

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

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

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

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 **Data do acidente:** 13/08/2016 **Seguradora:** AMERICAN LIFE
JUNIOR 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 EVIDENCIAM 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 **Data do acidente:** 13/08/2016 **Seguradora:** AMERICAN LIFE
JUNIOR 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 EVIDENCIAM 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:

Enaílio de Oliveira da Silva Júnior

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

Nome completo:

Enaílio de Oliveira da Silva Júnior

CPF:

064.497.075-85

Profissão:

autônomo

Endereço:

Conjunto Conde Jardim Ipiranga Fazenda

Número:

00

Bairro:

Patelândia

Cidade:

Frei Paulo

Estado:

SC

CEP:

49514-000

E-mail:

Tel.(DDD):

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

RENDIMENTO MENSAL:

RECUSO INFORMAR ATÉ R\$1.000,00

R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00

R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

SEM RENDA

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

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(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 atende 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) Divorciado 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: Vivos: _____ Falecidos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

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, Fui Paulo - SE, 20 de março de 2019
Nome: Enaílio de Oliveira da Silva Júnior
CPF: 064.497.075-85

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

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:() 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:() 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: RIBEIRÓPOLIS Data de nascimento: 09/06/1996 Sexo: Masculino Cor da cutis: 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

,Ultima Alteração: 15/03/2019 às 10:49.

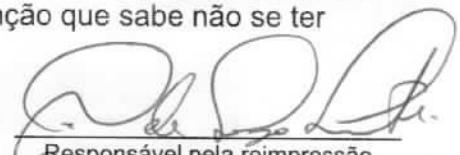
OBS.: As informações noticiadas pelo declarante/vítima são de sua inteira responsabilidade,

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 Júnior

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:

Enaílio de Oliveira da Silva Júnior

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

Nome completo:

Enaílio de Oliveira da Silva Júnior

CPF:

064.497.075-85

Profissão:

autônomo

Endereço:

Conjunto Conde Jardim Ipiranga Fazenda

Número:

00

Bairro:

Patelândia

Cidade:

Frei Paulo

Estado:

SC

CEP:

49514-000

E-mail:

Tel.(DDD):

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

RENDIMENTO MENSAL:

RECUSO INFORMAR ATÉ R\$1.000,00

R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00

R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

SEM RENDA

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

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(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 atende 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) Divorciado 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: Vivos: _____ Falecidos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

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, Fui Paulo - SE, 20 de março de 2019
 Nome: Enaílio de Oliveira da Silva Júnior
 CPF: 064.497.075-85

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

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

Gy

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
 NOME PAI/MAE : ERCILIO DE OLIVEIRA DA SILVA / JOSIENE SANTOS DE OLIVEIRA
 RESPONSAVEL : O PROPRIO
 PROCEDENCIA : LAGARTO
 ATENDIMENTO : OUTROS
 CASO POLICIAL : NAO
 ACID. TRABALHO: NAO

PLANO DE SAUDE : NAO
 VEIO DE AMBULANCIA: NAO

UF: SE CEP: -
 NUMERO: 64
 TEL: 999896414

DOC.: 2142940480
 SEXO: MASCULINO

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 na perna direita. Trauma TC.
 Frx de plato tibial (metatarso) com deslocamento
 CO: - Frx conservado
 - Tela grande p/ 30 dias

DIAGNOSTICO:

CID:

PRESCRICAO

HORARIO DA MEDICACAO

DATA DA SAIDA: 13/08/16
 ALTA: [] DECISAO MEDICA [] A PEDIDO [] EVASAO [] DESISTENCIA
 [] ENCAMINHADO AO AMBULATORIO
 INTERNACAO NO PROPRIO HOSPITAL (SETOR): -

HORA DA SAIDA: :
[] DESISTENCIATRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):
OBITO: [] ATE 48HS [] APOS 48HS

[] FAMILIA [] IML [] ANAT. PAT

Dr. Wagner Lucena

Ortopedia e Traumatologia

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSAVEL

ASSINATURA CRM/SE 4255 MEDICO



Semedi

Paciente: **ERGILIO 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
C/JOAO CONEZO LIMA FEITOSA, 51N - PORTELINHA
FREI PAULO / SE CEP: 49514-000 (AG. 30)

Emissão: 21/01/2019 Referência: Jan / 2019
Classe/Subclasse: RESIDENCIAL / BAIXA PENDA MONOFASICO
Rotativo: 15 - 20 - 345 - 4345 IP medidor: WST335754-57

energisa

E. VENDEHAG SEPROFESSORI PT ENERGIA SA
Rua Minas Gerais, 80 - Centro - 39000-0000
Atendimento: 000-11-270707438
E-mail: 000-11-27014585792
Fax: para D.E.B. Aut. amarrado: 000-11-63588

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

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RANI
Jan / 2019	24/01/2019	22/02/2019	037.133.636-30

UC (Unidade Consumidora):

3/1115298-8

Canal de contato

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data	Leritura	Data	Leritura	

CÓD	Descrição	Demonstrativo						Código (R\$)		
		Consumo	Tarifa	Valor	Base	Outras	Ajuste	Alt. Base	Alt. Tarifa	
0001	Consumo 00 a 500KWh-BR	30.000	0,429300	7.500	75.00	0,00	0,00	75.00	0,00	3.25
0001	Consumo 31 a 1000KWh-BR	70.000	0,429190	30.00	30.00	0,00	0,00	30.00	0,00	1,43
0001	Consumo >101 a 2000KWh-BR	15.000	0,429200	2.43	2.43	0,00	0,00	2.43	0,00	1,43
0010	Subsídio			37,75	37,75	0,00	0,00	37,75	0,00	1,75
LACRAMENTOS E SERVIÇOS										
0004	JUROS DE MORA 11/2018		0,44	0,02	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0004	JUROS DE MORA 12/2018		0,14	0,02	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0005	MULTA 11/2018		1,07	1,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0005	MULTA 12/2018		0,92	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0006	Devolução Subsídio		36,75	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00	1,75

CC1: Código de Classificação do Item TOTAL: 80,00% (20,00%)

Média últimos meses (kWh)	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
65	31/01/2019	R\$ 58,05

Histórico de Consumo (kWh)

9440.8fe4 2aa8 61f3 8063 8c28 d - 3 -

Indicadores de Qualidade

	Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)	
IC MENSAL	5,79	0,00	NOMINAL	127
IC TRIMESTRAL	11,58			
IC ANUAL	23,16			
OC MENSAL	10,39	0,00	CONTRATADA	117
OC TRIMESTRAL	17,72		LIMITE INFERIOR	
OC ANUAL	35,45		LIMITE SUPERIOR	
OCIC	23,37	0,00		130

ATENÇÃO

- Sua transação foi faturada como Bala e Fim do seu 1º mês de uso do cartão de R\$100,00. Atenciosamente, a responsabilidade é da sua operadora.

Environ Monit Assess

- Sua unidade foi futurada como Banks Revolving Fund, com um financiamento de R\$ 25,44 Até o dia 27 de setembro de 2010.

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

Gy

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
 NOME PAI/MAE : ERCILIO DE OLIVEIRA DA SILVA / JOSIENE SANTOS DE OLIVEIRA
 RESPONSAVEL : O PROPRIO
 PROCEDENCIA : LAGARTO
 ATENDIMENTO : OUTROS
 CASO POLICIAL : NAO
 ACID. TRABALHO: NAO

PLANO DE SAUDE : NAO
 VEIO DE AMBULANCIA: NAO

UF: SE CEP: -
 NUMERO: 64
 TEL: 999896414

DOC.: 2142940480
 SEXO: MASCULINO

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 na perna direita. Trauma TC.
 Frx de plato tibial (metatarso) com deslocamento
 CO: - Frx conservado
 - Tela grande p/ 30 dias

DIAGNOSTICO:

CID:

PRESCRICAO

HORARIO DA MEDICACAO

DATA DA SAIDA: 13/08/16
 ALTA: [] DECISAO MEDICA [] A PEDIDO [] EVASAO [] DESISTENCIA
 [] ENCAMINHADO AO AMBULATORIO
 INTERNACAO NO PROPRIO HOSPITAL (SETOR): -

HORA DA SAIDA: :
[] DESISTENCIATRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):
OBITO: [] ATE 48HS [] APOS 48HS

[] FAMILIA [] IML [] ANAT. PAT

Dr. Wagner Lucena

Ortopedia e Traumatologia

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSAVEL

ASSINATURA CRM/SE 4255 MEDICO



Semedi

Paciente: **ERGILIO 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.

