

Rio de Janeiro, 05 de Maio de 2016

Carta nº: 9047651

A/C: ABEL SILVA DE ANDRADE

Sinistro: 3160269998 ASL-0861952/16
Vitima: ABEL SILVA DE ANDRADE
Data Acidente: 14/07/2015
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **14/04/2016** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **14/07/2015**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Declaração de Inexistência de IML

Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na YASUDA MARITIMA SEGUROS S/A de origem onde foi realizada sua reclamação de sinistro.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental.

NÃO PERCA TEMPO!

PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;

Em caso de dúvida, entre em contato conosco pelo SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.dpvatsegurodotransito.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 01 de Novembro de 2016

Carta nº 9963030

a/c: ABEL SILVA DE ANDRADE

Sinistro: 3160269998 ASL-0861952/16
Vitima: ABEL SILVA DE ANDRADE
Data Acidente: 14/07/2015
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Assunto: NEGATIVA POR AUSÊNCIA DE COMPROVAÇÃO DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Até a presente data, não recebemos a documentação complementar solicitada para prosseguimento da análise do seu pedido de indenização DPVAT, nem qualquer manifestação no sentido de que estivessem sendo tomadas providências para sua obtenção.

Tendo em vista que a(s) pendência(s) indicadas não foi(ram) sanada(s), e não houve qualquer nova manifestação sua nesse processo de sinistro por um período superior a 180 dias, informamos que a análise do seu pedido de indenização DPVAT foi finalizada com a recusa da indenização por falta de comprovação documental da cobertura para o sinistro.

A documentação original permanecerá arquivada, podendo ser retirada pelo senhor(a), ou por procurador devidamente constituído para este fim, conforme instruções contidas em nosso site www.dpvatsegurodotransito.com.br.

Em caso de dúvida, favor acessar nosso site ou entrar em contato conosco gratuitamente por meio do SAC 0800 022 12 04.

Atenciosamente.

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 01 de Novembro de 2016

Carta nº 9963030

a/c: ABEL SILVA DE ANDRADE

Sinistro: 3160269998 ASL-0861952/16
Vitima: ABEL SILVA DE ANDRADE
Data Acidente: 14/07/2015
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Assunto: NEGATIVA POR AUSÊNCIA DE COMPROVAÇÃO DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Até a presente data, não recebemos a documentação complementar solicitada para prosseguimento da análise do seu pedido de indenização DPVAT, nem qualquer manifestação no sentido de que estivessem sendo tomadas providências para sua obtenção.

Tendo em vista que a(s) pendência(s) indicadas não foi(ram) sanada(s), e não houve qualquer nova manifestação sua nesse processo de sinistro por um período superior a 180 dias, informamos que a análise do seu pedido de indenização DPVAT foi finalizada com a recusa da indenização por falta de comprovação documental da cobertura para o sinistro.

A documentação original permanecerá arquivada, podendo ser retirada pelo senhor(a), ou por procurador devidamente constituído para este fim, conforme instruções contidas em nosso site www.dpvatsegurodotransito.com.br.

Em caso de dúvida, favor acessar nosso site ou entrar em contato conosco gratuitamente por meio do SAC 0800 022 12 04.

Atenciosamente.

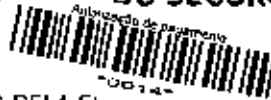
Seguradora Líder-DPVAT





Seguradora Líder - DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT



Nº DO SINISTRO

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com **dados do beneficiário** da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, Abel Silva de AndradePORTADOR(A) DO RG Nº 1.570.898EXPEDIDO POR SSP/SEEM 20/09/1999CPF 040058445-42 / CNPJ 000000000000000000, PROFISSÃO Informática

E RENDA MENSAL DE R\$ 350,00 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Abel Silva de Andrade, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

1 Para evitar a reprogramação de um pagamento, lembre-se:

1) Os seguintes documentos não devem, de forma nenhuma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício;
- Conta pessoa jurídica;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for o titular;
- Conta tipo FÁCIL: atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta-POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidades Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$2000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (não será aceita proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);

2) O CPF do beneficiário/vítima não pode estar inválido, pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL - www.receita.fazenda.gov.br);

3) O CPF da conta informada para depósito não pode ser diferente do CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistro.

☐ CRÉDITO EM CONTA-CORRENTE (ACEITAS CONTAS DE TODOS OS BANCOS)

BANCO _____ AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-CORRENTE _____

☐ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO BRADESCO

BANCO 237 • AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA _____

☐ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO DO BRASIL

BANCO 001 • AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA _____

☐ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO ITAÚ

BANCO 341 • AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA _____

☒ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DA CAIXA ECONÔMICA FEDERAL

BANCO 104 • AGÊNCIA 2176 (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA 013 - 00.030.001-7

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ACIMA DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

LOCAL Simão Dias - SE DATA 07/04/2016

ASSINATURA DO(A) BENEFICIÁRIO(A)

Abel Silva de Andrade

! ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.

11:39 14/04/2016 982594

CARTÃO 1º OFÍCIO
30 DIAS SE



CARTÓRIO DO 1º OFÍCIO - COMARCA DE SIMÃO DIAS/SE

RAIMUNDO DANTAS DO NASCIMENTO - TABELA
Rua Dr. José Maria de Carvalho, s. 274 - Centro - CEP: 46400-000 - TEL/FAX (71) 3611-9257 - E-mail: cdm1@brasil.com.br

Reconheço POR SEMELHANÇA a firma de: ANIL SILVA DE OLIVEIRA, LÍQUIDA

TAXA R\$ 1,25 - PERCU R\$ 0,00 - SELLO R\$ 0,00 = TOTAL R\$ 1,25. E

testo da verdade. Simão Dias/SE: 07/04/2016 09:32:31.

EU LUIZ SARA - Oficial substituto.



R# 005405524

PROTESTO DE TITULO
PROTESTO DE TITULO

CARTÓRIO DO 1º OFÍCIO
SIMÃO DIAS - SERGIPE
Rua Dr. José Maria de Carvalho, s. 274 - Centro

VÁLIDO SOMENTE COM O
SELO DE AUTENTICIDADE



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



SUA VOZ PODE
CALAR O CRIME

SUA IDENTIDADE PRESERVADA, SUA SEGURANÇA GARANTIDA.



SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA



SERGIPE



DISQUE DENÚNCIA
181

Seja bem-vindo(a) ao Polício Civil
Bom dia, tarde, noite
e sempre com você.

DELEGACIA DE POLÍCIA DE SIMÃO DIAS

AV RAIMUNDO ABREU REIS, CENTRO FONE: (36) 311-1200

RPO - Registro Policial de Ocorrência 2016/06595.0-000378

DELEGACIA RESPONSÁVEL

Nome: DELEGACIA DE POLÍCIA DE SIMÃO DIAS

Endereço: AV RAIMUNDO ABREU REIS, CENTRO FONE: (36) 311-1200

VÁLIDO SOMENTE COM O
SELO DE AUTENTICIDADE

FATO

Data e Hora do Fato: 14/07/2015 - 20:00 até 14/07/2015 - 20:00

Endereço: ESTRADA DO POVOADO SACO GRANDE Número: Complemento: CEP: 49480-000

Bairro: SACO GRANDE Cidade: SIMÃO DIAS - SE Circunscrição: DELEGACIA DE POLÍCIA DE SIMÃO

Tipo de local: VIA PÚBLICA Meio Empregado: OUTRO

VÍTIMA-NOTICIANTE

Nome: ABEL SIVA DE ANDRADE

Nome do pai: JOSE RAIMUNDO DE ANDRADE Nome da mãe: JOSEFA DE JESUS SILVA

Pessoa: Física CPF/CGC: 000.000.000-00 RG: 15708995 UF: SE Órgão expedidor:

Naturalidade: PARIPIRANGA Data de nascimento: 13/03/1982 Sexo: Masculino Cor da cutis: Negra

Profissão: LAVRADOR Estado civil: Casado Grau de Instrução: 1º Grau Incompleto

Endereço: POVOADO MATA DO PERU Número: Complemento:

CEP: 49.480-000 Bairro: ZONA RURAL Cidade: SIMÃO DIAS UF: SE

Proximidades: Telefone:



AD 008848632

HISTÓRICO

NARRA O NOTICIANTE QUE NO DIA E HORÁRIO SUPRACITADO VINHA CONDUZINDO A SUA MOTOCICLETA HONDA CG 125 TODAY, CHASSI 9C2JC1801LR517355, RENAVAN 211746797, ANO/MOD/FAB 1990, DE COR VERMELHA, DE PLACA POLICIAL AV 113, EM NOME DE LAECIO FIGUEREDO DE SOUZA, QUE AO PASSAR PELO LOCAL ACIMA E FAZER UMA CURVA SE DEPAROU COM UMA BOIADA COMO FOI MUITO RÁPIDO NÃO DEU PARA DESVIAR E VEIO COLIDIR COM UMA VACA, QUE COM O IMPACTO O NOTICIANTE FOI ARREMESSADO E VEIO BATER O SEU O ROSTO NO CHÃO ONDE FICOU DESACORDADO, POPULARES QUE PASSARAM PELO LOCAL ACIONARAM O SAMU ONDE O MESMO COMPARECEU E SOCORREU O NOTICIANTE LEVANDO PARA O HOSPITAL JOÃO ALVES FILHO NA CIDADE DE ARACAJU/SE, ONDE FOI FEITO UMA SUTURA NA BOCA E VARIAS ESCORIAÇÕES CONFORME LAUDO APRESENTADO NESTA URBI. FRENTE EXPOSTO RELATA O OCORRIDO

Data e hora de comunicação 06/04/2016 às 09:24

Última Alteração: 06/04/2016 às 09:24

CRS - As informações notificadas pelo declarante/vítima são de sua inteira responsabilidade, cabendo inclusive a responsabilização por parte daquele que faltar com a verdade no fornecimento das informações, nos termos do artigo 340 do Código Penal Brasileiro. A falta de providência de autoridade comunicando-lhe a ocorrência de crime ou de contravenção que sabe não se ter verificado acarretará a aplicação de uma multa de seis meses ou multa.

Abel Siva de Andrade
ABEL SIVA DE ANDRADE

Fabio Alan Pinto Pimentel

CARTÓRIO DO 1º OFÍCIO - COMARCA DE SIMÃO DIAS/SE
MATRÍCULA Nº 000.000.000-00
Rua da Justiça nº 100 - Centro - Simão Dias - SE - CEP: 49480-000

Cartório que a presente cópia é a reprodução fiel do original
que se foi apresentado e autenticado em 14/07/2015 às 20:00h

108:50:34, JULIUS SANTOS - Oficial

Substituto

Em: TAXA R\$ 2,49 - FÉRM R\$ 0,50 - SELO R\$ 0,09 = TOTAL R\$ 3,08

AUTORIZAÇÃO PARA TRANSFERÊNCIA DE VEÍCULO

AUTORIZO O DEPARTAMENTO ESTADUAL DE TRÂNSITO-DETRAN,
TRANSFERIR O REGISTRO DESTA VEÍCULO, PARA:

VALOR — Cr\$

NOME:

RG:

CPF/CGC:

ENDEREÇO:

LOCAL E DATA:

[Handwritten Signature]
ASSINATURA DO PROPRIETÁRIO

DE ACORDO:

ASSINATURA DO ADQUIRENTE

RECONHECIMENTO DE FIRMA DO PROPRIETÁRIO

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

#1.633.02RDE09

RES01120FEV91

SEGURO OBRIGATORIO

IPVA — 1ª COTA OU COTA ÚNICA

RES01320FEV91

#1.758.06RDE09

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

#1.367.32RDE09

RES01420FEV91

IPVA — 2ª COTA

IPVA — 3ª COTA

RES01520FEV91

#1.367.32RDE09

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

CONSELHO NACIONAL DE TRANSPORTES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSPORTES

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
DETRAN - SERGIPE

VIA 04 211746797 0000000000 1991

LAERCIO FIGUEIREDO DE SOUZA
RUA FRANCISCO DE OLIVEIRA
N. 33 C. 08 CID
49000 ARACAJU - SE

0002672594534 AV113

PF 43/73/SE 92JC1801LR517356

DOCUMENTO DE PORTE OBRIGATORIO
NÃO VALIDO PARA TRANSFERENCIA

PAS/MOTOCICLO GASOLINA

HONDA/CG 125 TODAY 1990 1990

22/110V/12506 VERMELHA

300130 1ª 310191

280261

290391

31/05/91

ARACAJU - SE 18/01/91

Ministro da Justiça

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

CONSELHO NACIONAL DE TRANSPORTES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSPORTES

CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO
DETRAN - SERGIPE

VIA 04 211746797 0000000000

LAERCIO FIGUEIREDO DE SOUZA
RUA FRANCISCO DE OLIVEIRA
N. 33 C. 08 CID
49000 ARACAJU - SE

0002672594534 PLACA ANTIGA NF 4923 / SE

NOTO POPULTEA

DOCUMENTO VALIDO PARA TRANSFERENCIA
PORTE NAO OBRIGATORIO

AV113 92JC1801LR517356

PAS/MOTOCICLO GASOLINA

HONDA/CG 125 TODAY 1990 1990

22/110V/12506 VERMELHA

AL. EID. CONS. HONDA

ARACAJU Valdirene Gomes Sobral 19/04/91

Chefe da Divisão de Controle de
Veículos e Condutoras DETRAN-SF

MINISTERIO DA JUSTICA



MS/DATASUS

HOSPITAL GOVERNADOR JOAO ALVES FILHO

No. DO BE: 1207494 DATA: 15/07/2015 HORA: 00:47 USUARIO: MEOSILVA
CNS: SETOR: 06-SUTURA

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME : ABEL SILVA DE ANDRADE EOC...: 1570898
IDADE: 26 ANOS NASC: 13/03/1989 SEXO...: MASCULI
ENDereco: POVOADO MATA DO PERU NUMERO:
COMPLEMENTO: BAIRRO: ZONA RURAL
MUNICIPIO: SIMAO DIAS UF: SE CEP...:
NOME PAI/MAE: JOSE RAIMUNDO DE ANDRADE /JOSEFA DE JESUS SILVA
RESPONSAVEL: ESPOSA - LUZINETE TEL...: 799601
PROCEDENCIA: SIMAO DIAS 3
ATENDIMENTO: ACIDENTE MOTOCICLISTICO (MOTOS)
CASO POLICIAL: NAO PLANO DE SAUDE...: NAO TRAUMA: NAO
ACID. TRABALHO: NAO VEIO DE AMBULANCIA: SIM

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

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

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

DADOS CLINICOS: DATA PRIMEIROS SINTOMAS: ___/___/___

ANOTAÇÕES DA ENFERMAGEM:

DIAGNOSTICO: CID:

PRESCRIÇÃO

HORARIO DA MEDICACAO

15/07/2015 00:47

DATA DA SAIDA: 15/07/15 HORA DA SAIDA:
ALTA: ☒ DECISAO MEDICA [] A PEDIDO [] EVASAO [] DESISTENCIA
[] ENCAMINHADO AO AMBULATORIO
INTERNACAO NO PROPRIO HOSPITAL (SETOR):

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

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSAVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

Dr. Danilo Corrêa Lima
Cirurgião Plástico e Craniofacial
CRM 2357

15/07/2015 00:47

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Abel Silva de Andrade

RG nº 1.540.898, data de expedição 20/09/1999 Órgão SSP

CPF nº 010.058.445-42, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Rozendo Mota do Rêu</u>
Número	<u>SIN</u>
Apto / Complemento	<u>Grupo escolar</u>
Bairro	<u>Zona Rural</u>
Cidade	<u>Simão Dias</u>
Estado	<u>Sergipe</u>
CEP	<u>49480-000</u>
Telefone de Contato	<u>1791 99877-5373 e 8876-8831</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Simão Dias - SE, 07 de Abril 2016.

Assinatura do Declarante: Abel Silva de Andrade



CARTÓRIO DO 1º OFÍCIO - COMARCA DE SIMÃO DIAS/SE
MARGAREM DANTAS DO AMARAL SANTOS - TABELIA
Rua Dr. Seráfico de Carvalho, nº 274 - Centro - CEP: 49400-000 - Tel: (11) 3211-1271 - E-mail: cartorio1ooficio@sejus.br

Reconheço POR SEPELHANÇA a firma de: ABEL SILVA DE ANDRADE. Tabela:
TAXA R\$ 3,23 - FEND R\$ 0,00 - SELD 0,09 = TOTAL R\$ 3,32. em
testo da verdade. Simão Dias/SE; 07/04/2016 09:52:53.
EULIDES SANTOS - Oficial Substituto.



RF 005405525

FORMA DE AUTENTICAÇÃO
FLORES DA MONTANHA

VÁLIDO SOMENTE COM O
SELO DE AUTENTICIDADE

RELATÓRIO MÉDICO

NOME DO PACIENTE: Abel Silva Jr. S. da Costa
DATA DA ENTRADA: 15/12/2015
DATA DA SAÍDA: 15/12/2015

INTERNAMENTO: PS () ENFERMARIA () UTI ()

HISTÓRICO CLÍNICO:

Paciente com queixa de dor abdominal, tipo cólica, localizada no quadrante inferior direito, com duração de 12 horas, iniciando no dia 14/12/2015, às 18h, evoluindo para náuseas e vômitos. Não há febre, diarreia ou sangue nas fezes. Paciente em uso de analgésicos e antieméticos. Exame físico: sem alterações. Exames complementares: Rx de abdome sem alterações. Exames de sangue: sem alterações. Diagnóstico: síndrome do intestino irritável. Tratamento: analgésicos e antieméticos. Evolução: melhora da dor e dos sintomas gastrointestinais. Alta recomendada.

HISTÓRICO CIRÚRGICO:

EXAMES COMPLEMENTARES:

Rx de abdome sem alterações; Exames de sangue sem alterações; Exames de urina sem alterações.

MÉDICOS ASSISTENTES:

Dr. Francisco A. da Costa
Dr. Thiago B. da Costa

CONDIÇÕES DE ALTA: MELHORADO (X) TRANSFERIDO () ÓBITO ()

ARACAJU, 16 de 12 de 2015

MÉDICO DO SETOR DE AVALIAÇÃO DE PRONTA

Obs.: Dados obtidos mediante análise do prontuário.

Ligia Braga de Almeida
Médica de Pronto Atendimento
CRM 157 - 2015

09

DE PRONT

Lista Branca de Almeida
solução de problemas ambientais
CIMA/SE - 2019

5. *How do you feel about the results of the study?*

MS/DATASUS

HOSPITAL GOVERNADOR JOAO ALVES FILHO

No. DO BE: 1207494 DATA: 15/07/2015 HORA: 00:47 USUARIO: MEOSILVA
CNS: SETOR: 06-SUTURA

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME : ABEL SILVA DE ANDRADE DOC...: 1570898
IDADE.....: 26 ANOS NASC: 13/03/1989 SEXO...: MASCULINO
ENDERECO.....: POVOADO MATA DO PERU NUMERO:
COMPLEMENTO....: BAIRRO: ZONA RURAL
MUNICIPIO.....: SIMAO DIAS UF: SE CEP....:
NOME PAI/MAE...: JOSE RAIMUNDO DE ANDRADE /JOSEFA DE JESUS SILVA
RESPONSAVEL....: ESPOSA - LUZINETE TEL....: 799601
PROCEDENCIA....: SIMAO DIAS 3
ATENDIMENTO....: ACIDENTE MOTOCICLISTICO (MOTOS)
CASO POLICIAL...: NAO PLANO DE SAUDE....: NAO TRAUMA: NAO
ACID. TRABALHO: NAO VEIO DE AMBULANCIA: SIM

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

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

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

DADOS CLINICOS: DATA PRIMEIROS SINTOMAS: ____/____/____

ANOTAÇÕES DA ENFERMAGEM:

DIAGNOSTICO: CID:

PRESCRICAO

HORARIO DA MEDICACAO

15/07/2015

DATA DA SAIDA: 15/07/2015 HORA DA SAIDA: :
ALTA: [X] DECISAO MEDICA [] A PEDIDO [] EVASAO [] DESISTENCIA
[] ENCAMINHADO AO AMBULATORIO
INTERNACAO NO PROPRIO HOSPITAL (SETOR):

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

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSAVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

Dr. Paulo S. Correa Lima
Cirurgia e Cirurgia Geral
CRM 13391

relatório

- Radiografia de crânio, cervical 2º
- Radiografia do tórax
- Radiografia da coluna cervical

Dr. Fernandes Andrade
Médico
CRMSE - 4254

capaz de responder uma No EFBC da corrente pleural, com contornos
temporal (D) e em lobo inferior. No EFBC da corrente pleural da VD 23. Todas as
lesões foram notadas. N.T. e estruturas cervicais

Rx face: RA de face
: lateral de face
: lateral (após remoção do cabelo)

Thedou Roriz
Cirurgião - Bico-Médico
CRQ - 1180

Alva Cruz

Thedou Roriz
Cirurgião - Bico-Médico
CRQ - 1180

12
04
2015

03.24
Radiografia de crânio cervical em sítio
de longo e lateral, com orelhas
Radiografia do tórax em altitudinal
Radiografia de coluna cervical
CD: (1) Retina color cervical
(2) Obstrução da coluna

Dr. Fernandes Andrade
Médico
CRMSE - 4254

MS/DATASUS

HOSPITAL GOVERNADOR JOAO ALVES FILHO

No. DO BE: 1207494 DATA: 15/07/2015 HORA: 00:47 USUARIO: MEOSILVA
CNS: SETOR: 06-SUTURA

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME : ABEL SILVA DE ANDRADE DOC...: 1570898
IDADE.....: 26 ANOS NASC: 13/03/1989 SEXO...: MASCULI
ENDERECO.....: POVOADO MATA DO PERU NUMERO:
COMPLEMENTO...: BAIRRO: ZONA RURAL
MUNICIPIO.....: SIMAO DIAS UF: SE CEP...: -
NOME PAI/MAE...: JOSE RAIMUNDO DE ANDRADE /JOSEFA DE JESUS SILVA
RESPONSAVEL...: ESPOSA - LUZINETE TEL...: 799601
PROCEDENCIA...: SIMAO DIAS 3
ATENDIMENTO...: ACIDENTE MOTOICICLISTICO (MOTOS)
CASO POLICIAL...: NAO PLANO DE SAUDE....: NAO TRAUMA: NAO
ACID. TRABALHO: NAO VEIO DE AMBULANCIA: SIM

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

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

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

DADOS CLINICOS:

DATA PRIMEIROS SINTOMAS: ___/___/___

ANOTAÇÕES DA ENFERMAGEM:

DIAGNOSTICO:

CID:

PRESCRICAO

HORARIO DA MEDICAO

DATA DA SAIDA: 15/07/15 HORA DA SAIDA: :
ALTA: [X] DECISAO MEDICA [] A PEDIDO [] EVASAO [] DESISTENCIA
[] ENCAMINHADO AO AMBULATORIO
INTERNACAO NO PROPRIO HOSPITAL (SETOR):

TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):

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

FAMILIA [] IML [] ANAT. P

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSAVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO



VALIDA EM TODOS OS TERRITÓRIOS NACIONAIS

REGISTRO GERAL 1.570.898

DATA DE EMISSÃO 20.09.1999

NOME ABEL SILVA DE ANDRADE

FILIAÇÃO José Raimundo de Andrade
Joséfa de Jesus Silva

Paragominas-PA 13 março 1982

NATURALIDADE DATA DE NASCIMENTO

Cert. nasc. nº 31.684 fls. 288 liv. A-29

Doc. de Cart. do Dist. da Com. de Simão Dias-SE

CPF

ASSINATURA DO TITULAR

DATA DE EMISSÃO 20.09.1999

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO

16 DE 25



MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal

Cadastro de Pessoas Físicas



COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número
010.058.445-42

Nome
ABEL SILVA DE ANDRADE

Nascimento
13/03/1982

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



Lidar dos
re DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0861952/16
Vítima: ABEL SILVA DE ANDRADE
CPF: 010.058.445-42

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 14/07/2015
Titular do CPF: ABEL SILVA DE ANDRADE

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Bóletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de Identificação
Outros

ABEL SILVA DE ANDRADE : 010.058.445-42

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO:

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

Portador da documentação entregue

Data: 28/04/2016
Nome: ABEL SILVA DE ANDRADE
CPF/CNPJ: 010.058.445-42

ABEL SILVA DE ANDRADE

Responsável pelo recebimento na seguradora

Data: 28/04/2016
Nome: Nathalia Beatriz Braga Costa
CPF: 164.083.787-65

Nathalia Beatriz Braga Costa



Seguradora Líder - DPVAT

11:38 14/04/2016 082581 SEGURADORA LIDER DPVAT 5

SINALEMA DPVAT - PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

INVALIDIZ. PERMANENTE - DADS

ID

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA ABEL SILVA DE ANDRADE
 DATA DO ACIDENTE 14.07.2015 CPF DA VÍTIMA 010.058.445-42
 PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO O MESMO
 QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR ☒ VÍTIMA ☐ REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM A VÍTIMA É ABEL SILVA DE ANDRADE
 ENDEREÇO DO PORTADOR TV. D. POV. MATA DO PERU
 Nº 0 COMPLEMENTO CASA BAIRRO ZONA RURAL
 CIDADE SIMÃO DIAS UF SE CEP 49480-000
 E-MAIL ABEL.SILVA@200200119822@igol.com TELEFONE (39) 33877-5273

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- ☒ REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
☒ CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☒ CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☐ LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
☒ NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA
☒ BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☒ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
☐ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- ☐ CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☐ CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
 OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DADS

- ☐ REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
☐ CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☐ CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☐ RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☐ COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
☐ NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
☐ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DADS

- ☐ CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☐ CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- VALORES DE INDENIZAÇÃO
- MORTE = R\$ 13.500,00
 - INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
 - DESPESAS MÉDICAS (DADS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.
- O PRAZO PARA O PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS, CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA NA SEGURADORA LÍDER DPVAT
 • COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
 • PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSE WWW.OPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 07.04.2016
 IDENTIDADE 1570.838
 ASSINATURA Abel Silva de Andrade

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NOS CORREIOS

DATA 07.04.2016 MATR. CORREIOS 8-121-046
 NOME CRISTIANO SOUZA
 ASSINATURA Atendente Comercial
Mat. 8-722.046-3





RELATÓRIO 0158 / 2016 REFERENTE À OCORRÊNCIA

NÚMERO: 1507140573 / SR – SAMU

O **SAMU 192 SERGIPE** foi acionado às **20h44min** do dia **14 de Julho de 2015**, para atendimento de vítima identificada como **Abel Silva**, com relato de **acidente motociclístico**, no município de **Simão Dias**.

A equipe da **Unidade de Suporte Básico – Lagarto**, removeu a vítima para **Hospital de Urgência de Sergipe - HUSE** no município de **Aracaju**, onde deixou o paciente aos cuidados da equipe.

Aracaju, 05 de Fevereiro de 2016

Por,  **Maria Carolina A. Ramos**
Gerência de Regulação
SAMU 192 Sergipe
CRM/SE 4691

Maria Roberta Santana Barreto

Coordenadora Médica

SAMU 192 SERGIPE

RELATÓRIO 0158 / 2016 REFERENTE À OCORRÊNCIA

NÚMERO: 1507140573 / SR – SAMU

O SAMU 192 SERGIPE foi acionado às 20h44min do dia 14 de Julho de 2015, para atendimento de vítima identificada como **Abel Silva**, com relato de acidente motociclístico, no município de Simão Dias.

A equipe da **Unidade de Suporte Básico – Lagarto**, removeu a vítima para **Hospital de Urgência de Sergipe - HUSE** no município de Aracaju, onde deixou o paciente aos cuidados da equipe.

Aracaju, 05 de Fevereiro de 2016

Per: 
Maria Carolina A. Ramos
Gerência de Regulação
SAMU 192 Sergipe
CRM/SE 4691

Maria Roberta Santana Barreto

Coordenadora Médica

SAMU 192 SERGIPE

REMETENTE / Sender		TELEFONE / Phone number	
ABEL SILVA DE ANDRADE		(79) 95877-5372	
ENDEREÇO / Address			
POU MATA DO PERU			
CEP / Zip	CIDADE / City	UF / State	PAÍS / Country
49480000	SENAR DIAS	SE	



765000636

RECICLAR MATERIAS E PRESERVAR O MEIO AMBIENTE

10

DEVOLUÇÃO / Return		(CN15)
<input type="checkbox"/> Mudou-se (move)	<input type="checkbox"/> Falecido (deceased)	
<input type="checkbox"/> Recusado (refused)	<input type="checkbox"/> Endereço insuficiente (insufficient address)	
<input type="checkbox"/> Desconhecido (unknown)	<input type="checkbox"/> Não existe o número indicado (non-existing number)	
<input type="checkbox"/> Não procurado (not sought)	<input type="checkbox"/> Outros (other)	
<input type="checkbox"/> Ausente (absent)		
Tentativas de entrega (delivery attempts)		
1ª ___ 2ª ___ 3ª ___		
<input type="checkbox"/> Informação prestada pelo porteiro ou síndico (information provided for doorman or condo manager) <input type="checkbox"/> Reintegrado no serviço postal em ___ (reintegrated to service post in ___) Retornado ao serviço postal (returned to service post)		
Data: ___/___/___ Responsável: _____		

Código de rastreio: 765000636

Rio de Janeiro, 03 de Maio de 2016

Carta nº: 9034223

A/C: ABEL SILVA DE ANDRADE

Sinistro: 3160269998 ASL-0861952/16
Vítima: ABEL SILVA DE ANDRADE
Data Acidente: 14/07/2015
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site www.dpvatsegurodotransito.com.br, ou ligue para o SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site www.dpvatsegurodotransito.com.br, não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à YASUDA MARITIMA SEGUROS S/A de origem onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

