARMACIA ZUPPY GOVEIA LTDA ME  
RUA SANTA LUZIA, 853 - JARDIM SÃO JOSE - ARACAJU - SE  
CNPJ: 11.810.763/0001-81 - Inscrição Estadual: 13.24  
Protocolo de Autorização de Acesso: 328170105917112

Consulte pela Chave de Acesso em  
<http://www.nfc-e.gov.br/portal/consultarNFC-e.jsp>

2817 1232 7538 7300 0161 6500 1003 0204 6016 8242 3465

CONSULTAR NÃO IDENTIFICADO

Consulte via leitura de QR Code



Protocolo de Autorização  
328170105917112

Parafarmacia Zuppy Goveia Ltda Me  
RUA SANTA LUZIA, 853 - JARDIM SÃO JOSE - ARACAJU - SE  
CNPJ: 11.810.763/0001-81 - Inscrição Estadual: 13.24  
Protocolo de Autorização de Acesso: 328170105917112

Consulte pela Chave de Acesso em  
<http://www.nfc-e.gov.br/portal/consultarNFC-e.jsp>

2817 1211 8703 0103 0107 6500 0000 0164 1510 4534 4000

CONSULTAR NÃO IDENTIFICADO

Consulte via leitura de QR Code



Protocolo de Autorização  
328170105917112

Parafarmacia Zuppy Goveia Ltda Me  
RUA SANTA LUZIA, 853 - JARDIM SÃO JOSE - ARACAJU - SE  
CNPJ: 11.810.763/0001-81 - Inscrição Estadual: 13.24  
Protocolo de Autorização de Acesso: 328170105917112

Consulte pela Chave de Acesso em  
<http://www.nfc-e.gov.br/portal/consultarNFC-e.jsp>

2817 1211 8703 0103 0107 6500 0000 0164 1510 4534 4000

CONSULTAR NÃO IDENTIFICADO

Consulte via leitura de QR Code



Protocolo de Autorização  
328170105917112

Juliana Maria dos Santos  
Assist. de Atendimento - 5821  
Capimela Sucesso Aracaju

Campos, ARACAJU - SE



Cartão de Crédito	11,6%
-------------------	-------

CLIENTE SEMPRE PAGA MENOS

Consulte via LEIPE DR Codz



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

EMPREENHIMENTOS PAGUE MENOS S.A.  
 IN: 0000000000000000  
 CNPJ: 0562625016740 I.E: 271015322  
 Rua Santa Catarina, 410 - Siqueira  
 Cabos, ARACAJU - SE

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

		1 TOT ITEM R\$	
NÍQUEL IDESC 1070 10W 1UL VIII R\$1			
1 465313	SQRR ETSIOL PROSORO DAUF 0.9/ 100ML	1 UNx2.70	2.70
De:	2.83 Por:	2.70	12.10
2 105643	POULBINE SOLUCAO 100ML 1 UNx12.10		
De:	12.70 Por:	12.10	
3 149870	COMPR BAZE CREHER 7.5X7.3CM C/5 NV	1 PCx1.40	1.40
De:	1.47 Por:	1.40	
4 149870	COMPR BAZE CREHER 7.5X7.3CM C/5 NV	1 PCx1.40	1.40
De:	1.47 Por:	1.40	

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

crédito

CLIENTE SEMPRE PAGA 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.

PARCELA DE R\$ 0,87

NESSA COMPRA VOCE ECONOMIZOU R\$ 0.87

NESSA COMPRA VOCE ECONOMIZOU R\$ 0,01

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

CPF CLIENTE SEMPRE: 451.\*\*\*.\*\*\*-20  
Vendedor: 19824  
Operador: 85697  
Folha e R\$ 0,68 E

CPF CLIENTE SEAPRE: 451.\*\*\*-\*\*-\*\*  
Operador: 85697 Vendedor: 13824  
trib aprox R\$:2,67 Fed e R\$:0,58 Est e R\$:0,00 Muni  
Fonte: IBPT Calgici  
- da Unile Seapre. 02/01/2018 Q8:

onte: IBPI 64913  
Brigada e. Volte Seara.  
00019985 Série

rib aprax nax  
 onte: IBPI calg3  
 frigida e Valt 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  
 5601 8000 0199 8610 0004 1974

Via Consultador  
http://www.nfce.se.gov.br/portal/portal  
CHAVE DE ACESSO  
2818 0106 6262 5301 6740 6501 8000 0199 8610 0004 7874  
CONSULTADOR  
MARCOS ALESSANDRO

CPF: 45166943520 RANDEL HESSIAS  
Consulta via Letor DR Cede



Protocolo de Autorização: 328180000145539  
02/01/2018 08:51:54

000 391-0001-07 12 01274514  
 RUA SANTA LUZIA 853 SAO JOSE  
 ARACAJU SE  
 DANFE NFC-e Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica  
 para Consumidor Final  
 Código Descrição Qtd Uds Valor  
 79732 NIMESULIDA 100MG 1 10 05 16.55  
 12COMP  
 Total de Itens  
 VALOR TOTAL R\$  
 DESCONTO TOTAL

RESOLUÇÃO 100/16 1  
12COMP  
Ordem de 08.15  
Ck Y1001 16.55 16.55  
Grd Total de Itens  
VALOR TOTAL RS  
DESCONTO TOTAL RS  
FORMA PAGAMENTO  
Dinheiro  
Tributos Totais Incidentes (Lei Federal 12.741/2012)  
VALOR PAGOR\$  
Trib Fed: 1.76 Trib Est 0.00 Trib Mun 0.00 Trib Imp 0.55 For  
le 4 00001541  
la Chave de Acesso

00001541  
Chave de Acesso  
281712118  
Ch  
91000107  
CON  
CONSULTA  
Consulta

Consulte o leitor de QR Code



Protocolo de Autorização: 3287761305-148

FARMA LTDA CNPJ: 01.692.953/0034-03  
RUA BARRA, 826, SIQUEIRA CAMPOS, Aracaju, SE  
Documento Auxiliar da Nota Fiscal de Consumidor Elétronica

[illegible]

Número: 5899 Série: 1 EMISSÃO NORMAL  
Emissão: 07/11/2017 19:27:24 - Via Consunidor  
Código para chave de Acesso

Protocolo de Autorização: 32817010548298  
Data de autorização: 16/11/2017 14:24:03  
CONSULHAR NÃO IDENTIFICADO



HPS: CAG...  
 PY00000044...  
 Balc: 1298  
 FARMACIAS H. CONJUNTO 7298  
 HELIX SOSTIENIDA DE PEPERONIA

ME

CLIO A. TUA

CLIO A. TUA

CLIO A. TUA

CLIO A. TUA

CLIO A. TUA

CLIO A. TUA

CLIO A. TUA

CLIO A. TUA

CLIO A. TUA

CLIO A. TUA

CLIO A. TUA

CLIO A. TUA

CLIO A. TUA

CLIO A. TUA

CLIO A. TUA

CLIO A. TUA

CLIO A. TUA

CLIO A. TUA

CLIO A. TUA

CLIO A. TUA

CLIO A. TUA

CLIO A. TUA

CLIO A. TUA

CLIO A. TUA

CLIO A. TUA

CLIO A. TUA

CLIO A. TUA

CLIO A. TUA

CLIO A. TUA

CLIO A. TUA

CLIO A. TUA

CLIO A. TUA

CLIO A. TUA

CLIO A. TUA

CLIO A. TUA

CLIO A. TUA

CLIO A. TUA

CLIO A. TUA

CLIO A. TUA

CLIO A. TUA

CLIO A. TUA

CLIO A. TUA

CLIO A. TUA

CLIO A. TUA

CLIO A. TUA

CLIO A. TUA

CLIO A. TUA

CLIO A. TUA

CLIO A. TUA

CLIO A. TUA

CLIO A. TUA

CLIO A. TUA

CLIO A. TUA

CLIO A. TUA

CLIO A. TUA

CLIO A. TUA

CLIO A. TUA

CLIO A. TUA

CLIO A. TUA

CLIO A. TUA

CLIO A. TUA



Sr. Siqueira  
C/FAZ. 15075-000  
RUA BAHIA, 626 - Araca Ju - SC  
SIQUEIRA CAMPOS - Araca Ju - SC

15/11/2017 14:27

COMPROMISSO CREDITO DO CLIENTE

MASTERCARD

Numero do documento:

REDE  
MASTERCARD  
VALOR: 15075-000  
C/FAZ. 15075-000  
ESTADO: SC  
CNPJ: 15075-000  
NOME: Siqueira  
CARTAO: 15075-000  
AUTOR: 15075-000  
ARQ: 15075-000  
NOME: Siqueira  
NOME: Siqueira



NFC-e

CNPJ: 06.574.110/0001-09 065.580.50206-01

CNPJ: 06.574.110/0001-09 065.580.50206-01

CNPJ: 06.574.110/0001-09 065.580.50206-01

CNPJ: 06.574.110/0001-09 065.580.50206-01

Documento Auxiliar da Nota Fiscal de Consumidor Eletrônica

DESCRICO

QTD UN FOLHETOS 1918

COT 785621278750 PRESEE C 12 (PR De: 5,49 Por: 1,63

1.000 CX 2 8,43 2,04

Descontos:

002 785621278750 BELO C 20 GR De: 16,39 Por: 15,98

1.000 UN 2 16,39 4,27

Descontos(-)

Ordem Total de Itens

Valor Total R\$

Descontos R\$

Valor a Pagar R\$

FOLHA DE PSICOLITO

Dinheiro

Troco R\$

Troco R\$

Consulte pela Chave de Acesso em

<http://www.nfc-e.com.br/portal/consultarNFC-e.asp>

2817 1100 0639 6003 0601 6560 3000 1131 9113 5226 4024

CQISUM1002 990 10E1J15C000

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: 245.02.021.2187. E-mail: 830.001074@nfc-e.com.br

R\$ 25,00

R\$ 25,00

R\$ 25,00

R\$ 25,00

R\$ 25,00

R\$ 25,00

R\$ 25,00

R\$ 25,00

R\$ 25,00

R\$ 25,00

R\$ 25,00

R\$ 25,00

R\$ 25,00

R\$ 25,00

R\$ 25,00

R\$ 25,00

R\$ 25,00

R\$ 25,00

R\$ 25,00

R\$ 25,00

R\$ 25,00

R\$ 25,00

R\$ 25,00

R\$ 25,00

R\$ 25,00



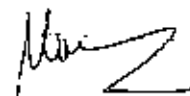
20.147.155/0001-62

A&R COMERCIO FARMACÉUTICO LTDA-EPP

R. Guilhermino Rezende, nº 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 Fratura do P. C.  
do

Clín. 10. SRL  
5617

ARACAU, 16.12.2012

MÉDICO

[Signature]  
Dr. Antônio Franco Cabral  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM 8.890

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



GOVERNO DE SERGIPE  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE



Fundação  
Hospitalar  
de 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, leito, 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 MARCENELO, escrevente, em 15/01/2018, às 08:17:04, pelo JUS: 201829525002479, www.tjse.jus.br/x/02K090.



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: RESJESUS  
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  
MUNICÍPIO: 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 carro, não pôde se controlar, com vômitos. (A) (B) (C) (D) em alturas (E) deu a primeira ajuda, cometa de batida no joelho direito, ferida, yelha E e punha E. Mela. Mela, ferida a palpacao, pulso estavel.

## ANOTACOES DA ENFERMAGEM:

DIAGNOSTICO: Fratura cominuta do 5. dedo CID: 86.01.01.0001 +

PRESCRICAO: Fratura do 5. MTC + HORARIO DA MEDICACAO

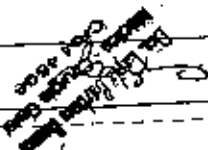
Fratura da metacarpo de 1. dedo

(1) Reforço com gesso 10x10x10

(2) Rx de punho D e S, MTC e 2. yelha E e 2. punha E

puna E e 2.

(3) A. Osteopatia



Intervenções

Abra Fátima Fontes  
Enfermeira  
CRM 1990

DATA DA SAIDA:

ALTA: [ ] DECISAO MEDICA [ ] A PEDIDO [ ] EVASAO  
[ ] ENCAMINHADO AO AMBULATORIO  
INTERNAÇÃO NO PROPRIO HOSPITAL (SETOR):

HORA DA SAIDA: [ ] DESISTENCIA

TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE): [ ] FAMILIA [ ] IML [ ] ANAT. PAT  
OBITO: [ ] ATE 48HS [ ] APOS 48HS

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSÁVEL:

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

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

Med max @ 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)

PRONTO SOCORRO ADULTO	PRESCRIÇÃO MÉDICA
HUSE	

Nome: Manoel Messias 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 Dexametasona 20 + 18L 21/12L 8/8L	08 16 24
		⑦ SAT 5000 UT 01 gole ZM	20
		⑧ Acetato de clorpromazina 25mg di medido (uso de nuro)	M
		⑨ Antibiótico geral	
		⑩ Res monitorar o sistema de excreção e urina de urina	

Dr. João Paulo Fontes  
Ouro Preto  
CRM 1950



GOVERNO DE  
**SERGIPE**  
PRESENTE E FUTURO

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE SERGIPE  
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE SERGIPE – HUSE  
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Fundação  
Hospitalar  
de Saúde

9

EVOLUÇÃO/PRESCRIÇÃO MÉDICA DATA 16/11/17

NOME: MANOEL MESSIAS SANTOS

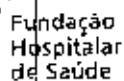
ALA: VERDE TRAUMA 1 LEITO: CORREDOR GÊNERO: MASCULINO IDADE: 53

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

EVOLUÇÃO MÉDICA: *1º dia de internamento evolui com dor no*  
*membr. Acabou sendo fraco. Fica em mal limpa e sem S/O de*  
*fratura em punho e dor e estar ruim* *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 + Amicla + ATB + Xudo</i>	
2		

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



## HOSPITAL DE URGÊNCIA DE SERGIPE - HUSE

**PRONTO SOCORRO ADULTO**

Página nº 1

Idade: 52a Sexo: f

Leito:

Nº do Prontuário:

DATA	HORA	HISTÓRICO
10/11/17		<p>Ata reunião de autópsia do morto de Trauma  mão (E) e pé direito semicircular do 5º dedo  e presença de segmentos sendo submetido  a pinças de pressão / compressão e pressão  sobre o + repouso de partes mides qd, bon  para excussão de lesão 4 SF 91 +  PMT de gerimento. Perfuração de lít, nem  tendo anteriormente o trauma por pressão  de força digital, pelo risco de lesão.  Apresenta ainda presença física de metacarpo  de 1º dedo (E), sendo colado 1º de gerente.  Intervém as unidades de ortopedia e  cirurgia de mão.</p> <p>Fábio França Pontes  Ortopedia  CRM 1980</p>



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

[illegible]

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

000007126069 Nº 013267757516

DETRAN - SE CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA: 000-RENAVAM: 01082550628 000000000000 EXERCÍCIO: 2017

NOME: MANGEL MESSIAS DOS SANTOS

CPF: CNPJ: 451.669.435-20 PLACA: QKV2831

PLACA ANT. UN: QKV2831/SE CHASSI: 9C2KC2210GR505038

ESPÉCIME: 200 MOTOR: 1600 TITAN EX ANO FAE: 2016 ANO LIC: 2016

CAP. POT. CIL: 1600CV/162CC CATEGORIA: PARTIC COR. HE DOMINANTE: VERMELHA

COTA ÚNICA: PAGO VENC. COTA ÚNICA: 1- VENC. COTAS: 2- 3-

FA XAJ PVA: PARCELAMENTO / COTAS: 2- 3-

PREMIO TOTAL (R\$): DATA DE PAGAMENTO: 03/05/2017

OBSERVAÇÕES:

AL. FIDUC. ADM. DE COM. 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 FAE: 2016 ANO LIC: 2016

CHASSI: 9C2KC2210GR505038

**PRÊMIO TARIFÁRIO**

FNS IRS: 81,29	GENATRAM (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: PARCELADO	DATA DE QUITAÇÃO: 28/03/2017

**SEGURADORA LÍDER - DPVAT**

CNPJ 09.248.009/0001-04

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



Seguradora Líder • DPVAT

SEGURO DPVAT - PROT



DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS

ID

## 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. São Seconô UF SE CEP 19160-000  
 E-MAIL \_\_\_\_\_ TELEFONE (79) 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, ACESSSE [WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR](http://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](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue 0800-0221204.
- O reembolso de despesas médico-hospitalares é de até R\$ 2.700,00. Esse valor varia conforme o total de despesas comprovadas, tomando por base os limites definidos pelas tabelas autorizadas pela Superintendência de Seguros Privados - SUSEP.

Documentação recebida sem conferência.


#### Portador da documentação entregue

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

MANOEL MESSIAS DOS SANTOS

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

  
JULIANA MARIA DOS SANTOS MACHADO

## PARECER DE DAMS

## DADOS DO SINISTRO

Número: 3180039954

Data do acidente: 10/11/2017

Vítima: MANOEL MESSIAS DOS SANTOS

Atendimento: HOSPITAL

Cidade: Aracaju

UF: SE

Análise: Reanálise

Seguradora: SINAF PREVIDENCIAL CIA. DE  
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			<b>857,90</b>	<b>475,97</b>

**Indicadores:** Valores avaliados conforme parâmetros objetivos de aferição e praticados no âmbito do sistema de saúde**Observações:** PLEITEADO E AVALIADO CONFORME DOCUMENTAÇÃO FÍSICA DO PROCESSO. SEM COBERTURA COM DESPESAS DE HIGIENE PESSOAL.

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

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Carta nº 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](http://www.seguradoralider.com.br)

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 27 de Março de 2018

Carta nº: 12573947

A/C: MANOEL MESSIAS DOS SANTOS

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

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: MANOEL MESSIAS DOS SANTOS

Valor: R\$ 485,68

Banco: 341

Agência: 000005634

Conta: 0000021074-3

Tipo: CONTA CORRENTE

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br)

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT







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

00107 00000 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 à 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**

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

D.V.

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 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.

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 Manoel JÊNIO DOS SANTOS  
de Atendimento - SR -  
- Missa Sucursal de -



**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 <b>31800 39954</b>	CPF da Vítima <b>451.669.435-20</b>	Nome completo da vítima <b>Monel Messias dos Santos</b>
-------------------------------------------------	----------------------------------------	------------------------------------------------------------

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

Nome completo <b>Monel Messias dos Santos</b>		CPF titular da conta <b>451.669.435-20</b>	Profissão
Endereço <b>Rua 14 de Fevereiro</b>		Número <b>620</b>	Complemento <b>30 Rua de Nôvo</b>
Bairro <b>Centro</b>	Cidade <b>V. São Seconô</b>	Estado <b>SE</b>	CPF <b>29160.000</b>
Email		Telefone (DDD) <b>(79) 98846.1036</b>	

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 checked="" type="checkbox"/> <b>RECUSO INFORMAR</b> <input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00		<input type="checkbox"/> <b>SEM RENDA</b> <input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00		<input type="checkbox"/> <b>ATÉ R\$ 1.000,00</b> <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00		<input type="checkbox"/> <b>R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00</b>	
<input type="checkbox"/> <b>CONTA POUPEANÇA</b> (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"/> <b>CONTA CORRENTE</b> (todos os bancos)			
<b>AGÊNCIA</b> NRG <input type="text"/> DIV <input type="text"/> <small>(informar dígito se existir)</small>		<b>CONTA</b> NRG <input type="text"/> DIV <input type="text"/> <small>(informar dígito se existir)</small>		<b>BANCO</b> Nome <b>ITAU</b>		<b>AGÊNCIA</b> NRG <b>5634</b> DIV <input type="text"/> <small>(informar dígito se existir)</small>	
<b>CONTA</b> NRG <input type="text"/> DIV <input type="text"/> <small>(informar dígito se existir)</small>		<b>CONTA</b> NRG <b>21074</b> DIV <b>B</b> <small>(informar dígito se existir)</small>		<b>AGÊNCIA</b> NRG <input type="text"/> DIV <input type="text"/> <small>(informar dígito se existir)</small>		<b>CONTA</b> NRG <input type="text"/> DIV <input type="text"/> <small>(informar dígito se existir)</small>	

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.

Ag. SE 06 de FEVEREIRO de 2018  
Local e Data

Monel Messias dos Santos  
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

Juliana Maria dos Santos  
Assist. de Atendimento - 58270  
Acadêmica 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  
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/Motonele

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  
6º OFÍCIO DE ARACAJU - SE  
Rua Lapa, 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 pelo Sr. JERIK NASCIMENTO, inscrito no CPF nº 011.110.461-04, RG nº 201829525002372, www.tjse.jus.br/877967

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



## BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 004963/2017

Veículo Adulterado? Não

Quantidade 1 Unidade

Situação Envolvido

Nome Envolvido

Envolvidos

Desconhecido 1

Proprietário

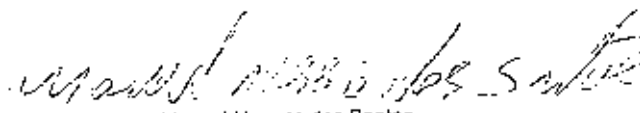
## RELATO/HISTÓRICO

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

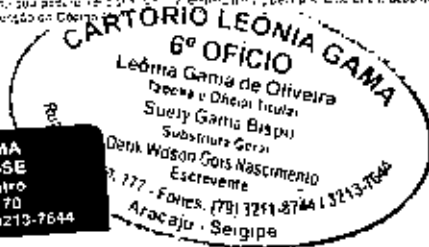


Manoel Messias dos Santos  
Vítima / Colaborante

Este documento é de uso exclusivo do Departamento de Polícia Civil do Estado de São Paulo. Qualquer reprodução ou utilização não autorizada é considerada crime de falsificação de documento público, conforme previsto nos Artigos 299 (Falsificação Cultural) e 300 (Falsificação Fictícia) do Código Penal, da Constituição do Estado de São Paulo.



Certifico que a presente cópia e a reprodução fiel do original que me foi entregue por Sr. 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  
Assistente - Sr.  
Aracaju