



**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                  | Distribuição: 07/08/2019  |
| Número Único: 0000466-47.2019.8.25.0069 | Competência: Moita Bonita |
| Classe: Procedimento Comum              | Fase: POSTULACAO          |
| Situação: Andamento                     | Processo Principal: ***** |
| Processo Origem: *****                  |                           |

**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 Apensados:**

--

**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**

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**

Carta nº 12849131



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](http://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](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**



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                     |             |                      |            |                |  |
| marcosdeleia@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<br>NRO.              | D/V | CONTA<br>NRO.                | D/V |
| 2312                         | 4   | 5258                         | 2   |
| (Informar dígito se existir) |     | (Informar dígito se existir) |     |

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

|                              |     |                              |     |
|------------------------------|-----|------------------------------|-----|
| BANCO<br>Nome                |     | NRO                          |     |
|                              |     |                              |     |
| AGÊNCIA<br>NRO.              | D/V | CONTA<br>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.

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







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

Ur. São do Curia

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                          |
| NOME PAI/MAE...  | MANOEL NUNES DA PIEDADE     |                                      | CEP....: -                      |
| RESPONSÁVEL...   | A MAE-TRAZIDO PELO SAMU     |                                      | /MARIA ANDRADE DOS SANTOS       |
| PROCEDENCIA...   | MOITA BONITA                |                                      | TEL....: 99-991346-             |
| ATENDIMENTO...   | VITIMA DE ATROPELAMENTO     |                                      | 8                               |
| CASO POLICIAL..  | NAO                         |                                      | PLANO DE SAUDE.....: NAO        |
| ACID. TRABALHO:  | NAO                         |                                      | TRAUMA: NAO                     |
|  | VEIO DE AMBULANCIA: NAO     |                                      |                                 |
| PA: [  | X                           | mmHg ]                               | PULSO: [ ] TEMP.: [ ] PESO: [ ] |
| EXAMES COMPLEMENTARES:   | [ ] RAIO X                  | [ ] SANGUE                           | [ ] URINA [ ] TC                |
|  | [ ] LIQUOR                  | [ ] ECG                              | [ ] ULTRASSONOGRAFIA            |
| SUSPEITA DE VIOLENCIA OU MAUS TRATOS: [ ] SIM [ ] NAO                |                             |                                      |                                 |
| DADOS CLINICOS:  |                             | DATA PRIMEIROS SINTOMAS:             |                                 |
| <i>Paciente vítima de colisão motor x carro trocista</i>             |                             |                                      |                                 |
| <i>Trazido pelo SAMU 1053 em protocolo. Exame físico ABCDEFGHIJ.</i> |                             |                                      |                                 |
| <i>ISPIRO e FCC com cabido + de pueridade em MEE. Fg um</i>          |                             |                                      |                                 |
| <i>de dipneia e profund na viatura SAMU. Neg. drogas e medic</i>     |                             |                                      |                                 |
| ANOTAÇÕES DA ENFERMAGEM:   |                             |                                      |                                 |
| <i>mentes.</i>   |                             |                                      |                                 |
| DIAGNOSTICO: <i>Poli-traumatismo</i>                                 |                             | CID: <i>T07</i>                      |                                 |
| PRESCRIÇÃO   |                             | HORARIO DA MEDICACAO                 |                                 |
| <i>1) Colar cervical</i>   |                             | <i>54k - 50 - 50 -</i>               |                                 |
| <i>2) RL - 2000ml IV, 4egtr;</i>                                     |                             | <i>50 -</i>                          |                                 |
| <i>3) Solu isto analg da ortopedic</i>                               |                             | <i>50 -</i>                          |                                 |
| <i>[Signature]</i>   |                             | <i>[Signature]</i>                   |                                 |
| 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 [ ] AMB. EXTER   |                                 |
| <i>[Signature]</i>   |                             | <i>[Signature]</i>                   |                                 |
| ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSÁVEL                                   |                             | ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO       |                                 |

# 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

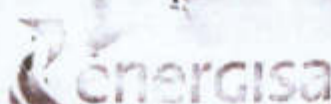
---

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 SERGIPE-DISTRIB ENERGISA SA  
Rua Min Apolinário Sales, 81 - Inácio Barbosa  
Aracaju / SE - CEP 49040-150  
CNPJ 06.017.400/0001-90 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](http://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 WhatsApp do 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  | 19148   |      |
|          |         |           |         | 29   |

#### Demonstrativo

| Demonstrativo          |                          |                     |          |                 |       |                |           |                     |            |      |
|------------------------|--------------------------|---------------------|----------|-----------------|-------|----------------|-----------|---------------------|------------|------|
| CCI                    | Descrição                | Quantidade          | Unidade  | Valor Base Calc | Aliq  | Impo(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       | 0,19 |
| 0801                   | Consumo - 31 a 100kWh-BR | 51,000              | 0,393880 | 19,97           | 19,97 | 25             | 4,89      | 19,97               | 0,13       | 0,58 |
| 0810                   | Subsidio                 |                     |          | 28,77           | 28,77 | 25             | 6,89      | 28,77               | 0,17       | 0,90 |
| LANÇAMENTOS E SERVIÇOS |                          |                     |          |                 |       |                |           |                     |            |      |
| 0807                   | CONTRIB ILUM PUBLICA     |                     |          | 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 |
| 0806                   | Devolução Subsidio       |                     |          | -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 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 | Mar/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        |                  |         |                      |
| 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    |                      |
| DMRI           | 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          |
| <b>Total</b>                    | <b>42,06</b> | <b>100,00</b> |

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





# 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:**

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 nº9.613/98.

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 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 Selos</u>        |   | Número <u>217</u>                          | Complemento <u>Facultativo</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>19.9918.2568</u> |                                |

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

RECEBIDO

João Marcos D.O. Rosa  
Assinatura do Declarante

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE SERGIPE (HUSE)

RECEITUÁRIO

PACIENTE:

O plano de saúde  
presta o serviço  
e o plano de saúde  
é o plano  
CID 5821

Dr. Antônio Feres 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.  
ISPILOTE E- FCC com cabido + de profundidade em XFE. 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: / / HORA DA SAIDA: :  
ALTA: [ ] DECISAO MEDICA [ ] A PEDIDO [ ] EVASAO [ ] DESISTENCIA  
[ ] ENCAMINHADO AO AMBULATORIO  
INTERNAÇÃO NO PROPRIO HOSPITAL (SETOR):

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

Assinatura do paciente/responsavel: Maria Aparecida de Lima  
Assinatura e carimbo do medico:

SABEM SEGURODORA S/A  
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.<br>201 – 250: 02UI<br>251 – 300: 04UI<br>301 – 350: 06UI<br>351 – 400: 08UI<br>> 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  
COREN-SE 3.4.419

Médico



LAUDO ENVIADO

086318

Internamento em

HUSE

## BOLETIM DE ANESTESIA



Fundação Hospitalar de Saúde

PACIENTE:

Daniel Ambrósio da Piedade

UNIDADE:

Fratura proximal do Tibia E

REGISTRO:

168 3010

CIRURGIA PROGRAMADA

Redução cirúrgica e fixação a propósito

CIRURGIA REALIZADA

ANESTESIOLOGISTA

Augusto Santiago

TÉCNICA ANESTÉSICA

Pneumonia

DATA

07/03/18

CIRURGIÃO

Dr. Eliado F. Vozinamento

AUXILIAR

Just Gilvete

MEDICAÇÃO PRÉ-ANESTESICA

ASA

HORA DE INÍCIO

14:00

HORA DE TÉRMINO

17:30

ACESSO VENOSO

POSICÃO

AGENTES INALATÓRIOS

FLUIDOS

500 ~ 500 ~ 500  
 SF 0,9% SF 0,9% SF 0,9%

200  
180  
160  
140  
120  
100  
80  
60  
40  
20

CEC  
OUTROS

## MONITORIZAÇÃO

PA NÃO INVASIVA

PA INVASIVA

ELETROCARDIOGRAFIA

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 + 0,9 cc de B  
 A - Neocaine 0,5% - período 01  
 B - Aopren 01  
 C - Fenda cefaz 0,5%  
 Dipirona 18 - 02  
 Tremal 100 - 01

ENCAMINHADO PARA

UNIDADE

Dr. Augusto 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 703404249171715  
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

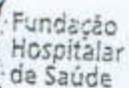
PRONTO SOCORRO ADULTO

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 C7, com lesão medular. Tratado com fixação cirúrgica e internado em UTI.</p> <p><i>[Assinatura]</i><br/>J. de Almeida de Almeida Gomes Filho<br/>MÉDICO ORTOPEDISTA - HUSE<br/>CRM 15808</p>                           |
| 02/03/11 |      | <p>Suf.<br/>Paciente em tratamento com fisioterapia e medicação. Evolução satisfatória.</p> <p><i>[Assinatura]</i><br/>Dr. Victor Viana<br/>Médico CRM SE 5405<br/>MR. Ortopedia e Traumatologia</p>   |
| 05/03/11 |      | <p>Suf.<br/>Paciente em tratamento com fisioterapia e medicação. Evolução satisfatória.</p> <p><i>[Assinatura]</i><br/>Dr. Victor Viana<br/>Médico CRM SE 5405<br/>MR. Ortopedia e Traumatologia</p>   |
| 06/03/11 |      | <p>Paciente LOTE. Complicação de úlcera, com mancha de ulcera-<br/>ção + uso de SVP + curativos; segue de a-<br/>dado de Curpa</p> <p><i>[Assinatura]</i><br/>Fabiana F. dos Santos<br/>COREN-BA/SE-332940-1</p>   |
| 07/03/11 |      | <p>Paciente em tratamento com fisioterapia e medicação. Evolução satisfatória.</p> <p>No leito, calmo, consciente orientado, verbaliza<br/>ocorrências, anterior, apêndice do tórax. Em uso<br/>de AUP + curativos, segue com cuidados de higiene<br/>de feridas. Evol. Sem mais de fer. Entende, paciente<br/>com 374.919</p> |





HOSPITAL DE URGÊNCIA DE SERGIPE - HUSE

Nome do Paciente:

Página

Unidade de Produção:

Idade:

Sexo:

Leito:

Nº do Prontuário:

Agente de Intelecto K DPO  
Gustavo Castro  
Hacienda Impresora Zaurit/bul  
de PWN 616 L

Josef  
1245

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  | 06                        |
|         | 8º. Tramal 100mg + 100 ml SF 0,9% EV ou VO 8/8hs  | 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.<br>201 – 250: 02UI<br>251 – 300: 04UI<br>301 – 350: 06UI<br>351 – 400: 08UI<br>> ou = 401: 10UI | —                         |
| 15º     | Curativos Diários 1 x dia<br>( 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 22                  |
|         | 18º   |                           |
|         | 19º   |                           |
|         | 20º   |                           |

Assinado de forma eletrônica  
Em 09/03/2018 às 14:19  
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

Assessor Social

*[Handwritten signature]*  
3/3/19







SABEMI SEGURADORA S/A

06 AGO 2018



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

RECEITUÁRIO  
RECEBIDO

Donal Jucod da Rocha

RELATÓRIO MÉDICO

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

CID: S62.1 + S62.4

Moita Bonita,  
03/07/2018  
Dr. Sérgio 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

RECURSO GERAL 309.769 2ª VIA DATA DE EMISSÃO 13/12/2011

NOME DANIEL MIRALVA DA PIEDADE FLACIO

PARCEL MINES DA PIEDADE

PERIA MIRALVA DOS SANTOS

NATURALIDADE

ITABAINHA-SE

DOC ORIGEM

CT. INSCRICAO NR 48.146 LV A 92 PL 31

CERTIFICADO DO DISTRITO E COMARCA DE ITABAINHA/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

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 ) 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, ( nome do representante ) marcos D. O. P. BOA  
( 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 Cuiçaba 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  
Escrivente Autorizada



OBS: ( a assinatura deve ser reconhecida por AUTENTICIDADE )