



**Poder Judiciário
Do Estado de Sergipe**

MOITA BONITA DA COMARCA DE MOITA BONITA
Av. João Evangelista da Costa, Bairro Centro, Moita Bonita/SE, CEP 49560000
Horário de Funcionamento: 07:00 às 13:00

Dados do Processo

Processo: 201982100497

Número Único: 0000466-47.2019.8.25.0069

Classe: Procedimento Comum

Situação: Andamento

Processo Origem: *****

Distribuição: 07/08/2019

Competência: Moita Bonita

Fase: POSTULACAO

Processo Principal: *****

Assuntos

- DIREITO PROCESSUAL CIVIL E DO TRABALHO - Partes e Procuradores - Assistência Judiciária Gratuita
- DIREITO CIVIL - Responsabilidade Civil - Seguro Obrigatório - Invalidez

Dados das Partes

Requerente: DANIEL ANDRADE DA PIEDADE

Endereço:

Complemento:

Bairro:

Cidade: MOITA BONITA - Estado: SE - CEP: 49560000

Requerente: Advogado(a): JOSÉ JEOVANY DA SILVA 12367/AL

Requerido: SEG LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT

Endereço: Rua Senador Dantas

Complemento: 5º ANDAR

Bairro: Centro

Cidade: Rio de Janeiro - Estado: - CEP: 20031205

Requerido: Advogado(a): KELLY CHRYSTIAN SILVA MENENDEZ 2592/SE



Poder Judiciário
Do Estado de Sergipe

MOITA BONITA DA COMARCA DE MOITA BONITA
Av. João Evangelista da Costa, Bairro Centro, Moita Bonita/SE, CEP 49560000
Horário de Funcionamento: 07:00 às 13:00

Processos Apenasdos:

--

Processos Dependentes:

--



**Poder Judiciário
Do Estado de Sergipe**

MOITA BONITA DA COMARCA DE MOITA BONITA
Av. João Evangelista da Costa, Bairro Centro, Moita Bonita/SE, CEP 49560000
Horário de Funcionamento: 07:00 às 13:00

PROCESSO:

201982100497

DATA:

16/12/2020

MOVIMENTO:

Juntada

DESCRIÇÃO:

Juntada de Petição Avulsa do Advogado/Procurador/Defensor/Promotor KELLY CHRYSTIAN SILVA MENENDEZ (2592-SE) ao processo eletrônico. Protocolizado sob nº 20201215172304751 às 17:23 em 15/12/2020.

LOCALIZAÇÃO:

Secretaria

PUBLICAÇÃO:

Não

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



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 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.

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

X 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 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 regista 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:

15 p.lose e = fcc como cabdido + de fundo de saco. Pg um
anotacoes da ENFERMAGEM:

DIAGNOSTICO: Polihematoma

CID: 707

PRESRICAO

HORARIO DA MEDICAMENTO

Colar cervical
RL - 2000ml IV, negra, 50% - 50- 50-
Sol uro avulsa do ortopedio 5--

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

Marina Soares da Leima

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSAVEL

ASSINATURA E CARIMBO D' Leima

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

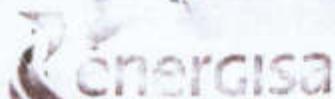
AGÊNCIA: 02312-4

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 - Mário Barbeira
Aracaju/SE - CEP 49040-150
CNPJ 10.0517.42000-50 Insc Est 270.767.426
Notificação: 08000790196 - 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	Leritura	Data	Leritura	
14/02/18	19367	15/03/18	19146	1
				81
				29

CCI	Descrição	Demonstrativo							
		Quantidade	Unid.	Vlr. Base Calc.	Alq. Incr.(R\$)	Base Calc.	Pct.(R\$)	Colmo(R\$)	
		Tributos Total(R\$) ICMS(R\$) ICMS Pct/Celco(R\$) (0,8457%) (2,9741%)							
0801	Consumo sté 30kWh-BR	30.000	0,223900	6,71	6,71	25	1,68	6,71	0,04 0,19
0801	Consumo - 31 a 100kWh-BR	51.000	0,383880	19,57	19,57	25	4,89	19,57	0,13 0,58
0810	Subsídio			28,77	28,77	25	6,89	28,77	0,17 0,80
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS									
0807	CONTRIBUÍLUM PÚBLICA			7,72	0,00	0	0,00	0,00	0,00 0,00
0804	JUROS DE MORA 02/2018			0,04	0,00	0	0,00	0,00	0,00 0,00
0805	MULTA 02/2018			0,26	0,00	0	0,00	0,00	0,00 0,00
0808	Devolução Subsídio			-19,11	0,00	0	0,00	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
---------------------------	----	------------	------------	---------------	-----------

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	2,00
FIC TRIMESTRAL	15,34	CONTRATADA
FIC ANUAL	37,59	LIMITE INFERIOR
DMIC	2,28	LIMITE SUPERIOR
DI/RI	16,90	133

Discriminação	Valor (R\$)	%
Operações de Cpt 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, Duticos e Encargos	23,29	55,37
Outros Serviços	0,00	0,00
Total	42,06	100,00

Valor da FVSD (Ref. 1/2018) R\$110,46

JOSE MARCOS DE OLIVEIRA ROSA
P/A DOS SILOS, 03171-040-0-SLOS
Nossa Senhora da Glória/CE CEP: 48800-000 IAG: 400
Emissão: 07/03/2016 Referência: Egv / 2016
Classe/Subsídio: RESIDENCIAL / RESIDENCIAL/PRÍSTICO
Rótulo: 5 - 430 - 343 - 7281 *(Nº imóvel)* Entrega: 04/03/2016

 energisa

ENERGIA SERGIPANA S.A.
Rua Manoel de Britto, 17 - Centro
Aracaju - SE - CEP 49040-170
(052) 327-8000/149 - FAX 327-7049
Fone / Conta de Energia: Extrair 3470-1000
Cód. para Díbt. Automatizado: 000000127079

Atendimento ao Cliente ENERCISA 08000 79 0196 Acesse: www.enercisa.com.br

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RANI
Fev / 2018	07/02/2018	12/03/2018	2000367500 <small>versão 001</small>

UC (Unidade Consumidora): 3/912787-9

[Canal de contacto](#)

- Levou cheque na chuva? Hora de chamar um eletricista de confiança. Não adianta e fazer isso? Dá um banho de segurança. - Chama os vizinhos e amigos e entre no combate ao mosquito. Ele não tem se corrigido, para o churrasquinho. Ministro da Saúde, Juventino Faria.

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data	Leritura	Data	Leritura	
12/01/18	7778	07/03/18	7842	
Demonstrativo				
00. Detalhe	Grau/Qualidade Tarifado	Vant. Espe. Cota A�. Imp. RAI Bala Cox. Tela/RB	Consumo	
0001 Consumo em kWh	67.309 0.572825	46M 45.00 25 17.21	45.06 0.44	300
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS				
0001 CONTRIBUINP E DUCA	771	0.00	0.00	0.00
0004 JUROS DE MORADA/2018	215	215	0.00	0.20
0006 MULTA 01/2018	1,15	225	214	0.05

CGI Código de Garantía de la tarifa TOTAL 54.00 48.26 11.16 10.74 10.74

Mádia Ültetmes meszes fehérjé

VENCIMENTO

TOTAL A RAGAZ

TOTAL A PAY

Histórico de Consumo Anual

216 | 230 | 239 | 122 | 59 | 59 | 71 | 72 | 82 | 93 | 74 | 82

RESERVADO AO PISCO

2775.c00f.c829.6045.32d6 634a 4967 5377

Indicadores de Qualidade

	Límites da ANEEL	Apurado	Límite de Tensão (V)
DIC TRIMESTRAL	6,15	6,00	MINIMAL
DICANUAL	12,00		
FÍCIMENTAL	4,60		
FE TRIMESTRAL	4,42	4,30	CONTRATADA
FC CANUAL	8,96		VALOR PREDON
FCMPC	19,70		
FCMPC	3,60	3,60	VALOR PREDON

Complejidad del Lenguaje		
Discriminación	Valor (%)	%
Nivel de Dif. de Expresión	17.87	17.95
Expresión Directa	14.95	14.95
Nivel de Dif. de Expresión	11.74	11.74
Expresión Directa	11.74	11.74
Total	54.06	100.00

Volumen B/30 Rev. 02/2017 - SEGURO DE VIDA

SABER SEGURO DA SIA

ATENÇÃO

Faturas em atraso

19 ABR 2018

RECEBIDO

AEROPÉ
Aeroporto 5 - 430 - 340 - 7391
Mairinque 912707-2010-03-6

VENCIMENTO
16/02/2018

TOTAL A PAGAR
R\$ 54,08



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 COAF²**.

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

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

Pelo exposto, eu 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>
				RECEBIDO			
<u>Jr. Sá da Cunha</u> <u>16</u> de <u>04</u> de <u>18</u>				Local e Data			

João Marcos D.O. Rosa
Assinatura do Declarante

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE SERGIPE (HUSE)

RECEITUÁRIO

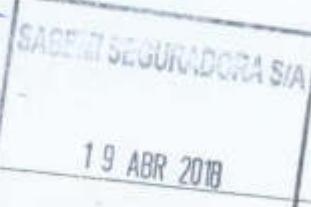
PACIENTE:

José Lopes
Andréas Lopes
100 kg
01 mês
01/01/18
010 5811

Dr. Anderson Ferreira Cabral
Ortopedista Traumatologista
CRM 880

DATA 21/02/18

MÉDICO (Assinatura e Carimbo)



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...: 79-3905668
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 com lesões
traçadas pelo SAMU/USP em fracturas. Exame físico ABCD neg.
IS plante e fco como constado + de queimadura em 25% de um
degrau e profunda na vítima somente neg. depois da medicina
mentos.

DATA PRIMEIROS SINTOMAS:

DIAGNOSTICO: Polihematoma

CID: 707

PRESRICAO

HORARIO DA MEDICAMENTOS

1) Colar cervical
2) RL - 200ml IV negra, 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 [] ANET

Maria Aparecida de Souza

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	S	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 3.4419

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

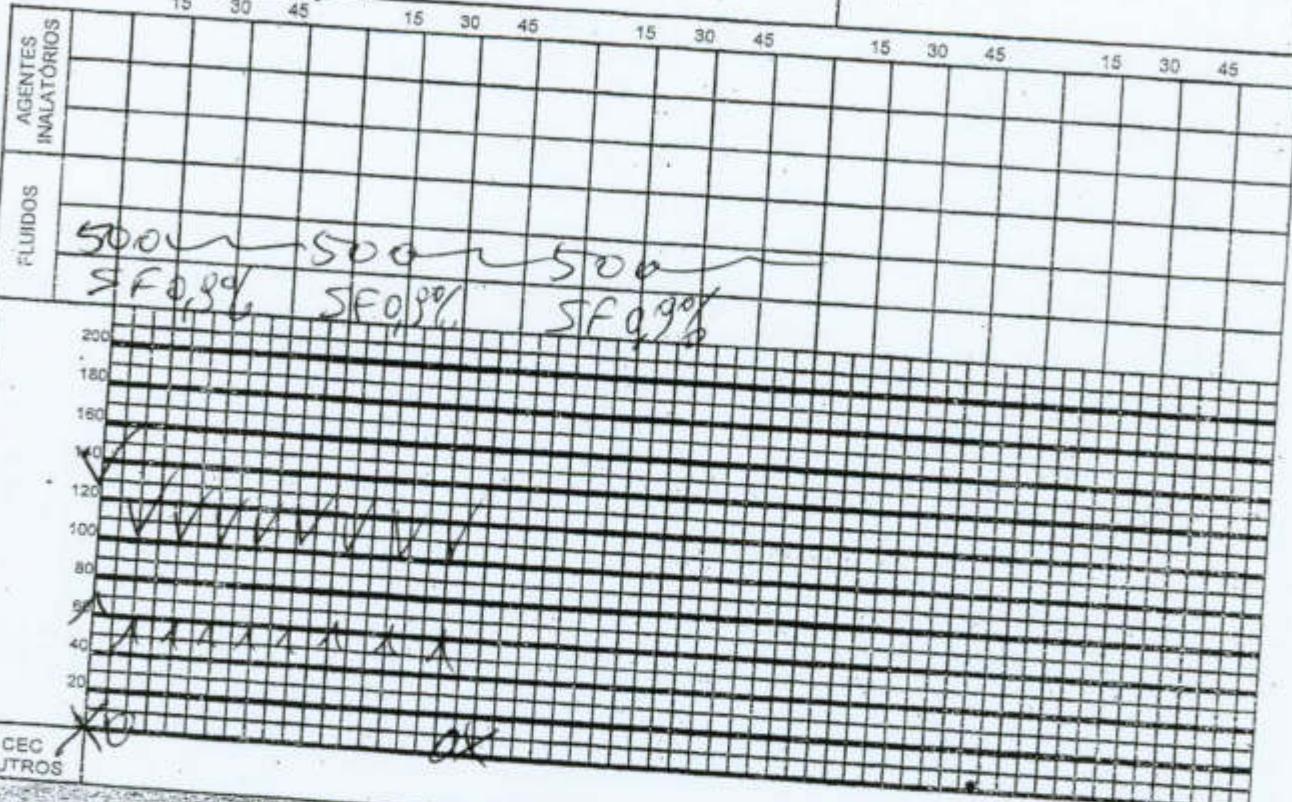
DATA
07/03/18

MEDICAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA

AUXILIAR

ASA

POSIÇÃO



MONITORIZAÇÃO	MONITORIZAÇÃO			CONDICAO DE ALTA PARA CRPA					
	PA NAO INVASIVA	—	PVC						
	PA INVASIVA	—	TEMPERATURA						
	ELETROCARDIOGRAFIA	—	DIURESE						
	OXIMETRIA	—	VENTILAÇÃO						
	CAPNOGRAFIA	—	PAM						
AGENTES ANESTÉSICOS			DOSE	ANTIBIOTICO PROFILÁXICA					
Proc seel anep. com alc. fuf. 1 Xyl 2% Fumacol 3% com Ag.N.18 G Dofit Afp-fuf 10 mg d A + 0,02cc d B			NOME						
			1ª. Dose as:	horas					
			2ª. Dose as:	horas					
			3ª. Dose as:	horas					
			OBSERVAÇÕES						
A - Meocaine 0,5% - periodo 01 B - Adrenal 0,1% C - Fendocaína 0,5% D - Dipirona 8 - 0 Tremel 100 - 01			ENCaminhado 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>
03/03/18		<i>Sar Paciente é lido + press + múscos normais -> ultim 24h. Flutuam d ad: UPM</i>		<i>Dr. Victor Viana Médico CRM SE 5405 MR. Ortopedia e Traumatologia</i>
05/03/18		<i>Sar Paciente é lido + press + flutuas múscos -> normal + 07/03 ad: UPM</i>		<i>Dr. Victor Viana Médico CRM SE 5405 MR. Ortopedia e Traumatologia</i>
06/03/18		<i>Paciente lido + sono maluco (elmo - cos +) (n uso de AVP press + endro) Segm d a - dores d fractura</i>		<i>Fabiana Rodrigo Santi COREN-BA/SE-332140-1</i>
07/03/18		<i>Reflexos + No set, calmo, consciente orientado, verbaliza correntes, anotativas, apreendendo toque. Envolv de AVP + evitativa, sugere os cuidados da equipe de enfermagem. Fis. Similares d fer. Entregue, paciê</i>		<i>Caren 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 DPO; Jacinto
de PPO 66 L.

Deeere 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		14	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	18	24	D6
6º. Nauseodron 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
COREN-SE 31-2119



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 um
orgão suspeitado e também fico
com uma perfusão temporal esquerda.
Também proibido do acidente tem uma
Fratura de clavicula e fratura que proibido
é as consequências do acidente que fico com
uma Deficiência óptica que é moderada.

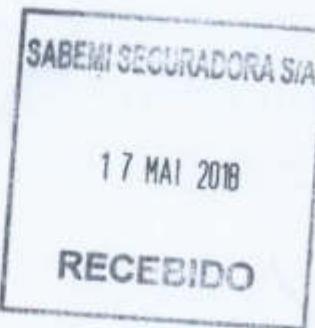
CIN 681

I606

5923

3/3/19

Nossa Senhora Aparecida



SeMedi

Clínica & Hospital

Bonief Andreucci da Bielcke

Arto-dolor de rotura, sob tensão, com deformação angular do plonelito medical.

Him histórico de acidente

Cirurgia Infantil
Cirurgia Plástica
Cirurgia Vascular

Dermatologia

Endocrinologia

Ginecologia

Mastologia

Medicina do Trabalho

Neurologia

Oftalmologia

Neuropediatria

Obstetricia

Oftalmologia

Ortopedia

Otorrinolaringologia

Pediatría

Psiquiatria

cel. 582-2

Int. 01-02-18

SABEMI SEGURADORIA S/A

06 JUN 2018

RECEBIDO

Dr. Sé
06-06-18
Dr. Roberto Lima
Ortopedia Traumatologia

Endocrinologia
Eletrofisiologia Computadorizada
Endomicroscopia Digital
Eletrocoagulação
Fisioterapia
Hemodialise
Hister
Instrumento Médico e Odontológico
Laparoscopia
Mammografia de Alta Resolução
Mapa
Penoscopio
Raios X Simples e Contrastados
Doppler Sist. Vascular
Int. Endovenoso Compresionista
Imagem Digitalizada
Intraoperatorio com Doppler Digital
Ultrassom 3D

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 verifique 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



SABEM SEGURODORA S/A

19 ABR 2018

RECEBIDO

**PROCURAÇÃO PARTICULAR PARA FINOS 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) Empreendedor, 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. São Geraldo, (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. São Geraldo 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



Mylenne Melo Souza
MYLENNE MELO SOUSA
ESCREVENTE AUTORIZADO

Mylenne Melo Souza
Escrevente Autorizado



OBS: (a assinatura deve ser reconhecida por AUTENTICIDADE)