

---

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**



---

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](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**



---

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.seguradoraslider.com.br](http://www.seguradoraslider.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 n°: 13009924

A/C: 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

**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%

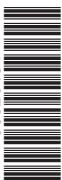
Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

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.seguradoraslider.com.br](http://www.seguradoraslider.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.seguradoraslider.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**



## 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 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	Daniel Andrade da Piedade		CPF titular da conta	276.191.685-91	Profissão	Taxi Motorista
Endereço	Por Copungo		Número	511	Complemento	Casa
Bairro	Zona Rural	Cidade	Estado	SE	CEP	49.560-000
Email	marcosdigloria@gmail.com		Telefone (DDD)	49.9918-9207		

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

### FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

<input checked="" type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00

CONTA POUANÇA (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  
(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.

19 ABR 2018

RECEBIDO

*N. Sra da Cunha*  
\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_ de \_\_\_\_

Local e Data

*Daniel Andrade da Piedade*

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal





**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**

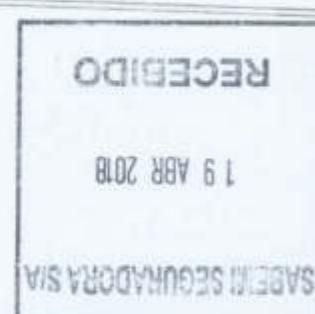
Nome: DELEGACIA DE POLÍCIA DE MOITA BONITA  
Endereço: RUA ANTONIO JOSE SANTANA, CENTRO FONE: (79)3453-1239

**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 de um filho de um indivíduo conhecido por PAULO DE EDITE, que reside nesta cidade de Moita Bonita. Que o condutor da motocicleta segundo o noticiante, 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 diante de 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 atende 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**

Local e Data

*sr. São Paulo, 12 de 04 de 18*

*Daniel Andrade da Piedade*

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

A3-3 HOSPITAL  
167994 - 42 Atto

MS/DATASUS

HOSPITAL GOVERNADOR JOAO ALVES FILHO

No. DO BE: 1683010  
CNS:

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

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME : DANIEL ANDRADE DA PIEDADE DOC...: 639768  
IDADE....: 56 ANOS NASC: 25/10/1961 SEXO...: MASCULINO  
ENDERECO.: Povoado Capunga NUMERO: 100  
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...: 79-9915400  
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  
[ ] LIQUOR [ ] ECG [ ] ULTRASSONOGRAFIA

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

DADOS CLINICOS: Paciente v. hme de colisao motorizada carro bico +  
trajado pel sruvius3 em protocolo exame jorin ABCD neg  
de dipherus e profund na viatura somv neg depois c medic  
mentos.

DATA PRIMEIROS SINTOMAS:

Trajado pel sruvius3 em protocolo exame jorin ABCD neg  
de dipherus e profund na viatura somv neg depois c medic  
mentos.

DIAGNOSTICO: Polihematoma

CID: 707

PRESRICAO

HORARIO DA MEDICAMENTO

Colar cervical  
RL-2000ml IV, negra, 500 - 500 - 500 -  
Sol uro avulsa da ortopedie Marcos Kroger  
CRM/SE 1993  
CFT-HUSP

DATA DA SAIDA:

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

HORA DA SAIDA:

[ ] ENCAMINHADO AO AMBULATORIO

[ ] DESISTENCA

INTERNACAO NO PROPRIO HOSPITAL (SETOR):

19 ABR 2018

TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):

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

[ ] FAMILIA [ ] IME [ ] FAMILIA

RECEBIDO

Assinatura do paciente/Responsavel

Assinatura e Carimbo de Verificacao

# 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

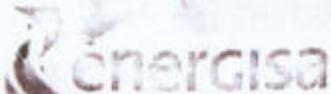
CONTA: 000010005258-4

---

Nr. da Autenticação 0EA7A0971E1FEF45

MARIA VALDINEIDE DOS SANTOS  
FOV CAPUNGA, S/N/  
MOITA BONITA / SE CEP: 49560000 (AG: 30)

Emissão: 15/03/2018 Referência: Mar / 2018  
Classe/Subcls: RESIDENCIAL / BAIXA RENDA MONOFÁSICO  
Roteiro: 8-110-420-170 NF medidor: N1024903498



ENERGISA SERGIPE-DISTRIBUIÇÃO DE ENERGIA SA  
Rua Min. Apolinário Sales, 81 - Mucio Barbosa  
Aracaju/SE - CEP 49040-150  
CNPJ 10.0517.42000-50 Insc Est 270.767.426  
Notificação: 0002498756 - Energia Elétrica N° 001.947.043  
Cód. para Déb. Automático: 00002498756

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

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

UC (Unidade Consumidora):

3/249875-6

#### Canal de contato

- Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE é 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 castigo. É ainda prejúicos, até quem não faz o furto prejudica a qualidade do fornecimento, pode causar queda de energia, queima de eletrodomésticos e até incêndios.
- Chama mosquito e amigos e entre no combate ao mosquito transmissor da dengue, zika e chikungunya. Ministério da Saúde Governo Federal.

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data Leitura	Data Leitura			
14/02/18 19087	15/03/18 19146	1	81	29

CCI	Descrição	Demonstrativo							
		Quantidade	Unid	Válida	Base Calc.	Alq. Incr.(R\$)	Base Calc.	Pct(R\$)	Colmo(R\$)
	Tributos Total(R\$) ICMS(R\$) ICMS								
0801	Consumo sté 30kWh-BR	30.000	0,223800	6,71	6,71	26	1,68	6,71	0,04
0801	Consumo - 31 a 100kWh-BR	51.000	0,383800	19,57	19,57	25	4,89	19,57	0,13
0810	Subsídio			28,77	28,77	25	6,89	28,77	0,17
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS									
0807	CONTRIBUÍLUM PÚBLICA			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
0808	Devolução Subsídio			-19,11	0,00	0	0,00	0,00	0,00

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

Média últimos meses (kWh)	77	VENCIMENTO	22/03/2018	TOTAL A PAGAR	R\$ 42,06	DATA DE PAGAMENTO	20/03/2018
---------------------------	----	------------	------------	---------------	-----------	-------------------	------------

Histórico de Consumo (kWh)	RECEBIDO
90   76   78   72   74   79   63   79   78   60   96   72	
Mar/17 Abr/17 Mai/17 Jun/17 Jul/17 Ago/17 Set/17 Out/17 Nov/17 Dez/17 Jan/18 Fev/18	

RESERVADO PARA: fbefc7a77.09f6.c071.ef5e.5c46.d94c.c9b1.

#### Indicadores de Qualidade

Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
DIÓTRIMESTRAL	22,32	NOMINAL
DIÓANUAL	44,65	127
FIC MENSAL	7,87	CONTRATADA
FIC TRIMESTRAL	15,34	LIMITE INFERIOR
FIC ANUAL	37,59	LIMITE SUPERIOR
DMIC	2,28	133
DI/RI	16,90	

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

Valor da FVSD (Ref. 1/2018) R\$ 10,46

JOSE MARCOS DE OLIVEIRA ROSA  
RUA DOS SÍLOS, 0117 / CÂMARA 4 - BLOCS  
NOSSA SENHORA DA GLÓRIA / SE CEP: 48883005 IAG: 450;  
Emissao: 07/03/2018 Referencia Fav/2018  
Class/Subclasse: RESIDENCIAL / RESIDENCIAL/BÁSICO  
Rotero: 5-430-340-7391 N° medidor: EE00367500

**energisa**  
ENERGISA SERVIÇOS DE ENERGIA  
Rua Minas Gerais, 2000 - Centro - São Paulo - SP  
CEP: 01207-000 - Fone/Fax: (11) 3270-4010  
Nº Fazenda / Conta de Energia: EEE00367500 - 027979  
Cód. para Débito Automático: 00009127979

Atendimento ao Cliente ENERGISA **08000 79 0196** Acesse: [www.energisa.com.br](http://www.energisa.com.br)

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

**UC (Unidade Consumidora):** 3/912787-9

#### Canal de contato

- Levou chuveiro no chuveiro? Hora de chamar um eletricista de confiança. Não entrou e fez o mesmo. Dá um alerta de segurança.  
- Chama os vizinhos e amigos e entre no clima do mês de maio com o maior humor da sua vida. Só é necessário: Muita diversão, Governo Federal.

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data 12/01/18	Lerida 773	Data 07/02/18	Lerida 7840	1
<b>Demonstrativo</b>				
001 Descrição Quantidade Tarifal Vantagem Cláus. Ativ. Imposto Base Cred. PouRan. Cobrança Vales Total R\$0 (EMERG) ICMF Poder/IRB. OUTRAS/ANEXO				
0021 CONSUMO EM kWh	67.000 0.872890	49.08 49.08 25 11.29 45.96 0.44 2.03		
<b>LANÇAMENTOS E SERVIÇOS</b>				
0037 CONTRIBUÍLIMPESUSA		7.72 0.00 0 0.00 0.00 0.00 0.00		
0044 JUROS DE MORA 01/2018		0.75 0.75 0 0.00 0.00 0.00 0.00		
0068 MULTA 01/2018		1.15 0.00 0 0.00 0.00 0.00 0.00		

CCO Código de Garantia da Conta TOTAL 54,08 48,06 11,29 45.96 0.44 2.03

Média últimos meses (kWh)

**VENCIMENTO**  
16/02/2018

**TOTAL A PAGAR**  
**R\$ 54,08**

#### Histórico de Consumo (kWh)

218 | 230 | 218 | 122 | 59 | 59 | 71 | 72 | 82 | 93 | 114 | 123  
Fev/17 Mar/17 Abr/17 Mai/17 Jun/17 Jul/17 Ago/17 Set/17 Out/17 Nov/17 Dez/17 Jan/18

#### RÉSERVADO AO FISCO

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

#### Indicadores de Qualidade

Límites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
DIC-MENSAL	6.15	6.80
DIC-TRIMESTRAL	12.30	12.30
DIC-ANUAL	14.80	14.80
FIC-MENSAL	3.42	3.42
FIC-TRIMESTRAL	8.95	8.95
FIC-ANUAL	15.76	15.76
CMC	1.00	0.00
DCR	1.00	1.00

#### Composição do Consumo

Discriminação	Valor (R\$)	%
Resíduo de Dívidas Encerradas	17,67	32,16
Contrato de Fornecimento	12,98	23,11
Serviço de Transmissão	1,22	2,24
Encargos Sociais	1,17	2,14
Impostos Diretos e Encargos	22,75	42,07
Outros Serviços	0,00	0,00
Total	54,08	100,00

Valor da Fatura: R\$ 54,08

GADM SEGURADORA S/A

- Leitura confirmada

#### ATENÇÃO

Faturas em atraso

19 ABR 2018

RECEBIDO



SEPROE

Rodovia 5 - 430 - 340 - 7391  
Matrícula 812787-2018-02-5

**VENCIMENTO**  
16/02/2018

**TOTAL A PAGAR**  
**R\$ 54,08**

83650000000-2 54080049000-0 09127872018-9 02500430019-7



# 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

Valorização 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:

A handwritten signature in blue ink, appearing to read "Talita Fonseca Meireiros da Silva".

## 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 SUSEP<sup>1</sup> 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<sup>2</sup>**.

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

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

Pelo exposto, eu João Marcos D.O. Rosa inscrito (a) no CPF/CNPJ 020.003.675 / 00, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Daniel Andrade da Pachide inscrito (a) no CPF sob o Nº 276.191.685 / 91, do sinistro de DPVAT cobertura Univaldiz da Vítima Daniel Andrade da Pachide, 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.

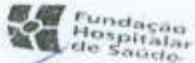
Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço	<u>Rua Dos Silvios</u>		Número	<u>217</u>	Complemento	<u>Sectoriano</u>	
Bairro	<u>Brasília</u>	Cidade	<u>DF</u>	Estado	<u>SE</u>	CEP	<u>49.680-000</u>
Email	<u>marcosdufloria@gmail.com</u>		Telefone comercial(DDD)	<u>61</u>	Telefone celular (DDD)	<u>61</u>	<u>79.9925-2568</u>
				<b>RECEBIDO</b>			
<u>Jr. Sá da Cunha</u> <u>16</u> de <u>04</u> de <u>18</u>				Local e Data			

Assinatura do Declarante



GOVERNO DE SERGIPE  
Secretaria de Estado da Saúde



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE SERGIPE (HUSE)

## ~~RECEITUÁRIO~~

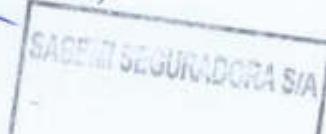
PACIENTE:

O phon y Perris  
Andrews & Co Pijado.  
1 top cap & a few lines  
of 150  
CD 5811

DATA 21/92, 15

*Dr. Antonio Franco Cárdenas  
Oncólogo / Immunoterapeuta  
CRM 880*

MÉDICO (Assinatura e Carimbo)



19 ABR 2018

A3-3 HORTOPI  
167994 = SR

MS/DATASUS

HOSPITAL GOVERNADOR JOAO ALVES FILHO

No. DO BE: 1683010  
CNS:

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

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME : DANIEL ANDRADE DA PIEDADE DOC...: 609768  
IDADE.....: 56 ANOS NASC: 25/10/1961 SEXO...: MASCULINO  
ENDERECO....: Povoado Capunga NUMERO: 190  
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...: 79-39056668  
PROCEDENCIA....: Moita Bonita 8  
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 [ ] TO  
[ ] LIQUOR [ ] ECG [ ] ULTRASSONOGRAFIA

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

DADOS CLINICOS:

Paciente vítima de colisão motorizada carro laranja  
trajado pelo SAMU 193 em motociclo. Exame físico ABCD neg.  
IS plante e fez como constado + de queimadura em 40% de um  
de braço e perna na vítima somente neg. depois a medicina  
mentos.

DATA PRIMEIROS SINTOMAS:

DIAGNOSTICO: Polihematoma

CID: 707

PRESCRICAO

HORARIO DA MEDICAMENTOS

1) Colar cervical  
2) RL - 200ml IV negra, 500- 500- 500-  
3) Sórito avulso da ortopedia Marcos Krooge  
CRM/SE 1993  
CFT - HUSA RECEBIDO

DATA DA SAIDA: / / / HORA DA SAIDA: :  
ALTA: [ ] DECISAO MEDICA [ ] A PEDIDO [ ] EVASAO [ ] DESISTENCIA  
[ ] ENCAMINHADO AO AMBULATORIO  
INTERNACAO NO PROPRIO HOSPITAL (SETOR):

TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):

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

[ ] FAMILIA [ ] IME [ ] ANO

*Maria Aparecida da Silva*

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSAVEL

ASSINATURA E CRIMBO DO MEDICO

SABEM SEGURADORA S/A

19 ABR 2018

RECEBIDO

**DATA: 09 / 03 / 2018.**

**16º DIH**

**NOME: Daniel Andrade da Piedade 56anos - A 3.3**

**DIAGNÓSTICO(S): Fratura Proximal Tibia E(OP)**

	Medicamentos (Princípio ativo + Concentração)	Horários de Administração			
1º.	Dieta Livre	SND			
2º.	Gelco Salinizado	C	Via		
3º.	Kefazol 1 g EV 8/8hs ou Keflin 1 g EV 6/6hs	34	22		D6
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	58	24	D6
6º.	Nauseadron 8mg EV 08/08hs SOS		SOS		
7º.	Antak 50mg EV ou 150mg VO / Omeprazol 40mg EV ou VO às 6hs	6	D6		
8º.	Tramal 100mg + 100 ml SF 0,9% EV ou VO 8/8hs	(10)	18	16	(12) 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	16		20	
13º.	Dextro 6/6hs SUSP				
14º	Insulina Regular SC, após o dextro. 201 – 250: 02UI 251 – 300: 04UI > ou = 401: 10UI	301 – 350: 06UI 351 – 400: 08UI			
15º.	Curativos Diários 1 x dia	( x ) SF 0,9% + Gazes			
	16º SSVV 6/6hs	12 • 58	24	D6	
D 10/10	17º Cipro 400mg EV 12/12hs	10	22		
	18º				
	19º				
	20º				

Simone de Souza  
 Enfermeira  
 CORENSE 3.4319

Médico

LAUDO ENVIADO  
08/03/18

Internamento C...



Fundação  
Hospitalar  
de São Paulo

HUSE

BOLETIM DE ANESTESIA

PACIENTE:

Daniel Andrade da Piedade

UNIDADE:

MEDICO:  
Fracture proximal do Tálus E

REGISTRO:

168 3010

LEITO:

CIRURGIA PROGRAMADA

ANESTESIOLOGISTA

CIRURGIÃO

HORA DE INÍCIO

N.º 03

HORA DETERMINO

1730

ACESSO VENOSO

CIRURGIA REALIZADA

TÉCNICA ANESTÉSICA

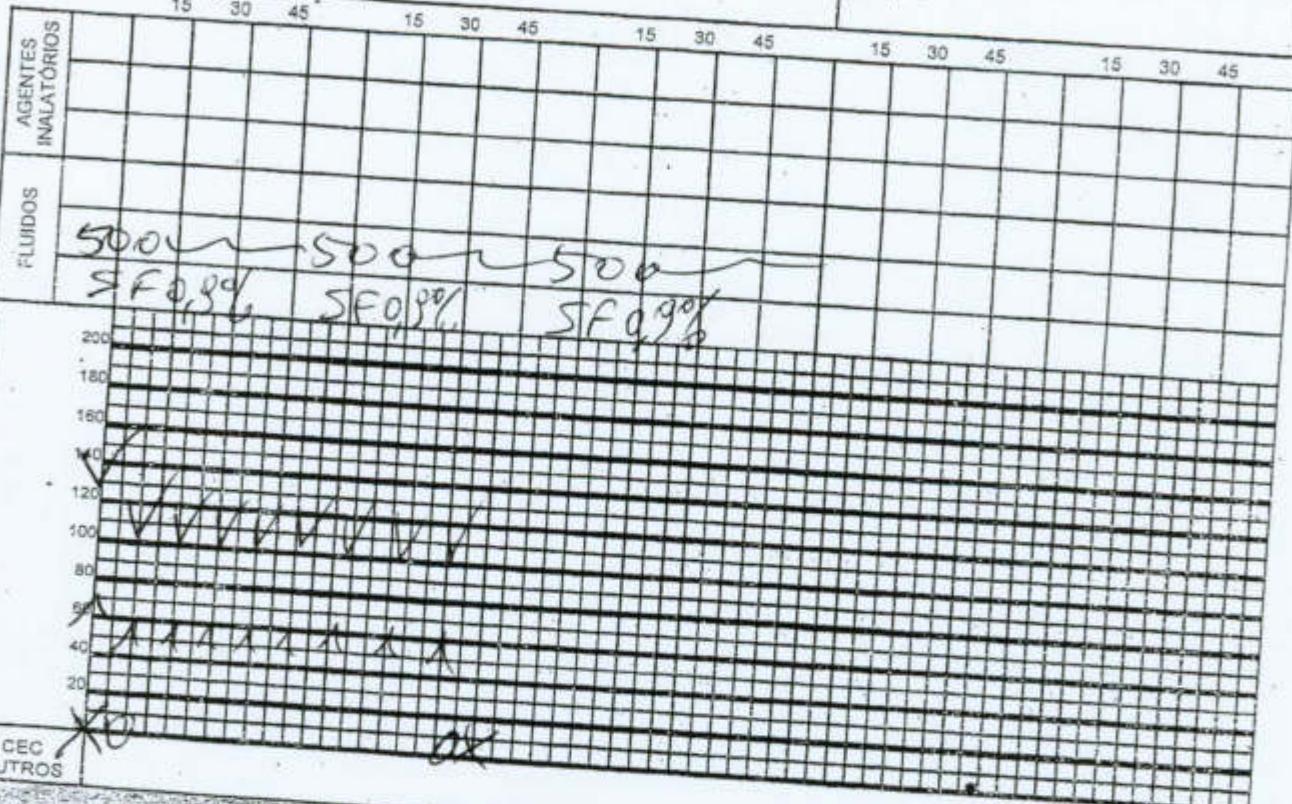
DATA  
07/03/18

MEDICAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA

AUXILIAR

ASA

POSIÇÃO



MONITORIZAÇÃO	MONITORIZAÇÃO			CONDICAO DE ALTA PARA CRPA		
	PA NAO INVASIVA	PA INVASIVA	ELETROCARDIOGRAFIA	TEMPERATURA	DIURESE	VENTILAÇÃO
OXIMETRIA	—	—	—	—	—	—
CAPNOGRAFIA	—	—	—	—	—	—
	—	—	—	PAM	—	—

AGENTES ANESTÉSICOS	DOSE	DIA	ANTIBIOTICO PROFILOXICA		
			NOME	1ª. Dose as:	horas
Proc. Seel. anep. com alc. fuf.					
Cl XVII 2% Fumaco L3 bycous Ag. N.º 18					
G Dofit Afp-fuf 50 mg 50					
A + 0,02cc & B					
A - Meocaine 0,5% - periodo 01					
B - Adrenal 0,1					
2 furocaina 0,5%					
Dipironal 8 - 0					
Tremel 100 - 01					

ENCARREGADO PARA UNIDADE  
Preparado 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.....: POCOADO CAPUNGA 00190 703404249171715  
Bairro.....: BAIRRO NAO INFORMADO Cep.: 49560-000  
Telefone.....: 000007999084648  
Municipio.....: 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 Saidas:  
Especialidade:  
Tipo de Saída:  
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:	<i>Daniel Andrade da Piedade</i>		Idade:	Sexo:
Unidade de Produção:			Leito: <i>ASOT-A-33</i>	Nº do Prontuário:

DATA	HORA	HISTÓRICO		
06/03/18		<i>No set ofício d segmt d fract Reflexofício d flexor d tal celo utill d no exer</i>		<i>J. M. Antônio da Costa Góes Filho MÉDICO ORTOPEDISTA - HUSE CRM-1588</i>
08/03/18		<i>Sar Paciente é lido + gresso + muitas escoriações + ultim 24h. Flutuam os cd: UPM</i>		<i>Dr. Victor Viana Médico CRM SE 5405 MR. Ortopedia e Traumatologia</i>
09/03/18		<i>Sar Paciente é lido + gresso + flutuam escoriações + ultim 07/03 cd: UPM</i>		<i>Dr. Victor Viana Médico CRM SE 5405 MR. Ortopedia e Traumatologia</i>
06/03/18		<i>Paciente lido + sono maluco (alma- cos + on usos de AVP puro + endro) ; Segui o a- dado da Goyene → → → Fabiana Rosado Santi COREN-BA/SE-332140-1</i>		
07/03/18		<i>Reflexos + Ab dito, calmo, consciente orientado, verbaliza correntes, anotativas, apreendendo ao toque. Envolvi de AVP + endro, segue os cuidados da equipe de enfermagem. Fiz exames de gás entéricos, paciente Core 374-919</i>		



Evolução Clínica Multidisciplinar  
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE SERGIPE - HUSE

Nome do Paciente:

Página

Unidade de Produção:

Idade:

Sexo:

Leito:

Nº do Prontuário:

HORA:

HISTÓRICO:

Alberto da Silva K DPO.  
Jacinto Raulz  
Alberto Dourado Jacinto  
de Pároba

Douglas P  
1205

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		C	Via		
3º. Kefazol 1 g EV 8/8hs ou Keflin 1 g EV 6/6hs		34	32	D6	
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	D6
6º. Nauseadron 8mg EV 08/08hs SOS			SOS		
7º. Antak 50mg EV ou 150mg VO / Omeprazol 40mg EV ou VO às 6hs			06		
8º. Tramal 100mg + 100 ml SF 0,9% EV ou VO 8/8hs		(10)	(18)	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		(16)			20
13º. Dextro 6/6hs SUSP				—	
14º Insulina Regular SC, após o dextro. 201 – 250: 02UI 251 – 300: 04UI > ou = 401: 10UI		301 – 350: 06UI 351 – 400: 08UI		—	
15º. Curativos Diários 1 x dia	( x ) SF 0,9% + Gazes				
16º SSVV 6/6hs		12	18	24	D6
D 10/10 17º Cipro 400mg EV 12/12hs			10	22	
18º					
19º					
20º					

Setor de Ortopedia e Traumatologia  
COREN/SE 31-2019

500

EVOLUÇÃO CLÍNICA MULTIDISCIPLINAR



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

R E C E I T U Á R I O

Paciente: Diego de Almeida Flores

Relatório Pediátrico

Paciente de 14 anos que proibido  
é acident. de moto que foi intravado e foi  
internado emergencial por mao de sua  
irmao falso acidente e também que  
com uma perfusão temporal suspende.  
Também proibido de acident. tem uma  
Fratura de clavicula e fratura que proibido  
é as consequencias do acident. ele fez com  
que sua Deficiencia olfativa que mudou.

CIN 681.

I606

5723

3/3/19

Nossa Senhora Aparecida

SABEMI SECURADORA S/A
17 MAI 2018
RECEBIDO

# SeMedi

Clínica & Hospital

Bonief Andreucci da Bielcke

Arto-dolor de rotura, rot am-  
tæ, der tilæn sognerektæ, com-  
cefremocæd angulær do plomelot  
medicæl.

Him histórica der accidentæ

Cirurgia Infantil  
Cirurgia Plástica  
Cirurgia Vascular

Dermatologia

Endocrinologia

Ginecologia

Mastologia

Medicina do Trabalho

Neurologia

Oftalmologia

Neuropediatra

Obstetricia

Oftalmologia

Ortopedia

Otorinolaringologia

Pediatra

Psiquiatria

cel. 582-2

Mr 01-02-18

SABEMI SEGURADORIA S/A

06 JUN 2018

RECEBIDO

Eletrocardiograma  
Eletromiografia Computadorizada  
Endoscopia Digestiva  
Eletroencefalograma  
Fisiologia  
Hemodialise  
Hister  
Instrumento Médico de Alta  
Laboratório de Análises Clínicas  
Laparoscopia  
Mammografia de Alta Resolução  
Mapa  
Penoscopio

Palp. e Simples e Contrastada  
Doppler Sist. Vascular

Int. Endovenoso Comprimido Aplicado  
Injeção de Osmoprotetor  
Injeção de Sangue em Duplici Técnica

Injeção de Sangue em Duplici Técnica  
Injeção de Sangue em Duplici Técnica

Injeção de Sangue em Duplici Técnica  
Injeção de Sangue em Duplici Técnica

Injeção de Sangue em Duplici Técnica  
Injeção de Sangue em Duplici Técnica

Injeção de Sangue em Duplici Técnica  
Injeção de Sangue em Duplici Técnica

Injeção de Sangue em Duplici Técnica  
Injeção de Sangue em Duplici Técnica

Injeção de Sangue em Duplici Técnica  
Injeção de Sangue em Duplici Técnica

Injeção de Sangue em Duplici Técnica  
Injeção de Sangue em Duplici Técnica

Injeção de Sangue em Duplici Técnica  
Injeção de Sangue em Duplici Técnica

Injeção de Sangue em Duplici Técnica  
Injeção de Sangue em Duplici Técnica

Injeção de Sangue em Duplici Técnica  
Injeção de Sangue em Duplici Técnica

Injeção de Sangue em Duplici Técnica  
Injeção de Sangue em Duplici Técnica

Injeção de Sangue em Duplici Técnica  
Injeção de Sangue em Duplici Técnica

Injeção de Sangue em Duplici Técnica  
Injeção de Sangue em Duplici Técnica

Injeção de Sangue em Duplici Técnica  
Injeção de Sangue em Duplici Técnica

Injeção de Sangue em Duplici Técnica  
Injeção de Sangue em Duplici Técnica

Injeção de Sangue em Duplici Técnica  
Injeção de Sangue em Duplici Técnica

Injeção de Sangue em Duplici Técnica  
Injeção de Sangue em Duplici Técnica

Injeção de Sangue em Duplici Técnica  
Injeção de Sangue em Duplici Técnica

Injeção de Sangue em Duplici Técnica  
Injeção de Sangue em Duplici Técnica

Injeção de Sangue em Duplici Técnica  
Injeção de Sangue em Duplici Técnica

Injeção de Sangue em Duplici Técnica  
Injeção de Sangue em Duplici Técnica

Injeção de Sangue em Duplici Técnica  
Injeção de Sangue em Duplici Técnica

Injeção de Sangue em Duplici Técnica  
Injeção de Sangue em Duplici Técnica

Injeção de Sangue em Duplici Técnica  
Injeção de Sangue em Duplici Técnica

Injeção de Sangue em Duplici Técnica  
Injeção de Sangue em Duplici Técnica

Injeção de Sangue em Duplici Técnica  
Injeção de Sangue em Duplici Técnica

Injeção de Sangue em Duplici Técnica  
Injeção de Sangue em Duplici Técnica

Injeção de Sangue em Duplici Técnica  
Injeção de Sangue em Duplici Técnica

Injeção de Sangue em Duplici Técnica  
Injeção de Sangue em Duplici Técnica

Injeção de Sangue em Duplici Técnica  
Injeção de Sangue em Duplici Técnica

Injeção de Sangue em Duplici Técnica  
Injeção de Sangue em Duplici Técnica

Injeção de Sangue em Duplici Técnica  
Injeção de Sangue em Duplici Técnica

Dr. Sé  
06-06-18  
Dr. Roberto Lima  
Ortopedia Traumatologia  
, CRM/RJ

SABEMI SEGURADORA S/A

06 AGO 2018



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

RECEITUÁRIO  
RECEBIDO

Daniel Júlio da Pindoba

RELATÓRIO MÉDICO

Solicito a liberação de regime DPVAT para o paciente acima, desde a ocorrência individualizada ocorrida no dia 31/07/2018 com fratura de trânsito da filha - fratura proximal da tíbia.

CID: SB2.1 + SB2.4

Mota Bonita,  
03/08/2018

Dr. Sônia Michelle 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 : Molta 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 a perna direita . fico a mercer dos outros por isso peço encarecidamente que marquem com urgência uma perícia para que o perito vestigue 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

TESTEMUNHAS:

Maria Débora Santos Costa

Vanessa Rosa Braga



19 ABR 2018



SABEMI SEGURODORA S/A  
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 ) Imigrante, 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 ) Rua Capimzinho, na cidade de Maria Bonita, ( UF ) SE, CEP 49.560-000, nomeio e constituo meu procurador, ( nome do representante ) José Marcos D.O. Reis ( nacionalidade ) Brasileiro, ( profissão ) Comerciante, portador da cédula de identidade RG nº 212 33829, emitido pela SSP / (UF) SE, inscrito sob o CPF nº 020.003.675-00, residente na ( endereço completo ) Rua 1000 Salvoes, na cidade de Sr. Sra Da Cunha, ( UF ) SE, CEP 49.680-000, a quem confiro amplos 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 ) Sr. Sra Da Cunha 13.04.18

1º Ofício

( assinatura ) Daniel Andrade da Piedade

( RG ) 609 768

Reconhecimento (por autenticidade) e firma de: DANIEL ANDRADE DA PIEDADE  
Ribeiropolis/SE, Telefone: 79-3449-1912



OBS: ( a assinatura deve ser reconhecida por AUTENTICIDADE )

MYLENNE MELO SOUSA  
ESCREVENTE AUTORIZADO  
Mylenne Melo Souza  
Escrevente Autorizado