

---

Rio de Janeiro, 05 de Maio de 2016

Carta n°: 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](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**





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](http://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

---

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](http://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 Silveira de Andrade,PORTADOR(A) DO RG N° 1.570.898 EXPEDIDO POR SSP / SE EM 20/09/1999CPF 01000582945-422 / CNPJ 0000000000000000, PROFISSÃO funcionário

E RENDA MENSAL DE R\$ 350,00 (\*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Abel Silveira 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](http://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 101 • AGÊNCIA 2176 (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA C13.00.070-791-7

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

LOCAL Santos Dum - SE DATA 07/04/2016

ASSINATURA DO(A) BENEFICIÁRIO (A) Abel Silveira 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](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br) ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.

**CARTÓRIO DO 1º OFÍCIO - COMARCA DE SIMÃO DIAS/SE**  
MUNICÍPIO DE SIMÃO DIAS/SE - SANTOS - TIRADentes  
Rua Dr. Juvêncio da Cunha, n° 274 - Centro - CEP: 69600-000 - TELEFONE (71) 3211-1227 - E-mail: [crt1oficio.sds@se.jus.br](mailto:crt1oficio.sds@se.jus.br)

Reconheço FUR: BRUNA LIMA a firma des: ADRIEL SILVA DE ANDRADE, RG: 1.454-  
TAXA R\$ 1,20 - FERU R\$ 0,00 - SELO 0,02 = TOTAL R\$ 1,22. TIR  
testo BRUNA LIMA da verdade. Simão Dias/SE v/7/04/2016 09:32:31.  
EULÓGIO SANTOS - Oficial substituto.



**VALIDO 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, SEM SEU PRÓPRIO NOME.



DELEGACIA DE POLICIA  
SERGIPE



DELEGACIA DE POLICIA DE SIMÃO DIAS

AV RAIMUNDO ABREU REIS, CENTRO FONE: (03611-1200)

RPO - Registro Policial de Ocorrência 2016/06595.0-000378

VALIDO SOMENTE COM O  
SELO DE AUTENTICIDADE

DELEGACIA RESPONSÁVEL

Nome: DELEGACIA DE POLICIA DE SIMÃO DIAS

Endereço: AV RAIMUNDO ABREU REIS, CENTRO FONE: (03611-1200)

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 POLICIA DE SIMÃO DIAS

Tipo de local: VIA PUBLICA 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: 15708985 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 9C2JC1801LR517356, RENAVAN 211746797, ANO/MOD/FAB 1990, DE COR VERMELHA, DE PLACA POLICIAL SE 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

DES: As informações registradas pelo declarante/vítima são de sua inteira responsabilidade cabendo inclusive a responsabilização criminal de quem que faltar com a verdade no fornecimento das informações nos termos do artigo 340 do Código Penal Brasileiro. Art. 340. Falsificar a ação de autoridade, comunicando-lhe a ocorrência de crime ou de contravenção que sabe não se ter verificado. Pena - detenção de um a seis meses ou multa.

ABEL SIVA DE ANDRADE

Fabio Alan Pinto Pimentel

## DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Certidão de Inexistência do IML  
00044

Eu, Abel Silveira de Andrade, portador da carteira de identidade nº 1.570.898 e inscrito no CPF/MF sob o nº 010.058.445-42, residente e domiciliado na Pensão Matriz de Pernambuco, Cidade Simão Dias, Estado Sergipe, declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
- O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.



Abel Silveira de Andrade

Assinatura do declarante  
conforme documento de identificação

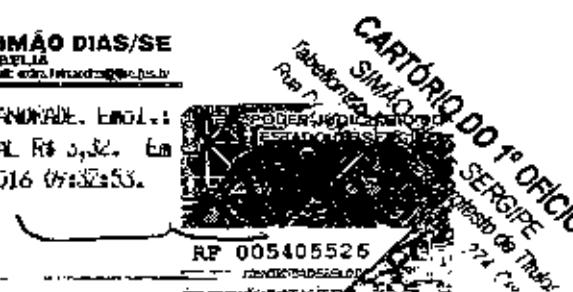
Simão Dias - SE, 07 de Abril 2016.

Local e data



CARTÓRIO DO 1º OFÍCIO - COMARCA DE SIMÃO DIAS/SE  
MARICARMEN DANTAS DO AMARAL SANTOS - TABELIÃ  
Rua Dr. Jovilene de Carvalho, 4774 - Lajeado - CEP: 49500-000 - TEL/FAX: (52) 361-1211 - E-mail: edoc.simoedias@sc.jus.br

- Reconheço FIRME SEMELHANÇA a firma de: ABEL SILVEIRA DE ANDRADE, End.: Rua Dr. Jovilene de Carvalho, 4774 - Lajeado - CEP: 49500-000 - TEL/FAX: (52) 361-1211 - E-mail: edoc.simoedias@sc.jus.br  
TAXA R\$ 3,25 - FERD R\$ 0,00 - SELO 0,09 = TOTAL R\$ 3,34. Em testo verdadeiro da verdade. Simão Dias/SE; 07/04/2016 (14:25:53).  
EDUARDES SANTOS - Oficial Substituto.



VÁLIDO SOMENTE COM O  
SELO DE AUTENTICIDADE

REC 005405526

# AUTORIZAÇÃO PARA TRANSFERÊNCIA DE VEÍCULO

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

VALOR - R\$25

NOME:

RG:

CPF/NOME:

ENDERECO:

LOCAL E DATA:

DE ACORDO:

ASSINATURA DO ADQUIRENTE

RECONHECIMENTO DA FIRMA DO PROPRIETÁRIO

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

BES01120FEV91

Nº 633.02RDE09

SEGURADO/BRIGADEIRO

IPVA - 1ª COTA OU COTA ÚNICA

BES01320FEV91

R\$1.758,06RDE09

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

BES01420FEV91

R\$1.367,32RDE09

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

IPVA - 2ª COTA

BES01520FEV91

R\$1.367,32RDE09

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

**REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL**

MINISTÉRIO DA JUSTIÇA  
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO

**CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO**  
DETAN - SERVIÇO

Nº 116678142

VIA:	04	PLACA:	211746197	RTB:	0000000000
DETAN - SERVIÇO		DETAN - SERVIÇO	DETAN - SERVIÇO	DETAN - SERVIÇO	DETAN - SERVIÇO
NOME:	LAERCIO FIGUEIREDO DE SOUZA	ENDEREÇO:			
RUA FRANCISCO DE OLIVEIRA	N. 33 C.J. BUGIO				
49000 ARACAJU - SE					
TELEFONE:	03126725194534	FAX:	AV 113		
PLACA ANTIGA:	AF4373/SE	DATA ANTIGA:	20/01/80	PLACA ATUAL:	4923/SE
DOCUMENTO DE PORTE OBRIGATÓRIO NÃO VÁLIDO PARA TRANSFERÊNCIA					
ESPECIEIRO:	COMBUSTÍVEL		ESPECIEIRO:	COMBUSTÍVEL	
PASSEIOS/CICLOS	GASOLINA		PASSEIOS/CICLOS	GASOLINA	
MARCA/Modelo:	HONDA CG 125 TODAY		MARCA/Modelo:	HONDA CG 125 Today	
Capacidade:	125ccm		Capacidade:	125ccm	
Cor:	VERMELHA		Cor:	VERMELHA	
Identificação do proprietário:	VENUS GOMES		Identificação do proprietário:	VENUS GOMES	
CPF/CNPJ:	300190130141		CPF/CNPJ:	300190130141	
Placa:	204116VY/125001		Placa:	204116VY/125001	
Expedição:	29/03/91		Expedição:	29/03/91	
PRÉMIO/DUDAS:	PRÉMIO DUDAS		PRÉMIO/DUDAS:	PRÉMIO DUDAS	
VALIDADE CERTIFICA			VALIDADE CERTIFICA		
23/05/91			23/05/91		
LOCAL:	ARACAJU - SE		LOCAL:	ARACAJU - SE	
Data: 18/01/91			Data: 18/04/91		
Pedro Henrique Sobreira					
Ministério da Justiça					

**REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL**

MINISTÉRIO DA JUSTIÇA  
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO

**CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO**  
DETAN - SERVIÇO

Nº 074448696

VIA:	04	PLACA:	211746197	RTB:	030333333333
DETAN - SERVIÇO		DETAN - SERVIÇO	DETAN - SERVIÇO	DETAN - SERVIÇO	DETAN - SERVIÇO
NOME:	LAERCIO FIGUEIREDO DE SOUZA	ENDEREÇO:			
RUA FRANCISCO DE OLIVEIRA	N. 33 C.J. BUGIO				
49000 ARACAJU - SE					
TELEFONE:	03126725194534	FAX:	AV 113		
PLACA ANTIGA:	AF4373/SE	DATA ANTIGA:	20/01/80	PLACA ATUAL:	4923/SE
FOTO PÔRTRAITA					
DOCUMENTO VÁLIDO PARA TRANSFERÊNCIA PORTE NÃO OBRIGATÓRIO					
ESPECIEIRO:	COMBUSTÍVEL		ESPECIEIRO:	COMBUSTÍVEL	
PASSEIOS/CICLOS	GASOLINA		PASSEIOS/CICLOS	GASOLINA	
MARCA/Modelo:	HONDA CG 125 Today		MARCA/Modelo:	HONDA CG 125 Today	
Capacidade:	125ccm		Capacidade:	125ccm	
Cor:	VERMELHA		Cor:	VERMELHA	
Identificação do proprietário:	VENUS GOMES		Identificação do proprietário:	VENUS GOMES	
CPF/CNPJ:	300190130141		CPF/CNPJ:	300190130141	
Placa:	204116VY/125001		Placa:	204116VY/125001	
Expedição:	29/03/91		Expedição:	29/03/91	
PRÉMIO/DUDAS:	PRÉMIO DUDAS		PRÉMIO/DUDAS:	PRÉMIO DUDAS	
VALIDADE CERTIFICA			VALIDADE CERTIFICA		
23/05/91			23/05/91		
LOCAL:	ARACAJU - SE		LOCAL:	ARACAJU - SE	
Data: 18/01/91			Data: 18/04/91		
Chefe da Divisão de Controle de Veículos e Condutores - DETAN-SE					
MINISTÉRIO DA JUSTIÇA					

## NUCLEAR ENERGY IN THE HOUSE

ATO

Componentes de alto rendimiento

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.: [ ] mmHg ], PULSO: [ - - - ] BPM, TEMP.: [ ] °C, PESO: [ ] kg

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

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

#### DADOS CLINICOS:

DATA PRIMEIROS SINTOMAS: / /

• 1906. obi estacione Rio Grande do Sul, na estrada de ferro, entre Caxias e São Luiz Gonzaga, de 20 de outubro de 1906, o Dr. José Góes, presidente da província, autorizou que se realizasse a expedição, com o auxílio da polícia, para a localidade de São Luiz Gonzaga, para a captura de um bando de bandidos, que havia roubado o trem da estrada de ferro, no dia 18 de outubro de 1906, levando consigo 100 mil réis e 100 mil gramas de ouro.

## ANOTACOES DA ENFERMAGEM

### **-DIAGNOSTICO:**

510

## **PRESCRICAO**

## HORARIO DA MEDICAÇÃO

DATA DA SAIDA: (S/0) / / 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 (DESPÓSITO)**

P. FAMILIA [ ] IML [ ] ANAT. PI  
Correa Lima  
Grau e Correa Lima  
Grau e Correa Lima



## DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Abel Silveira de Andrade

RG nº 1.570.838, data de expedição 20/09/1999 Órgão SSP

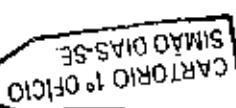
CPF nº 010.058.445-42, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Pessoal de Mata do Pau</u>
Número	<u>511</u>
Apto / Complemento	<u>Grande Belo</u>
Bairro	<u>Zona Rural</u>
Cidade	<u>Simão Dias</u>
Estado	<u>Sergipe</u>
CEP	<u>49480-000</u>
Telefone de Contato	<u>(79) 99877-5373</u> e <u>8876-8831</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

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

Assinatura do Declarante: Abel Silveira de Andrade

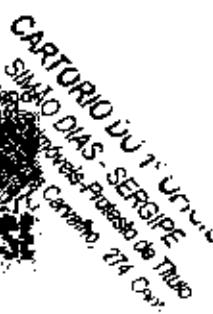


## CARTÓRIO DO 1º OFÍCIO - COMARCA DE SIMÃO DIAS/SE

MARCIAMERI DANTAS DO AMARAL SANTOS - TABELIA

Rua Dr. Antônio de Carvalho, nº 214 - Centro - CEP: 49480-000 - Tel/Fax: (79) 3211-1277 - E-mail: [tabelia@simao.dias.se.gov.br](mailto:tabelia@simao.dias.se.gov.br)

Reconheço PÔR SEUELHANHA a firma de: ABEL SILVA DE ANDRADE. RG: ...  
TAXA N° 7,73 - FEND R\$ 0,00 - SELO 0,09 = TOTAL R\$ 7,82. Em  
testemunha da verdade. Simão Dias/SE; 07/04/2016 09:52:53.  
EUCLIDES SANTOS - Oficial Substituto.



VÁLIDO SOMENTE COM O  
SELO DE AUTENTICIDADE

LUZINETE CONCEIÇÃO DE BASTOS  
RAVESSA, 1970, Bairro: Loteamento Fazenda do Pernambuco - Área Rural  
Bairros: Datas CEP: 16480000 (AG: 210)

Categoria: RESIDENCIAL / RESIDENCIAL MONOFASE  
Rua: 14 - 210 - 355 - 1070  
Referência: 2847016  
Número de Medida: E5017970692

ENERGISA SERGIPE-DISTRIBUIDORA ENERGISA SA  
Av. Adelino Paim, 3114, 31 - Início Barreiros  
CEP: 49010-086, CEP: 49010-150  
CNPJ: 00.017.468/0001-82, Insc Est: 270.767.136  
Nº de Freguesia: Centro de能源 ENE-00000589540  
Código para Diálogo Automático: 40000275871

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

Conta referente a UC (Unidade Consumidora): 3/927587-6

Canal de contato

Fev / 2016

- Reduz o valor da bandeira vermelha para o passado 1, R\$ 3,00  
x ação 1,00 kWh (atualizado). Vigente a partir de 01/02/2016

Apresentação

23/02/2016

Data prevista da próxima leitura

24/03/2016

CPF/ CNPJ/RANI

1954326503

Insc. Est:

Faturas em atraso

	Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
	22/01/16 2195	23/02/16 2257	1	72	32

Demonstrativo

FATURAS VENCIDAS ATÉ  
C. PIA (13/02/2016) PÁDAS  
CBRIG4001

Descrição	Quantidade	Preço	Valor (R\$)
Consumo em kWh	72	0,47905	33,47
Ault. B Vermelha		2,18	
ICMS		11,61	
PIS		0,82	
COFINS		2,89	
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS			
CONTRIBUUIÇÃO PÚBLICA		6,01	
RELACIONADO NORMAL 02/2016		8,49	
EMISSÃO DE SEGUNDA VIA 02/2016		2,43	

Histórico de Consumo  
(kwh)

Jan/16	17
Dez/15	13
Nov/15	12
Out/15	87
Sep/15	90
Ago/15	89
Jul/15	50
Jun/15	57
Mai/15	37
Abr/15	47
Mar/15	24
Fevereiro	0

	BASE DE CÁLCULO	AJUSTADA	VALOR (R\$)
ICMS	47,26	25,00	11,61
PIS	47,26	1,3300	0,62
COFINS	47,26	8,1200	7,68

VENCIMENTO TOTAL A PAGAR

01/03/2016 R\$ 65,18

Meios de pagamento: Meios de pagamento: 41 kWh

6022.e6aa.9908.9a54.9482.16cf.54fe.1fa0.

Indicadores de Qualidade: 121305-SIM40092

Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão [V]	Descrição	Valor (R\$)	%
O C MENSAL	11,70	0,00	Simples de Cálculo Energisa SE	0,91	16,73
O C 1 TRIMESTRAL	23,50	NOMINAL	Compra de Energia	16,46	25,25
O C ANUAL	47,00	0,00	Serviço de Transmissão	0,98	1,36
O C MENSAL	8,00	CONTRATADA	Encargos Tributários	3,28	5,25
O C 1 TRIMESTRAL	16,20	LIMITESUPERIOR	Encargos Debito e Encargos	24,23	39,30
O C ANUAL	31,00	LIMITESEUPERIOR	Outros Serviços	0,92	1,53
DWS	6,48	0,00	Total	68,48	100,00
DPI	16,60				

ATENÇÃO

- \* Conectar o mosquiteiro da dengue a cerca de todos!  
\*\* Ativação confirmada

SENARPE VENCIMENTO TOTAL A PAGAR  
Robalo 14 - 210 - 855 - 1070 01/03/2016 R\$ 65,18  
Número: 927587-2016-02-6





GOVERNO FEDERATIVO  
MINISTÉRIO DE SAÚDE



## RELATÓRIO MÉDICO



Fundação  
Hospitalar  
de Saúde

NOME DO PACIENTE: Adel Cílio da Costa  
DATA DA ENTRADA: 15/12/1986  
DATA DA SAÍDA: 10/01/1987

INTERNAMENTO: PS ( ) ENFERMARIA ( ) UTI ( )  
HISTÓRICO CLÍNICO:

Adel Cílio da Costa, 31 anos, é paciente do Serviço de Urologia, que descreve como motivo de consulta a dor no lado esquerdo, com intensidade moderada, que se intensificou ao longo das últimas 24 horas, sem febre, perda de peso e excretas alteradas. No exame físico, o paciente é de médio porte, tira a roupa, apesar de não haver dor, realizando a urinálise e a excreção. Apesar de não haver dor, o exame físico faz parte da rotina. Aos 30 anos, realizou cirurgia para a correção da hidrocefalia (que permaneceu por 12 meses).

HISTÓRICO CIRÚRGICO:

EXAMES COMPLEMENTARES:

Balanço sanguíneo, Bexiga e urina: sem alterações.

MÉDICOS ASSISTENTES:

Drs. Francisco Alves da Costa  
e Dr. Teófilo Costa

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

ARACAJU, 1º de Jan. 1987

MÉDICO DO SETOR DE AVA - 33 DE PAGINA

Obs.: Dados obtidos mediante análise do prenásterio.

Lúcio Braga de Almeida  
Médico de Plantão da Santa Casa  
CRM/SE/2013



## RELATÓRIO MÉDICO



NOME DO PACIENTE: Abel Silva de Andrade  
DATA DA ENTRADA: 15/07/2015  
DATA DA SAÍDA: 15/07/2015

**INTERNAMENTO:** PS ( ) **ENFERMARIA:** ( ) **UTI:** ( )  
**HISTÓRICO CLÍNICO:**

Bolato para fisi. Periciais que, Abel Silva de Andrade deve entrar  
da no HU/SE vestido de civil e de trânsito. Apresentando  
FCC, em segd temporal. Deve usar óculos escuros + avulso da  
UD 3. O Bucanari fa relatos sutiles + evocativos. Apesar radio-  
grafias nõ dão observação de fraturas facies. Apesar radiografias  
de tórax e abdômen que a liberação (sem evidências de fracturas).  
HISTÓRICO CIRÚRGICO:

## HISTÓRICO CIRÚRGICO.

### EXAMES COMPLEMENTAIRES:

Bx columna cervical; Bx tarsus; Rx de pulso; Rx fco.

## MÉDICOS ASSISTENTES

ASSISTENTES:  
Drº Fernandes Andrade  
Drº Thadeu M. Drz.

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

ARACAJU, 16 de 09 maio 2015

MÉDICO EN SERVICIOS DE SALUD

**Obs.: Dados obtidos mediante análise do protocolo.**

D9 Ligia Braga de Almeida 2015  
DE PONTES  
Estádio de Pontes  
CAT/SE - 2019

## **NUCLEO HOSPITALAR DE EPIDEMIOLOGICA HUSE**

MS/DATASUS HOSPITAL GOVERNADOR JOAO ALVES FILHO  
No. DO BE: 1207494 DATA: 15/07/2015 HORA: 00:47 USUARIO: MEOSILVA  
CNS: SETOR: 06-SUTURA

## **IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE**

NOME : ABEL SILVA DE ANDRADE DOC...: 1570898  
 IDADE....: 26 ANOS NASC: 13/03/1989 SEXO.: MASCULIN  
 ENDERECO....: Povoado Mata do Peru NUMERO:  
 COMPLEMENTO....: BAIRRO: ZONA RURAL  
 MUNICIPIO....: SIMAO DIAS CF: 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 FIANO 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 CLÍNICOS: DATA PRIMEIROS SINTOMAS: / /

## **ANOTAÇÕES DA ENFERMAGEM**

**DIAGNOSTICO:**

## **PRESCRICAO**

## HORARIO DA NEPÓCAG

DATA DA SAIDA: 15/12/95 HORA DA SAIDA: :  
ALTA: [  ] DECISAO MEDICA [  ] A PEDIDO [  ] EVASAO [  ] DESISTENCIA  
[  ] ENCAMINHADO AO AMBULATORIO  
INTERNACAO NO PROPRIO HOSPITAL (SETOR):

**TRANSFERENÇA (UNIDADE DE SAÚDE):**

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

### HORA DA SAÍDA:

CHIEF: [ ] VICE PRESIDENT: [ ] CHIEF: [ ]

ASSINATURA DO ENCARTE/RESPONSÁVEL

**ASSINATURA DO FACILITANTE/RESPONSÁVEL**

**D. P. AMILIA** [ ] IML [ ] ANAT. PA  
Dra. Patricia Correa Llano  
Facultad de Ciencias Veterinarias  
Universidad de Chile

~~ASSINATURA E CARTUCHO DO MÉDICO~~

segundo

- Radiografia de cuello dia 27
- Radiografia de torso dia 27
- Radiografia de abdomen dia 27

Dr. Fernandes Andrade

CRMSE 4254

capaz de responder amparo. No EFG se observa lesión ósea cortical temporal (D) e em nível inferior no CFIO se observa indício da UD 23. Todas as sinapses foram salvaguardadas. Nenhuma lesão craniografica.

Rx face: RA de face

: fractura de hilo varo

: rotura (após remoção do estalar)

ALTA OBRAVIF

Thiago Roriz  
Orange - São Paulo  
CRM - 1180

Thiago Roriz  
Curitiba - Paraná  
CRM - 1180

13 03.24  
04

2015 Radiografia de cuello com restringir de lazo e sobre o lazo, este ultimo localizado.

Radiografia de torso com restrição

Radiografia de juntas com restrições

cc: ① Retina color fundus f

② Observação g.º de rotas,

Dr. Fernandes Andrade

Médico

CRMSE - 4254

NUCLEO MUSCULOCARDIOLOGICO  
NOME \_\_\_\_\_

MS/DATASUS

HOSPITAL GOVERNADOR JOAO ALVES FILHO

No. DO BE: 1207494 DATA: 15/07/2015 HORA: 00:47 USUARIO: MEOSTLVA  
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 - LUZINSTE 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 [ ] TCG  
[ ] LÍQUOR [ ] ECG [ ] ULTRASSONOGRAFIA

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

DADOS CLINICOS:

DATA PRIMEIROS SINTOMAS: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

ANOTACOES DA ENFERMAGEM:

DIAGNOSTICO:

CID:

PRESCRICAO

HORARIO DA MEDICAC

Abel Andrade  
Medico  
CRM 4254

14/07/2016 03:25:27

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

TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):  
OBITO: [ ] ATÉ 48HS [ ] APÓS 48HS

P. P. FAMILIA [ ] IML [ ] ANAT. PI  
Carne, Pele e Cerebro  
Coração e Pulmão  
Côlon e Reino

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSAVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO



VALIDA EM TODO O BRASIL	
REGISTRO GLOBAIS	<b>1.570.898</b>
DATA DE EMISSÃO: 20.09.1999.	
NOME: ABEL SILVA DE ANDRADE	
PESO: 60g	
NOME: José Raimundo de Andrade	
NOME: Joacfa de Jesus Silva	
PARAGOMINAS-PA	13 março 1982
NATURALIDADE	DATAS DE FOLHA VERMELHA
Cart. nasc. nº 31.684 fls. 288 liv. A-29	
doc. quarto Cart. do Dist. da Com. de Simão	
Dias-SE	
CPF	111.111.111-11
Data de Emissão: 20.09.1999	
Data de Validade: 16.03.2000	

MINISTÉRIO DA FAZENDA



Receita Federal  
Cadastro de Pessoas Físicas



**COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO**

Número  
010.058.445-42

Name \_\_\_\_\_

ABEL SILVA DE ANDRADE

Nascimento  
13/03/1982

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

# PROTÓCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



Lider das  
ro 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

Buletim 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](http://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

### Responsável pelo recebimento na seguradora

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

ABEL SILVA DE ANDRADE

Nathalia Beatriz Braga Costa



Seguradora Líder · DPVAT

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

SISTEMA DPVAT - PROTOCOLO DE EXPEDIÇÃO DE DOCUMENTOS

INSTRUÇÕES PARA ENTREGA DE DOCUMENTOS

ID

## IDENTIFICAÇÃO

VITIMA ABELE SIlVA DT ANDRADEDATA DO ACIDENTE 14.07.2015 CPF DA VITIMA 310.058.445-42PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO o MUNICQUALIFICAÇÃO DO PORTADOR  VITIMA  REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM A VITIMA É ABELE SIlVA DT ANDRADEENDEREÇO DO PORTADOR TV. D Pov. MATI DO PEAVNº 0 COMPLEMENTO CASA BAIRRO ZONA RURALCIDADE Limaçõ DMS UF SP CEP 49480.000E-MAIL ABELESILVA.DT2015@GMAIL.COM.BR TELEFONE (32) 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 VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- CPF DA VITIMA (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 VITIMA 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 VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIIS 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 DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VITIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

## DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- CPF DA VITIMA (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 RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

## DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- 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 VITIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

## INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- |                        |  |
|------------------------|--|
| VALORES DE INDENIZAÇÃO | <input type="checkbox"/> MORTE = R\$ 13.500,00   |
|                        | <input type="checkbox"/> 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. |
|                        | <input type="checkbox"/> DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = 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.DPVATSEGURADOTRANSITO.COM.BR](http://WWW.DPVATSEGURADOTRANSITO.COM.BR) OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

## PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 07.04.2016IDENTIDADE 1570.888

ASSINATURA

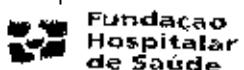
## RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NOS CORREIOS

DATA 07.04.2016 MATR. CORREIOS 8-121-076NOME Cezarino Soárez

ASSISTENTE COMERCIAL

Mat. 8722.046-3





## **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 motociclistico, 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

Part 1

  
Ana Caroline A. Ramos  
Gerência de Regulação  
SAMU 192 Sergipe  
CRM/SE 4691

Maria Roberta Santana Barreto

## Coordenadora Médica

SAMU 192 SERGIRE

## 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 motociclistico, 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

Pto.,  
  
Cláudia Caroline A. Ramos  
Coordenadora de Regulação  
SAMU 192 Sergipe  
CRM/SE 4691

Maria Roberta Santana Barreto

Coordenadora Médica

SAMU 192 SERGIPE

## REMETENTE / Sender

ABE Silva de Andrade  
ENDERÉCOS / Address

POU MATA DO PERU

## CEP / Zip

49480000

765000636

## CIDADE / City

SERRA DAS

## TELEFONE / Phone number

(79) 95877-5370

UF / State

PAÍS / Country

RECICLAR MATERIAIS E PRESERVAR O MEIO AMBIENTE



## DEVOLUÇÃO / Return

(01/15)

- Mudou-se para \_\_\_\_\_  Falecido (deceased)
- Recusado (refused)  Endereço Insuficiente (Insufficient Address)
- Desconhecido (unknown)  Não existe o número indicado (Non-existing Number)
- Não procurado (unreachable)  Outros (others)
- Ausente (away)

## Tentativas de entrega (Delivery attempts)

1º \_\_\_\_\_ 2º \_\_\_\_\_ 3º \_\_\_\_\_ 4º \_\_\_\_\_

- Informação prestada pelo portador ou síndico (Information provided by doorman or condo manager)
- Reintegrado ao serviço postal em \_\_\_\_\_ (Reintegrated to postal service at \_\_\_\_\_)

Data: \_\_\_\_\_ Resposto por: \_\_\_\_\_



---

Rio de Janeiro, 03 de Maio de 2016

Carta nº: 9034223

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.: 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](http://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](http://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 inicio 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,

