



**Poder Judiciário
Do Estado de Sergipe**

ITABAIANINHA DA COMARCA DE ITABAIANINHA
Rua Dr. Francisco Severo, Bairro Centro, Itabaianinha/SE, CEP 49290000
Horário de Funcionamento: 07:00 às 13:00

Dados do Processo

Processo: 201970002768	Distribuição: 29/11/2019
Número Único: 0002780-68.2019.8.25.0035	Competência: Itabaianinha
Classe: Procedimento Comum	Fase: POSTULACAO
Situação: Andamento	Processo Principal: *****
Processo Origem: *****	

Assuntos

- DIREITO CIVIL - Responsabilidade Civil - Seguro Obrigatório - Invalidez
- DIREITO CIVIL - Responsabilidade Civil - Indenização por Dano Moral - Ato Ilícito

Dados das Partes

Requerente: DEVISON DOS SANTOS NASCIMENTO
Endereço:
Complemento:
Bairro:
Cidade: ITABAIANINHA - Estado: SE - CEP: 49290000
Advogado: ELTON SOARES DIAS 10289/SE
Requerido: SEG LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT
Endereço: RUA SENADOR DANTAS - 5º ANDAR
Complemento: PRÉDIO
Bairro: CENTRO
Cidade: RIO DE JANEIRO - Estado: RJ - CEP: 20031201



**Poder Judiciário
Do Estado de Sergipe**

ITABAIANINHA DA COMARCA DE ITABAIANINHA
Rua Dr. Francisco Severo, Bairro Centro, Itabaianinha/SE, CEP 49290000
Horário de Funcionamento: 07:00 às 13:00

Processos Apensados:

--

Processos Dependentes:

--



Poder Judiciário
Do Estado de Sergipe

ITABAIANINHA DA COMARCA DE ITABAIANINHA
Rua Dr. Francisco Severo, Bairro Centro, Itabaianinha/SE, CEP 49290000
Horário de Funcionamento: 07:00 às 13:00

PROCESSO:

201970002768

DATA:

29/11/2019

MOVIMENTO:

Distribuição

DESCRIÇÃO:

Registro eletrônico de Processo Judicial sob nº 201970002768, referente ao protocolo nº 20191128180905305, do dia 28/11/2019, às 18h09min, denominado Procedimento Comum, de Invalidez, Ato Ilícito.

LOCALIZAÇÃO:

Secretaria

PUBLICAÇÃO:

Sim



**EXCELENTÍSSIMO (A) SENHOR (A) DOUTOR (A) JUIZ (A) DE DIREITO
DA ____ VARA CÍVEL DA ITABAIANINHA/SE.**

DEVISON DOS SANTOS NASCIMENTO, brasileiro, solteiro, lavrador, RG nº 3582331-3 SSP/SE, CPF nº 070.439.055-83, residente e domiciliado a Rua Jose Macedo, nº 17, Bairro Mutirão, Itabaianinha/SE, CEP: 49290-000, vem, através do seu advogado e procurador *in fine*, (procuração anexa), com escritório profissional na Travessa Guaporé, nº 889, bairro América, Aracaju/SE, local onde recebe notificações e intimações, vem, respeitosamente a presença de Vossa Excelência, para propor:

**AÇÃO DE COMPLEMENTAÇÃO DO SEGURO DPVAT C/C PEDIDO DE
DANO MORAL**

em face da **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVATS/A**, pessoa jurídica de direito privado, inscrita com CNPJ nº 09248608/0001-04, com endereço na Rua Senador Dantas, nº 74 - 5º Andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ, CEP: 20.031-201, pelos fatos que a seguir expõe:

**QUANTO À AUDIÊNCIA DE CONCILIAÇÃO (ARTIGO 319,
INCISO VII DO NOVO CPC)**

01. O Requerente opta pela não realização de audiência conciliatória (artigo. 319, inciso VII do novo CPC).

I - DOS FATOS

02. O Requerente foi vítima de um acidente de trânsito quando trafegava na motocicleta Honda CG 125 FAN. Placa policial IAF-3038, o autor perdeu o controle do veículo em uma curva e caiu dentro de um buraco, sofrendo algumas escoriações e fraturando a clavícula, tendo desmaiado acordando no hospital, relato obtido no Boletim de Ocorrência em anexo.

03. O fato do acidente é incontroverso, pois a Requerida reconheceu o acidente e procedeu o pagamento da indenização em virtude das sequelas deixadas pelo acidente, porém em valor inferior ao que deveria ter pago ao Requerente.

04. O Requerente, passou por diversos procedimentos médicos afim de conseguir se recuperar dos problemas causados pelo acidente de transito sofrido como podemos verificar pelos relatórios médicos e prontuários médicos aqui anexados.

05. Como pode ser visto no corpo probatório anexado a esta Exordial, o fato do acidente de trânsito está cabalmente provado, assim como as sequelas deixadas por ele, entretanto, a Requerida pagou a indenização em valor menor do que deveria, como pode ser visto nos prontuários médicos, em especial os Relatórios Médicos Especializados, o acidente causou no Requerente sequelas permanentes, porém, a Requerida pagou a indenização em valor a menor do que deveria, levando em consideração uma perda completa da mobilidade de um dos ombros 25% mais pegou apenas metade do valor da indenização.

06. Conforme se vê no resultado da consulta do sinistro acima mencionado, **a Requerida pagou a indenização no valor de R\$ 1.687,50 (mil seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos), quando deveria ter pago o valor de R\$3.375,00 (três mil trezentos e setenta e cinco reais).**

07. Assim, em virtude da indenização devida ao Requerente ter sido paga em valor inferior ao que de fato faz *jus*, não lhe restou outro meio que não fosse valer-se do Poder Judiciário para resguardar os seus direitos.

II - DO DIREITO

II-I DO DEVER DE INDENIZAR DA REQUERIDA

08. O seguro DPVAT, que é o seguro responsável pelo pagamento da indenização aos que tiveram danos pessoais causados por veículos automotores de via terrestre, instituído pela Lei 6.194/74, é um procedimento simples, e que para fazer a solicitação e pleitear o seguro, basta apenas comprovar o acidente de trânsito e os danos sofridos em decorrência do mesmo, além disso, sequer é preciso comprovar a culpa dos envolvidos, entendimento do artigo 5º da Lei 6.194/74, abaixo transcrito.

“Art . 5º O pagamento da indenização será efetuado mediante simplesprova do acidente e do dano decorrente, independentemente da existência de culpa, haja ou não resseguro, abolida qualquer franquia de responsabilidade do segurado.”
(Grifamos)

09. Já os artigos 3º e 7º da Lei 6.194/74 (abaixo transcritos), estabelecem as regras para o pagamento de seguro e não faz distinção entre os envolvidos no acidente, referindo-se tão somente à pessoa vitimada, o que estende seu alcance a qualquer um que tenha sofrido um acidente de trânsito:

“Art. 3º Os danos pessoais cobertos pelo seguro estabelecido no art. 2o desta Lei compreendem as indenizações por morte, por invalidez permanente, total ou parcial, e por despesas de assistência médica e suplementares, nos valores e conforme as regras que se seguem, por pessoa vitimada

(...)

Art. 7º A indenização por pessoa vitimada por veículo não identificado, com seguradora não identificada, seguro não realizado ou vencido, será paga nos mesmos valores, condições e prazos dos demais casos por um consórcio constituído, obrigatoriamente, por todas as sociedades seguradoras que operem no seguro objeto desta lei.”
(Grifosnosso)

10. Como podemos ver o Requerente esta coberto pela lei e o seu direito a receber o seguro é cristalino, ciente disso, seguiu todos os procedimentos para obter o seguro, juntando toda a documentação necessária, documentos aqui também colacionados, comprovando o acidente de trânsito e os danos sofridos, apesar da Requerida ter reconhecido o acidente, não efetuou o pagamento da indenização no valor que ao Autor faria *jus*, ou seja, pagando a menor.

11. Conforme pode ser comprovado junto às provas aqui colacionadas, nos laudos, nos relatórios, nas fichas médicas e nos exames, o acidente de trânsito, deixou o Requerente com sequelas funcionais permanentes, devendo assim a Requerida, ser condenada a pagar a diferença da indenização paga a menor no valor de R\$ 1.687,50 (mil seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos), referente aos danos deixados pelo acidente de trânsito, esses valores estão de acordo com a tabela anexada pela Lei nº 11.945, de 2009, que estabelece valores para cada membro lesionado.

ANEXO

(Incluído pela Lei nº 11.945, de 2009).
(Produção de efeitos).

(art. 3º da Lei nº 6.194, de 19 de dezembro de 1974)

<i>Danos Corporais Totais</i> <i>Repercussão na Íntegra do Patrimônio Físico</i>	<i>Percentual da Perda</i>
<i>Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores</i>	100
<i>Perda anatômica e/ou funcional completa de ambas as mãos ou de ambos os pés</i>	
<i>Perda anatômica e/ou funcional completa de um membro superior e de um membro inferior</i>	
<i>Perda completa da visão em ambos os olhos (cegueira bilateral) ou cegueira legal bilateral</i>	
<i>Lesões neurológicas que cursem com: (a) dano cognitivo-comportamental</i>	

<i>alienante; (b) impedimento do senso de orientação espacial e/ou do livre</i>	
<i>deslocamento corporal; (c) perda completa do controle esfínteriano; (d)</i>	
<i>comprometimento de função vital ou autonômica</i>	
<i>Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cervicais, torácicos, abdominais, pélvicos ou retro-peritoneais cursando com prejuízos funcionais não compensáveis de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital</i>	
<i>Danos Corporais Segmentares (Parciais)</i> <i>Repercussões em Partes de Membros Superiores e Inferiores</i>	<i>Percentuais das Perdas</i>
<i>Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros superiores e/ou de uma das mãos</i> <i>Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros inferiores</i>	70
<i>Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos pés</i>	50
<i>Perda completa da mobilidade de um dos ombros, cotovelos, punhos ou dedo</i> <i>Polegar</i> <i>Perda completa da mobilidade de um quadril, joelho ou tornozelo</i>	25
<i>Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da</i> <i>Mão</i> <i>Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dos dedos do pé</i>	10
<i>Danos Corporais Segmentares (Parciais)</i> <i>Outras Repercussões em Órgãos e Estruturas Corporais</i>	<i>Percentuais das Perdas</i>
<i>Perda auditiva total bilateral (surdez completa) ou da fonação (mudez completa) ou da visão de um olho</i>	50
<i>Perda completa da mobilidade de um segmento da coluna vertebral exceto o sacral</i>	25
<i>Perda integral (retirada cirúrgica) do braço</i>	10

II-II - O DANO MORAL

12. O Requerente, através de ato praticado pela Requerida, recebeu a indenização a menor do que deveria, mesmo tendo sido juntado no processo administrativo, relatório médico especializado, ou seja, estando o Requerente em conformidade com a lei específica do benefício e preenchido os requisitos para ter acesso a indenização em valor superior àquele pago.

13. Ademais, a conduta praticada pela Requerida de não pagar o supracitado valor devido ao Requerente, além de prejudicá-lo, prejudicou também a sua família, que ficaram sem acesso a uma renda que os ajudariam no custeio de seu tratamento médico necessário para diminuir todas as sequelas decorrentes do acidente. Diante disso, o Código Civil de 2002, em especial nos seus artigos 186, 187 e 927, abaixo transcritos, são bem claros acerca da responsabilidade de quem comete ato ilícito que viola direito e causa dano a outrem.

“Art. 186. Aquele que, por ação ou omissão voluntária, negligência ou imprudência, violar direito e causar dano a outrem, ainda que exclusivamente moral, comete ato ilícito.

Art. 187. Também comete ato ilícito o titular de um direito que, ao exercê-lo, excede manifestamente os limites impostos pelo seu fim econômico ou social, pela boa-fé ou pelos bons costumes.
(...)

Art. 927. Aquele que, por ato ilícito ([arts. 186 e 187](#)), causar dano a outrem, fica obrigado a repará-lo.

Parágrafo único. Haverá obrigação de reparar o dano, independentemente de culpa, nos casos especificados em lei, ou quando a atividade normalmente desenvolvida pelo autor do dano implicar, por sua natureza, risco para os direitos de outrem.”

14. O Requerente, em virtude de não ter recebido o valor exato da indenização que é prevista e garantida por lei, ficou muito frustrado, pois, além de ter sido vítima, sofreu e sofre com as sequelas deixadas pelo acidente, que o limitou permanentemente, mesmo depois de ter juntando todas as provas necessárias não conseguiu receber a quantia que lhe era devida.

15. Além do que, o pagamento da indenização daria a Requerente e a sua família, melhores condições, amenizando suas preocupações com as contas referentes ao seu tratamento de saúde, já que os mesmos são pessoas de baixa renda, inclusive, entendemos ser essa a função da indenização, já que os valores estabelecidos na lei não são altos, servindo tal indenização apenas para o

custeio do tratamento de saúde e ajuda na recuperação do acidentado, tanto é que a SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP e o CONSELHO NACIONAL DE SEGUROS PRIVADOS – CNSP criaram a resolução CNPS nº 14/95, que em seu artigo 10, II, determinou o pagamento de multa, caso a indenização não seja paga em 15 dias, isso para que o acidentado possa usar deste dinheiro em sua recuperação, esse prazo foi prorrogado para 30 dias, pelo 5º, § 1º da Lei 6.194/74, mais não foi retirado o seu caráter de urgência:

Art. 10 – Sem prejuízo de outras penalidades previstas na legislação específica, serão aplicadas às sociedades seguradoras que infringirem disposições da Lei nº 6.194, de 19.12.74, e Lei nº 8.441, de 13.07.92, e das respectivas normas regulamentares, as seguintes penalidades:

(...)

II – multa no valor de R\$ 6.000,00 (seis mil reais), nos casos do não pagamento de indenização do seguro DPVAT, no prazo de 15 (quinze) dias, a contar da apresentação da documentação legalmente exigível.

Art . 5º O pagamento da indenização será efetuado mediante simples prova do acidente e do dano decorrente, independentemente da existência de culpa, haja ou não resseguro, abolida qualquer franquia de responsabilidade do segurado.

§ 1º A indenização referida neste artigo será paga com base no valor vigente na época da ocorrência do sinistro, em cheque nominal aos beneficiários, descontável no dia e na praça da sucursal que fizer a liquidação, no prazo de 30 (trinta) dias da entrega dos seguintes documentos:

(Grifamos)

16. Vale ressaltar, que ao não possibilitar que o Requerente tivesse acesso ao valor devido da indenização, houve agressão ao seu direito e prejuízo direto a pessoa que foi privada dele, além de impedir que o dinheiro da indenização fosse usado no seu tratamento médico, inclusive, esse é o entendimento mais recente do Tribunal de Justiça de Sergipe – TJSE para deferir o dano moral, conforme pode ser visto no julgado abaixo transcrito:

"EMENTA APELAÇÃO CÍVEL - AÇÃO DE COBRANÇA - SEGURO DPVAT - DECISÃO QUE JULGOU PARCIALMENTE PROCEDENTE A AÇÃO - IRRESIGNAÇÃO - RETIFICAÇÃO DE ERRO MATERIAL CONSTANTE NO DECISUM OBJURGADO - MÉRITO - AUSÊNCIA DE PAGAMENTO DO SEGURO - EXISTÊNCIA DE DANOS FÍSICOS AO AUTOR DECORRENTES DO ACIDENTE SOFRIDO - CANCELAMENTO DO SINISTRO PELA SEGURADORA - CONSTRANGIMENTO - IMPOSSIBILIDADE DE UTILIZAÇÃO DO VALOR DO SEGURO NO TRATAMENTO MÉDICO A QUE FORA SUBMETIDO O DEMANDANTE - OCORRÊNCIA DE DANO MORAL - MANUTENÇÃO DO ÔNUS SUCUMBENCIAL - MAJORAÇÃO DOS HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS - RECURSO CONHECIDO E PARCIALMENTE PROVIDO." ACÓRDÃO: 2019541, RECURSO: *Apelação Cível*. PROCESSO: 201800734169 Relator: OSÓRIO DE ARAÚJO RAMOS FILHO, APELANTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DE SEGURO DPVAT S/A, APELADO: SANDRO SANTOS RIBEIRO."

(Grifamos)

17. Diante do exposto, requer que a Requerida seja condenada a pagar ao Requerente indenização por danos morais em valor a ser arbitrado por este juízo, porém, em valor não inferior a R\$10.000,00 (dez mil reais), considerando-se as consequências dos acontecimentos, assim como as condições econômicas da Requerida.

18. Mais uma vez, é importante frisar que, a indenização por danos morais não esta sendo pedida em virtude do não pagamento do prêmio, mas pelas consequências do não pagamento do mesmo e/ou pagamento a menor da indenização, que deixou o Requerente desamparado, sem uma verba importante para custear o seu tratamento médico.

19. Frise-se que, valor menor não irá reparar a ofensa moral sofrida, muito menos vai dissuadir a Ré de tomar as cautelas necessárias, para evitar que cometa novamente atos ilícitos, além de que, o valor é compatível com porte econômico da Requerida e não lhe trará nenhuma dificuldade econômica.

III - DOS PEDIDOS

Diante do acima exposto, o Autor requer a Vossa Excelência:

a) a citação VIA POSTAL da Requerida, no endereço indicado na qualificação, para responder aos termos da presente ação, sob os efeitos da revelia e pena de confissão sobre a matéria fática, com as cominações legais;

b) Que seja a presente demanda julgada antecipadamente, nos moldes previsto pelo Art. 355, inciso I do Código de Processo Civil.

c) Que seja a Requerida condenada a pagar a Requerente a diferença da indenização paga a menor, em virtude do acidente de trânsito narrado acima, no valor de R\$ 1.687,50 (mil seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos), referente aos danos causados em seu membro lesionado, respeitando os valores fixados no art. 3º, alínea II, da Lei no 6.194/74, e na improvável hipótese de Vossa Excelência entender que a limitação não é aquela apontada, que seja a Requerida condenada a pagar ao Requerente indenização no percentual correspondente ao dano causado em seus membros lesionados aferido por qualquer meio de prova produzida nos autos, observando a súmula 474 do STJ e os parâmetros estabelecidos em lei, acrescido de atualização monetária e juros à taxa legal, computada a partir do evento danoso (Súmula 54 STJ) e artigo 5º, § 7º da Lei 6.194/74;

d) Que seja julgada procedente a demanda para condenar a Requerida em danos morais no montante estimado em R\$10.000,00 (dez mil reais), considerando-se as consequências dos acontecimentos, acrescido de atualização monetária e juros à taxa legal computada a partir do evento danoso (Súmula 54 STJ);

e) Requer a condenação em custas processuais, honorários advocatícios e sucumbenciais, sendo estes no montante de 20% sobre o valor da condenação, consoante o artigo 85 do CPC;

REQUER a inversão do ônus probatório, conforme prevê o Código de Defesa do Consumidor, no entanto, protesta provar o alegado por todos os meios de prova admitidos em direito, especialmente pela produção de prova documental, testemunhal (cujo rol declinará oportunamente), depoimentos pessoais, sob pena de confissão, valendo-se o Requerente também das demais provas que se fizerem necessárias no decorrer da instrução processual.

Requer, ainda, a gratuidade judiciária, por ser pessoa de baixa renda, não tendo condições de arcar com às custas e despesas processuais sem prejuízo do sustento próprio.

O Requerente vem informar que não tem interesse na realização de audiência de conciliação, dispensando sua realização desde já.

O valor da causa é R\$11.687,50 (onze mil seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos).

Nestes Termos,

Pede Deferimento.

Aracaju/SE, 28 de novembro de 2019.

ELTON SOARES DIAS

OAB/SE 10.289

PROCURAÇÃO

Outorgante: DEVISON DOS SANTOS NASCIMENTO, brasileiro, solteiro, lavrador, RG: 3582331-3 SSP/SE, CPF: 070.439.055-83, residente e domiciliado à Rua José Macedo, nº 17, Bairro Mutirão, Itabaianinha/SE, CEP: 49290-000.

Outorgado(a): ELTON SOARES DIAS, brasileiro, advogado, inscrito na OAB/SE sob o nº10.289 com endereço na Travessa Guaporé, nº889, bairro Siqueira Campos, Aracaju/SE.

Poderes: por este instrumento particular de procuração, constituo como procurador o outorgado, concedendo-lhes os poderes da cláusula *ad judicium et extra*, para o foro em geral, e especialmente para: **PROPOR** **AÇÃO** **CÍVEL** em face Seguradora Liden, podendo portanto, promover quaisquer medidas judiciais ou administrativas, em qualquer instância, assinar termo, substabelecer com ou sem reserva de poderes, e praticar ainda, todos e quaisquer atos necessários e convenientes ao bom e fiel desempenho deste mandato.

Poderes Específicos: A presente procuração outorga ao Advogado acima descrito, os poderes para receber citação, confessar, reconhecer a procedência do pedido, transigir, desistir, renunciar ao direito sobre o qual se funda a ação, firmar compromisso, pedir justiça gratuita e assinar declaração de hipossuficiência econômica, receber dinheiro ou valores ou bens, passar recibos e dar quitação, requerer adjudicação de bens, oferecer plano de partilha de bens, receber partilha de bens, assinar e receber formais de partilha e alvarás, enfim, representar os interesses e direito do Outorgante,

Os poderes acima outorgados poderão ser substabelecidos com ou sem reserva de iguais poderes.

Aracaju, 27 / maio / 20 19

Devison dos Santos Nascimento
DEVISON DOS SANTOS NASCIMENTO

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 3.582.331-3 DATA DE EXPEDIÇÃO 09/09/2010

NOME
DEVISON DOS SANTOS NASCIMENTO

FILIAÇÃO
JOILSON DOS SANTOS NASCIMENTO
JOSEFA DORIA ALVES DOS SANTOS

NATURALIDADE
ITABAIANINHA-SE DATA DE NASCIMENTO 20/12/1994

DOC ORIGEM
CT. NASCIMENTO NR 22103 LV 033 FL 32

CPF
CART. DIST. COM. ITABAIANINHA/SE

PIS/PASEP

ASSINATURA DO TITULAR

Director do Det. de Ident. Dr. Carlos Menezes

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE SERGIPE
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
COORDENADORIA GERAL DE PERÍCIAS
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO "DR. CARLOS MENEZES"

PO. ELIAS DIHEITO

ASSINATURA DO TITULAR

DEVISON DOS SANTOS NASCIMENTO

CARTEIRA DE IDENTIDADE

Ministério da Fazenda
Receita Federal

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF

Número
070.439.055-83

Nome
DEVISON DOS SANTOS NASCIMENTO

Nascimento
20/12/1994

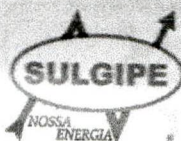
CÓDIGO DE CONTROLE
0147.CAA1.E30E.C439



Emitido pela Secretaria da Receita Federal do Brasil
às 14:48:21 do dia 20/09/2018 (hora e data de Brasília)
dígito verificador: 00

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO





Companhia Sul Sergipana de Eletricidade
Rua Capitão Salomão, 314-Centro Estância/SE
CEP: 49200-000 CNPJ: 13.255.658/0001-96
www.sulgipe.com.br

0800-284-9909

FATURA DE ENERGIA ELÉTRICA

UC / DV

12 03 / 0

JURANDI RODRIGUES DOS SANTOS

R. JOSÉ E MACEDO, 17.

ITABAIANINHA - Itabaianinha/SE - 49 290-000

Medidor: 901293391 - M

Baixa Mutação

Mês de Referência	Consumo kWh	Vencimento	Valor R\$
10/2018	59	30/10/2018	221,11

DADOS CADASTRAIS

CNPJ/CPF: 065 439 965-44
Grupo: B Ligação Monofásico
Classe: RESIDENCIAL - RESIDENCIAL NORMAL
Tensão de Fornecimento (V): 127
Limites adequados de Tensão (V): 117 a 133
LIMITES DAS TENSÕES E FORNECIMENTO CONFORME
ANEXO I DO MODULO 8 - PRODIST
CÓDIGO PARA DÉBITO AUTOMÁTICO: 126893

DADOS DE FATURAMENTO

Apresentação: 03/10/2018
Mês/Ano Faturamento: 10/2018
Leitura atual: (03/10/2018) 143
Leitura anterior: (04/09/2018) 84
Proxima leitura: 05/11/2018
Consumo Medido (kWh): 59
Consumo Diário (kWh): 2,03
Dias de Consumo: 29
Ocorrência do Mês: Lido
Média kWh últimos 12 meses: 84

HISTÓRICO DE CONSUMO - kWh

Mês/Ano	Consumo	Obs	Pagamento	Valor R\$
09/2018	84	Lido	Em aberto	248,46

IDENTIFICAÇÃO

Nota Fiscal / Série:
07.002.1205.006840.04.00.522.560/B
Local de Entrega: 1

COMPOSIÇÃO DA FATURA - R\$

(Art 31, resolução 166/2005 - ANEEL)
Energia: 34,20% 20,04
Distribuição: 26,30% 15,41
Transmissão: 7,30% 4,28
Encargos Setoriais: 7,40% 4,34
Tributos: 24,80% 14,54
Outros: 162,50
TOTAL: 221,11

ITENS FATURADOS

Descrição	Qtde.	Tarifa	Valor(R\$)
CONSUMO	59 x 0,34345 =		20,36
ADIC. BAND. VERMELHA	59 x 0,05000 =		2,91
ICMS			14,05
PIS			0,54
COFINS			2,51

REAVISO DE FATURA VENCIDA

Informamos que até o momento não registramos o pagamento do(s) débito(s) relacionado(s) abaixo.

MÊS/ANO	VALOR
09/2018	R\$ 248,46

Outras cobranças

HISTÓRIA DE UN. CONSUMIDORA	8,89
PARCELAMENTOS	02/03 149,53

Cobranças de terceiros

CIP- Prefeitura Municipal	6,28
---------------------------	------

VENCIMENTO DESTA REAVISO
18/10/2018

O não pagamento dos débitos em aberto no prazo de vencimento deste reaviso sujeita esta unidade consumidora a suspensão do fornecimento de energia elétrica conforme art. 172 da resolução normativa n. 414/2010 da Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL.

TOTAL A PAGAR R\$

221,11

TRIBUTOS	Base de cálculo(R\$)	Alíquota(%)	Valor(R\$)
(Incluídos no valor total)			
ICMS	58,61	25,00	14,65
PIS/PASEP	58,61	0,93	0,54
COFINS	58,61	4,29	2,51

DADOS TÉCNICOS
Inst. transformadora: 1070044
Número do medidor: 901293391
Fator de multiplicação: 1,000
Tipo de ligação: Monofásico

INDICADORES DE CONTINUIDADE

Conjunto: ITABAIANINHA	Referência: 08/2018	MENSAL	TRIMESTRAL	ANUAL
EUSD: 0,00		META DIC: 6,03	0,00	0,00
O consumidor tem o direito de solicitar à distribuidora a apuração dos indicadores DIC, FIC, DMIC e DICRI a qualquer tempo.		APUR DIC: 1,48	0,00	0,00
O consumidor tem direito de receber uma compensação, caso sejam violados os limites de continuidade individuais relativos à unidade consumidora para apuração mensal, tri. e anual.		META FIC: 3,48	0,00	0,00
		APUR FIC: 1,00	0,00	0,00
		META DMIC: 3,54		
		APUR DMIC: 1,48		

RESERVADO AO FISCO: 0747.01E9 BCA9 E2FF 4FC5 A50E 820A 16CC

Res Anel 2395/18 Band Patam 22, vigência 01/06/2018

MENSAGEM

SHISLEY
CORRETORA

19 DEZ. 2018

DPVAT/SE

DECLARAÇÃO

Declaro sob as penas da Lei, que sou pessoa pobre na forma da Lei 1.060/50, não tendo condições de pagar as custas de eventuais despesas do presente processo sem prejuízo de seu sustento próprio e de minha.

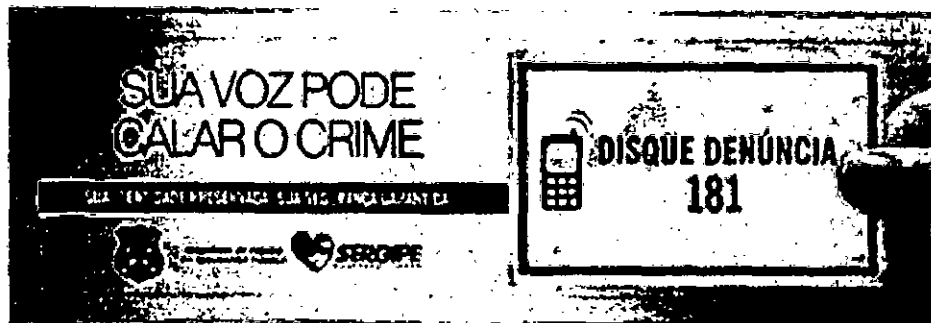
Itabaianinha/SE, 27 de março de 2019


DEVISON DOS SANTOS NASCIMENTO - CPF 070 439 055 83



GOVERNO DO ESTADO DE SERGIPE
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA
SUPERINTENDÊNCIA DA POLÍCIA CIVIL

POLÍCIA ON-LINE



DELEGACIA PLANTONISTA DE ESTÂNCIA

(DELEGACIA DE REGISTRO)

RUA EXPEDICIONÁRIO JOÃO FERREIRA DA SILVA, CENTRO FONE: (78) 3530-3200

Boletim de Ocorrência 2017/06553.0-000654 - Alterado

DELEGACIA RESPONSÁVEL

Nome: DELEGACIA DE POLÍCIA DE ITABAIANINHA

Endereço: RUA DR. JOSÉ VIANA FILHO, CENTRO FONE: (78) 3544-1356

FATO

Natureza: LEI 9.503/97 - DIRIGIR VEICULO SEM HABILITACAO

Data e Hora do Fato: 28/11/2016 - 20:00 até 28/11/2016 - 20:00

Endereço: Número: Complemento: CEP: 49290-000

Bairro: POVOADO ALDEIA Cidade: ITABAIANINHA - SE Circunscrição: DELEGACIA DE POLÍCIA DE ITABAIANINHA

Tipo de local: OUTROS Meio Empregado: OUTRO

Mais informações sobre o endereço: RUA LAURENTINO FURTUOSO NASCIMENTO

VÍTIMA-NOTICIANTE

Nome: DEVISON DOS SANTOS NASCIMENTO

Nome do pai: JOILSON DOS SANTOS NASCIMENTO Nome da mãe: JOSEFA DÓRIA ALVES DOS SANTOS

Pessoa: Física CPF/CGC: 000.000.000-00 RG: 35823313 UF: SE Órgão expedidor:

Naturalidade: ITABAIANINHA Data de nascimento: 20/12/1994 Sexo: Masculino Cor da pele: Parda

Profissão: LAVRADOR Estado civil: Convivente Grau de instrução: 2º Grau Incompleto

Endereço: ÚLTIMA RUA Número: S/N Complemento:

CEP: 49.290-000 Bairro: MUTIRÃO Cidade: ITABAIANINHA UF: SE

Proximidades: Telefone:

SHISLEY
CORRETORA

14 JAN, 2019

DPVAT/SE

HISTÓRICO

Relata o noticiante que no dia e hora acima assinalados sofreu um acidente de motocicleta, HONDA CG 125 FAN, Placa policial IAF-3036, CHASSI 9C2JC30708R199784, RENAVAL 00977082997, cor preta, de propriedade de Jorge Augusto de Oliveira; que retornava da roça com um colega quando perdeu o controle da motocicleta numa curva e caiu dentro de uma 'grotá'; que sofreu escoriações e fraturou a clavícula; que desmaiou e somente acordou no hospital.

Acrescentado por Ronilson dos Santos Leite - 09/01/2019 às 14:22

INFORMA QUE O FATO SE DEU AS 08:00 HORAS E NÃO AS 20:00H COMO FOI INFORMADO ANTERIORMENTE

Data e hora da comunicação: 23/08/2017 às 17:14

Responsável pela Alteração: Ronilson dos Santos Leite

, Última Alteração: 09/01/2019 às 14:18.

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 autódromo, comunicando-lhe a ocorrência de crime ou de contravenção que sabe não se ter verificado: Pena - detenção, de um a seis meses, ou multa.

Ronilson dos Santos Nascimento
DEVISON DOS SANTOS NASCIMENTO
Responsável pela comunicação

Francisco Gerlando Gomes dos Santos
Delegado(a) de Polícia
Responsável pelo registro

Ronilson dos Santos Leite
Responsável pelo procedimento

Ronilson Leite
Escritório de Polícia Judicial

HOSPITAL SÃO LUIZ GONZAGA

28/11/2016 10:15:45

Praça Orlando Ferreira Alves, 101 - Bairro Conveniência - Itabaianinha / SE - CEP 49290-000 - Fone - (73) 3541-1111
CNPJ - 13.098.041/0001-64

PRONTUÁRIO

478.238

Dta. do Atendimento : 28/11/2016 10:15:38

Nome do Paciente : DEVISON SANTOS NASCIMENTO

Dta. Nasc.: 10/12/1994

Nome da Mãe: JOSEFA DORIA ALVES DOS SANTOS

Profissão : LAVRADOR

Sexo : M Est. Civil: S

Responsável :

Grau Parentesco :

Endereço : RUA JOSE ELVINO DE MACEDO, 17

49290000

Bairro : MULTIRAO

Cidade : ITABAIANINHA

UF : SE

RG : 35823313

- SSP

CPF : 07.043.905-58

Cartão SUS : 898003258760568

Telefone Contato : () -

Celular : () -

Médico Responsável : KIM LIMA NASCIMENTO

Josefa Doria Alves dos Santos

Assinatura (Paciente ou Responsável)

FICHA DE URGÊNCIA / EMERGÊNCIA

DATA PRESCRIÇÃO E EVOLUÇÃO HORÁRIO EVOLUÇÃO ENFERMAGEM

① Transferência HOJE 10:53

② Queimadura

Paciente, relato queda de moto há ± 20 horas.

Queimadura de "frente", tipo 1º grau em região da clavícula, com sinais de fratura. Apresenta irritação nos ombros, náusea, dor no abdômen, febre e MIE.

Não houve medicação. PA = 100 x 70 mmHg. *Kim Lima Nascimento*



G. 000 / T. 000 / M. 000

Kim Lima Nascimento
28/11/2016 - Médico
CPF: 44.25 NIP 14023644

HOSPITAL SÃO LUIZ GONZAGA

28/11/2016 10:15:00

Prça Orlando Ferreira Alves, 101 - Bairro Conveniência - Itabaianinha / SE - CEP 44290-000 Fone: (75) 2344-1356
CNPJ - 13.096.041/0001-04

PRONTUÁRIO

478.238

Data do Atendimento : 28/11/2016 10:15:33

Nome do Paciente : DEVISON SANTOS NASCIMENTO

Data Nasc.: 20/12/1994

Nome da Mãe: JOSEFA DORIA ALVES DOS SANTOS

FICHA DE URGÊNCIA / EMERGÊNCIA

DATA PRESCRIÇÃO E EVOLUÇÃO HORÁRIO EVOLUÇÃO ENFERMAGEM

12:05 *Resposta teste de*

Quadriceps e expulso

Transfêrido no ambulatório


Maria Tamires dos Santos
Aux. de Enfermagem
COREN/SE 707.829

12:15 *Ret. Ausa de expulso*

Maria Tamires dos Santos
Aux. de Enfermagem
COREN/SE 707.829

12:30 *Ret. Transferido p/ HUSE*
p/ avaliação clínica

Angela M. M. de Souza
Aux. de Enfermagem
COREN/SE 595022

 Hospital AMPARO DE MARIA	ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE AMPARO DE MARIA ADMINISTRAÇÃO DE PACIENTES Informações Cadastrais	Emissão: Data: 01/12/2016 Hora: 15:40
	Prontuario : 1333 Atendimento : 30295 Data Inter. : 01/12/2016 Hora Inter. : 15:39 Paciente...: DEVISON DOS SANTOS NASCIMENTO Resp.internação : LINDINALVA MATEUS DOS SANTOS RG.....: 35823313 - SSP/SE CPF.: 07043905583 Cartão SUS.....: 898003258760588 Sexo.....: Masculino Estado Civil.: Solteiro(a) Número Cadastral: 21681 Nascimento...: 20/12/1994 Idade.....: 22 ano(s) Filiacao.....: JOILSON DOS SANTOS NASCIMENTO JOSEFA DORIA ALVES DOS SANTOS Natural de: ITABAIANINHA /SE Nacionalidade.....: BRASILEIRO Profissao...: LAVRADOR CEP.....: 49290000 Endereco....: RUA JOSE ALVES DE MACEDO Centro Itabaianinha-SE Nº: 17 Fone.....: Cel.....: (79) 99664-5004	
*** Internacao *** Convenio.....: SUS Guia.(S/N).....: Clinica: CIRUR ORTOPEDICA Médico Solicitante.: JOSE PRADO FEITOSA Médico Responsável.: JOSE PRADO FEITOSA Quarto/Leito.....: Enfer. Masc. Sao Francisco - Leito 04		
*** Referências do Convênio *** Cartão Sus: ...: 898003258760588 Tem Direito a Acompanhante? Sim Opção de Acompanhante? Não		
*** Responsavel *** Nome.....: DEVISON DOS SANTOS NASCIMENTO Parentesco.....: Estado Civil.: Solteiro(a) Naturalidade...: ITABAIANINHA /SE Nacionalidade...: BRASILEIRO C.P.F.....: 07043905583 RG.....: 35823313 - SSP/SE Profissao.....: LAVRADOR Endereco.....: RUA JOSE ALVES DE MACEDO Fone.....:		

01.12.16

Leonardo S. D. Vieira
IP

Leonardo S. D. Vieira
 Coord. Supervisor de
 Radiologia - CTR 00686 T
 HOSPITAL AMPARO DE MARIA



SUS SISTEMA
UNICO
DE SAÚDE

CONAR
CONTROLADORIA, AVALIAÇÃO DE REGULAÇÃO



PREFEITURA MUNICIPAL DE ESTÂNCIA

LAUDO MÉDICO PARA EMISSÃO DE AIH

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Nº DO PRONTUÁRIO 21681	Nº DO LAUDO	Nº DO LAUDO SUPLEMENTAR	Nº DO CARTÃO SUS 898003258760
---------------------------	-------------	-------------------------	----------------------------------

DADOS DO ATENDIMENTO DA UNIDADE DE SAÚDE

UNIDADE DE ORIGEM HOSPITAL REGIONAL AMPARO DE MARIA	CÓDIGO DA UNIDADE	CNPJ 13.258.637/0001-24
UNIDADE DE DESTINO SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE	CÓDIGO DA UNIDADE	CNPJ

DADOS DO PACIENTE

NOME DO(A) PACIENTE Mariana dos Santos Vasconcelos	DATA DO NASCIMENTO 08/12/1997
NOME DA MÃE Roseane Pereira Alves dos Santos	SEXO Masculino <input type="checkbox"/> Feminino <input checked="" type="checkbox"/>
NATURALIDADE (CIDADE/UF) Maceió/AL	DOC. DE IDENTIFICAÇÃO / ÓRGÃO EMISSOR
ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO) Rua José Alves de Macedo, 7	MUNICÍPIO ONDE RESIDE Maceió/AL
	CEP 54290

DADOS DA INTERNAÇÃO

INTERNAÇÃO	HORÁRIO DA INTERNAÇÃO Hs. Min.	CARÁTER <input type="checkbox"/> URG. <input type="checkbox"/> ELETIVA	TIPO	Nº DO LEITO	ENFERM	CPF DO DIRETOR CLÍNICO
------------	-----------------------------------	---	------	-------------	--------	------------------------

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Paciente el. dos + extern. + dor no abd. + reg. e claudicação D após trauma - devido à queda de motocicleta. Apresenta incômodo durante o uso

CONDIÇÕES JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Necessidade de tratamento cirúrgico

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS

Rx clavicular - evidenciando fratura

AGNÓSTICO INICIAL (SUSPEITA DIAGNÓSTICA)

Fratura clavicular D el. de leve

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Tratamento cirúrgico de fratura

CID 10 (do diagnóstico final)

S420

DIAGNÓSTICO FINAL (Responsabilidade do Médico que acompanha o paciente)

Fratura clavicular D el. de leve

DATA DA EMISSÃO DO LAUDO

01/12/2016

CPF DO MÉDICO QUE SOLICITA O PROCEDIMENTO

116743525-94

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO:

0403010150

MÉDICO QUE SOLICITA INTERNAÇÃO (ASSINATURA / CARIMBO)

Assumo integralmente responsabilidade pela veracidade das informações e dados apostos neste laudo, sob pena das sanções legais.

CLÍNICAS

- ☐ 1-CIRURGIA ☐ 4-CUIDADO PROLONGADOS
☐ 2-OBSTÉTRA ☐ 5-PSIQUIÁTRIA ☐ 7-PEDIÁTRIA
☐ 3-CLÍNICA MÉDICA ☐ 6-TISIOPNEUMO ☐ 8-REABILITAÇÃO

SIS / PRÉ-NATAL

Nº DE CADASTRAMENTO DA GESTANTE

Nº DO CÓDIGO DE PROCEDIMENTO

RESPONSABILIDADE DO CONAR

PROBLEMA

SIM

NÃO

SITUAÇÃO DO LAUDO

☐ APROVADO ☐ REJEITADO

☐ MUDAR O CÓDIGO DE PROCEDIMENTO PARA

MÉDICO SUPERVISOR
(ASSINATURA / CARIMBO)

MÉDICO AUTORIZADOR
(ASSINATURA / CARIMBO)

CPF / MÉDICO AUTORIZADOR

MÉDICO COORDENADOR DO SERVIÇO
(ASSINATURA / CARIMBO)



p. 24

PACIENTE: DAVISON SANTOS NASCIMENTO

DIAGNÓSTICO PRÉ OPERATÓRIO: FRATURA DA CLAVÍCULA DIREITA COM DESVIO

CIRURGIA REALIZADA: TRATAMENTO CIRURGICO COM FIXAÇÃO DA FRATURA

CIRURGIÃO: JOSÉ PRADO FEITOSA

AUXILIARES:

ANESTESIOLOGISTA: DR. _____

ANESTESIA: BLOQUEIO _____

DIAG. PÓS-OPERATÓRIO: O MESMO

DESCRIÇÃO DO ATO CIRURGICO

1 - FEITO ASSEPSIA E COLOCADO CAMPOS CIRURGICOS

2 - INCISÃO E ABORDAGEM DA FRATURA POR PLANOS

3 - REDUÇÃO CIRURGICA DA FRATURA

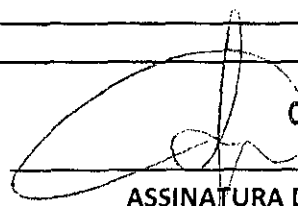
4 - FIXAÇÃO DA FRATURA

5 - SUTURA DA FERIDA CIRURGICA POR PLANOS

6 - CURATIVO

02 / 12 / 2016

DATA



José Prado Feitosa
Ortopedia e Traumatologia
CRM: 1038 - RQE 2891

ASSINATURA DO CIRURGIÃO

Associação Beneficência Amparo de Maria



HOSPITAL AMPARO DE MARIA

Estância-Sergipe

FICHA DE ANESTESISTA

ANESTESIA

N. REGISTRO

N. INTERNAMENTO

NOME

DATA

ENF.

QUARTO

LEITO

SEXO

COR

IDADE

OPERADOR

AUXILIARES

DIAG. PREOP.

DIAG. POSOP.

OP. PROPOST.

PREMEDICAÇÃO

HORA

RESULTADO

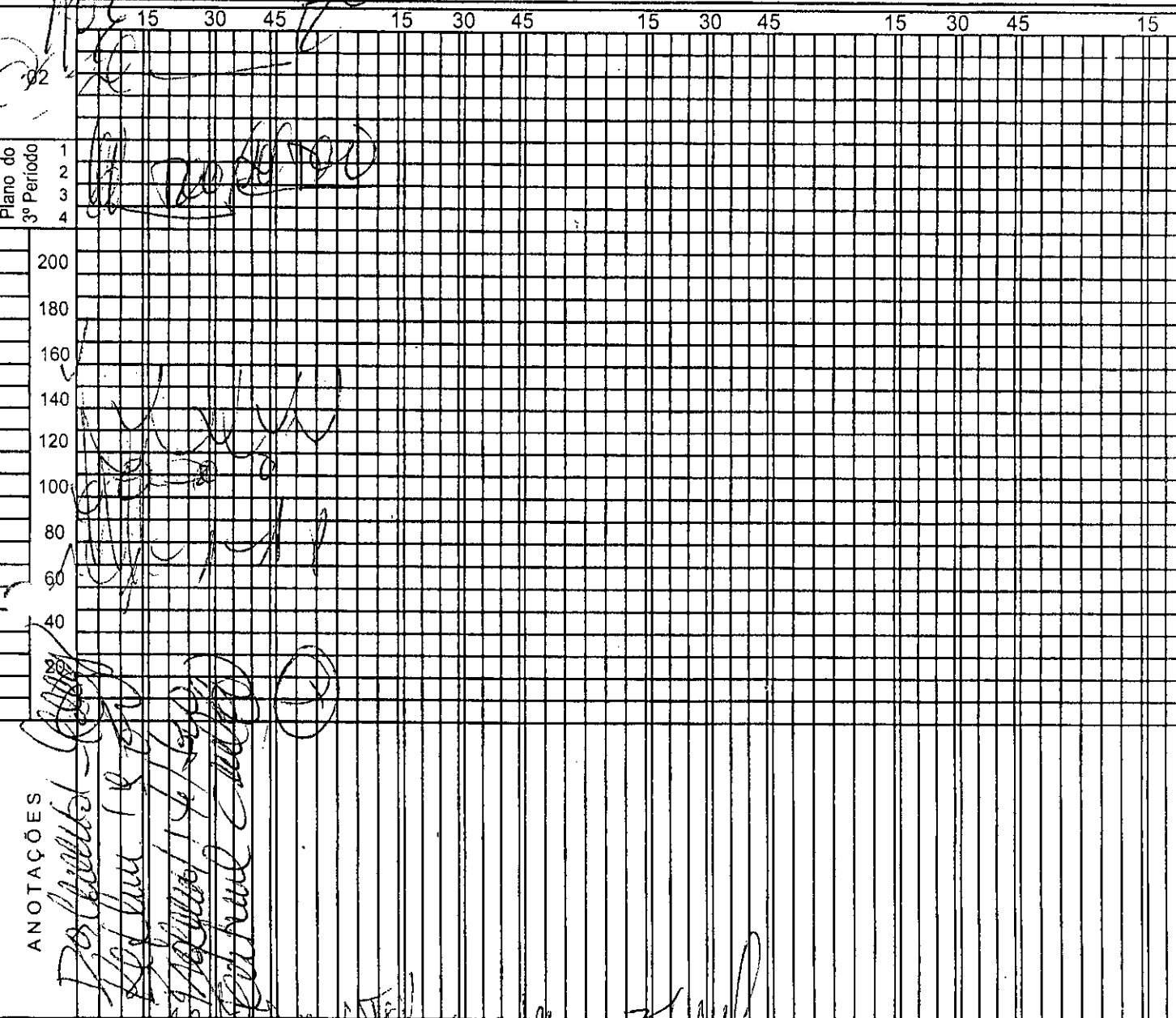
INÍCIO ANEST.

INÍCIO OD.

ALTURA ANEST.

RISCO OPERATÓRIO

ESTADO RISCO - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7



Agente Anestésico

Técnico

Aparelho

Indução

Posição

Local punção

Líquido retirado

Técnica

Posição após

Posição operatório

Resultado: E R

Duração da operação

Duração da Anestesia

Conferência

Nota de Medc./Mat. Sala de Cirurgia

Data 02/12/16 Hora Início 11:05 Fim 15:30 Classe Sus

Nome do Paciente Devilson dos Santos Maximino

Operação Fratura de Ombreira

Médico Dr. O. Prado Anestesia Rolapex

Mat. Cirúrgico	Total	Preço	Medicamento	Total	Preço
Catgut Simples 2-0	0.1		Xelosteron 1/5/100ml	0.1	
Catgut Cromado			2ndocaina 2%/100ml	0.1	
Fio de Seda			Adrenalin 1amp	0.1	
Mononylon 3-0	0.1		Keplir 1g	0.1	
Laminas 2.4	0.1		Preferid 100mg	0.1	
Gesso			Dormonid 1amp	0.1	
Ataduras 15cm	0.2		Xelosteron 1/5/100ml	0.1	
Sonda			Kentomid 1amp	0.1	
Oxigênio	2l/min		Angina 8/infusão 1amp	0.3	
Gase	0.4				
Alc. Alc. Mert. PVR	60ml				
Eter álcool 70%	60ml				
Luvas 8.5 8.270	0.3				
Conj. Surgine					
Equipo maiso ftes	0.1				
Escalpe 15x20	0.1				
Esparadrapo	40cm				
Compressa	0.1 unid				
Outros Eletrodo	0.1 unid				
Seringa 10, 20, 30ml	0.1 unid				
Agulhas descartáveis 20x12	0.1				
12 30x08	0.1				
13 30x08	0.1				
14 30x08	0.1				
15 30x08	0.1				
16 30x08	0.1				
17 30x08	0.1				
18 30x08	0.1				
19 30x08	0.1				
20 30x08	0.1				
21 30x08	0.1				
22 30x08	0.1				
23 30x08	0.1				
24 30x08	0.1				
25 30x08	0.1				
26 30x08	0.1				
27 30x08	0.1				
28 30x08	0.1				
29 30x08	0.1				
30 30x08	0.1				
31 30x08	0.1				
32 30x08	0.1				
33 30x08	0.1				
34 30x08	0.1				
35 30x08	0.1				
36 30x08	0.1				
37 30x08	0.1				
38 30x08	0.1				
39 30x08	0.1				
40 30x08	0.1				
41 30x08	0.1				
42 30x08	0.1				
43 30x08	0.1				
44 30x08	0.1				
45 30x08	0.1				
46 30x08	0.1				
47 30x08	0.1				
48 30x08	0.1				
49 30x08	0.1				
50 30x08	0.1				
51 30x08	0.1				
52 30x08	0.1				
53 30x08	0.1				
54 30x08	0.1				
55 30x08	0.1				
56 30x08	0.1				
57 30x08	0.1				
58 30x08	0.1				
59 30x08	0.1				
60 30x08	0.1				
61 30x08	0.1				
62 30x08	0.1				
63 30x08	0.1				
64 30x08	0.1				
65 30x08	0.1				
66 30x08	0.1				
67 30x08	0.1				
68 30x08	0.1				
69 30x08	0.1				
70 30x08	0.1				
71 30x08	0.1				
72 30x08	0.1				
73 30x08	0.1				
74 30x08	0.1				
75 30x08	0.1				
76 30x08	0.1				
77 30x08	0.1				
78 30x08	0.1				
79 30x08	0.1				
80 30x08	0.1				
81 30x08	0.1				
82 30x08	0.1				
83 30x08	0.1				
84 30x08	0.1				
85 30x08	0.1				
86 30x08	0.1				
87 30x08	0.1				
88 30x08	0.1				
89 30x08	0.1				
90 30x08	0.1				
91 30x08	0.1				
92 30x08	0.1				
93 30x08	0.1				
94 30x08	0.1				
95 30x08	0.1				
96 30x08	0.1				
97 30x08	0.1				
98 30x08	0.1				
99 30x08	0.1				
100 30x08	0.1				

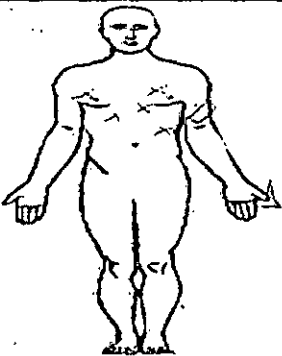
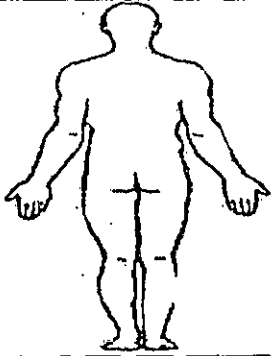
GRÁFICA ESTANCIANA - Fone: 3522-2245

12 30x08 0.1
13 30x08 0.1
14 30x08 0.1
15 30x08 0.1
16 30x08 0.1
17 30x08 0.1
18 30x08 0.1
19 30x08 0.1
20 30x08 0.1
21 30x08 0.1
22 30x08 0.1
23 30x08 0.1
24 30x08 0.1
25 30x08 0.1
26 30x08 0.1
27 30x08 0.1
28 30x08 0.1
29 30x08 0.1
30 30x08 0.1
31 30x08 0.1
32 30x08 0.1
33 30x08 0.1
34 30x08 0.1
35 30x08 0.1
36 30x08 0.1
37 30x08 0.1
38 30x08 0.1
39 30x08 0.1
40 30x08 0.1
41 30x08 0.1
42 30x08 0.1
43 30x08 0.1
44 30x08 0.1
45 30x08 0.1
46 30x08 0.1
47 30x08 0.1
48 30x08 0.1
49 30x08 0.1
50 30x08 0.1
51 30x08 0.1
52 30x08 0.1
53 30x08 0.1
54 30x08 0.1
55 30x08 0.1
56 30x08 0.1
57 30x08 0.1
58 30x08 0.1
59 30x08 0.1
60 30x08 0.1
61 30x08 0.1
62 30x08 0.1
63 30x08 0.1
64 30x08 0.1
65 30x08 0.1
66 30x08 0.1
67 30x08 0.1
68 30x08 0.1
69 30x08 0.1
70 30x08 0.1
71 30x08 0.1
72 30x08 0.1
73 30x08 0.1
74 30x08 0.1
75 30x08 0.1
76 30x08 0.1
77 30x08 0.1
78 30x08 0.1
79 30x08 0.1
80 30x08 0.1
81 30x08 0.1
82 30x08 0.1
83 30x08 0.1
84 30x08 0.1
85 30x08 0.1
86 30x08 0.1
87 30x08 0.1
88 30x08 0.1
89 30x08 0.1
90 30x08 0.1
91 30x08 0.1
92 30x08 0.1
93 30x08 0.1
94 30x08 0.1
95 30x08 0.1
96 30x08 0.1
97 30x08 0.1
98 30x08 0.1
99 30x08 0.1
100 30x08 0.1

Maria do Socorro Reis dos Santos
COREN - SE 703353
Auxiliar de Enfermagem

Assinatura do Responsável

SISTEMA DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM PERI-OPERATÓRIA
TRANS-OPERATÓRIO

NOME: <u>Deborah de Jesus Vasconcelos</u>		PRONTUÁRIO: <u>20095</u>									
RECEBIDO NA S.O. POR: <u>Valone</u>		DATA: <u>03/05/16</u> SALAS: <u>121</u>									
NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: <input checked="" type="checkbox"/> Acordado <input type="checkbox"/> Sonolento <input type="checkbox"/> Agitado <input type="checkbox"/> Comatoso <input type="checkbox"/> Outros:											
CIRCULANTE: <u>Corona</u>											
ENTRADA S.O. <u>10:15</u> hs		INÍCIO DA ANESTESIA: _____ hs									
FIM DA CIRURGIA _____ hs		FIM DA ANESTESIA _____ hs									
SAÍDA DA S.O.: _____ hs											
CIRURGIÃO: <u>Dr. Prado</u>		1º AUXILIAR									
ANESTESISTA: <u>Dr. Blotom</u>		2º AUXILIAR									
INSTRUMENTADOR: <u>Isiane</u>		3º AUXILIAR									
CIRURGIA PROPOSTA:		4º PEDIATRIA									
CIRURGIA REALIZADA: <u>Fratura de clavícula "D"</u>											
TÉCNICA ANESTÉSICA											
<input type="checkbox"/> Geral venosa	<input type="checkbox"/> Peridural sem cateter	<input checked="" type="checkbox"/> Bloqueio	<input type="checkbox"/> Sedação + local								
<input type="checkbox"/> Geral inalatória	<input type="checkbox"/> Peridural com cateter	<input type="checkbox"/> Sedação	<input type="checkbox"/> Bloqueio + local								
<input type="checkbox"/> Geral combinada	<input type="checkbox"/> Raquianestesia	<input type="checkbox"/> Local	<input type="checkbox"/> Bloqueio + sedação								
Tubo endotraqueal nº _____ Sem cuff <input type="checkbox"/> Tubo aramado nº _____ Outros _____											
Tubo endo brônquica nº _____ Com cuff <input type="checkbox"/> Máscara laríngea nº _____											
ASSEPSIA											
<input checked="" type="checkbox"/> PVPI Tópico	<input type="checkbox"/> PVPI Alcoólico	<input type="checkbox"/> Clorexidina Degermante									
<input type="checkbox"/> PVPI Degermante	<input type="checkbox"/> Clorexidina Alcoólica	<input type="checkbox"/> Outros									
EQUIPAMENTO E ACESSÓRIOS UTILIZADOS											
<input type="checkbox"/> Bomba de Infusão	<input type="checkbox"/> Desfibrilador	<input type="checkbox"/> Intensificador de imagem	<input type="checkbox"/> Monitor cerebral (BIS)								
<input type="checkbox"/> Capnógrafo	<input type="checkbox"/> Fibroscópio	<input type="checkbox"/> Manta térmica	<input type="checkbox"/> Monitor cardíaco								
<input type="checkbox"/> Cateter PIC	<input type="checkbox"/> Foco axilar	<input type="checkbox"/> Microscópio	<input checked="" type="checkbox"/> Oxímetro								
<input type="checkbox"/> CEC	<input checked="" type="checkbox"/> Fonte de luz	<input type="checkbox"/> Outros	<input type="checkbox"/> Videolaparoscópio								
<input type="checkbox"/> Videohistoscópio											
COXINS DE CONFORTO UTILIZADOS											
<input type="checkbox"/> Cabeça	<input type="checkbox"/> MSD	<input type="checkbox"/> MSE	<input type="checkbox"/> MIE								
<input type="checkbox"/> MID	<input type="checkbox"/> Calcanhar										
BISTURI ELÉTRICO											
<input type="checkbox"/> Monopolar	<input type="checkbox"/> Bipolar	<input type="checkbox"/> Ultracision	<input type="checkbox"/> Outros:								
 		Placa bisturi <input type="checkbox"/> Eletrodos <input checked="" type="checkbox"/> Garrote pneumático <input type="checkbox"/> Cicatriz AVP <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> AVC <input type="checkbox"/>	COMPRESSAS GRANDES <table border="1"> <tr> <th>Entregue</th> <th>Devolvida</th> </tr> <tr> <td></td> <td></td> </tr> </table> PEQUENAS <table border="1"> <tr> <th>Entregue</th> <th>Devolvida</th> </tr> <tr> <td></td> <td></td> </tr> </table>	Entregue	Devolvida			Entregue	Devolvida		
Entregue	Devolvida										
Entregue	Devolvida										
POSIÇÃO DO PACIENTE											
<input checked="" type="checkbox"/> Dorsal	<input type="checkbox"/> Ventral	<input type="checkbox"/> Ginecológica	<input type="checkbox"/> Lobotomia								
<input type="checkbox"/> Lateral D	<input type="checkbox"/> Lateral E	<input type="checkbox"/> Outras	<input type="checkbox"/> Semi-ginecológica								
SONDAS, DRENOS E CANULAS											
<input type="checkbox"/> SNG nº _____	<input type="checkbox"/> SNE nº _____	<input type="checkbox"/> Fouchet nº _____	<input type="checkbox"/> Dreno Sucção nº _____								
<input type="checkbox"/> Guedel nº _____	<input type="checkbox"/> Cânula Traqueostomia nº _____	<input type="checkbox"/> Dreno Kher nº _____	<input type="checkbox"/> Dreno Pizzer nº _____								
<input type="checkbox"/> Passagem Santa de Folley	<input type="checkbox"/> Sem restrição	<input type="checkbox"/> Com restrição									
<input type="checkbox"/> Folley	<input type="checkbox"/> Folley silicone	<input type="checkbox"/> Folley látex	<input type="checkbox"/> Sonda Netaton nº _____								
Passada por: _____											
Coren: _____											

SISTEMA DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM PERI-OPERATÓRIA

SERVIÇOS REQUISITADOS

☐ Rx ☐ Laboratório ☐ Banco de sangue/Tipo ☐ Anatomia patológica/peça

Laboratório de Anatomia patológica

SOLUÇÕES DA MESA			MEDICAÇÕES		HORA	DIURESE DESPREZADA NA SALA		
VOLUME	DESCRIÇÃO	QTDE				VOLUME	HORA	ASPECTO
500ml	SF 0,9%							
500	SG 5%							
500	SG 10%							
500ml	JRL							
1000ml	Manitol/Sorbitol							
250ml	SG 5%							
250ml	SG 10%							
100ml	SG 5%							
100ml	SF 0,9%							
100ml	SG 10%							
1000ml	Glicina							

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

CARIMBO

As 10:15 h. Paciente admitido no C.C. para submeter-se a tratamento cirúrgico de Fratura da 1ª metáfase da tíbia direita, sob cuidados de Dr.º Prado. O mesmo veio deambulando, orientado, calmo, consciente, apnéico, afebril, as trocas, anictérico, no método de reatualização flúido SRL 500ml em MSE nega alergia medicamentosa. Sem queixas no momento. Aférrico SVV: PA = 126 x 83 mmHg, Sat O₂ = 100%, Fc = 65 bpm, R = 18 rpm.

As 11:20 h. Início do procedimento anestésico pelo anestesiológico Dr.º Blomens sem intercorrências.

As 11:05 h. Início do procedimento cirúrgico pelo ortopedista Dr.º Prado sem anormalidades.

As 11:30 h. Término do procedimento cirúrgico. O paciente segue consciente, orientado, calmo, apnéico, afebril, as trocas, anictérico, no método de reatualização flúido. Sem queixas. Anestesiado pelo anestesiológico Dr.º Blomens examinada para SRPA em posição de maca. Aférrico SVV: PA = 165 x 95 mmHg, Sat O₂ = 100%, Fc = 83 bpm, R = 20 rpm.

Marina do Socorro Reis dos Santos
COREN-SE 703353
Auxiliar de Enfermagem

Marina do Socorro Reis dos Santos
COREN-SE 703353
Auxiliar de Enfermagem

Marina do Socorro Reis dos Santos
COREN-SE 703353
Auxiliar de Enfermagem

Marina do Socorro Reis dos Santos
COREN-SE 703353
Auxiliar de Enfermagem

PRONTUÁRIO CONTENDO: ☐ PECAS CIRURGICAS ☐ IMPRESSOS ESPECIFICOS
☐ EXAMES ☐ USG ☐ TC ☐ RNM ☐ EGG ☐ ECO ☐ HOLTER ☐ MAPA ☐ RX
 LAB ☐ OUTROS
 ENCAMINHA PARA: _____ ENFERMEIRO

SALA DE RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA



Leito: _____

Nome: Adriana dos Santos Nascimento

Pós-operatório

Admissão na srpa às 11:35hs

Data: 02/12/16

1. Recebido Pós-cirurgia Fratura distal do

2. Tipo de Anestesia Algodão de

3. Em uso de:

SNG ☐

SV ☐

DRENOS ☐

TRAQUEOSTOMA

4. MONITORIZAÇÃO ☒

OXIMETRO ☒

MONITOR ☒

VENTILADOR ☐

CAPNOGRAFO ☐

PAM ☐

5. Hidratação Venosa: Central ☐

Periférica ☒

6. Incisão Cirúrgica: Limpa ☒

Úmida ☐

SINAIS VITAIS

HORAS PARAMETROS	11:35	12:00							
T									
P	93	91							
R	16	26							
SAT.O ²	95	95							
PA	15/9/6	15/8/1							

ÍNDICE DE ALDRETE-KROULIK

MINUTOS	0	30	60	120	180
RESPIRAÇÃO					
CIRCULAÇÃO					
SAT.O ²					
ATV. MUSC.					
CONSCIÊNCIA					
I.A.K.					

AValiação DO ÍNDICE ALDRETE-KROULIK

RESPIRAÇÃO: 2 - Apto respirar profundo e tossir
1 - Dispnéia ou respiração limitada
0 - Apnéia

CIRCULAÇÃO: 2 - PA mais ou menos 20 valor Pré-Anestésico
1 - PA mais ou menos 25 a 50 valor Pré-Anestésico
0 - PA mais ou menos 50 valor Pré-Anestésico

SAT.O²: 2 - >92% S/O
1 - >90% C/O
0 - >90% C/O

CONSC 2 - Desperto totalmente
1 - Desperto ao chamar
0 - Não responde a estímulo auditivos

ATIVIDADE MUSCULAR 2 - Apto a mover 4 extremidades
1 - Apto a mover 2 extremidades
0 - Apto a mover 0 extremidades

PRONT. CONTENDO:

RX: ☐

OUTROS: ☐

TOMO: ☐

RNM: ☐

MAMOGRAFIA: ☐

ULTRASSONOGRRAFIA: ☐

EX. LAB.: ☐

ECG: ☐

ECO: ☐

OUTROS: ☐

PERTENCES: _____

DATA: 02/12/16

ALTA ASSINADA ☐ ALTA

ENCAMINHADA PARA ☐ UNIDADE ORIGEM ☐ UTI ☐

Maria Adriana da Silva

ASS. ENF. / AUX. ENF.

[illegible]

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Nome: Deaivson dos Santos Nascimento
 Data: 3/12/16 Leito: 15 Idade: 22 Data de Nascimento: 20/12/94

Registro de Sinais Vitais

Hora	T (C°)	R (Mov./Min)	P (Bat./Min.)	PA	ASSINATURA
16:00	36.5	22	78	120/80	Christian
21:00					

Hora	Registros de Enfermagem	Procedimentos	Quant.
16:00	Paciente admitida neste setor para tratamento cirúrgico, calmo, eufórico, verbaliza, consciente, verbaliza, diurese presente, de fezes ausente.	Aspiração orotraqueal	
3/12/16		Balanco Hídrico	
		Biopsia hepática	
		Cateterismo vesical	
		Curativo comum	
18:00	Paciente acitado do setor de cirurgia.	Curativo especial	
19:00	Paciente calmo no leito.	Curativo queimado	
	queimado	Dissecção venosa	
20:00	Paciente acordado, verbaliza, calmo, eufórico, verbaliza, verbaliza, diurese presente, de fezes ausente.	Higiene oral	
		Infravermelho	
		Instalação de Soroterapia	
21:00	Paciente acordado, verbaliza, calmo, eufórico, verbaliza, verbaliza, diurese presente, de fezes ausente.	Intubação traqueal	
		Lavagem gástrica	
		Lavagem intestinal	
		Lavagem vesical	
22:00	Paciente acordado, verbaliza, calmo, eufórico, verbaliza, verbaliza, diurese presente, de fezes ausente.	Nebulização	
		Paracentese	
01:00	Paciente acordado, verbaliza, calmo, eufórico, verbaliza, verbaliza, diurese presente, de fezes ausente.	Punção lombar	
		Punção pleural	
		Punção venosa scalp	
		Toracocentese	
02:00	Paciente acordado, verbaliza, calmo, eufórico, verbaliza, verbaliza, diurese presente, de fezes ausente.	Traqueostomia	
		Tricotomia	
		Troca de fralda	
	Paciente acordado, verbaliza, calmo, eufórico, verbaliza, verbaliza, diurese presente, de fezes ausente.		
	PA = 120 x 80 mmHg		

Hora	Registros de Enfermagem	Procedimentos
09:00	Encaminhada para CC de emergência	
	Verbalizou verbalizada na 130XFO mamografia	
12:00	Retornou para o bloco em 150 de Lactação para exame, verbalizou	
	13:00 Paciente no leito, calma, consciente, corada, afável, acostumada, verbaliza, desambos em caso de xup	

Andréia Azevedo dos Santos
Enfermeira
COREN/SE 63285

Andréia Azevedo dos Santos
Enfermeira
COREN/SE 63285

Andréia Azevedo dos Santos
Enfermeira
COREN/SE 63285

A Clínica de Maria!

NOME : DEVISON DOS SANTOS NASCIMENTO

SOLICITANTE : Dr (a). -

CONVÊNIO : PART.

IDADE : 20/12/1994

DATA : 28/12/2016

REGISTRO : 15652

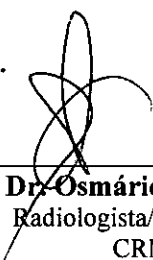
DIGITADOR: Paula J.

LAUDO RADIOLÓGICO

CLAVÍCULA D:

Controle de fratura e osteossíntese na clavícula.

Dr. Osmário Silva Dantas
Radiologista/Ultrasonografista
CRM/SE 299



Dr. Osmário Souza Dantas
Radiologista/Ultrasonografista
CRM/SE 3212



RELATÓRIO MÉDICO CONCLUSIVO
ESTADO DE SERGIPE
PREFEITURA MUNICIPAL DE TOMAR DO GERU
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

RECEITUÁRIO

PACIENTE:

DELTON DE JESUS MEIREL

O paciente acima, portador do RG
3.582.331-3 SSP, SO, nascido em
28-11-2016,
com quadro de fratura de clavícula
direita, sendo realizado tratamento
cirúrgico e, após curar e fixação
de fratura.
O procedimento foi realizado em 02/12
no Hospital de Navegação de Navegação e
do Hospital em 03/12/2016.
CID: S42.0

DR. FRANCISCO CAVALCANTE
MÉDICO
CRM 1449

DATA:

05/12/18

Carimbo e Assinatura do Médico *

Rio de Janeiro, 29 de Janeiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3180596707

Vítima: DEVISON DOS SANTOS NASCIMENTO

Data do Acidente: 28/11/2016

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), DEVISON DOS SANTOS NASCIMENTO

Informamos que o pagamento da indenização o Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros

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

Recebedor: **DEVISON DOS SANTOS NASCIMENTO**

Valor: **R\$ 1.687,50**

Banco: **104**

Agência: **000002917**

Conta: **000009069-0**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

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, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



SINISTRO 3180596707 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA DEVISON DOS SANTOS NASCIMENTO

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO SHISLEY

NUNES CORRETORA DE SEGUROS DE VIDA LTDA

BENEFICIÁRIO DEVISON DOS SANTOS NASCIMENTO

CPF/CNPJ: 07043905583

Posição em 25-04-2019 15:48:45

Seu pedido de indenização foi concluído com a liberação do pagamento. O valor abaixo será creditado na conta que você indicou no formulário de autorização de pagamento. O prazo para o banco confirmar o pagamento é de até 5 dias úteis. Caso não identifique o valor em sua conta após esse período, volte a consultar o processo aqui no site.

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
22/01/2019	R\$ 1.687,50	R\$ 0,00	R\$ 1.687,50



Poder Judiciário
Do Estado de Sergipe

ITABAIANINHA DA COMARCA DE ITABAIANINHA
Rua Dr. Francisco Severo, Bairro Centro, Itabaianinha/SE, CEP 49290000
Horário de Funcionamento: 07:00 às 13:00

PROCESSO:

201970002768

DATA:

29/11/2019

MOVIMENTO:

Conclusão

DESCRIÇÃO:

CONCLUSO.</br>{Via Movimentação em Lote nº 201901865}

LOCALIZAÇÃO:

Juiz

PUBLICAÇÃO:

Não



**Poder Judiciário
Do Estado de Sergipe**

ITABAIANINHA DA COMARCA DE ITABAIANINHA
Rua Dr. Francisco Severo, Bairro Centro, Itabaianinha/SE, CEP 49290000
Horário de Funcionamento: 07:00 às 13:00

PROCESSO:

201970002768

DATA:

13/01/2020

MOVIMENTO:

Despacho

DESCRIÇÃO:

DESPACHO Defiro o benefício da Justiça Gratuita. Considerando o teor do art. 334, §4º do NCPC, o qual prevê que a audiência não será realizada se ambas as partes manifestarem, expressamente, desinteresse na composição consensual, designo audiência de conciliação para o dia 03/03/2020, às 10:21 horas, no Fórum local, o que faço com supedâneo no art. 139, inciso V, do Novo Código de Processo Civil, devendo o requerido, em caso de desinteresse, apresentar uma petição com 10 (dez) dias de antecedência, contados da data da audiência, conforme o Art. 334§ 5º. Citem-se os requeridos para, no prazo de 15 (quinze) dias, oferecer defesa à pretensão deduzida na inicial, devendo ser advertido que o prazo para resposta terá início na audiência acima aprazada, caso não seja obtida a conciliação entre os litigantes ou alguma das partes não compareça. Ficam as partes advertidas de que o não comparecimento injustificado à audiência de conciliação será considerado ato atentatório à dignidade da justiça, sancionado com multa de até 2% (dois por cento) da vantagem econômica pretendida ou do valor da causa, cuja importância será revertida em favor da União ou do Estado (art. 334, § 8º, CPC).

 Designo o dia 03/03/2020 às 10h:21min para que seja realizada audiência Conciliação/Mediação.

LOCALIZAÇÃO:

Secretaria

PUBLICAÇÃO:

Sim



**Poder Judiciário do Estado de Sergipe
Itabaianinha**

Nº Processo 201970002768 - Número Único: 0002780-68.2019.8.25.0035

Autor: DEVISON DOS SANTOS NASCIMENTO

Réu: SEG LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT

Movimento: Despacho >> Mero Expediente

DESPACHO

Defiro o benefício da Justiça Gratuita.

Considerando o teor do art. 334, §4º do NCPC, o qual prevê que a audiência **não será realizada se ambas as partes manifestarem, expressamente, desinteresse na composição consensual, designo audiência de conciliação para o dia 03/03/2020, às 10:21 horas, no Fórum local**, o que faço com supedâneo no art. 139, inciso V, do Novo Código de Processo Civil, **devendo o requerido, em caso de desinteresse, apresentar uma petição com 10 (dez) dias de antecedência**, contados da data da audiência, conforme o Art. 334§ 5º.

Citem-se os requeridos para, **no prazo de 15 (quinze) dias, oferecer defesa à pretensão deduzida na inicial**, devendo ser advertido que o prazo para resposta terá início na audiência acima aprazada, caso não seja obtida a conciliação entre os litigantes ou **alguma das partes não compareça**.

Ficam as partes advertidas de que o não comparecimento injustificado à audiência de conciliação será considerado ato atentatório à dignidade da justiça, sancionado com multa de até

2% (dois por cento) da vantagem econômica pretendida ou do valor da causa, cuja importância será revertida em favor da União ou do Estado (art. 334, § 8º, CPC).



Documento assinado eletronicamente por **ROBERTO ALCANTARA DE OLIVEIRA ARAUJO, Juiz(a) de Itabaianinha**, em 13/01/2020, às 18:20:38, conforme art. 1º, III, "b", da Lei 11.419/2006.



A conferência da **autenticidade do documento** está disponível no endereço eletrônico www.tjse.jus.br/portal/servicos/judiciais/autenticacao-de-documentos, mediante preenchimento do número de consulta pública **2020000055388-61**.



Poder Judiciário
Do Estado de Sergipe

ITABAIANINHA DA COMARCA DE ITABAIANINHA
Rua Dr. Francisco Severo, Bairro Centro, Itabaianinha/SE, CEP 49290000
Horário de Funcionamento: 07:00 às 13:00

PROCESSO:

201970002768

DATA:

22/01/2020

MOVIMENTO:

Certidão

DESCRIÇÃO:

Certifico que expedi mandado de citação/intimação nº202070000457 para o requerido em cumprimento ao teor do despacho retro.

LOCALIZAÇÃO:

Secretaria

PUBLICAÇÃO:

Não



Poder Judiciário
Do Estado de Sergipe

ITABAIANINHA DA COMARCA DE ITABAIANINHA
Rua Dr. Francisco Severo, Bairro Centro, Itabaianinha/SE, CEP 49290000
Horário de Funcionamento: 07:00 às 13:00

PROCESSO:

201970002768

DATA:

22/01/2020

MOVIMENTO:

Expedição de Documento

DESCRIÇÃO:

Mandado de número 202070000457 do tipo (NCPC) - Mandado Citação e Intimação - Procedimento Comum - audiência [TM4145,MD150]

 {Destinatário(a): SEG LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT}

LOCALIZAÇÃO:

Secretaria

PUBLICAÇÃO:

Não



TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SERGIPE
Itabaianinha
Rua Francisco Severo, Nº 228
Bairro - Centro Cidade - Itabaianinha
Cep - 49290-000 Telefone - (79)3544-1100

Normal(Justiça Gratuita)



202070000457

PROCESSO: 201970002768 (Eletrônico)
NÚMERO ÚNICO: 0002780-68.2019.8.25.0035
NATUREZA: Procedimento Comum Cível
REQUERENTE: DEVISON DOS SANTOS NASCIMENTO
REQUERIDO: SEG LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT

CARTA DE CITAÇÃO E INTIMAÇÃO

Prezado(a) Senhor(a),

Através da presente, fica Vossa Senhoria **CITADO(A)** para a audiência de Conciliação ou de Mediação na forma do Art. 334, para a finalidade abaixo transcrita.

Finalidade: Comparecer a este Juízo para audiência de Conciliação ou de Mediação, de acordo com Arts. 334 e 344 do CPC. Não havendo autocomposição, o prazo para a contestação, 15 (quinze) dias, será contado na forma do Art. 335 do CPC. Fica advertido(a) que deverá comparecer a referida audiência acompanhado(a) de advogado(a) ou defensor(a) público(a).

Despacho: DESPACHO Defiro o benefício da Justiça Gratuita. Considerando o teor do art. 334, §4º do NCPC, o qual prevê que a audiência não será realizada se ambas as partes manifestarem, expressamente, desinteresse na composição consensual, designo audiência de conciliação para o dia 03/03/2020, às 10:21 horas, no Fórum local, o que faço com supedâneo no art. 139, inciso V, do Novo Código de Processo Civil, devendo o requerido, em caso de desinteresse, apresentar uma petição com 10 (dez) dias de antecedência, contados da data da audiência, conforme o Art. 334§ 5º. Citem-se os requeridos para, no prazo de 15 (quinze) dias, oferecer defesa à pretensão deduzida na inicial, devendo ser advertido que o prazo para resposta terá início na audiência acima aprazada, caso não seja obtida a conciliação entre os litigantes ou alguma das partes não compareça. Ficam as partes advertidas de que o não comparecimento injustificado à audiência de conciliação será considerado ato atentatório à dignidade da justiça, sancionado com multa de até 2% (dois por cento) da vantagem econômica pretendida ou do valor da causa, cuja importância será revertida em favor da União ou do Estado (art. 334, § 8º, CPC).

Designo o dia 03/03/2020 às 10h:21min para que seja realizada audiência Conciliação/Mediação.

Data e horário da audiência: 03/03/2020 às 10:21:00, **Local:** Fórum da Comarca de Itabaianinha.

Advertência: O não comparecimento injustificado do autor ou do réu à audiência de conciliação é considerado ato atentatório à dignidade da justiça e será sancionado com multa de até dois por cento da vantagem econômica pretendida ou do valor da causa, revertida em favor da União ou do Estado.

Qualificação da parte ré:

Nome: SEG LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT
Residência: Rua Senador Dantas, 5º ANDAR, 74
Bairro: CENTRO
CEP: 20010000
Cidade: RIO DE JANEIRO - RJ - RJ

Ilmº (a) Sr(a)

Nome: SEG LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT
Residência: Rua Senador Dantas, 5º ANDAR, 74
Bairro: CENTRO
CEP: 20010000
Cidade: RIO DE JANEIRO - RJ - RJ



Documento assinado eletronicamente por **JOAO FONTES LEITE FILHO, Escrivão/Chefe de Secretaria/Secretário/Subsecretário de Itabaianinha**, em 22/01/2020, às 17:05:09, conforme art. 1º, III, "b", da Lei 11.419/2006.



A conferência da **autenticidade do documento** está disponível no endereço eletrônico www.tjse.jus.br/portal/servicos/judiciais/autenticacao-de-documentos, mediante preenchimento do número de consulta pública **2020000135442-89**.