	<p>Protocolo Nº 20190807162504732</p> <p>Sua solicitação foi enviada à 2ª Vara Cível e Criminal de Simão Dias da Comarca de SIMÃO DIAS em 07/08/2019 16:25 por KELLY CHRYSTIAN SILVA MENENDEZ, OAB 2592##SE.</p>
---	---

DADOS DO PROTOCOLO

Tipo de Protocolo: PETICIONAMENTO GERAL - Outras Petições

Processo: 201984100205

Classe: Procedimento Comum

Dados do Processo Origem		
Número 201984100205	Classe Procedimento Comum	Competência 2ª Vara Cível e Criminal de Simão Dias
Guia Inicial 201912900169	Situação JULGADO	Distribuído Em: 06/02/2019
Julgamento 31/07/2019		

Partes		
Tipo	CPF	Nome
Requerente	01005844542	ABEL SILVA DE ANDRADE
Requerido	09248608000104	SEG LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT

Anexos		
	Nome	Tipo
1	2610337_ELABORAR PETICAO INTERLOCUTORIA_01.pdf	Petição
2	2610337_ELABORAR INTERLOCUTORIA_Anexo_01.pdf	PETICAO Outros documentos

ATENÇÃO!

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

Imprimir



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 2ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE SIMAO DIAS/SE

PROCESSO: 201984100205

SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A., previamente qualificada nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada por seus advogados que estas subscrevem, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **ABEL SILVA DE ANDRADE**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem, mui respeitosamente, à presença de V. Exa. em atenção ao determinado na r. sentença requerer a juntada do processo administrativo (em anexo).

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

SIMAO DIAS, 7 de agosto de 2019.

JOÃO BARBOSA
OAB/SE 780-A

KELLY CHRYSTIAN SILVA MENENDEZ
2592 - OAB/SE

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





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 Andrade

PORTADOR(A) DO RG Nº 1.570.898

EXPEDIDO POR SSP/SE

EM 20/09/1999

CPF 040058245-42 /CNPJ _____, PROFISSÃO Informático

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 SISPDPVAT 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 Simões Dias - SE DATA 07/04/2016

ASSINATURA DO(A) BENEFICIÁRIO(A)

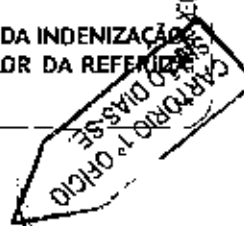
Abel Silva de Andrade

! 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 08:25:54 SEN RECORR 06/02/06 9102



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

MAQUINARIAS E CARTAS DO HONRÁVEL CARTÓRIO - TABELA
Rua Dr. Joséário de Carvalho, s.º 174 - Centro - CEP: 48400-000 - TEL/FAX: (75) 3811-9257 - E-mail: cdm1@cartorio174.com.br

CARTÓRIO DO 1º OFÍCIO
COMARCA DE SIMÃO DIAS - SERGIPE
Rua Dr. Joséário de Carvalho, s.º 174 - Centro

Reconheço POR SEMELHANÇA a firma de: ANIL SILVA DE OLIVEIRA. Emissão
TAXA R\$ 1,25 - FÉRMEN R\$ 0,00 - SELLO R\$ 0,00 = TOTAL R\$ 1,25. Em
testes da verdade. Simão Dias/SE; 07/04/2016 09:52:30.
EULIDES SARAIO - Oficial substituto.



RZ 005405524

SECRETARIA DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SERGIPE
SECRETARIA DE REGISTRO E CARTÓRIOS

VÁLIDO SOMENTE COM O
SELO DE AUTENTICIDADE



SUA VOZ PODE
CALAR O CRIME

SUA IDENTIDADE PRESERVADA, SUA SEGURANÇA GARANTIDA.



SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA



SERGIPE



DELEGACIA DE POLÍCIA DE SIMÃO DIAS

AV RAIMUNDO ABREU REIS, CENTRO FONE (0) 3611-1200

RPO - Registro Policial de Ocorrência 2016/06595.0-000378

VÁLIDO SOMENTE COM O
SELO DE AUTENTICIDADE

DELEGACIA RESPONSÁVEL

Nome: DELEGACIA DE POLÍCIA DE SIMÃO DIAS

Endereço: AV RAIMUNDO ABREU REIS, CENTRO FONE (0) 3611-1200

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: SIMAO DIAS - SE Circunscrição: DELEGACIA DE POLÍCIA 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: 15708995 UF: SE Órgão expedidor:

Naturalidade: PARIPIRANGA Data de nascimento: 13/03/1982 Sexo: Masculino Cor da cútis: 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: SIMAO DIAS UF: SE

Proximidades: Telefone:



CARTÓRIO DO 1º OFÍCIO - COMARCA DE SIMÃO DIAS/SE
MATRÍCULA Nº 000435 DO AMPLIAR SANTOS - TRABELLA
Rua Dr. Aurélio de Castro, nº 234 - Centro - CEP: 49400-000 - Sergipe

Cartório que a presente cópia é a reprodução fiel do original
que se foi apresentado e aut. Simão Dias/SE, 07/04/2016
10h:50:34, FILLIPE SANTOS - Oficial
Substituto
Eml: TAXA R\$ 2,49 - FERO R\$ 0,50 - SELO R\$ 0,09 = TOTAL R\$ 3,08

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 LAEGIO 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 aquele que faltar com a verdade no fornecimento das informações, nos termos do artigo 340 do Código Penal Brasileiro. A falta de verificação da ação de autoridade comunicando-lhe a ocorrência de crime ou de contravenção que sabe não se ter verificado acarretará a detenção de um a seis meses, ou multa.

Abel Siva de Andrade
ABEL SIVA DE ANDRADE

Fabio Alan Pinto Pimentel
Fabio Alan Pinto Pimentel

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML



Eu, Abel Silva 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 Rua Padre Mota de Souza, 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:

- (X) 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 Silva 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 - TABELIA
 Rua Dr. Jordane de Carvalho, s/nº 774 - Centro - CEP: 45400-000 - TEL/FAX: (79 324) 1211 - E-mail: cartorio1oficio@tjse.br

Reconheço POR SEPELHANÇA a firma de: ABEL SILVA DE ANDRADE. Emol.:
 TAXA R\$ 3,25 - FERO R\$ 0,00 - SELO 0,09 = TOTAL R\$ 3,34. Em
 testó da verdade. Simão Dias/SE; 07/04/2016 09:32:53.
 ELI LIES SANTOS - Oficial Substituto.



VÁLIDO SOMENTE COM O
SELO DE AUTENTICIDADE

11:38:44/2016 28270: 20160308 109 191 3

AUTORIZAÇÃO PARA TRANSFERÊNCIA DE VEÍCULO

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

VALOR - Cruz

NOME: _____

RG: _____ CPF/CGC: _____

ENDEREÇO: _____

LOCAL E DATA: _____

[Handwritten Signature]
ASSINATURA DO PROPRIETÁRIO

DE ACORDO: _____

ASSINATURA DO ADQUIRENTE

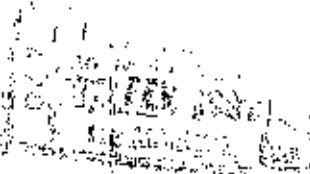
RECONHECIMENTO DE FIRMA DO PROPRIETÁRIO

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

#1.633.02RDE09

RES01120FEV91

SEGURO OBRIGATORIO



IPVA - 1ª COTA OU COTA ÚNICA

RES01320FEV91

#1.758.06RDE09

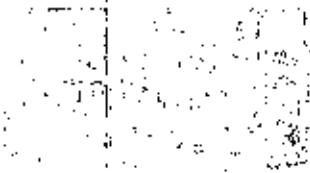
AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

#1.367.32RDE09

RES01420FEV91

IPVA - 2ª COTA



IPVA - 3ª COTA

RES01520FEV91

#1.367.32RDE09

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

DETRAN - SERGIPE

SEN: 116678142

VIA 04 211746797 0000000010 1991

LAERCIO FIGUEIREDES DE SOUZA
RUA FRANCISCO DE OLIVEIRA
N. 33 C. BUCI
49000 ARACAJU - SE

00026725194534 AVI13

NF4373/SE 92J01801LR517356

DOCUMENTO DE PORTE OBRIGATORIO
NAO VALING PARA TRANSFERENCIA

PAS/MOTOCICLO

GASOLINA

HONDA/CG 125 TODAY

1990 1990

22/1100/1250E VERMELHA

VERMELHA

300 300 1º 310191

2º 280291

3º 290391

SE 18/05/91

ARACAJU - SE 18/01/91

Redo
Luiz Estor

MINISTERIO DA JUSTICA

CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO

DETRAN - SERGIPE

SEN: 074448696

VIA 04 211746797 0000000010

LAERCIO FIGUEIREDES DE SOUZA
RUA FRANCISCO DE OLIVEIRA
N. 33 C. BUCI
49000 ARACAJU - SE

00026725194534 NF4373/SE

92J01801LR517356

DOCUMENTO VALIDO PARA TRANSFERENCIA
PORTE NAO OBRIGATORIO

AVI13

92J01801LR517356

PAS/MOTOCICLO

GASOLINA

HONDA/CG 125 TODAY

1990 1990

22/1100/1250E

VERMELHA

ARACAJU

18/04/91

Valdineia Soares Sobral
Chefe da Divisão de Controle de
Veículos e Condutores - DETRAN - SE

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 . ECC...: 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: [] RAO X [] SANGUE [] URINA [] TC
[] LIQUOR [] ECG [] ULTRASSONOGRAFIA

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

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

... de colica aguda, com sinais de irritacao peritoneal, mais acentuada no quadrante superior direito, evoluindo para quadro de peritonite generalizada, com febre, taquicardia, hipotensao e oliguria. Evolucao para choque hipovolemico.

ANOTAÇÕES DA ENFERMAGEM:

... em uso de analgesicos e antibioticos, com melhora dos sinais vitais e do quadro clínico. Evolucao para quadro de choque hipovolemico.

DIAGNOSTICO: CID:

PRESCRIÇÃO

HORARIO DA MEDICACAO

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



15/07/2015 00:47



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Abel Silva de Andrade

RG nº 1.570.898, data de expedição 20/09/1999 Órgão SSP

CPF nº 010.058.449-42, 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>Ruete de Mata de Pau</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 1º OFÍCIO
SIMÃO DIAS-SE

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 - SIMÃO DIAS - SE (11) 3261-1277 - E-mail: cartorio1@simao-dias-se.jus.br

Reconheço POR SEPELHANÇA a firma de: ABEL SILVA DE ANDRADE. Tabela:
TAXA R\$ 3,25 - FEND R\$ 0,00 - SELO 0,09 = TOTAL R\$ 3,32. em
testo da verdade. Simão Dias/SE; 07/04/2016 09:52:55.
EUCLEDES SANTOS - Oficial Substituto.

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

RF 005405525
FERNANDO DE ALMEIDA
FELICIANO DE ALMEIDA

VÁLIDO SOMENTE COM O
SELO DE AUTENTICIDADE

1135 14/04/2016 09:59:11 SERVICOS DEB 2016 5

LUZINETE CONCEICAO DE BASTOS
 F. CAVESSA, 01 POVOADO DO MATAO FERL - AREA RURAL
 SWAIO DASUSE CEP: 45400000 (AG: 710)

ENERGISA SERGIPE DISTRIBUICAO DE ENERGIA S.A.
 Rua Almirante Albuquerque 316, 2º - Início Barbosa
 Aracaju/SE, CEP: 45040-190
 CNPJ: 07.4690001-65 Insc. Est: 270787436
 N.º de F.ª de Contrib. de Energia ENE: 0319000589540
 Código para Diálogo Automático: 0000075071

Categoria: RESIDENCIAL MONOFÁSICO
 Endereço: 14 - 210 - 355 - 1020 Referência: 02/2016
 Número: E5011970462 Emissão: 23/02/2016

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

Conta referente a **UC (Unidade Consumidora): 3/927587-6**
 Canal de contato

Fev / 2016

Apresentação

- Redução do valor da bandeira vermelha para a parcela 1, R\$ 3,00
 a cada 100 kWh (consumo), vigente a partir de 31/03/2016

23/02/2016

Data prevista da
 próxima leitura

24/03/2016

CPF/ CNPJ/ RANI

195432503
 Ins. Est:

Faturas em atraso

FATURAS VENCIDAS ATÉ
 O DIA 13/03/2016 PAGAS
 C/BRIGADO!

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

Demonstrativo

Descrição	Quantidade	Preço	Valor (R\$)
Consumo em kWh	72	0,47215	33,97
AJL. B. Vermelha			2,48
ICMS			11,61
PS			0,82
COFINS			2,89
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS			
CONTRIB. LUM. PÚBLICA			6,01
RELIQUÍDIAÇÃO NORMAL 02/2016			8,43
EMISSÃO DE SEGUNDA VIA: 2016			2,43

Histórico de Consumo
 (kWh)

Jan/16	17
Dez/15	13
Nov/15	12
Out/15	67
Set/15	50
Ago/15	62
Jul/15	60
Jun/15	57
Mai/15	37
Abr/15	47
Mar/15	24
Fev/16	0

Média dos últimos 12 meses
 41 kWh

	BASE DE CÁLCULO	ALÍQUOTA	VALOR (R\$)
ICMS	47,26	25,00	11,61
PS	47,26	1,7330	0,82
COFINS	47,26	6,1200	2,89

VENCIMENTO TOTAL A PAGAR

01/03/2016 R\$ 65,18

6022.e6aa.9908.9a54.8482.16cf.54fe.1fa0.

Indicadores de Qualidade (12/2015-SIM40006)

Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão [V]	Discriminação	Valor (R\$)	%
Q C/SEMANAL	11,70	0,00	Sempre de Boa de Energia SE	10,91	18,73
Q C/TRIMESTRAL	23,56		Compra de Energia	15,46	25,25
Q C/ANUAL	47,09	NORMAL	115	0,99	1,35
F C/SEMANAL	8,00	0,00	Contração de Transmissão	2,58	5,25
F C/TRIMESTRAL	15,90		Energias Sotopostas	24,33	37,20
F C/ANUAL	31,80		Energias de Bases e Emargos	0,92	1,38
DWS	6,48	0,00	Serviços		
D CPI	16,50				
			Total	68,18	100,00

Valor do EUSD (Sel 12/2015) R\$ 2,22

ATENÇÃO

- Controlar e mosquitos da dengue a partir de todos os
 pontos confirmados

SERGIPE

VENCIMENTO

TOTAL A PAGAR

Rotaire 14 - 210 - 355 - 1020
 Referência: 027587-2016-02-6

01/03/2016

R\$ 65,18

8365000000-2 65180049000-5 09275872016-0 02602100019-0



11:59 14/04/2016 02:59:35 SERGIPE LINEAR PDF 5



RELATÓRIO MÉDICO

NOME DO PACIENTE: Abel Silva de A. da Silva
DATA DA ENTRADA: 15/12/2016
DATA DA SAÍDA: 15/12/2016

INTERNAMENTO: PS () ENFERMARIA () UTI ()

HISTÓRICO CLÍNICO:

Admitido para acompanhamento de hipertensão arterial sistólica, em uso de medicação anti-hipertensiva. Apresenta dor de cabeça, náusea e vômito. Exame físico sem alterações. Realizado tratamento sintomático com melhora dos sintomas. Evolução satisfatória. Alta com medicação e orientações.

HISTÓRICO CIRÚRGICO:

EXAMES COMPLEMENTARES:

Exames complementares realizados: Rx tórax, Rx abdome, Rx de base.

MÉDICOS ASSISTENTES:

*Dr. Fernando A. da Silva
Dr. Thiago A. da Silva*

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

ARACAJU, 16 de 12 de 2016

MÉDICO DO SETOR DE ATENDIMENTO DE PRONTO

*Lígia Brito de Almeida
Médica de Família e Saúde Comunitária
CRM 1517 - 2016*

Obs.: Dados obtidos mediante análise do prontuário.

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:

Relato para fins periciais que, Abel Silva de Andrade deu entrada na HUFE, vítima de acidente de trânsito. Apresentou dor FCC, em região temporal. Deu em liberação inferior + avaliação da VD 21. O BUCOMATELA realizou sutura + curativo. Após radiografias MD foi observada fratura na face. Após radiografias MD a cirurgia geral a liberou (sem evidências de fraturas).

HISTÓRICO CIRÚRGICO:

EXAMES COMPLEMENTARES:

Rx coluna cervical; Rx tórax; Rx do pulso; Rx face

MÉDICOS ASSISTENTES:

Dr. Fernandes Andrade
Dr. Thadeu R. Cruz

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

ARACAJU, 16 de 07 2015

MÉDICO DO SETOR DE ANÁLISE DE PRONT

Obs.: Dados obtidos mediante análise do prontuário.

Ligia Braga de Almeida
Médica de Pronto Atendimento
CRM 155 - 2319

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...: BAIRO: 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 MOTOICLISTICO (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:
 (Handwritten notes in Portuguese describing patient history and symptoms)

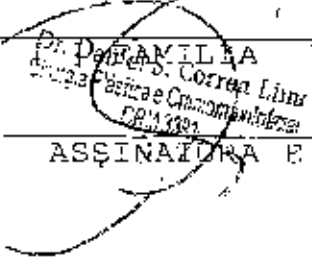
DIAGNOSTICO: CID:

PRESCRICAO	HORARIO DA MEDICACAO
(Handwritten prescription)	

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 [] IML [] ANAT. PA

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSAVEL ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO



15/07/2015 00:47:32

relatório

- Radiografia de cabeça em perfil 2x
- Radiografia do Temporo
- Radiografia panorâmica da Pelve

Dr. Fernandes Andrade
Médico
CRMSE - 4254

capaz de responder em... No EFL... com...
temporal (D) e em lábio inferior. No CRSO...
documentos foram entregues.

Rx face: RA de face
: facial de lábio inferior
: laterais (após aumento de volume)

Thaou Riz
Cirurgião Bucio-Maxilar
CRG - 1180

Thaou Riz
Cirurgião Bucio-Maxilar
CRG - 1180

12
04
2015

03.24

Radiografia de cabeça em perfil...
de lábio superior e inferior, além de...
radiografia do tempo...
radiografia de perfil...
CD: (1) Retina color...
(2) Obstrução... de...

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 MOTOICLISTICO (MOTOS)
CASO POLICIAL.: NAO PLANO DE SAUDE....: NAO TRAUMA: NAO
ACID. TRABALHO: NAO VEIC 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: ___/___/___

Handwritten notes in Portuguese describing the patient's condition and medical history.

ANOTACOES DA ENFERMAGEM:

DIAGNOSTICO: CID:

PRESCRICAO	HORARIO DA MEDICACAO
<i>Handwritten prescription text</i>	

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. PA

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSAVEL

Handwritten signature and stamp of the doctor: Dr. Paulo S. Correa Lima, CRM 1334

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

1199 14/04/2016 08:25:87 528/009 1122/2017 3



REPÚBLICA FEDERAL DO BRASIL

REGISTRO GERAL 1.570.898

DATA DE EMISSÃO 20.09.1989

NOME ABEL SILVA DE ANDRADE

ENDEREÇO José Raimundo de Andrade
Joáquina de Jesus Silva

Paragominas-PA 13 março 1982

NATURALIDADE DATA DE NASCIMENTO

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

Doc. nº 100 Cart. do Dist. de Com. de Simão Dias-SE

CPF

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO

REPUBLICA FEDERAL DO BRASIL

LEI Nº 7.16 DE 28/02/66



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

PROTÓCOLO 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



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 PEAV
 Nº 0 COMPLEMENTO CASA BAIRRO ZONA RURAL
 CIDADE SIMÃO DIAS UF SE CEP 49480.000
 E-MAIL ABELSILVA01240200119822@igolink.com TELEFONE (39) 33877-5373

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 - DAMS

- 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 RECEITUÁRIO 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 - 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 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 (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.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 CRIVIANO SOUZA
 ASSINATURA Atendente Comercial
 Matr. 3722.0463



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

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, 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

