	<p>Protocolo Nº 20190701163104449</p> <p>Sua solicitação foi enviada à Frei Paulo da Comarca de FREI PAULO em 01/07/2019 16:31 por KELLY CHRYSTIAN SILVA MENENDEZ, OAB 2592##SE.</p>
---	--

DADOS DO PROTOCOLO

Tipo de Protocolo: PETICIONAMENTO GERAL - Outras Petições

Processo: 201968000697

Classe: Procedimento Comum

Dados do Processo Origem		
Número 201968000697	Classe Procedimento Comum	Competência Frei Paulo
Guia Inicial 201911300436	Situação ANDAMENTO	Distribuido Em: 13/05/2019

Partes		
Tipo	CPF	Nome
Requerente	06449707585	ERCILIO DE OLIVEIRA DA SILVA JUNIOR
Requerido	09248608000104	SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DE SEGURO DPVAT

Anexos		
	Nome	Tipo
1	2610308_ELABORAR JUNTADA DE DOCS_01.pdf	Petição
2	2610308_ELABORAR JUNTADA DE DOCS_Anexo_01.pdf	Outros documentos

ATENÇÃO!

1. Documentos produzidos eletronicamente serão considerados originais, para os efeitos da lei, devendo os originais dos documentos digitalizados ser preservados pelo seu detentor até o trânsito em julgado da sentença ou, quando admitida, até o final do prazo para interposição de ação rescisória.
2. Os documentos cuja digitalização seja tecnicamente inviável devido ao grande volume ou por motivo de ilegibilidade deverão ser apresentados ao cartório ou secretaria no prazo de 10 (dez) dias contados do envio de petição eletrônica comunicando o fato, os quais serão devolvidos à parte após o trânsito em julgado.
3. Ressalvados os casos de sigilo e segredo de justiça, os documentos digitalizados juntados em processo eletrônico somente estarão disponíveis para acesso por meio da rede externa para suas respectivas partes processuais, através dos seus advogados, e para o Ministério Público.
4. Caso haja impedimento para o registro do processo eletrônico pelo Juízo, a solicitação será devolvida ao Portal do patrono solicitante (advogado, defensor público ou promotor de justiça), a fim de que possa ser submetido à regularização.
5. Atualize o seu e-mail para o Sistema Push. Este serviço promove o envio de correspondência eletrônica, dando-lhe informações sobre o andamento dos processos ajuizados por Vossa Senhoria. Se for caso de vinculação posterior a processos, o cadastro deverá ser realizado através do Portal TJSE.

Imprimir



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA ÚNICA VARA CÍVEL DA COMARCA DE FREI PAULO/SE

Processo: 201968000697

SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A, previamente qualificada nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada por seus advogados que esta subscrevem, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **ERCILIO DE OLIVEIRA DA SILVA JUNIOR**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem respeitosamente, à presença de V. Exa., requerer que seja determinada a juntada do incluso processo administrativo pertinente ao processo em comento.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

FREI PAULO, 28 de junho de 2019.

JOÃO BARBOSA
OAB/SE 780-A

KELLY CHRYSTIAN SILVA MENENDEZ
2592 - OAB/SE

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 Fátora 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 pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não
Vivos: _____ Falecidos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ 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, Fri Paulo - SE, 20 de março de 2019
Nome: Erailto de Oliveira da Silva Junior
CPF: 064.497.075-85

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Erailto de Oliveira da Silva Junior
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura: _____
2ª | 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: 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.

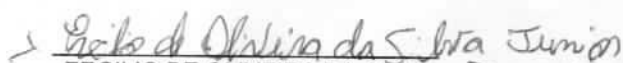
Data e hora da comunicação: 23/01/2017 às 15:37

Responsável pela Alteração: Pedro Ralin Pires

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.

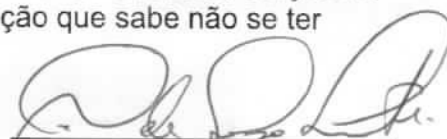


ERCILIO DE OLIVEIRA DA SILVA
JUNIOR

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 pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não
Vivos: _____ Falecidos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ 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, Fri Paulo - SE, 20 de março de 2019
Nome: Erailto de Oliveira da Silva Junior
CPF: 064.497.075-85

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Erailto de Oliveira da Silva Junior
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura: _____
2ª | 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

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 (superior) com fratura distal
CD - fratura conservada
- tala 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/RESPONSAVEL

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/Subsistema: RESIDENCIAL / BAIXA RENDA MONOFÁSICO
Roteiro: 15 - 20 - 345 - 434E Nº medidor: V5026764157



ENERGISA SERGIPE S/A
Rua Milton Lima, 100 - Fátima - São Paulo
Roteiro: 15 - 20 - 345 - 434E
Nº medidor: V5026764157
Nota Fiscal: 00011163508
Id. para Dct. Aut. unificada: 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 26 de abril de 2002.

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data: 26/12/18 Leitura: 511	Data: 24/01/19 Leitura: 521		110	28
Demonstrativo				
CC1 Descrição	Quantidade	Tarifa	Valor Base	Valor
0801 Consumo - 31 a 100 kWh-BR	30.000	0,005200	1,56	1,56
0801 Consumo - 31 a 100 kWh-BR	70.000	0,00429130	2,99	2,99
0801 Consumo - 101 a 220 kWh-BR	10.000	0,00437000	4,37	4,37
0810 Subsídio	31,55	31,55	31,55	31,55
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS				
0804 JUROS DE MORA 11/2018	0,44	0,00	0,44	0,44
0804 JUROS DE MORA 12/2018	0,34	0,00	0,34	0,34
0805 MULTA 11/2018	1,07	0,00	1,07	1,07
0805 MULTA 12/2018	0,92	0,00	0,92	0,92
0806 Devolução Subsídio	36,16	0,00	36,16	36,16

CCI Código de Classificação do Item: TOTAL 58,55 51,71 20,42 51,71 0,83 3,69

Média últimos meses (kWh) 58
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 ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
DIGITAL	5,79	0,00	
DIGITAL TRIMESTRAL	11,58		
DIGITAL ANUAL	23,15		
DIGITAL TRIMESTRAL	3,28	0,00	
DIGITAL ANUAL	13,12		
DIGITAL TRIMESTRAL	13,12	0,00	
DIGITAL ANUAL	13,12		
DIGITAL TRIMESTRAL	13,12	0,00	
DIGITAL ANUAL	13,12		

Confirmação de Consumo

Discriminação	Valor (R\$)	%
Valor de Consumo	58,05	100,00
Valor de Consumo	58,05	100,00
Valor de Consumo	58,05	100,00
Valor de Consumo	58,05	100,00
Valor de Consumo	58,05	100,00
Valor de Consumo	58,05	100,00
Valor de Consumo	58,05	100,00
Valor de Consumo	58,05	100,00
Valor de Consumo	58,05	100,00
Valor de Consumo	58,05	100,00

ATENÇÃO

- Sua unidade foi faturada com Base Renda, tendo um desconto de R\$ 26,14.
Atenção: A responsabilidade por atualização pública é da Prefeitura da municipalidade.
- Leitura confirmada.

Faturas em atraso

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 (superior) com leve desvio
CD: - fratura conservada
- tela girada 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/RESPONSAVEL

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.

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTERIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACAO

SE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1744076548

Nome
ERCILIO DE OLIVEIRA DA SILVA JUNIOR

DOC. IDENTIDADE / ORIG. EMISSOR / AF
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

CRISTALIZAÇÃO

EAR:

Assinatura do Portador
Assinatura do Emissor

LOCAL
ARACAJU, SE

DATA DE EMISSÃO
12/09/2018

55820118664
SE021098905

SENGIPE

CONFIRMAR