

Rio de Janeiro, 23 de Abril de 2018

Aos Cuidados de: DANIEL ANDRADE DA PIEDADE

Nº Sinistro: 3180178924

Vitima: DANIEL ANDRADE DA PIEDADE

Data do Acidente: 21/02/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE MARCOS DE OLIVEIRA ROSA

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180178924**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

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

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 12692585



Rio de Janeiro, 26 de Abril de 2018

Aos Cuidados de: DANIEL ANDRADE DA PIEDADE
Nº Sinistro: 3180178924
Vitima: DANIEL ANDRADE DA PIEDADE
Data do Acidente: 21/02/2018
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 3180178924**, 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

Carta nº 12719850



Rio de Janeiro, 23 de Maio de 2018

Aos Cuidados de: DANIEL ANDRADE DA PIEDADE
Nº Sinistro: 3180178924
Vitima: DANIEL ANDRADE DA PIEDADE
Data do Acidente: 21/02/2018
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 3180178924**, 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, 26 de Junho de 2018

Carta nº: 13009924

A/C: DANIEL ANDRADE DA PIEDADE

Nº Sinistro: 3180178924
Vítima: DANIEL ANDRADE DA PIEDADE
Data do Acidente: 21/02/2018
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: DANIEL ANDRADE DA PIEDADE

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 001

Agência: 000002312-4

Conta: 000010005258-4

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

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

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um joelho 25%

Graduação: Em grau médio 50%

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

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

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, 27 de Agosto de 2018

Aos Cuidados de: DANIEL ANDRADE DA PIEDADE

Nº Sinistro: 3180178924

Vitima: DANIEL ANDRADE DA PIEDADE

Data do Acidente: 21/02/2018

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 3180178924**.

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

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 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

276.191.685-91

Nome completo da vítima

Daniel Andrade Da Piedade

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo		CPF titular da conta		Profissão	
Daniel Andrade Da Piedade		276.191.685-91		Carroador	
Endereço		Número		Complemento	
Rua Copumanga		511		Caba	
Bairro	Cidade	Estado	CEP	Telefone (DDD)	
Zona Rural	Mata Bonita	SE	49.560.000	49.9918-9207	
Email					
marcosdelfeiria@gmail.com					

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

- ☒ 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) ☐ ITAÚ (341)
☐ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA

NRO. 2312

D/V

4

CONTA

NRO. 5258

D/V

2

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

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

BANCO

Nome

NRO

AGÊNCIA

NRO.

D/V

CONTA

NRO.

D/V

(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.

M. Sa da Cunha 12 de 04 de 18

Local e Data

19 ABR 2018

RECEBIDO

Daniel Andrade da Piedade

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



Ourocard

International



Electronic use only / Apenas uso eletrônico

4001 6377 9247 6160

4001

GOOD
THRU

08/20

DANIEL A PIEDADE

2312-4

5.258-2

VISA

Electron

SABEMI SEGURADORA S/A

19 ABR 2018

RECEBIDO



GOVERNO DO ESTADO DE SERGIPE
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA
SUPERINTENDÊNCIA DA POLÍCIA CIVIL

POLÍCIA ON-LINE



DELEGACIA DE POLÍCIA DE MOITA BONITA

RUA ANTONIO JOSE SANTANA, CENTRO FONE:() (79)3453-1239

RPO - Registro Policial de Ocorrência 2018/06565.0-000096

DELEGACIA RESPONSÁVEL

Nome: DELEGACIA DE POLÍCIA DE MOITA BONITA

Endereço: RUA ANTONIO JOSE SANTANA, CENTRO FONE:() (79)3453-1239

FATO

Data e Hora do Fato: 21/02/2018 - 18:30 até 21/02/2018 - 18:30

Endereço: Número: Complemento: CEP: 49560-000

Bairro: POVOADO CAPUNGA Cidade: MOITA BONITA - SE Circunscrição: DELEGACIA DE POLÍCIA DE MOITA BONITA

Tipo de local: VIA PUBLICA Meio Empregado: OUTRO

VÍTIMA-NOTICIANTE

Nome: DANIEL ANDRADE DA PIEDADE

Nome do pai: MANOEL NUNES DA PIEDADE Nome da mãe: MARIA ANDRADE DOS SANTOS

Pessoa: Física CPF/CGC: 276.191.685-91 RG: 6097685 UF: SE Órgão expedidor: SSP-SE

Naturalidade: ITABAIANA Data de nascimento: 25/10/1961 Sexo: Masculino Cor da cutis: Parda

Profissão: LAVRADOR Estado civil: Convivente Grau de instrução: 1º Grau Incompleto

Endereço: AVENIDA JOSIAS COSTA Número: 170 Complemento: POVOADO CAPUNGA

CEP: Bairro: ZONA RURAL Cidade: MOITA BONITA UF: SE

Proximidades: Telefone: 79 99908-4648



HISTÓRICO

Relata o noticiante que na data e hora acima informada, estava no Povoado Capunga, se deslocando para sua casa naquele povoado, quando ao tentar cruzar a rodovia, na metade da mesma, foi atropelado por uma motocicleta que se deslocava sentido Moita Bonita/Capunga. Que ao ser atingido pela motocicleta, o noticiante ficou deitado na pista, tendo sido socorrido por populares, que ligaram para o Samu, que foi até o local e fez o atendimento. O noticiante foi encaminhado para o hospital HUSE, em Aracaju, com fratura na perna esquerda, tendo sido submetido a cirurgia naquele hospital. Que no momento do acidente, o noticiante não conseguiu identificar a moto nem o condutor da mesma, mas soube depois se tratar de um filho de um indivíduo conhecido por PAULO DE EDITE, que reside nesta cidade de Moita Bonita. Que o condutor da motocicleta segundo informações obtidas pelo noticiante, após o acidente, se evadiu do local sem prestar socorro ao noticiante. Que o noticiante informa ainda que após o acidente, passou a receber ajuda financeira de PAULO, que sempre vai em sua casa saber se está precisando de algum medicamento ou de alguma ajuda. Que diante do exposto registra o fato.

Data e hora da comunicação: 06/04/2018 às 10:35

Última Alteração: 06/04/2018 às 10:35.

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

Daniel Andrade da Piedade
DANIEL ANDRADE DA PIEDADE
Responsável pela comunicação

Firmino Correia de Oliveira Neto
Firmino Correia de Oliveira Neto
Responsável pelo preenchimento

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

Daniel Andrade da Piedade

CPF da Vítima

276.191.685-91

Data do Acidente

21.02.18

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

Email

CPF do Representante legal

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:

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.

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.

19 ABR 2018

RECEBIDO

W. São do Amor

12 de 04

de 18

Local e Data

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

43-3 HORTOP
167994 # R Ato

MS/DATASUS		HOSPITAL GOVERNADOR JOAO ALVES FILHO	
No. DO BE: 1683010		DATA: 21/02/2018	HORA: 22:04
CNS:		USUARIO: CAPESTRITA	
		SETOR: 06-SUTURA	
IDENTIFICACAO DO PACIENTE			
NOME	: DANIEL ANDRADE DA PIEDADE	DOC....	: 609768
IDADE.....	: 56 ANOS	NASC: 25/10/1961	SEXO...: MASCULINO
ENDEREÇO.....	: POVOADO CAPUNGA	NUMERO:	: 90
COMPLEMENTO...	: 703404249171715	BAIRRO:	:
MUNICIPIO.....	: MOITA BONITA	UF: SE	CEP....: -
NOME PAI/MAE...	: MANOEL NUNES DA PIEDADE	/MARIA ANDRADE DOS SANTOS	
RESPONSÁVEL...	: A MAE-TRAZIDO PELO SAMU	TEL....	: 99-9999999
PROCEDENCIA...	: MOITA BONITA		
ATENDIMENTO...	: VITIMA DE ATROPELAMENTO		
CASO POLICIAL..	: NAO	PLANO DE SAUDE....	: NAO
ACID. TRABALHO:	: NAO	VEIO DE AMBULANCIA:	: NAO
TRAUMA:	NAO		
PA: [X]	mmHg []	PULSO: []	TEMP.: []
PESO:	[]		
EXAMES COMPLEMENTARES:	[] RAIO X	[] SANGUE	[] URINA
	[] LIQUOR	[] ECG	[] ULTRASSONOGRAFIA
SUSPEITA DE VIOLENCIA OU MAUS TRATOS: [] SIM [] NAO			
DADOS CLINICOS:		DATA PRIMEIROS SINTOMAS:	
<p>Paciente vítima de colisão motor x carro trocista Traído pelo SAMU 1053 em protocolo. Exame físico: ABCDE OK. SpO2 = 98% com oxigênio + de saturação em NFE. Afunilamento de diáfana e profunda na vitruve somv. Neg. duplo e medic mentos.</p>			
ANOTAÇÕES DA ENFERMAGEM:			
DIAGNOSTICO: Politraumatismo		CID: T07	
PRESCRIÇÃO		HORARIO DA MEDICACAO	
1) Colar cervical 2) RL - 2000ml IV, 4egtr; 3) Solu isto analg da ortopedico		54 - 50 - 50 - 5 -	
Marcos Kroog CRM/SE 1993 CFT - HUSF			
DATA DA SAIDA: / /		HORA DA SAIDA: :	
ALTA: [] DECISAO MEDICA [] A PEDIDO [] EVASAO		[] DESISTENCIA	
[] ENCAMINHADO AO AMBULATORIO		19 ABR 2018	
INTERNAÇÃO NO PROPRIO HOSPITAL (SETOR):			
TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):			
OBITO: [] ATE 48HS [] APOS 48HS		[] FAMILIA [] IME	
Assinatura do paciente/responsável: <i>Marina Aparecida de Lima</i>		RECEBIDO	
ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSÁVEL		ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO	

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 20/06/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: DANIEL ANDRADE DA PIEDADE

BANCO: 001

AGÊNCIA: 02312-4

CONTA: 000010005258-4

Nr. da Autenticação 0EA7A0971E1FEF45

MARIA VALDINEIDE DOS SANTOS
POV CAFUNGA, S/N - ÁREA RURAL
MOITA BONITA / SE CEP: 49500000 (AG: 30)

Emissão: 15/03/2018 Referência: Mar / 2018
Classe/Subcl: RESIDENCIAL / BAIXA RENDA MONOFÁSICO
Roteiro: 8 - 110 - 420 - 170 Nº medidor: N1024903498

energisa

ENERGISA SERGIPE-DISTRIB ENERGISA SA
Rua Min Apolinário Sales, 81 - Inácio Barbosa
Aracaju / SE - CEP 49040-150
CNPJ 13.017.400/0001-90 Insc Est 270.767.436
Nota Fiscal nº 001.947.043
Cód. para Deb. Automático: 00002498756

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

Conta referente a **Mar / 2018** Apresentação **15/03/2018** Data prevista da próxima leitura **16/04/2018** CPF/ CNPJ/ RANI **741600528**
Insc Est

UC (Unidade Consumidora): 3/249875-6

Canal de contato

- Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE criada pela Lei nº 10.439, de 26 de abril de 2002.
- Furto de energia é a maior roubada. Pode provocar acidentes graves, além de ser crime e dar cadeia. E ainda prejudica, até quem não faz: o furto prejudica a qualidade do fornecimento, pode causar queda de energia, queima de eletrodomésticos e até incêndios.

Chame os agentes e amigos e entre no **Verão sem mosquito** transmissor da dengue, zika e chikungunya. Ministério da Saúde Governo Federal.

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data 14/02/18	Leitura 19087	Data 15/03/18	Leitura 19148	
		1	81	29

Demonstrativo

CCI	Descrição	Quantidade	Unidade	Valor Base Calc	Aliq	ICMS(R\$)	Base Calc	Pot(R\$)	Colig(R\$)
		Tributos Total(R\$)		ICMS(R\$)	ICMS	Pot/Colig(R\$)	(0,6457%)	(2,9741%)	
0801	Consumo até 30kWh-BR	30,000	0,223900	6,71	8,71	25	1,68	6,71	0,04
0801	Consumo - 31 a 100kWh-BR	51,000	0,393880	19,97	19,97	25	4,89	19,97	0,13
0810	Subsidio			28,77	28,77	25	6,89	28,77	0,17
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS									
0807	CONTRIB ILUM PUBLICA			7,72	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0804	JUROS DE MORA 02/2018			0,04	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0805	MULTA 02/2018			0,26	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0806	Devolução Subsidio			-19,11	0,00	0	0,00	0,00	0,00

CCI	Código de Classificação do Item	TOTAL	42,06	53,05	13,28	59,05	0,34	1,57
-----	---------------------------------	-------	-------	-------	-------	-------	------	------

Média últimos meses (kWh)
77

VENCIMENTO
22/03/2018

TOTAL A PAGAR
R\$ 42,06

Histórico de Consumo (kWh)

50	76	78	72	74	79	83	79	78	60	86	72
Mar/17	Abr/17	Maio/17	Jun/17	Jul/17	Ago/17	Set/17	Out/17	Nov/17	Dez/17	Jan/18	Fev/18

RESERVADO ART. 17
fbec.7a77.09f6.c071.ef5e.5c46.d94c.c9b1.

Indicadores de Qualidade

	Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
20 VENC		1,15	
DIG TRIMESTRAL	22,32		NOMINAL 127
DIG ANUAL	44,65		
FIC MENSAL	7,67	2,00	CONTRATADA
FIC TRIMESTRAL	15,34		LIMITE INFERIOR 117
FIC ANUAL	30,69		LIMITE SUPERIOR 133
DMC	8,08	1,09	
DICI	16,60		

Discriminação	Valor (R\$)	%
Serviços de Dist. da Energia/SE	7,11	16,91
Comp. de Energia	8,80	20,92
Serviço de Transmissão	0,72	1,71
Encargos Setoriais	2,14	5,09
Impostos, Oneros e Encargos	23,29	55,37
Outros Serviços	0,00	0,00
Total	42,06	100,00

Valor do EUSD (Ref 1/2018) R\$ 10,48



ENERGISA SERVIÇOS DE TRANSMISSÃO S.A.
Rua Miraflores, 200 - 1º andar - São Paulo
Aracaju - SE - CEP 42.000-000
FAX 11 011 46500014 - Site: www.energis.com.br
Fone / Central de Energia Eufonia 1000 100 100
Cód. para Deb. Automático: 000091235

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

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RANI
Fev / 2018	07/02/2018	12/03/2018	2000367500

UC (Unidade Consumidora): 3/912787-9

Canal de contato

— Lendo quase na chuva? Hora de chamar um electricista de confiança. Não arriscai e fazer ruim. Dê um banho de segurança.
— Cheia de amigos e amigos e entre no conforto do mosquito transformado de cama, para o momento. Mas não de dois.
— Roberto Figueira

Anterior		Atual		Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura			
12/01/13	7773	01/02/13	7942	1	167	16

Demonstrativo

Demonstrativo		31/12/2018						
Código	Descrição	Quantidade	Valor Total	Valor Base	Alíq.	Valor IPI	Valor ICMS	Valor PIS/COFINS
		Unidade	Valor Total	Valor Base	%	Valor IPI	Valor ICMS	Valor PIS/COFINS
0001	Consumo em kWh	67.000	0.572825	48.08	45.08	25	17.08	45.08
	LANCEAMENTO E SERVIÇOS							
0007	CONTRIB LUM PUBLICA		1.75	0.00	0	0.00	0.00	0.00
0004	JUROS DE MORA 01/2019		0.75	0.00	0	0.00	0.00	0.00
0006	MULTA 01/2018		1.15	0.00	0	0.00	0.00	0.00

CG - Código de Classificação do Item	TOTAL	54,00	48,06	11,55	46,06	0,44	0,00
--------------------------------------	-------	-------	-------	-------	-------	------	------

Média Gêneros meses (kWh)

100

VENCIMENTO
16/02/2018

TOTAL A PAGAR
R\$ 54,03

Histórico de Consumo (kWh)

218	230	238	248	258	268	278	288	298	308	318	328
Feb/17	Mar/17	Apr/17	May/17	Jun/17	Jul/17	Aug/17	Sep/17	Oct/17	Nov/17	Dec/17	Jan/18

RESERVADO AO FISCO

2775.c00f.c829.6045.32d6.634a.4967.5377

Indicadores de Qualidade

	Limites da ANEL	Apurado	Limite de Tensão (N)
DIA MENSAL	8,15	0,00	
DIA TRIMESTRAL	12,90		
DIA ANUAL	24,60		ROMANAL
PI MENSAL	3,42	0,00	
PI TRIMESTRAL	6,95		CONTRATA
PI ANUAL	13,20		LIMITE INFERIOR
CM	1,00	0,00	LIMITE SUPERIOR
CM	0,00		

Discriminacao	Valor (R\$)	%
Salários e Vant. Empregados	17,67	31,98
Impostos de Empresa	18,00	32,72
Impostos de Trabalho	1,00	1,82
Impostos Sociais	2,33	4,24
Impostos Diretos e Indiretos	22,75	40,90
Outros Serviços	9,00	16,36
Total	54,00	100,00

Valencia, España, Feb. 10, 2017

PSADEN SEGURADORA S/A

ATENÇÃO

* *Lectura guiada*

Faturas em atraso

19 ABR 2018

RECEBIDO

35602

Rolero 5 - 430 - 340 - 7391
 Marioula 912797-2018-03.6

VENCIMENTO
16/02/2018

TOTAL A PAGAR
R\$ 54.08

83650000000-2 54080049000-0 09127872018-9 02500430018-7



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180178924 **Cidade:** Moita Bonita **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: DANIEL ANDRADE DA PIEDADE **Data do acidente:** 21/02/2018 **Seguradora:** ANGELUS SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 18/06/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA PROXIMAL DA TÍBIA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO. ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCOS DOS MOVIMENTOS DO JOELHO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO JOELHO ESQUERDO.

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

PRESTADOR

Líder- Serviços AMD

Nome do médico: TALITA FONSECA MEDEIROS DA SILVA

CRM do médico: 52.90873-8

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

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 COAF**².

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 nº9.613/98.

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 Danuel Andrade da Piedade inscrito (a) no CPF sob o Nº 276.191.685 / 91, do sinistro de DPVAT cobertura Unidade da Vítima Danuel Andrade da Piedade, inscrito (a) no CPF sob o Nº 276.191.685 / 91, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso informar

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 <u>Rua Dos Selvos</u>		Número <u>217</u>	Complemento <u>Escritório</u>
Bairro <u>Brasil</u>	Cidade <u>N. Sa da Aurora</u>	Estado <u>SE</u>	CEP <u>49.680-000</u>
Email <u>marcosdyloria@gmail.com</u>		Telefone comercial(DDD) <u>19.9918.9207</u>	Telefone celular (DDD) <u>79.9985.2568</u>

N. Sa da Aurora
16 de 04 de 18
 Local e Data

RECEBIDO

José Marcos D.O. Rosa
 Assinatura do Declarante

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE SERGIPE (HUSE)

RECETUÁRIO

PACIENTE:

O plano de Peric
proceder ao Pijado
e alongar o membro
da mão
CID 5821

Dr. Antônio Frazão Cabral
Ortopedia/Traumatologia
CRM 880

DATA 21/02/18

MÉDICO (Assinatura e Carimbo)

SAGEMI SEGURADORA S/A

19 ABR 2018

A3-3 #ORTOP
167994

MS/DATASUS

HOSPITAL GOVERNADOR JOAO ALVES FILHO

No. DO BE: 1683010
CNS:

DATA: 21/02/2018 HORA: 22:04 USUARIO: CAPEDEIRA
SETOR: 06-SUTURA

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME : DANIEL ANDRADE DA PIEDADE
IDADE.....: 56 ANOS NASC: 25/10/1961
ENDERECO.....: POVOADO CAPUNGA
COMPLEMENTO...: 703404249171715 BAIRRO:
MUNICIPIO.....: MOITA BONITA UF: SE CEP...:
NOME PAI/MAE...: MANOEL NUNES DA PIEDADE /MARIA ANDRADE DOS SANTOS
RESPONSAVEL...: A MAE-TRAZIDO PELO SAMU TEL....: 79-9908464
PROCEDENCIA...: MOITA BONITA
ATENDIMENTO...: VITIMA DE ATROPELAMENTO
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: Paciente vitima de colisao motor x carro de shes
Traido pelo SAMU 1053 em protocolo Exame fisio ABCOP 15-60.
ISPILOPE e FCC com cabido + de profundidade em MEE. Fg um
de dipirama e profund na vitima somv. Neg. de gins e medic
ANCTACOES DA ENFERMAGEM:
mentis

DATA PRIMEIROS SINTOMAS:

DIAGNOSTICO: Politraumatisms

CID: 707

PRESCRICAO

HORARIO DA MEDICACAO

1) Colar cervical
2) RL - 2000ml IV, 4egtri,
3) Solu ito analgic da ortopedic

Marcos Krooge
CRM/SE 1993
CFT - HUSP

RECEBIDO

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):

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

[] FAMILIA [] IML [] ANAT

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSAVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

SABEM SEGURODORA SIA

19 ABR 2018

RECEBIDO

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE SERGIPE
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
PRESCRIÇÕES DIÁRIAS

DATA: 09 / 03 / 2018.

16º DIH

NOME: Daniel Andrade da Piedade 56anos - A 3.3

DIAGNÓSTICO(S): Fratura Proximal Tíbia E(OP)

Medicamentos (Princípio ativo + Concentração)	Horários de Administração
1º. Dieta Livre	SND
2º. Gelco Salinizado	54 22 06
3º. Kefazol 1 g EV 8/8hs ou Keflin 1 g EV 6/6hs	12 18 24 06
4º. Gentamicina 240mg + SF 0,9% 200 ml EV 1x dia SUSP	SOS
5º. Dipirona 2ml + 8 ml AD EV ou Paracetamol 40gts VO 6/6hs	SOS
6º. Nauseidon 8mg EV 08/08hs SOS	SOS
7º. Antak 50mg EV ou 150mg VO / Omeprazol 40mg EV ou VO às 6hs	SOS
8º. Tramal 100mg + 100 ml SF 0,9% EV ou VO 8/8hs	SOS
9º. Profenid 100mg + 100ml SF 0,9% EV 12/12hs SOS	SOS
10º. Captopril 25mg VO 8/8hs se PAS > 180 mmHg e PAD > 110 mmHg SOS	SOS
11º. Glicose 25% 04amp. EV se Glicemia < ou = 80mg/dl SOS	SOS
12º. Clexane 40mg SC 1 x dia ou Heparina 5000UI SC 2 x dia	06 20
13º. Dextro 6/6hs SUSP	—
14º Insulina Regular SC, após o dextro. 201 – 250: 02UI 251 – 300: 04UI 301 – 350: 06UI 351 – 400: 08UI > ou = 401: 10UI	—
15º. Curativos Diários 1 x dia (x) SF 0,9% + Gazes	MA
16º SSVV 6/6hs	12 18 24 06
D 10/10 17º Cipro 400mg EV 12/12hs	10 22
18º	
19º	
20º	

Simone de 7 do Silve
Enfermeira
CORENISE 3.4.419

Médico

LAUDO ENVIADO

0863118

Internamento em

HUSE

BOLETIM DE ANESTESIA



Fundação Hospitalar de Saúde

PACIENTE:

UNIDADE:

MÉDICO:

REGISTRO:

LEITO:

CIRURGIA PROGRAMADA:

CIRURGIA REALIZADA:

ANESTESIOLOGISTA:

TÉCNICA ANESTÉSICA:

DATA:

CIRURGIÃO:

MEDICAÇÃO PRÉ-ANESTESICA:

HORA DE INÍCIO:

HORA DE TÉRMINO:

ACESSO VENOSO:

AUXÍLIAR:

ASA:

POSICÃO:

AGENTES INALATÓRIOS	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45
FLUIDOS	500	500	500												
	SF 0,8%	SF 0,8%	SF 0,8%												
	200	180	160	140	120	100	80	60	40	20					
	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V					
	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A					
CEC OUTROS	X														

MONITORIZAÇÃO

MONITORIZAÇÃO	PA NÃO INVASIVA	PA INVASIVA	ELETRCARDIOGRAFIA	OXIMETRIA	CAPNOGRAFIA	PVC	TEMPERATURA	DIURESE	VENTILAÇÃO	PAM	CONDIÇÃO DE ALTA PARA CRPA
	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	

AGENTES ANESTÉSICOS

DOSE

ANTIBIÓTICO PROFIAXIA

NOME:

1ª Dose às: horas

2ª Dose às: horas

3ª Dose às: horas

OBSERVAÇÕES

Pac sent anest. com ele. Inf.
 1 ml 2% Lincos 630 com Ag. N. 18
 G Dof + Asp - Inf de 10 mg de
 A + 0,02 cc de B
 A - Neocaine 0,5% - período 01
 B - Aopren 01
 C - Fenda ceftriaxona 0,5%
 Dipirona 18 - 02
 Tremal 100 - 01

ENCAMINHADO PARA

UNIDADE

 Dr. Fernando Santiago
 CRU 587

HOSPITAL GOVERNADOR JOAO ALVES FILHO
=====

FICHA DE INTERNACAO
IDENTIFICACAO DO PACIENTE

Reg. Definitivo....: 167994
Nome.....: DANIEL ANDRADE DA PIEDADE
Documento.....: 609768 Tipo :
Data de Nascimento: 25/10/1961 Idade: 56 anos
Sexo.....: MASCULINO
Responsavel.....: MANOEL NUNES DA PIEDADE
Nome da Mae.....: MARIA ANDRADE DOS SANTOS
Endereco.....: POVOADO CAPUNGA 00190 7034042491715
Bairro.....: BAIRRO NAO INFORMADO Cep.: 49560-000
Telefone.....: 000007999084648
Município.....: 2804102 - - SE
Nacionalidade.....: BRASILEIRO
Naturalidade.....: SERGIPE

DADOS DA INTERNACAO

Forma de Entrada...: 4 - EMERGENCIA No. do BE: 1683010
Clinica.....: 900 - ALA/A
Leito.....: 900.0033
Data da Internacao: 22/02/2018
Hora da Internacao: 11:05
Medico Solicitante: 615.417.965-00 - MARCOS ROGERIO KROGER GALO
Proced. Solicitado: NAO INFORMADO
Diagnostico.....: NAO INFORMADO
Identif. Operador..: LVBATISTA

INFORMACOES DE SAIDA

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

EVOLUÇÃO CLÍNICA MULTIDISCIPLINAR

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE SERGIPE - HUSE

PRONTO SOCORRO ADULTO

Página nº 1

Nome do Paciente: Daniel Anderson de Medeiros Idade: 33 Sexo: M
Unidade de Produção: 1301A-33 Nº do Prontuário: 1301A-33

DATA	HORA	HISTÓRICO
27/02		<p>Paciente com trauma de cabeça e pescoço, após queda de altura, com fratura de vértebra cervical C6 e lesão medular. Tratado com imobilização cervical e encaminhado para tratamento definitivo.</p> <p><i>[Assinatura]</i> J. de Almeida de Almeida Gomes Filho MÉDICO ORTOPEDISTA - HUSE CRM 1580</p>
02/03/11		<p>Suf. Paciente em tratamento com medicação analgésica e anti-inflamatória. Evolução satisfatória. Última consulta 24h. Flicções de UPM.</p> <p><i>[Assinatura]</i> Dr. Victor Viana Médico CRM SE 5405 MR. Ortopedia e Traumatologia</p>
05/03/11		<p>Suf. Paciente em tratamento com medicação analgésica e anti-inflamatória. Evolução satisfatória. Última consulta 04/03. Flicções de UPM.</p> <p><i>[Assinatura]</i> Dr. Victor Viana Médico CRM SE 5405 MR. Ortopedia e Traumatologia</p>
06/03/11	18	<p>Paciente LOTE. Compunha dieta e sono mantido. Coluna com +. Com uso de SVP fixa + curativo. Segue de acordo com a equipe de enfermagem.</p> <p><i>[Assinatura]</i> Fabiana F. dos Santos COREN-BA/SE-332940-1</p>
07/03/11	18	<p>Paciente em tratamento com medicação analgésica e anti-inflamatória. Evolução satisfatória. Última consulta 06/03. Flicções de UPM.</p> <p><i>[Assinatura]</i> Dr. Victor Viana Médico CRM SE 5405 MR. Ortopedia e Traumatologia</p>



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE SERGIPE - HUSE

Nome do Paciente:

Página

Unidade de Produção:

Idade:

Sexo:

Leito:

Nº do Prontuário:

Agente de Intelecto K DRO.
Guanabara Curitiba
Assunto Imprensa Zaurit/bat
de PAV 66 L

José Carlos
KZD

DATA: 09 / 03 / 2018.

16º DIH

NOME: Daniel Andrade da Piedade 56anos - A 3.3

DIAGNÓSTICO(S): Fratura Proximal Tíbia E(OP)

	Medicamentos (Princípio ativo + Concentração)	Horários de Administração
	1º. Dieta Livre	SND
	2º. Gelco Salinizado	5 12 22 06
	3º. Kefazol 1 g EV 8/8hs ou Keflin 1 g EV 6/6hs	12 18 24 06
	4º. Gentamicina 240mg + SF 0,9% 200 ml EV 1x dia SUSP	—
	5º. Dipirona 2ml + 8 ml AD EV ou Paracetamol 40gts VO 6/6hs	12 18 24 06
	6º. Nauseidron 8mg EV 08/08hs SOS	SOS
	7º. Antak 50mg EV ou 150mg VO / Omeprazol 40mg EV ou VO às 6hs	8 06
	8º. Tramal 100mg + 100 ml SF 0,9% EV ou VO 8/8hs	(30) 08 16 24
	9º. Profenid 100mg + 100ml SF 0,9% EV 12/12hs SOS	SOS
	10º. Captopril 25mg VO 8/8hs se PAS > 180 mmHg e PAD > 110 mmHg SOS	SOS
	11º. Glicose 25% 04amp. EV se Glicemia < ou = 80mg/dl SOS	SOS
	12º. Clexane 40mg SC 1 x dia ou Heparina 5000UI SC 2 x dia	08 20
	13º. Dextro 6/6hs SUSP	—
14º	Insulina Regular SC, após o dextro. 201 – 250: 02UI 251 – 300: 04UI 301 – 350: 06UI 351 – 400: 08UI > ou = 401: 10UI	—
15º	Curativos Diários 1 x dia (x) SF 0,9% + Gazes	MA
	16º SSVV 6/6hs	12 18 24 06
D 10/10	17º Cipro 400mg EV 12/12hs	12 18 24 06
	18º	12 18 24 06
	19º	12 18 24 06
	20º	12 18 24 06

Assinatura do Médico da Sala
Enfermagem
GORENISE J. 4319



GOVERNO MUNICIPAL DE
NOSSA SENHORA APARECIDA / SE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

RECEITUÁRIO

Paciente: Diego de Almeida Moura

Medicamento

Pacient. de 14 anos que produto
do acidente de moto foi internado e foi
internado por cirurgia por uma fratura
aberta do fêmur e também foi
com uma fratura temporal esquerda.
Também produto do acidente tem uma
fratura da tíbia e fêmur, que produto
da consequência do acidente ele foi com
uma deficiência motora que motora.

CTD 601.

IL006

5723

Assinatura do Médico


3/3/19

SABEMI SEGURADORA S/A

17 MAI 2018

RECEBIDO

SABEMI SEGURADORA S/A

06 AGO 2018



ESTADO DE SERGIPE
PREFEITURA MUNICIPAL DE MOITA BONITA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

RECEITUÁRIO
RECEBIDO

Doniel Jucod da Rocha

RELATÓRIO MÉDICO

Solicito a liberação de recurso
DPVAT para o paciente acima, dando a
evidente materialidade com data de
do 21/02/18 com fratura de tíbia
proximal da fíbula e tíbia proximal da
fíbula.

CID: S62.1 + S62.4

Moita Bonita,
03/07/2018
Dr. Surgen Mychelle D. Silva
Clínica Geral
CRM/SE 3754

Solicitação de Ré - Análise

Eu, Daniel Andrade Da Piedade portador do RG : 609.768 CPF : 276.191.685-91 residente no Povoado Capunga Bairro : Area Rural Cidade : Moita Bonita Cep: 49580-000-SE venho pelo presente instrumento, solicitar aos senhores que seja marcado uma Perícia médica para o meu processo , pois só foi liberado 1.687,50 para as lesões que mim encontro ,enviei relatório médico que comprovam as lesões que foram **FRATURA DA TIBIA E FIBULA COM OS CIDS: S82.1+S82.4** sinto muitas dores horríveis não trabalho , não consigo andar direito não consigo movimentar o perna direito . fico a merecer dos outros por isso peço encarecidamente que marquem com urgência uma perícia para que o perito veja e comprove o que aqui descrevo.

Certo de contar com vossa compreensão ,agradeço desde já.

NOSSA SENHORA DA GLÓRIA-SE 25/07/2018

Daniel Andrade da Piedade

DANIEL ANDRADE DA PIEDADE



TESTEMUHAS:

Maria Lúcia Gomes Costa

Vanessa Rosa Aragão

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE SERGIPE
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
COORDENADORIA GERAL DE RECURSOS
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO DR. CARLOS MENDES

POLEGAR DIREITO

David Andrade da Piedade

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

RECURSOS GERAIS 309.769 2ª VIA DATA DE EMISSÃO 13/12/2011

NOME DANIEL MIRALVA DA PIEDADE FLACIO

PAI: NUNES DA PIEDADE

MATERNIDADE MARIA MIRALVA DOS SANTOS

NATURALIDADE ITABAIANA-SE

DOC ORIGEM

CT. INSCRICAO NR 48.146 LV A 92 PL 31

CERTIFICADO DO DISTRICTO E COMARCA DE ITABAIANA-SE

276.491.685-91

DATA DE NASCIMENTO 23/10/1961

LEI N 7.116 DE 2008/03

Assinatura do titular da carteira

19 ABR 2018

RECEBIDO

**PROCURAÇÃO PARTICULAR PARA FINS ESPECÍFICOS DE
PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

Por este instrumento particular, eu (nome completo) Daniel Andrade Da Piedade
(nacionalidade) Brasileiro, (profissão) Motorador, portador da cédula
de identidade RG nº 609.768, emitido pela SSP / (UF) SE,
inscrito sob o CPF nº 276.191.685-91, residente na (endereço
completo) Poa Capanga, (UF) SE, CEP 49.560-000, nomeio e
maria Baniata, (UF) SE, CEP 49.560-000, nomeio e
constituo meu procurador, (nome do representante) marcos D. O. REBOA
(nacionalidade) Brasileiro, (profissão) Consultor, portador da cédula
de identidade RG nº 212.338.29, emitido pela SSP / (UF) SE,
inscrito sob o CPF nº 020.003.675-00, residente na (endereço
completo) Rua Dos Sábios, (UF) SE, CEP 49.680-000, a quem confiro
amplios e gerais poderes para, tratar, requerer, assinar papéis e
documentos que se faça necessário para fins de **SOLICITAÇÃO DO**
SEGURO DPVAT da vítima (nome da vítima) Daniel Andrade Da Piedade
junto à **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT**.

(local e data) N. Sa. da Cuiçua 13.04.18

(assinatura) Daniel Andrade da Piedade

(RG) 609768

Reconheço (por autenticidade) a firma de: DANIEL ANDRADE DA PIEDADE
Ribeirópolis/SE. Telefone: 79-3449-1912



Mylena Melo Sousa

MYLENA MELO SOUSA
ESCREVENTE AUTORIZADO
Mylena Melo Sousa
Escrevente Autorizada



OBS: (a assinatura deve ser reconhecida por AUTENTICIDADE)