

---

**Rio de Janeiro, 11 de Abril de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190269247**

**Vítima: ERCILIO DE OLIVEIRA DA SILVA JUNIOR**

**Data do Acidente: 13/08/2016**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), ERCILIO DE OLIVEIRA DA SILVA JUNIOR**

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

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

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



---

**Rio de Janeiro, 17 de Abril de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190269247**

**Vítima: ERCILIO DE OLIVEIRA DA SILVA JUNIOR**

**Data do Acidente: 13/08/2016**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO**

**Senhor(a), ERCILIO DE OLIVEIRA DA SILVA JUNIOR**

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Foi verificado que o dano pessoal evoluiu sem sequela definitiva, razão pela qual não foi caracterizada a invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores orientações.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190269247 **Cidade:** Frei Paulo **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ERCILIO DE OLIVEIRA DA SILVA JUNIOR **Data do acidente:** 13/08/2016 **Seguradora:** AMERICAN LIFE COMPANHIA DE SEGUROS

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 16/04/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DO PLATÔ TIBIAL ESQUERDO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:** Sem sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** EM TODOS OS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

## 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
		Total	0 %	R\$ 0,00

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190269247 **Cidade:** Frei Paulo **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ERCILIO DE OLIVEIRA DA SILVA JUNIOR **Data do acidente:** 13/08/2016 **Seguradora:** AMERICAN LIFE COMPANHIA DE SEGUROS

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 16/04/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DO PLATÔ TIBIAL ESQUERDO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:** Sem sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** EM TODOS OS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

## 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
		Total	0 %	R\$ 0,00

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL: \_\_\_\_\_ CPF da vítima: 064.497.075-85 Nome completo da vítima: Erailto de Oliveira da Silva Junior

## REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

Nome completo: Erailto de Oliveira da Silva Junior CPF: 064.497.075-85  
Profissão: autônomo Endereço: Conjunto Córrego São Lima Fátima Número: 00 Complemento: \_\_\_\_\_  
Bairro: Paralela Cidade: Fri Paulo Estado: SE CEP: 49514-000  
E-mail: \_\_\_\_\_ Tel.(DDD): \_\_\_\_\_

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

### RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00  
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

### DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)  
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 2261 CONTA: 00010844 5  
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_  
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

### DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- ☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou  
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou  
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

### DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: \_\_\_\_\_  
Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: \_\_\_\_\_  
Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: \_\_\_\_\_ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não  
Vivos: \_\_\_\_\_ Falecidos: \_\_\_\_\_

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Impressão  
digital da  
vítima ou  
beneficiário  
não alfabetizado

Local e Data, Fri Paulo - SE, 20 de março de 2019  
Nome: Erailto de Oliveira da Silva Junior  
CPF: 064.497.075-85

### TESTEMUNHAS

1ª | Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura

2ª | Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura

(\*) Assinatura de quem assina A ROGO  
Erailto de Oliveira da Silva Junior  
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(\*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.  
NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



**DELEGACIA DE POLÍCIA DE FREI PAULO**

RODOVIA BR 235, KM 735, CEP 49514000, CENTRO FONE:(0) 3447-1304

**Boletim de Ocorrência 2017/06545.0-000032 - Alterado - (2ª via)**

**DELEGACIA RESPONSÁVEL**

**Nome:** DELEGACIA DE POLÍCIA DE FREI PAULO

**Endereço:** RODOVIA BR 235, KM 735, CEP 49514000, CENTRO FONE:(0) 3447-1304

**FATO**

**Natureza:** FATO ATÍPICO

**Data e Hora do Fato:** 13/08/2016 - 00:00 até 13/08/2016 - 00:00

**Endereço:** RUA PRÓXIMO A PRAÇA DA JUVENTU **Número:** **Complemento:** **CEP:** 49514-000

**Bairro:** CENTRO **Cidade:** FREI PAULO - SE **Circunscrição:** DELEGACIA DE POLÍCIA DE FREI PAULO

**Tipo de local:** VIA PÚBLICA **Meio Empregado:** NENHUM

**VÍTIMA-NOTICIANTE**

**Nome:** ERCILIO DE OLIVEIRA DA SILVA JUNIOR

**Nome do pai:** ERCILIO DE OLIVEIRA DA SILVA **Nome da mãe:** JOSIENE SANTOS DE OLIVEIRA

**Pessoa:** Física **CPF/CGC:** 064.497.075-85 **RG:** 2142940480 **UF:** BA **Órgão expedidor:** SSP-BA

**Naturalidade:** RIBEIROPOLIS **Data de nascimento:** 09/06/1996 **Sexo:** Masculino **Cor da cútis:** Parda

**Profissão:** DESEMPREGADO **Estado civil:** Solteiro **Grau de instrução:** 2º Grau Completo

**Endereço:** Rua Alice Oliveira **Número:** 164 **Complemento:**

**CEP:** 49.514-000 **Bairro:** CENTRO **Cidade:** FREI PAULO **UF:** SE

**Proximidades:** **Telefone:** 79 999304540

**HISTÓRICO**

RELATA O NOTICIANTE/VÍTIMA QUE NO DIA, HORA E LOCAL ACIMA MENCIONADOS, AO TENTAR SAIR, DIRIGINDO, COM A MOTOCICLETA, MARCA HONDA/POP100, PLACA QKN7847, CHASSI 9C2HB0210ER462193, DE PROPRIEDADE DE RODRIGO JESUS DE OLIVEIRA, COR PRETA, SE DESEQUILIBROU E CAIU, POIS O TRIPÉ DA MESMA ESTAVA ARMADO; QUE, EM VIRTUDE DE TAL ACIDENTE, TEVE ALGUMAS ESCORIAÇÕES PELO CORPO E O JOELHO ESQUERDA FRATURADO.

Acrescentado por Pedro Ralin Pires - 04/09/2018 às 11:39

QUE O NOTICIANTE PROCUROU A EMPRESA LÍDER NO DIA 23/08/2018 PARA RESOLVER UM PROCEDIMENTO REFERENTE AO SEGURO DPVAT. QUE FOI INFORMADO POR UM FUNCIONÁRIO DA LÍDER QUE PRECISAVA DE UMA DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DA MOTOCICLETA, MARCA HONDA/POP100, PLACA QKN7847, CHASSI 9C2HB0210ER462193. QUE O NOME DO REFERIDO PROPRIETÁRIO É RODRIGO JESUS OLIVEIRA. OCORRE QUE, O PROPRIETÁRIO DA MOTOCICLETA MUDOU-SE PARA O ESTADO DE SÃO PAULO E NÃO DEIXOU CONTATO. O NOTICIANTE NÃO SABE DO PARADEIRO DE RODRIGO JESUS OLIVEIRA. NADA MAIS DISSE E NEM LHE FOI PERGUNTADO.

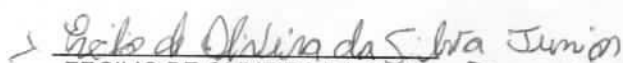
Data e hora da comunicação: 23/01/2017 às 15:37

Responsável pela Alteração: Pedro Ralin Pires

Última Alteração: 15/03/2019 às 10:49.

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.

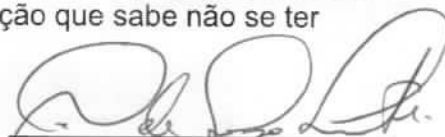


ERCILIO DE OLIVEIRA DA SILVA  
JUNIOR

Responsável pela comunicação



Leogenes Bispo Correa  
Delegado(a) de Polícia



Responsável pela reimpressão  
Carlos de Souza Leite (AGENTE POLICIA  
JUD/LEI 7.874/14)

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL: \_\_\_\_\_ CPF da vítima: 064.497.075-85 Nome completo da vítima: Erailto de Oliveira da Silva Junior

## REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

Nome completo: Erailto de Oliveira da Silva Junior CPF: 064.497.075-85  
Profissão: autônomo Endereço: Conjunto Córrego São Lima Fátima Número: 00 Complemento: \_\_\_\_\_  
Bairro: Paralimbu Cidade: Fri Paulo Estado: SE CEP: 49514-000  
E-mail: \_\_\_\_\_ Tel.(DDD): \_\_\_\_\_

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

### RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00  
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

### DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)  
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 2261 CONTA: 00010844 5  
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_  
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

### DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou  
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou  
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

### DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: \_\_\_\_\_  
Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: \_\_\_\_\_  
Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: \_\_\_\_\_ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não  
Vivos: \_\_\_\_\_ Falecidos: \_\_\_\_\_

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Impressão  
digital da  
vítima ou  
beneficiário  
não alfabetizado

Local e Data, Fri Paulo - SE, 20 de março de 2019  
Nome: Erailto de Oliveira da Silva Junior  
CPF: 064.497.075-85

### TESTEMUNHAS

1ª | Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura

2ª | Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura

(\*) Assinatura de quem assina A ROGO  
Erailto de Oliveira da Silva Junior  
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(\*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.  
NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

MS/DATASUS

## HOSPITAL REGIONAL DE LAGARTO

No. DO BE: 357329  
CNS:DATA: 13/08/2016 HORA: 15:06 USUARIO: ANA  
SETOR: 01 - CLASSIFICACAO DE RISCO

## IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME : ERCILIO DE OLIVEIRA DA SILVA JUNIOR  
IDADE.....: 20 ANOS NASC: 09/06/1996  
ENDERECO.....: RUA ALICE OLIVEIRA  
COMPLEMENTO.....: CASA BAIRRO:  
MUNICIPIO.....: FREI PAULO UF: SE CEP....:  
NOME PAI/MAE...: ERCILIO DE OLIVEIRA DA SILVA /JOSIENE SANTOS DE OLIVEIRA  
RESPONSAVEL....: O PROPRIO TEL....: 999896414  
PROCEDENCIA....: LAGARTO  
ATENDIMENTO....: OUTROS  
CASO POLICIAL..: NAO PLANO DE SAUDE.....: NAO  
ACID. TRABALHO: NAO VEIO DE AMBULANCIA: NAO

DOC....: 2142940480  
SEXO...: MASCULINO  
NUMERO: 64

PA: [ X ] mmHg ] PULSO: [ ] TEMP.: [ ]

EXAMES COMPLEMENTARES: [ ] RAIO X [ ] SANGUE [ ] URINA [ ] TC  
[ ] LIQUOR [ ] ECG [ ] ULTRASSONOGRAFIA

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

## DADOS CLINICOS:

Paciente com trauma em joelho contuso. Trauma TC.  
fx de platô tibial (superior) com sua derivação  
CD - fixo conservado  
- tela gessada por 30 dias

DIAGNOSTICO:

CID:

PRESCRICAO

HORARIO DA MEDICACAO

DATA DA SAIDA: 13/08/16

HORA DA SAIDA: :

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

[ ] DESISTENCIA

TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):

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

[ ] FAMILIA [ ] IML [ ] ANAT. PAT

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSÁVEL

Dr. Wagner Lucena

Ortopedia e Traumatologia

ASSINATURA DO MEDICO



Semedi

Paciente: **ERCILIO DE OLIVEIRA DA SILVA JUNIOR**

Data de Nascimento: 09/06/1996

Data do Exame: 12/08/2016

Procedência: Emergência

Nº do Paciente:

1119562

Solicitante:

Nº do Exame: 1119562

Sexo:

Convênio:

## **TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO JOELHO ESQUERDO**

### **TÉCNICA:**

Exame realizado com cortes axiais sem injeção venosa do contraste iodado.

### **RESULTADO:**

Fratura cominutiva da área intercondilar da tíbia, com extensão articular. Derrame articular com presença de conteúdo denso, sugerindo sangue. Infiltração líquida dos planos músculo-adiposos do joelho. Relações articulares preservadas.

### **CONCLUSÃO:**

Fratura cominutiva da área intercondilar da tíbia, com extensão articular. Derrame articular com presença de conteúdo denso, sugerindo sangue. Infiltração líquida dos planos músculo-adiposos do joelho.

Assinado Eletronicamente por: Dra. Cristiane Carvalho | CRM - 870250-RJ através de Telelaudo Tecnologia Médica Ltda | CRM ES-1964-55 em Laudo Radiológico Criado em 13/08/2016 13:03:12 GMT -3 (Brasília Time)

Este documento contém informações de saúde identificáveis que são objeto de proteção legal. Esta informação destina-se ao uso exclusivo da instituição mencionada acima. Este é um exame complementar à consulta clínica. Descrições e hipóteses diagnósticas aqui contidas não devem ser analisadas isoladamente, mas correlacionadas com as demais informações (anamnese, exame físico e outros exames) pelo médico/dentista do paciente, a quem compete, exclusivamente, concluir o diagnóstico e decidir a conduta a ser seguida. O relator se coloca à disposição do médico/dentista para quaisquer esclarecimentos necessários.

JOSIENE SANTOS DE JESUS  
CJ JOAO CONES LIMA REITOSA, S/N, FORTALEZA  
FREI PAULO/SE CEP: 49514-000 (AG. 30)  
Emissão: 24/01/2019 Referência: Jan/2019  
Cidade/Subida: RESIDENCIAL BAIXA RENDA MONOFÁSICO  
Roteiro: 15 - 20 - 345 - 434E Nº medidor: V5026764157



ENERGISA SERGIPE S/A  
Rua Miraflores, 500 - Fátima - São Paulo  
Ribeirão Preto/SP - CEP: 13045-100  
Fone: (16) 3301-1111 Fax: (16) 3301-1112  
E-mail: atendimento@energisa.com.br  
Site: www.energisa.com.br  
CNPJ nº 06.908.000/0001-00  
Insc. Est. nº 270.767.438  
Nota Fiscal nº 10.438 de 28 de abril de 2002  
Cód. para Déb. Automático: 00011163508

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

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RANII
Jan/2019	24/01/2019	22/02/2019	037.133.635-30

UC (Unidade Consumidora): 3/1115398-8

Canal de contato

- Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 10.438 de 28 de abril de 2002.

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data: 26/12/18 Leitura: 511	Data: 24/01/19 Leitura: 521		110	28

Demonstrativo		Consumo		Dias	
CC	Descrição	Consumo (kWh)	Tarifa (R\$)	Valor (R\$)	Valor (R\$)
0801	Consumo - 31 a 100 kWh-BR	30,000	0,2500	7,50	7,50
0801	Consumo - 31 a 100 kWh-BR	70,000	0,429130	29,99	29,99
0801	Consumo - 101 a 220 kWh-BR	10,000	0,843100	8,43	8,43
0810	Subsídio			-31,75	-31,75
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS					
0804	JUROS DE MORA 11/2018			0,44	0,44
0804	JUROS DE MORA 12/2018			0,34	0,34
0805	MULTA 11/2018			1,07	1,07
0805	MULTA 12/2018			0,92	0,92
0806	Devolução Subsídio			-36,16	-36,16

CCI Código de Classificação do Item: TOTAL 58,55 81,71 20,42 81,71 0,83 3,63

Média últimos meses (kWh) 85

**VENCIMENTO 31/01/2019**

**TOTAL A PAGAR R\$ 58,05**

Histórico de Consumo (kWh)

RESERVADO AO CLIENTE

9440.8fe4.2aa6.61f3.806a.8c29.d003.ar

Indicadores de Qualidade 11/2019-FREI PAULO

	Limites da ANEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
DIGITAL	5,79	0,00	NOMINAL
DIGITAL	11,55		
DIGITAL	23,10		
DIGITAL	34,65		
DIGITAL	46,20		
DIGITAL	57,75		
DIGITAL	69,30		
DIGITAL	80,85		
DIGITAL	92,40		
DIGITAL	103,95		
DIGITAL	115,50		
DIGITAL	127,05		
DIGITAL	138,60		
DIGITAL	150,15		
DIGITAL	161,70		
DIGITAL	173,25		
DIGITAL	184,80		
DIGITAL	196,35		
DIGITAL	207,90		
DIGITAL	219,45		
DIGITAL	231,00		
DIGITAL	242,55		
DIGITAL	254,10		
DIGITAL	265,65		
DIGITAL	277,20		
DIGITAL	288,75		
DIGITAL	300,30		
DIGITAL	311,85		
DIGITAL	323,40		
DIGITAL	334,95		
DIGITAL	346,50		
DIGITAL	358,05		
DIGITAL	369,60		
DIGITAL	381,15		
DIGITAL	392,70		
DIGITAL	404,25		
DIGITAL	415,80		
DIGITAL	427,35		
DIGITAL	438,90		
DIGITAL	450,45		
DIGITAL	462,00		
DIGITAL	473,55		
DIGITAL	485,10		
DIGITAL	496,65		
DIGITAL	508,20		
DIGITAL	519,75		
DIGITAL	531,30		
DIGITAL	542,85		
DIGITAL	554,40		
DIGITAL	565,95		
DIGITAL	577,50		
DIGITAL	589,05		
DIGITAL	600,60		
DIGITAL	612,15		
DIGITAL	623,70		
DIGITAL	635,25		
DIGITAL	646,80		
DIGITAL	658,35		
DIGITAL	669,90		
DIGITAL	681,45		
DIGITAL	693,00		
DIGITAL	704,55		
DIGITAL	716,10		
DIGITAL	727,65		
DIGITAL	739,20		
DIGITAL	750,75		
DIGITAL	762,30		
DIGITAL	773,85		
DIGITAL	785,40		
DIGITAL	796,95		
DIGITAL	808,50		
DIGITAL	820,05		
DIGITAL	831,60		
DIGITAL	843,15		
DIGITAL	854,70		
DIGITAL	866,25		
DIGITAL	877,80		
DIGITAL	889,35		
DIGITAL	900,90		
DIGITAL	912,45		
DIGITAL	924,00		
DIGITAL	935,55		
DIGITAL	947,10		
DIGITAL	958,65		
DIGITAL	970,20		
DIGITAL	981,75		
DIGITAL	993,30		
DIGITAL	1004,85		
DIGITAL	1016,40		
DIGITAL	1027,95		
DIGITAL	1039,50		
DIGITAL	1051,05		
DIGITAL	1062,60		
DIGITAL	1074,15		
DIGITAL	1085,70		
DIGITAL	1097,25		
DIGITAL	1108,80		
DIGITAL	1120,35		
DIGITAL	1131,90		
DIGITAL	1143,45		
DIGITAL	1155,00		
DIGITAL	1166,55		
DIGITAL	1178,10		
DIGITAL	1189,65		
DIGITAL	1201,20		
DIGITAL	1212,75		
DIGITAL	1224,30		
DIGITAL	1235,85		
DIGITAL	1247,40		
DIGITAL	1258,95		
DIGITAL	1270,50		
DIGITAL	1282,05		
DIGITAL	1293,60		
DIGITAL	1305,15		
DIGITAL	1316,70		
DIGITAL	1328,25		
DIGITAL	1339,80		
DIGITAL	1351,35		
DIGITAL	1362,90		
DIGITAL	1374,45		
DIGITAL	1386,00		
DIGITAL	1397,55		
DIGITAL	1409,10		
DIGITAL	1420,65		
DIGITAL	1432,20		
DIGITAL	1443,75		
DIGITAL	1455,30		
DIGITAL	1466,85		
DIGITAL	1478,40		
DIGITAL	1489,95		
DIGITAL	1501,50		
DIGITAL	1513,05		
DIGITAL	1524,60		
DIGITAL	1536,15		
DIGITAL	1547,70		
DIGITAL	1559,25		
DIGITAL	1570,80		
DIGITAL	1582,35		
DIGITAL	1593,90		
DIGITAL	1605,45		
DIGITAL	1617,00		
DIGITAL	1628,55		
DIGITAL	1640,10		
DIGITAL	1651,65		
DIGITAL	1663,20		
DIGITAL	1674,75		
DIGITAL	1686,30		
DIGITAL	1697,85		
DIGITAL	1709,40		
DIGITAL	1720,95		
DIGITAL	1732,50		
DIGITAL	1744,05		
DIGITAL	1755,60		
DIGITAL	1767,15		
DIGITAL	1778,70		
DIGITAL	1790,25		
DIGITAL	1801,80		
DIGITAL	1813,35		
DIGITAL	1824,90		
DIGITAL	1836,45		
DIGITAL	1848,00		
DIGITAL	1859,55		
DIGITAL	1871,10		
DIGITAL	1882,65		
DIGITAL	1894,20		
DIGITAL	1905,75		
DIGITAL	1917,30		
DIGITAL	1928,85		
DIGITAL	1940,40		
DIGITAL	1951,95		
DIGITAL	1963,50		
DIGITAL	1975,05		
DIGITAL	1986,60		
DIGITAL	1998,15		
DIGITAL	2009,70		
DIGITAL	2021,25		
DIGITAL	2032,80		
DIGITAL	2044,35		
DIGITAL	2055,90		
DIGITAL	2067,45		
DIGITAL	2079,00		
DIGITAL	2090,55		
DIGITAL	2102,10		
DIGITAL	2113,65		
DIGITAL	2125,20		
DIGITAL	2136,75		
DIGITAL	2148,30		
DIGITAL	2159,85		
DIGITAL	2171,40		
DIGITAL	2182,95		
DIGITAL	2194,50		
DIGITAL	2206,05		
DIGITAL	2217,60		
DIGITAL	2229,15		
DIGITAL	2240,70		
DIGITAL	2252,25		
DIGITAL	2263,80		
DIGITAL	2275,35		
DIGITAL	2286,90		
DIGITAL	2298,45		
DIGITAL	2310,00		
DIGITAL	2321,55		
DIGITAL	2333,10		
DIGITAL	2344,65		
DIGITAL	2356,20		
DIGITAL	2367,75		
DIGITAL	2379,30		
DIGITAL	2390,85		
DIGITAL	2402,40		
DIGITAL	2413,95		
DIGITAL	2425,50		
DIGITAL	2437,05		
DIGITAL	2448,60		
DIGITAL	2460,15		
DIGITAL	2471,70		
DIGITAL	2483,25		
DIGITAL	2494,80		
DIGITAL	2506,35		
DIGITAL	2517,90		
DIGITAL	2529,45		
DIGITAL	2541,00		
DIGITAL	2552,55		
DIGITAL	2564,10		
DIGITAL	2575,65		
DIGITAL	2587,20		
DIGITAL	2598,75		
DIGITAL	2610,30		
DIGITAL	2621,85		
DIGITAL	2633,40		
DIGITAL	2644,95		
DIGITAL	2656,50		
DIGITAL	2668,05		
DIGITAL	2679,60		
DIGITAL	2691,15		
DIGITAL	2702,70		
DIGITAL	2714,25		
DIGITAL	2725,80		
DIGITAL	2737,35		
DIGITAL	2748,90		
DIGITAL	2760,45		
DIGITAL	2772,00		
DIGITAL	2783,55		
DIGITAL	2795,10		
DIGITAL	2806,65		
DIGITAL	2818,20		
DIGITAL	2829,75		
DIGITAL	2841,30		
DIGITAL	2852,85		
DIGITAL	2864,40		
DIGITAL	2875,95		
DIGITAL	2887,50		
DIGITAL	2899,05		
DIGITAL	2910,60		
DIGITAL	2922,15		
DIGITAL	2933,70		
DIGITAL	2945,25		
DIGITAL	2956,80		
DIGITAL	2968,35		
DIGITAL	2979,90		
DIGITAL	2991,45		
DIGITAL	3003,00		
DIGITAL	3014,55		
DIGITAL	3026,10		
DIGITAL	3037,65		
DIGITAL	3049,20		
DIGITAL	3060,75		
DIGITAL	3072,30		
DIGITAL	3083,85		
DIGITAL	3095,40		
DIGITAL	3106,95		
DIGITAL	3118,50		
DIGITAL	3130,05		
DIGITAL	3141,60		
DIGITAL	3153,15		
DIGITAL	3164,70		
DIGITAL	3176,25		
DIGITAL	3187,80		
DIGITAL	3199,35		
DIGITAL	3210,90		
DIGITAL	3222,45		
DIGITAL	3234,00		
DIGITAL	3245,55		
DIGITAL	3257,10		
DIGITAL	3268,65		
DIGITAL	3280,20		
DIGITAL	3291,75		
DIGITAL	3303,30		
DIGITAL	3314,85		
DIGITAL	3326,40		
DIGITAL	3337,95		
DIGITAL	3349,50		
DIGITAL	3361,05		
DIGITAL	3372,60		
DIGITAL	3384,15		
DIGITAL	3395,70		
DIGITAL	3407,25		
DIGITAL	3418,80		
DIGITAL	3430,35		
DIGITAL	3441,90		
DIGITAL	3453,45		
DIGITAL	3465,00		
DIGITAL	3476,55		
DIGITAL	3488,10		
DIGITAL	3499,65		
DIGITAL	3511,20		
DIGITAL	3522,75		
DIGITAL	3534,30		
DIGITAL	3545,85		
DIGITAL	3557,40		
DIGITAL	3568,95		
DIGITAL	3580,50		

MS/DATASUS

## HOSPITAL REGIONAL DE LAGARTO

No. DO BE: 357329  
CNS:DATA: 13/08/2016 HORA: 15:06 USUARIO: ANA  
SETOR: 01 - CLASSIFICACAO DE RISCO

## IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME : ERCILIO DE OLIVEIRA DA SILVA JUNIOR  
IDADE.....: 20 ANOS NASC: 09/06/1996  
ENDERECO.....: RUA ALICE OLIVEIRA  
COMPLEMENTO....: CASA BAIRRO:  
MUNICIPIO.....: FREI PAULO UF: SE CEP....:  
NOME PAI/MAE...: ERCILIO DE OLIVEIRA DA SILVA /JOSIENE SANTOS DE OLIVEIRA  
RESPONSAVEL....: O PROPRIO TEL....: 999896414  
PROCEDENCIA....: LAGARTO  
ATENDIMENTO....: OUTROS  
CASO POLICIAL.: NAO PLANO DE SAUDE.....: NAO TRAUMA: NAO  
ACID. TRABALHO: NAO VEIO DE AMBULANCIA: NAO

DOC....: 2142940480  
SEXO...: MASCULINO  
NUMERO: 64

PA: [ X ] mmHg ] PULSO: [ ] TEMP.: [ ]

EXAMES COMPLEMENTARES: [ ] RAIO X [ ] SANGUE [ ] URINA [ ] TC  
[ ] LIQUOR [ ] ECG [ ] ULTRASSONOGRAFIA

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

## DADOS CLINICOS:

Paciente com trauma em joelho contuso. Trauma TC.  
fx de platô tibial (supra) com sua deriva  
CD - Rte conservado  
- tela gessada por 30 dias

DIAGNOSTICO:

CID:

PRESCRICAO

HORARIO DA MEDICACAO

DATA DA SAIDA: 13/08/16

HORA DA SAIDA: :

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

[ ] DESISTENCIA

TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):

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

[ ] FAMILIA [ ] IML [ ] ANAT. PAT

Assinatura do Paciente/Responsável

Dr. Wagner Lucena  
Ortopedia e Traumatologia  
ASSINATURA DO MEDICO



Semedi

Paciente: **ERCILIO DE OLIVEIRA DA SILVA JUNIOR**

Data de Nascimento: 09/06/1996

Data do Exame: 12/08/2016

Procedência: Emergência

Nº do Paciente:

1119562

Solicitante:

Nº do Exame: 1119562

Sexo:

Convênio:

## **TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO JOELHO ESQUERDO**

### **TÉCNICA:**

Exame realizado com cortes axiais sem injeção venosa do contraste iodado.

### **RESULTADO:**

Fratura cominutiva da área intercondilar da tíbia, com extensão articular. Derrame articular com presença de conteúdo denso, sugerindo sangue. Infiltração líquida dos planos músculo-adiposos do joelho. Relações articulares preservadas.

### **CONCLUSÃO:**

Fratura cominutiva da área intercondilar da tíbia, com extensão articular. Derrame articular com presença de conteúdo denso, sugerindo sangue. Infiltração líquida dos planos músculo-adiposos do joelho.

Assinado Eletronicamente por: Dra. Cristiane Carvalho | CRM - 870250-RJ através de Telelaudo Tecnologia Médica Ltda | CRM ES-1964-55 em Laudo Radiológico Criado em 13/08/2016 13:03:12 GMT -3 (Brasília Time)

Este documento contém informações de saúde identificáveis que são objeto de proteção legal. Esta informação destina-se ao uso exclusivo da instituição mencionada acima. Este é um exame complementar à consulta clínica. Descrições e hipóteses diagnósticas aqui contidas não devem ser analisadas isoladamente, mas correlacionadas com as demais informações (anamnese, exame físico e outros exames) pelo médico/dentista do paciente, a quem compete, exclusivamente, concluir o diagnóstico e decidir a conduta a ser seguida. O relator se coloca à disposição do médico/dentista para quaisquer esclarecimentos necessários.

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

MINISTÉRIO DAS CIDADES

DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO

CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

SE

1744076548

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

Nome

ERCILIO DE OLIVEIRA DA SILVA JUNIOR



DOC. IDENTIDADE / ORIG. EMISSOR/AE

2142940480 SSP BA

CPF

064.497.075-85

DATA NASCIMENTO

09/06/1996

Função

ERCILIO DE OLIVEIRA DA SILVA

JOSIENE SANTOS DE OLIVEIRA

PERMISSÃO

AD

1ª REGISTRO

06240238422

VALIDADE

18/07/2023

1ª HABILITAÇÃO

21/11/2014

CRÉDITOS

EAR:

Assinatura do Portador

*ERCILIO DE OLIVEIRA DA SILVA JUNIOR*

LOCAL

ARACAJU, SE

DATA DE EMISSÃO

12/09/2018

Assinatura do Emissor

*Victória Presante*

Luciana Cândida Dantas (Chamado de Mito)

55820118664

SE021098905

SERGIPE