

**PARECER DE ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL****DADOS DO SINISTRO**

Número:	2010377707	Cidade:	ARACAJU	Natureza:	Invalidez Parcial
Vítima:	ELTON ANDRADE DE OLIVEIRA	Data do acidente:	15/02/2008	Emissor do parecer:	Pedro Paulo S Teixeira
Seguradora:	Tokio Marine Brasil Seguradora S/A	Prestadora:	Visão Médica Ltda	CRM do médico:	544023

**PARECER**

Data da análise: 23/11/2010

Perícia médica: Não

Diagnóstico: LUXAÇÃO ACRÔMIO CLAVICULAR DO OMBRO DIREITO (TRATADA CIRURGICAMENTE)

Resultados terapêuticos:

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL DO OMBRO DIREITO

Sequelas: Sim

Conduta mantida: Não

Quantificação das sequelas: INVALIDEZ PARCIAL / OMBRO DIREITO = 50% DE 25% = 12,5%

Documentos  
complementares:

Observações:

Valor pleiteado:

Médico avaliador: PEDRO TEIXEIRA

UF do CRM do médico: RJ

**DANOS**

Dano	%	Dimensão	Graduação
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25	1	50

Valor avaliado:



**Banco do Brasil**

Comprovante de pagamento

**SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIO**

**28/05/2014**

28/05/2014

- BANCO DO BRASIL -

13:42:15

**COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA**

FORMA DE PAGAMENTO: Doc. eletrônico

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

AGÊNCIA: 1769-8

CONTA: 000.000.611.000-2

DATA DA TRANSFERENCIA:

30/11/2010

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:

1.687,50

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ELTON ANDRADE DE OLIVEIRA

BANCO: 047

AGÊNCIA: 0008-

CONTA: 000.000.029.266-0

Nr. da Autenticação 7.DB7.2E9.36A.D8D.495

## DOCUMENTAÇÃO MÉDICO HOSPITALAR

1004031

Sistema Único  
de SaúdeMinistério  
da SaúdeAUTORIZAÇÃO  
INTERNAÇÃO  
HOSPITALAR

NÚMERO DA AHI

280810011474-3

IDENTIFI-  
CAÇÃO

7

SÓ PODE SER FORNECIDO MEDIANTE  
APRESENTAÇÃO DE LAUDO

NÚMERO DO PRONTUÁRIO / SAME

1.045.822

ÓRGÃO EMISSOR

13.128.780/0008-78

NOME DO PACIENTE

ELTON ANDRADE DE OLIVEIRA

CNPJ DO HOSPITAL

PROCED. SOLICITADO

39008045

CÓD. MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA (SGS)

280030

CPF DO MÉDICO RESPONSÁVEL

689.239.109-53

ASSINATURA DO MÉDICO RESPONSÁVEL

J. M. M. Rocha  
R. 17A

10 MAR 2008

INFORMAÇÕES APRESENTADAS EM MEIO MAGNÉTICO

CARIMBO PADRONIZADO

M280030801

  
PRIMEIRO

Tipo : 01-INICIAL

Apresentação : 03/2008

Data emissão : 15 / 02 / 2008

Leito : 06

Num AIH : 280610011474-3 Situação : SEM PRO

Orgão Emissor : M280030801

Lote :

Enfermaria : 02

Doc médico solic : 002.482.155-15

Doc autorizador : 265.588.805-82

Doc med resp: 002.482.155-15

Doc diretor clínico : 068.723.445-04

CNES : 00032220 - CLINICA DE ACIDENTADOS LTDA

Prontuário : 000000001045822

Paciente : ELTON ANDRADE DE OLIVEIRA

Nacionalidade: 010 - BRASIL

Tipo Doc.: Identidade

Doc : 1512217

Data Nasc.: 03 / 10 / 1979 Sexo : MASCULINO

Nome da Mae : ANGELITA ANDRADE DE OLIVEIRA

Raça/cor: SEM INFORMACAO

Responsável pac.: ELTON ANDRADE DE OLIVEIRA

Endereço : RUA CAMILO CALAZANS 638 CSA Bairro:

UF : SE

CEP : 49200-000

Telefone: ( ) -

Município : 280210 - ESTANCIA

Muda Proc.: NÃO

Procedimento solicitado : 04.08.01.018-5 - TRATAMENTO CIRURGICO DE LUXACAO / FRATURA-LUXACAO ACROMIO-CLAVICULAR

Muda Proc.: NÃO

Procedimento principal : 04.08.01.018-5 - TRATAMENTO CIRURGICO DE LUXACAO / FRATURA-LUXACAO ACROMIO-CLAVICULAR

Diag. secundário: W010 - W01.0 RESIDENCIA

Diag. principal: S431-LUXACAO DA ARTICULACAO ACROMIOCLAVICULAR

Causa Obito:

Complementar :

Modalidade : HOSPITALAR

Carater atendimento : 02 - URGENCIA

Data saída : 16 / 02 / 2008

Mot saída : 12 - ALTA MELHORADO

Data internação : 15 / 02 / 2008

Liberção SISAIH01:

[ Causas Externas (Acidente ou Violência) ]

CNPJ do Empregador: . . . / . . .

CNAER: -

CBOR: -

Vínculo Previdência:

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

Linha	Ato/Proced	PF	CBO	CNES/CNPJ	Apurar Valor p/	Cide	Cmpt UTI	Descrição
1	04.08.01.018-5	000000248215515223146(1)		00000000003220	1			TRATAMENTO CIRURGICO DE LUXACAO / FRATURA-LUXACAO ACROMIO
2	04.08.01.018-5	000007741847520223104(6)		00000000003220	1			TRATAMENTO CIRURGICO DE LUXACAO / FRATURA-LUXACAO ACROMIO
3	02.04.04.006-0			00000000003220	2			RADIOGRAFIA DE CLAVICULA
4	07.02.03.072-4			04075162000140 04075162000140	1			PARAFUSO ESPONJOSO 4.0 MM

Complemento

LINHA

MOTIVOS DE REJEIÇÃO / ADVERTÊNCIA

Prefeitura da Cidade

**LAUDO MÉDICO PARA EMISSÃO DE AIH**

Nº DO PROFISSIONAL	Nº DO LAUDO	Nº DO LAUDO SUPLEMENTAR	Nº DO CARTÃO SUS
--------------------	-------------	-------------------------	------------------

**STATUS DE ATENDIMENTO DA UNIDADE DE SAÚDE**

UNIDADE DE ORIGEM	CÓDIGO DA UNIDADE	CNPJ
UNIDADE DE DESTINO	CÓDIGO DA UNIDADE	CNPJ

**DADOS DO PACIENTE**

NOME DO PACIENTE	DATA DE NASCIMENTO
ETIAN ANDRADE DE OLIVEIRA	03/10/1979
NOME DA MÃE	SEXO
ANGELITA ANDRADE DE OLIVEIRA	Masculino <input type="checkbox"/> Feminino <input checked="" type="checkbox"/>
NATURALIDADE (CIDADE/UF)	DOC. DE IDENTIDADE / ORGÃO EMISSOR
Santa André - SP	1.552.237 SSP/SE
ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)	MUNICÍPIO ONDE RESIDE
Rua Camilo Gólgotas n.º 638	Estância - SE
	CEP
	1920000

**DADOS DA INTERNAÇÃO**

DATA DA INTERNAÇÃO	HORÁRIO DA INTERNAÇÃO	CARACTER	TPO	NUMERO DO TITO	EMERG	CPF DIRETOR CLÍNICO
15/02/08	07h21	Y LIG. ELETMA	05	6	2	0097254450

**EXPLICAÇÃO DO PROCEDIMENTO DE INTERNAÇÃO**

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS
Queda de peso Longo e crônico

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO
fb. cm

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS
RF

DIAGNÓSTICO INICIAL (SUSPEITA DIAGNÓSTICA)	DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO
Leptozooticose	Redução de F.F.T.

CID 10 (de diagnóstico final)	DIAGNÓSTICO FINAL (Responsabilidade do Médico que acompanha o paciente)
S43.1	Leptozooticose

DATA DA EMISSÃO DO LAUDO	CPF DO MÉDICO QUE SOLICITA O PROCEDIMENTO	CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO
15/02/08	002.48.100-10	0408010185

MÉDICO QUE SOLICITA A INTERNAÇÃO (ASSINATURA/CARIMBO)	CLÍNICAS	Nº DE CADASTRAMENTO DA GESTANTE
Dr. [Assinatura]	<input checked="" type="checkbox"/> 1 - CIRÚRGICA <input type="checkbox"/> 2 - OBSTÉTRICA <input type="checkbox"/> 3 - CLÍNICA MÉDICA <input type="checkbox"/> 4 - CUIDADOS PROLONGADOS <input type="checkbox"/> 5 - PSIQUIÁTRICA <input type="checkbox"/> 6 - TIPOPSIA <input type="checkbox"/> 7 - PEDIÁTRICA <input type="checkbox"/> 8 - REABILITAÇÃO	

Assumo inteira responsabilidade pela veracidade das informações e dados apostos neste laudo, sob pena das sanções legais.	Nº DO CÓDIGO DE PROCEDIMENTO

**EXPLICAÇÃO DO PROCEDIMENTO DE INTERNAÇÃO**

PROBLEMA	TPO	SITUAÇÃO DO LAUDO
SIM		<input checked="" type="checkbox"/> APROVADO <input type="checkbox"/> REJEITADO
NÃO		<input type="checkbox"/> MUDAR O CÓDIGO DE PROCEDIMENTO PARA:

MÉDICO SUPERVISOR (Assinatura / Carimbo)	MÉDICO AUTORIZADOR (Assinatura / Carimbo)	CPF MÉDICO AUTORIZADOR	MÉDICO COORDENADOR DO SERVIÇO (Assinatura / Carimbo)
[Assinatura]	[Assinatura]		

**ORTAL**

Rua Deputado Silvé Tavares, 170 A - Gruta de Lourdes - CEP 57052-745  
Maceió - Alagoas - Tel.: (82) 3338-1132

CNPJ  
**04.075.162/0001-40**

NATUREZA DA OPERAÇÃO **VENDAS A FRAZO** CFOP **6.102** INSC. ESTADUAL DO SUBSTITUTO TRIBUTÁRIO **240.99248-2**

**015814**

**DESTINATÁRIO/REMETENTE**

NOME/RAZÃO SOCIAL **SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE (06)** CNPJ/CPF **13128780/0008-78**

ENDEREÇO **RUA SERGIPE, 1310** BAIRRO/DISTRITO **SIQUEIRA CAMPOS** CEP **49.075-450**

MUNICÍPIO **ARACAJÓ** FONE/FAX **SE** UF **SE** INSCRIÇÃO ESTADUAL **ISENZA**

DATA DA EMISSÃO

**22.02.08**

DATA DA SAÍDA/ENTRADA

**22.02.08**

HORA DA SAÍDA

**FATURA**

**(VINTE E UM REAIS E SESSENTA CENTAVOS)**

**DADOS DO PRODUTO**

CODIGO PRODUTO	DESCRIÇÃO DOS PRODUTOS	SITUAÇÃO TRIBUTÁRIA	UNIDADE	QUANTIDADE	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL	ALÍQUOTA
	<b>PARAPUSO ESPONJOSO 4,0</b> <b>COD: 07.02.03.072-4</b>			<b>01</b>	<b>21,60</b>	<b>21,60</b>	<b>0%</b>
	<b>PAC: ELTON ANDRADE DE OLIVEIRA (2911)</b> <b>DR: ADELINO</b> <b>CIR: 15.02.08</b> <b>PROCED: 04.08.01.038-5</b> <b>CONV: SUS</b> <b>VENCTO: 30.03.08</b> <b>LOCAL: ACIDENTADOS</b>						

**CÁLCULO DO IMPOSTO**

BASE DE CÁLCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS <b>0,00</b>	BASE DE CÁLCULO ICMS SUBSTITUIÇÃO	VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS <b>21,60</b>
VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR TOTAL DO IPI	VALOR TOTAL DA NOTA <b>21,60</b>

**TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS**

NOME/RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA 1. EMITENTE 2. DESTINATÁRIO <input type="checkbox"/>	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ/CPF
ENDEREÇO	MUNICÍPIO		UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL
QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NÚMERO	PESO BRUTO
				PESO LÍQUIDO

**DADOS ADICIONAIS**

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES <b>ESTE DOCUMENTO NÃO GERA CRÉDITO DE ICMS</b>	RESERVAÇÃO AO FISCAL Escreva o número do documento fiscal sobre o selo <b>22.02.08</b> Reservado ao Fisco <b>AA56190314</b>
--	---

Alfarr dos Santos Mascarenhas - GRÁFICA E EDITORA MASCARENHAS - Av. Eraldo Lima Cavalcante, 966 - Quadra L - LT Marilópolis - Semáforo - Fone: 3217-3600 - CEP: 57048-679 - Maceió - AL - Insc. Est. 241003435 - CMC 8084476-2 - C.N.P.J. 04.487.5606  
Credenciamento 101.803-5 - 11/02/2001 - 10 Bq. 50x5 NOTA FISCAL FATURA MOD. 1 de 015451 a 015880 - Intervalo de Selos AA 05198951 AA 99198450 - AIDF Nº 001.07.10045-5 em 20/12/2007 - UICDF - SEFAZ - Maceió - AL - Data da Impressão: 21/1

RECEBEMOS DE **ORTAL - ORTOPEDIA ALAGOANA LTDA ME** OS PRODUTOS CONSTANTES DA NOTA FISCAL INDICADA AO LADO

NOTA FISCAL FATUR

DATA DO RECEBIMENTO IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR

Nº **015814**



**Aracaju**  
Prefeitura da Cidade



**NUCAAR**  
Núcleo de Apoio à Gestão da Atenção Primária

**Saúde**  
TODO DIA

Uma cidade para todos

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

# LAUDO MÉDICO SUPLEMENTAR

Nº DO LAUDO DE AIH	SEQUÊNCIA	Nº DO LAUDO DE ALTO CUSTO	Nº DO CARTÃO SUS:	Nº DO PRONTUÁRIO
UNIDADE SOLICITANTE <b>CRAT</b>		CÓDIGO DA UNIDADE		CNPJ <b>13040837000106</b>
NOME DO(A) PACIENTE <b>Elton Andrade de Oliveira</b>				DATA DO NASCIMENTO <b>03/10/79</b>
NOME DA MÃE <b>Angelito Andrade de Oliveira</b>				SEXO: Masculino <input checked="" type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/>
ENDEREÇO COMPLETO <b>Rua Camilo Calazans, 632</b>				MUNICÍPIO EM QUE RESIDE <b>Estância</b>
DATA DA INTERNAÇÃO <b>15/02/08</b>	HORÁRIO DA INTERNAÇÃO <b>07h</b>	TIPO <input checked="" type="checkbox"/> URG. <input type="checkbox"/> ELETIVA	NÚMERO DO LEITO <b>05</b>	ENFERM. <b>02</b>
CPF MÉDICO SOLICITANTE <b>00248215515</b>				

## TIPO DE SOLICITAÇÃO

<input type="checkbox"/> 1 - PERMANÊNCIA A MAIOR	<input type="checkbox"/> 4 - TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA	<input type="checkbox"/> 7 - DIÁLISE
<input type="checkbox"/> 2 - MEDICAMENTOS ESPECIAIS	<input type="checkbox"/> 5 - HEMODINÂMICA	<input type="checkbox"/> 8 - RESSONÂNCIA MAGNÉTICA
<input type="checkbox"/> 3 - NUTRIÇÃO PARENTERAL	<input type="checkbox"/> 6 - DIÁRIA DE RECÉM NASCIDO	
<input type="checkbox"/> 9 - HEMODERIVADOS	<input type="checkbox"/> 12 - UTI II	PROCEDIMENTO 1
<input checked="" type="checkbox"/> 10 - USO DE ÓRTESE/PRÓTESE	<input type="checkbox"/> 13 - UTI III	PROCEDIMENTO 2
<input type="checkbox"/> 11 - CIRURGIA MÚLTIPLA	<input type="checkbox"/> 14 - OUTROS	PROCEDIMENTO 3
<input type="checkbox"/> 15 - DIÁRIA DE ACOMPANHANTE	<input type="checkbox"/> 16 - DIÁRIA DE UTI I	PROCEDIMENTO 4
<input type="checkbox"/> 17 - MUDANÇA DE PROCEDIMENTO		
<input type="checkbox"/> 21 - NOVA AIH	<input type="checkbox"/> 23 - CUIDADOS PROLONGADOS	<input type="checkbox"/> 25 - REABILITAÇÃO
<input type="checkbox"/> 22 - PSIQUIATRIA	<input type="checkbox"/> 24 - ACOMPANHAMENTO PÓS-TRANSPLANTE	
MÉDICO SOLICITANTE (ASSINATURA E CARIMBO) <b>DR. LUIZ M. F. de Carvalho</b>		DIRETOR CLÍNICO DA UNIDADE (ASSINATURA E CARIMBO) <b>DR. LUIZ M. F. de Carvalho</b>
		DATA <b>15/02/08</b>

## JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

DADOS DA HISTÓRIA CLÍNICA E DO EXAME FÍSICO <b>Paciente submeteu-se a tratamento cirúrgico de luxação acrômio clavicular com fixação.</b>	
EXAME COMPLEMENTARES <b>Radiológico</b>	
TRATAMENTO <b>Cirurgia</b>	
PROCEDIMENTO AUTORIZADO <b>Tratamento cirúrgico de luxação acrômio clavicular</b>	
DESCRIÇÃO DO NOVO PROCEDIMENTO	
AUTORIZADO <input checked="" type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	MOTIVO DA REJEIÇÃO
DATA DA AUTORIZAÇÃO OU REJEIÇÃO <b>10 MAR 2008</b>	
MÉDICO SUPERVISOR (ASSINATURA / CARIMBO) <b>DR. LUIZ M. F. de Carvalho</b>	MÉDICO AUTORIZADOR (ASSINATURA / CARIMBO) <b>DR. LUIZ M. F. de Carvalho</b>
CPF / MÉDICO AUTORIZADOR	MÉDICO COORDENADOR DA AUDITORIA (ASSINATURA / CARIMBO)





150208  
CLÍNICA DE ACIDENTADOS LTDA

FICHA DE ATO CIRÚRGICO

PACIENTE: Elton Andrade de Oliveira

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: Luxação acromioclavicular à direita

CIRURGIA REALIZADA: Tratamento cirúrgico com fixação

CIRURGIÃO: Dr. Adelino

AUXILIARES:

ANESTESIOLOGISTA: Dr. Lento ANESTESIA: Bloqueio

DIAG. PÓS-OPERATÓRIO: O mesmo

CIRURGIA LIMPA ☐ CIRURGIA POTENCIALMENTE CONTAMINADA ☐

CIRURGIA CONTAMINADA ☐ CIRURGIA INFECTADA ☐

INFECÇÃO PRESENTE À ADMISSÃO: SIM ☐ NÃO ☐

TOPOLOGIA DESTA INFECÇÃO:

VIAS AÉREAS SUPERIORES ☐ URINÁRIA ☐ SISTEMA CÁRDIO VASCULAR ☐

PULMONAR ☐ SISTEMA NERVOSO CENTRAL ☐ GASTRO INTESTINAL ☐

CUTÂNEA ☐ ☐ ☐

DESCRIÇÃO DO ATO CIRÚRGICO

Opn 2 Redução  
fixação c/  
1 pnt fix de 2.5mm  
fech m pny

DATA: 15.02.08

[Assinatura]  
Assinatura do Cirurgião



ICATOP CLÍNICA DE  
ACIDENTADOS

ENFERMARIA  LEITO  APART.  IDADE  ~~SEXO~~

NOME  Nº REGISTRO

### HORARIO DE MEDICACAO

OBSERVADO-S / ASSINATURA

gustare da giovane  
con piacere ancora  
classica e

o modo de redigir  
o modo de pensar  
o modo de sentir

SND

1. 2.00 1.00

3829 on Island  
4.2 miles off

5. displacement from

xxviii

Frata.  
Junto 12X.

6910  
SH-12A

15711000: 940

Paid: 2.00.02.      June 2nd 1902  
 To: B. W. W.      100.00.00  
 By: B. W. W.      100.00.00

Parcels taken de  
St. James St. (cont.)

John Mackey, My: for the same

Fig. 2a.  $\text{Cu}^{2+}$  concentration in the  $\text{Cu}^{2+}$  solution.

CLÍNICA DE  
ACIDENTADOS

ENFERMAGEM

2

LEGO

6

APART.

1

IDADE 28 anos

PESO 54kg

NOME

Bilton Antônio de Oliveira

N.º REGISTRO

45008

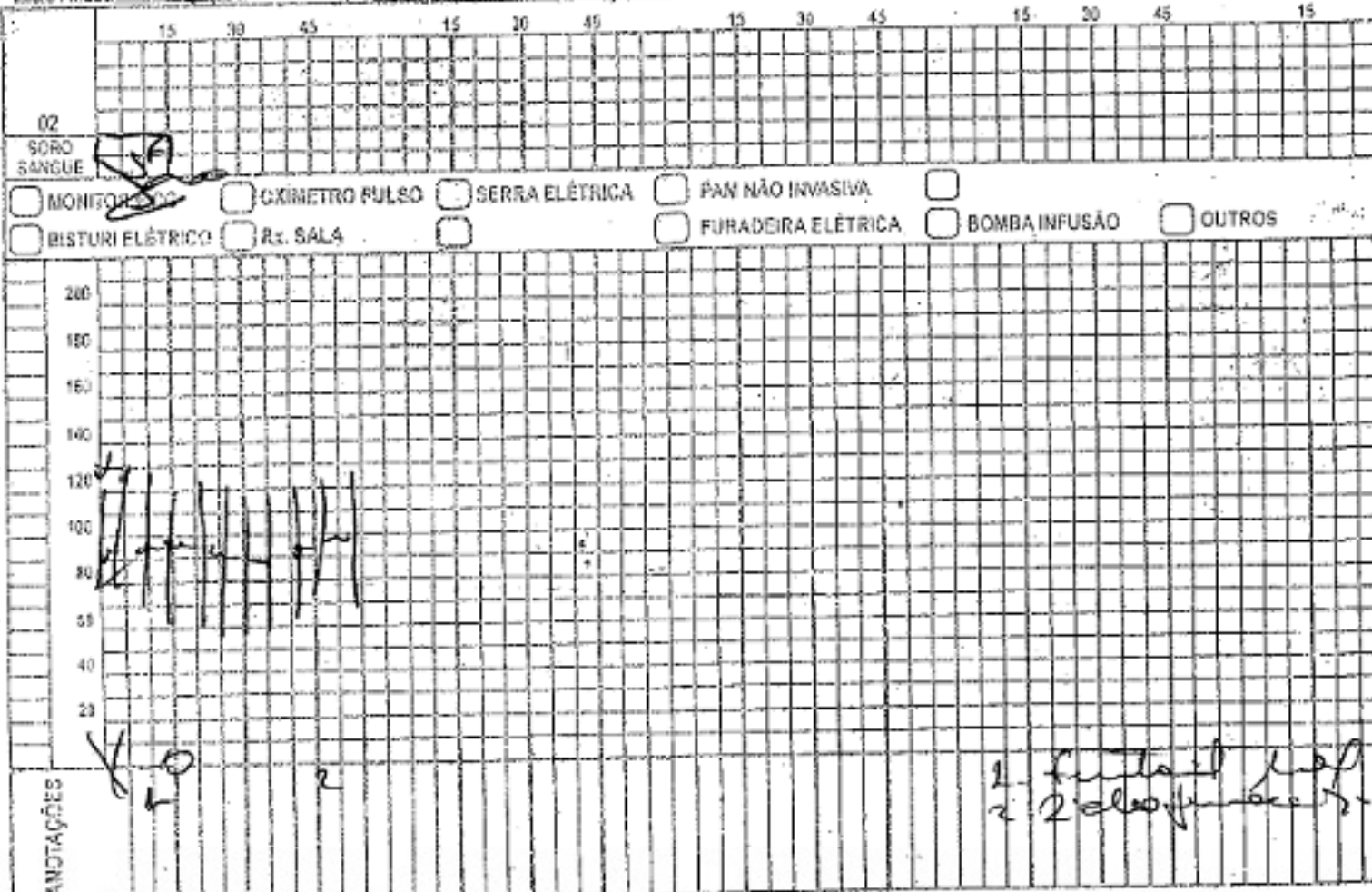
DATA	PRESCRIÇÃO MÉDICA	N.º DE MEDICAÇÃO	USO	OBSERVAÇÕES / ASSINATURA
15/02/08			17:30	Deixar o paciente em repouso na cama.
16/02/08			13:00	1.º Exame de Urina - 12/12/07
17/02/08			19h	paciente bem, sem febre, sem tosse.
18/02/08			20h	paciente bem, sem febre, sem tosse.
19/02/08			21h	paciente bem, sem febre, sem tosse.
20/02/08			22h	paciente bem, sem febre, sem tosse.
21/02/08			23h	paciente bem, sem febre, sem tosse.
22/02/08			24h	paciente bem, sem febre, sem tosse.
23/02/08			25h	paciente bem, sem febre, sem tosse.
24/02/08			26h	paciente bem, sem febre, sem tosse.
25/02/08			27h	paciente bem, sem febre, sem tosse.
26/02/08			28h	paciente bem, sem febre, sem tosse.
27/02/08			29h	paciente bem, sem febre, sem tosse.
28/02/08			30h	paciente bem, sem febre, sem tosse.
29/02/08			31h	paciente bem, sem febre, sem tosse.
30/02/08			32h	paciente bem, sem febre, sem tosse.
31/02/08			33h	paciente bem, sem febre, sem tosse.
01/03/08			34h	paciente bem, sem febre, sem tosse.
02/03/08			35h	paciente bem, sem febre, sem tosse.
03/03/08			36h	paciente bem, sem febre, sem tosse.
04/03/08			37h	paciente bem, sem febre, sem tosse.
05/03/08			38h	paciente bem, sem febre, sem tosse.
06/03/08			39h	paciente bem, sem febre, sem tosse.
07/03/08			40h	paciente bem, sem febre, sem tosse.
08/03/08			41h	paciente bem, sem febre, sem tosse.
09/03/08			42h	paciente bem, sem febre, sem tosse.
10/03/08			43h	paciente bem, sem febre, sem tosse.
11/03/08			44h	paciente bem, sem febre, sem tosse.
12/03/08			45h	paciente bem, sem febre, sem tosse.
13/03/08			46h	paciente bem, sem febre, sem tosse.
14/03/08			47h	paciente bem, sem febre, sem tosse.
15/03/08			48h	paciente bem, sem febre, sem tosse.
16/03/08			49h	paciente bem, sem febre, sem tosse.
17/03/08			50h	paciente bem, sem febre, sem tosse.
18/03/08			51h	paciente bem, sem febre, sem tosse.
19/03/08			52h	paciente bem, sem febre, sem tosse.
20/03/08			53h	paciente bem, sem febre, sem tosse.
21/03/08			54h	paciente bem, sem febre, sem tosse.
22/03/08			55h	paciente bem, sem febre, sem tosse.
23/03/08			56h	paciente bem, sem febre, sem tosse.
24/03/08			57h	paciente bem, sem febre, sem tosse.
25/03/08			58h	paciente bem, sem febre, sem tosse.
26/03/08			59h	paciente bem, sem febre, sem tosse.
27/03/08			60h	paciente bem, sem febre, sem tosse.
28/03/08			61h	paciente bem, sem febre, sem tosse.
29/03/08			62h	paciente bem, sem febre, sem tosse.
30/03/08			63h	paciente bem, sem febre, sem tosse.
31/03/08			64h	paciente bem, sem febre, sem tosse.
01/04/08			65h	paciente bem, sem febre, sem tosse.
02/04/08			66h	paciente bem, sem febre, sem tosse.
03/04/08			67h	paciente bem, sem febre, sem tosse.
04/04/08			68h	paciente bem, sem febre, sem tosse.
05/04/08			69h	paciente bem, sem febre, sem tosse.
06/04/08			70h	paciente bem, sem febre, sem tosse.
07/04/08			71h	paciente bem, sem febre, sem tosse.
08/04/08			72h	paciente bem, sem febre, sem tosse.
09/04/08			73h	paciente bem, sem febre, sem tosse.
10/04/08			74h	paciente bem, sem febre, sem tosse.
11/04/08			75h	paciente bem, sem febre, sem tosse.
12/04/08			76h	paciente bem, sem febre, sem tosse.
13/04/08			77h	paciente bem, sem febre, sem tosse.
14/04/08			78h	paciente bem, sem febre, sem tosse.
15/04/08			79h	paciente bem, sem febre, sem tosse.
16/04/08			80h	paciente bem, sem febre, sem tosse.
17/04/08			81h	paciente bem, sem febre, sem tosse.
18/04/08			82h	paciente bem, sem febre, sem tosse.
19/04/08			83h	paciente bem, sem febre, sem tosse.
20/04/08			84h	paciente bem, sem febre, sem tosse.
21/04/08			85h	paciente bem, sem febre, sem tosse.
22/04/08			86h	paciente bem, sem febre, sem tosse.
23/04/08			87h	paciente bem, sem febre, sem tosse.
24/04/08			88h	paciente bem, sem febre, sem tosse.
25/04/08			89h	paciente bem, sem febre, sem tosse.
26/04/08			90h	paciente bem, sem febre, sem tosse.
27/04/08			91h	paciente bem, sem febre, sem tosse.
28/04/08			92h	paciente bem, sem febre, sem tosse.
29/04/08			93h	paciente bem, sem febre, sem tosse.
30/04/08			94h	paciente bem, sem febre, sem tosse.
01/05/08			95h	paciente bem, sem febre, sem tosse.
02/05/08			96h	paciente bem, sem febre, sem tosse.
03/05/08			97h	paciente bem, sem febre, sem tosse.
04/05/08			98h	paciente bem, sem febre, sem tosse.
05/05/08			99h	paciente bem, sem febre, sem tosse.
06/05/08			100h	paciente bem, sem febre, sem tosse.



## FICHA DE ANESTESIA

Nº do Registro: \_\_\_\_\_

Nome Elton Medede Oliveira Data 15/02/08  
 Quarto Leão Sexo Masc. Cor Pale Idade 28  
 Cirurgião A. P. Silva Auxiliares Int. N. Silva  
 Diagn. Preop. fracturação aguda do crânio  
 Op. Pre-esta redução + fixação  
 Código Cirúrgico 87  
 Premedicação SMO Hora \_\_\_\_\_ Resultado - 1-2-3-4-5  
 Início Anest. 9:10 Início Op. 9:22 Altura Anest. \_\_\_\_\_ Risco Operatório - 1-2-3-4 Estado Físico - 1-2-3-4-5-6



DROGAS	QUANT.	MATERIAL	Nº	QTD	Agente Anestésico
1. <u>Intal</u>	1	QUETOROL			<u>X. cloro s. i. s. o. o. o.</u>
2. <u>X. cloro</u>		BOMBA DE ASPIRAÇÃO			Técnica <u>bloq. do plexo sacral</u>
3. <u>sim. i.</u>	3	ALCO	221		Posição <u>peridural + inter. escalari</u>
4. <u>2. cloro</u>		SCAPIN			Apexia _____ Indução _____ Técnica _____
5. <u>inoculor</u>		TUBO ENDOTRACHEAL			Posição após _____ Posição Operatória _____ Resultado R - A
6. _____		GUDEI			Duração da Operação <u>3.5</u> Duração da Anestesia _____ Correção _____
7. _____		PLATA SWATCH			Condição no final da operação <u>consciente sem</u>
8. _____		ACQUA DEPART			
9. _____		ACQUA DEPART			
10. _____		ENCAMINHADO A			HORÁRIOS DE: _____
11. _____		<input type="checkbox"/> SRPA			ENTRADA SRPA _____
12. _____		<input type="checkbox"/> LEITO			ALTA SRPA _____
13. _____		<input type="checkbox"/> AMBULATÓRIO			CONDIÇÕES _____
14. _____		USO DE _____			
15. _____					

ANESTESISTA

Dr. Lúcio de Carvalho  
CRM/SE 222

## EVOLUÇÃO E PRESCRIÇÃO MÉDICA

NOME DO PACIENTE Elton Andrade de Oliveira Nº PRONTUÁRIO \_\_\_\_\_SUSCIPENTE SUS APTº \_\_\_\_\_

## EVOLUÇÃO E PRESCRIÇÃO MÉDICA

## HORÁRIOS

Intermedo de ungüento  
e injeções acromioclaviculares  
e D

após de redução e fixa-  
ção de injeções acromioclaviculares  
e D

Olta Hipótese

ESTADO DE VICINHO  
SECRETARIA DA SEGURANCA PUBLICA  
INSTITUTO DE IDENTIFICACAO



*Elton Andrade de Oliveira*

CARTEIRA DE IDENTIDADE

DOCUMENTOS DE IDENTIFICACAO

1004037



89-590-876-808 100

LEI Nº 7.116 DE 2003

REGISTRO GERAL 1.512.217 2.VIA DATA DE EXPEDICAO 06/01/2004

ELTON ANDRADE DE OLIVEIRA

FILH(A) EVERALDO PEREIRA DE OLIVEIRA

NATURALIDADE SANTO AMAR-SP

DOC. ORIGINAL

ET. NASCIM. NR 4512 LV A-75 FL 218

CP. REG. DIST. COM. SANTO AMAR-SP

M 003.928.065-69

03/10/1979

DATA DE NASCIMENTO

BRASIL LIVRE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL



# SAAE

SISTEMA AUTÔNOMO DE ÁGUA DE ESTÂNCIA - SE

## CONTA DE ÁGUA

RUA LEOPOLDO RODRIGUES DO NASCIMENTO, 127  
CENTRO - ESTÂNCIA - SE  
FONE: 0XX79 3522-1204 FAX: 0XX79 3522-2063  
CNPJ: 13.259.692/0001-39

PLAN  
24 HO

8104-8

Conta: 479594 Ordem: 542

Emissão: 15/10/2010

Código do Consumidor

Data de Ver

PEREIRA DE OLIVEIRA

RUA CAMILO CALAZANS, 638

TER CARDOSO COSTA

ESTÂNCIA/SE - CEP: 49200-000

000003410

00542117

25/10/2

Mês Faturamento

Valor da

09/2010

R\$ 12

Categoria	Tarifa	Economias
RES	R-2	01

### DADOS DO FATURAMENTO

ura	Nº Hidrometro	Leitura Anterior	Leitura Atual
0	A97X028938	3427	3427
mo	Ocorrência	Consumo, m³	Média
	50	8	8

### HISTÓRICO DE CONSUMO

Consumo	m³	Ocorrência
1		
10		
8		
10		
10		
10		

### SERVIÇOS E TARIFAS

COD	DESCRIÇÃO	PRESTAÇÃO
01	ÁGUA	01
16	MULTA POR ATRASO REF.072010	01
17	ENCARGOS REF.072010 8 Dias	01

OUTROS  
1004054



### AGEM DA SEMANA DA ÁGUA

nda Mendes Andrade - 8º ANO

percebe que a Água é um tesouro

os cuidar desse bem tão precioso

nicipal Dom José Bezerra Coutinho

primir segunda via de conta

se a página Serviços em

w.saaeestancia.com.br

mento após o vencimento será  
próxima conta:

% sobre o valor da conta;

de 0,03% ao dia sobre o valor

CONSUMIDOR EM DIAS COM O SAAE ATÉ A EMISSÃO DESTA CONT

ara Débito em Conta: 280210600542117

Mecânica

# EDR – Serviços Técnicos de Seguros

## AVISO DE SINISTRO DPVAT

### Cobertura reclamada

- ( ) Morte  
☒ Invalidez Permanente  
 ( ) DAIMS - Desp Assist. Médica e Suplementares

### Natureza do Evento

- ( ) Atropelamento da vítima  
 ( ) Vítima passageiro do veículo  
☒ Vítima motorista do veículo

### Data do Acidente

29/01/2008

Nome da vítima	Data de nascimento	CPF
Elton Andrade de Oliveira	03/10/79	803.928.065-68

### Informe neste campo o endereço do beneficiário (OBRIGATORIO O PREENCHIMENTO)

Endereço	Nº	Telefone ( )
Rua Camilo Calazans	638	
CEP	Cidade	Estado
49.200-000	Estancia	SE

Nome do Procurador	Endereço completo e telefone para contato
	Rua Nº Fone ( )
E-mail:	CEP Cidade Estado

### Documentos necessários (Provas do sinistro e Cadastramento):

Para todas as coberturas	Em caso de morte	Despesas Médicas	Invalidez
<b>ATENÇÃO: OBRIGATORIO O PREENCHIMENTO COMPLETO E A ASSINATURA DO VERSO DESTA AVISO.</b> • Boletim de Ocorrência Policial (original) ou cópia autenticada pelo próprio Órgão Expedidor, que descreva a natureza do evento (colisão, atropelamento, etc.) e identifique o veículo (nº da placa ou do chassi), que transportava ou atropelou a vítima. • Cópia frente e verso do DUT do ano em que ocorreu o acidente (obrigatório no caso de vítima ou beneficiário proprietário). • Procuração extraída em Cartório específica para recebimento de Seguro DPVAT, quando o reclamante for analfabeto. Quando a vítima estiver sendo representada por terceiro, a procuração poderá ser particular com <u>firma reconhecida por autenticidade ou verdadeira</u> . • Cópia autenticada do R.G. e C.P.F. do procurador. • Fotocópia do R.G. e C.P.F. da vítima. • Fotocópia do R.G. e C.P.F. (obrigatório) do beneficiário. • Cópia da Certidão de Nascimento da vítima, quando esta for menor e não tiver documento de identidade. • Cópia do comprovante de residência do receptor.	• Certidão de Óbito (original ou cópia autenticada). • Laudo de Necropsia (somente quando necessário, a critério da Seguradora).	• Relatório médico do primeiro atendimento imediatamente após o acidente, consignando o diagnóstico das lesões diretamente decorrentes do evento e o tratamento proposto para a recuperação da vítima. • Comprovações das despesas médicas e hospitalares (originais). • Termo de cessão de direitos passado pela vítima ou seu responsável ao terceiro que pagou as despesas, quando o caso.	• Laudo do Instituto Médico Legal, jurisdição onde ocorreu o acidente, consignando as lesões apresentadas pela vítima e respectivo grau da invalidez definitiva (mínimo, médio, máximo ou total), do órgão membro resido no acidente.

### Beneficiários do Seguro:

De acordo com a Lei 6.194 de 19.12.74 o beneficiário é o cônjuge, na constância do casamento, equiparando-se como tal a(o) companheiro(a) e, falta destes, os herdeiros legais, obedecida a ordem da vocação hereditária (art. 1603 do Código Civil Brasileiro).

### Documento de habilitação dos beneficiários:

Beneficiário: Cônjuge	• Certidão de Casamento da vítima, <u>com data atualizada</u> .
Beneficiário(a): Companheiro(a)	• Documentação que comprove essa situação e declaração informando se a vítima era solteira, separada ou viúva. (A companheira é equiparada à esposa, obedecidas as leis da Previdência Social).
Filhos ou irmãos:	• Declaração informando os nomes de todos os filhos ou irmãos deixados pela vítima, anexando a esta seus respectivos documentos de identidade ou Certidão de Nascimento. Em se tratando de menor de 16 anos, juntar também declaração informando quem é o seu responsável legal ou está exercendo o pátrio poder sobre o menor.
Pais:	• Certidão de Nascimento da ou cópia de um documento de identidade da vítima.
Outros:	• Cópia de um documento de identidade.

**Obs.:** 1) Pode-se observar os documentos necessários para cada tipo de cobertura e a sua apresentação, o que contribuirá para a rápida liberação do pagamento da indenização.

2) Reservamo-nos o direito de requisitar a apresentação de outros documentos caso seja necessário.

Local e data: Aracaju 02/09/2010 Assinatura do reclamante: \_\_\_\_\_



6361 1706 2938 4109 464

WORLDWIDE  
27

REDE  
SHOP

MAGGIO

RA

GENUINITY

# Hospital Regional Amparo de Maria

Ne lino ESTÂNCIA - SERGIPE

## RECEITUÁRIO

PACIENTE: Elton de Jesus  
de Oliveira

de 15/02/2008

15/02/2008, para

frase de ref. to

curso D. Msp. defini

o de 30/10/08 em

uma de 10 de 10

o de 10 de 10

de 10 de 10

de 10 de 10

de 10 de 10

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DE SINISTRO  
- SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT -

Nº DO SINISTRO

2010/37770X

(CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA)

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do/a beneficiário/a 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, Elton Andrade de Oliveira PORTADOR/A DO RG Nº 3582219 EXPEDIDO POR  
SSP-SP EM 06/08/04 CPF/CNPJ Nº 803.928.065-68, PROFISSÃO plata-tax  
E RENDA MENSAL DE R\$ 400,00, NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO OU  
REEMBOLSO DO SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT DA VITIMA O mesmo  
AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM A FORMA  
ABAIXO  
INDICADA: Unieprime Brasil Seguradora S/A

Dados bancários incompletos ou incorretos impedem os bancos de liberarem o pagamento. Verifique cuidadosamente seus dados antes de preencher os campos e evite rasuras.

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

Nº BANCO 047 Nº AGÊNCIA (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) 008  
Nº CONTA CORRENTE 03/029266-0

☐ CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA DO BANCO BRADESCO

Nº BANCO 237 Nº AGÊNCIA (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) \_\_\_\_\_  
Nº CONTA POUPANÇA \_\_\_\_\_

☐ CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA DO BANCO DO BRASIL

Nº BANCO 001 Nº AGÊNCIA (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) \_\_\_\_\_  
Nº CONTA POUPANÇA \_\_\_\_\_

☐ CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA DO BANCO ITAÚ

Nº BANCO 341 Nº AGÊNCIA (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) \_\_\_\_\_  
Nº CONTA POUPANÇA \_\_\_\_\_

☐ CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA DA CAIXA ECONÔMICA FEDERAL

Nº BANCO 104 Nº AGÊNCIA (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) \_\_\_\_\_  
Nº CONTA POUPANÇA \_\_\_\_\_

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE.

UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DO VALOR DA INDENIZAÇÃO DO SINISTRO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ACIMA DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

LOCAL

Aracaju

DATA

29/10/10

ASSINATURA DO/A BENEFICIÁRIO/A

Elton Andrade de Oliveira

## 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 seqüelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares (valor varia conforme o total da despesas comprovadas, tomando por base os limites definidos pelas tabelas autorizadas pela Superintendência de Seguros Privados - SUSEP).

- Para acompanhar o andamento do pedido da indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue 0800-0221204, de segunda a sábado, de 8h às 20h.

- A Circular Susop nº 380/08, 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.



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

1004026



Boletim de Ocorrência nº: 79778  
Data de Registro: 18/10/2010 14:48:49  
Situação: VÁLIDO

ITEM DA OCORRÊNCIA

Data: 15/2/2008 Período: MADRUGADA (00:00 - 5:59)

LOCAL DO FATO

Endereço: PROXIMO A ENTRADA DA CIDADE NOVA Número: Bairro: CENTRO Cidade: ESTÂNCIA / SE  
Ponto de Referência: CIDADE NOVA

DECLARANTE

Nome: ELTON ANDRADE DE OLIVEIRA  
Nome Pai: EVERALDO PEREIRA DE OLIVEIRA  
Nome Mãe: ANGELITA ANDRADE DE OLIVEIRA  
Data de Nascimento: 3/10/1979 Naturalidade: SÃO PAULO Natural de: SP Profissão: MOTO TAXI  
Telefone de Contato: (79)3522-5425/9923-8530 Ramal:  
RG: 1512219 Órgão emissor: SSP-SP Estado Emissor: SP Data de Expedição: 6/1/2004  
CPF: 803.928.065-68

LOGRADOURO

Endereço: RUA CAMILO CALAZANS Número: 638Bairro: CIDADE NOVA  
CEP: 49200000 Cidade: ESTANCIA / SE

DADOS DO VEÍCULO

Ano: 2007/2007 Marca/Modelo: HONDA/POP 100 Placa: IAD-5887 Chassi: 9C2HB0210R067614 Possui Seguro:  
NÃO Cor: PRETO

BREVE DESCRIÇÃO DO FATO:

RELATA A VITIMA QUE NO DIA, HORA E LOCAL ACIMA MENCIONADO ENCONTRAVA-SE PILOTANDO UMA MOTOCICLETA DE PLACA POLICIAL IAD-5887/SE, ACIMA CITADO DE PROPRIEDADE DE ANGELITA ANDRADE DE OLIVEIRA. QUANDO AO DESVIAR DE UM BURACO PERDEU O CONTROLE DA REFERIDA MOTOCICLETA VINDO AO SOLO. LOGO APOS FOI SOCORRIDO POR TERCEIROS E CONDUZIDO A CLINICA DE ACIDENTADOS EM ARACAJU/SE.



CERTIDÃO DE INEXISTÊNCIA DE IML  
1004029



GOVERNO DE SERGIPE  
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA  
COORDENADORIA GERAL DE PERÍCIAS  
INSTITUTO MÉDICO LEGAL "Dr. AUGUSTO LEITE"

## Declaração

Declaramos para os fins, que nos municípios sergipanos abaixo relacionados não possuem Instituto Médico Legal.



Amaparo do São Francisco, Aquidabã, Aratuba, Arica Branca, Brejo Grande, Boquim, Cabo do Brito, Canhoba, Canindé do São Francisco, Capela, Carira, Carmópolis, Cedro do São Francisco, Cedro do São João, Cristinápolis, Cumbe, Divina Pastora, Estância, Feira Nova, Frei Paulo, Gararu, General Maynard, Graccho Cardoso, Ilha das Flores, Indiaroba, Itabaiana, Itabaianinha, Itabi, Itaporanga D'Juda, Japaratuba, Japoatã, Lagarto, Laranjeiras, Macambira, Malthada dos Bois, Malthador, Maruim, Moita Bonita, Monte Alegre de Sergipe, Muriheca, Neópolis, Nossa Senhora das Dores, Nossa Senhora Aparecida, Nossa Senhora da Glória, Nossa Senhora das Dores, Nossa Senhora de Lourdes, Nossa Senhora do Socorro, Pacatuba, Pedra Mole, Pedrinhas, Pinhão, Pimbu, Poço Redondo, Poço Verde, Porto da Folha, Propriá, Riachão do Dantas, Riachuelo, Ribeirópolis, Rosário do Catete, Salgado, Santa Luzia do Itanh, Santa Rosa de Lima, Santo Amaro das Brotas, São Cristóvão, São Domingos, São Francisco, São Miguel do Aleixo, Simão Dias, Siriri, Telha, Tobias Barreto, Tomar do Geru, Umbaúba, Santana do São Francisco.

Aracaju, 23 de julho de 2009.

Dr. Avercílio Bezerra da S. Filho  
Diretor do Instituto Médico Legal

Dr. Avercílio Bezerra da Silva Filho.  
Diretor do Instituto Médico Legal em Exercício.

Lutz Edmundo dos Santos  
MAT. 393.218 SSP/SE



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

COMPROVAÇÃO DE ATO DECLARATORIO

1004030



Boletim de Ocorrência Nº: 79778  
Data de Registro: 18/10/2010 14:48:49  
Situação: VÁLIDO

**ITEM DA OCORRÊNCIA**

Data: 15/2/2008 Período: MADRUGADA (00:00 - 5:59)

**LOCAL DO FATO**

Endereço: PROXIMO A ENTRADA DA CIDADE NOVA Número: Bairro: CENTRO Cidade: ESTÂNCIA / SE  
Ponto de Referência: CIDADE NOVA

**DECLARANTE**

Nome: ELTON ANDRADE DE OLIVEIRA  
Nome Pai: EVERALDO PEREIRA DE OLIVEIRA  
Nome Mãe: ANGELITA ANDRADE DE OLIVEIRA  
Data de Nascimento: 3/10/1979 Naturalidade: SÃO PAULO Natural de: SP Profissão: MOTO TAXI  
Telefone de Contato: (79)3522-5425/9923-8530 Ramal:  
RG: 1512219 Órgão emissor: SSP-SP Estado Emissor: SP Data de Expedição: 6/1/2004  
CPF: 803.928.065-68

**LOGRADOURO**

Endereço: RUA CAMILO CALAZANS Número: 638 Bairro: CIDADE NOVA  
CEP: 49200000 Cidade: ESTANCIA / SE

**DADOS DO VEÍCULO**

Ano: 2007/2007 Marca/Modelo: HONDA/POP 100 Placa: IAD-5887 Chassi: 9C2HB0210R067614 Possui Seguro:  
NÃO Cor: PRETO

**BREVE DESCRIÇÃO DO FATO:**

RELATA A VITIMA QUE NO DIA, HORA E LOCAL ACIMA MENCIONADO ENCONTRAVA-SE PILOTANDO UMA MOTOCICLETA DE PLACA POLICIAL IAD-5887/SE, ACIMA CITADO DE PROPRIEDADE DE ANGELITA ANDRADE DE OLIVEIRA. QUANDO AO DESVIAR DE UM BURACO PERDEU O CONTROLE DA REFERIDA MOTOCICLETA VINDO AO SOLO. LOGO APOS FOI SOCORRIDO POR TERCEIROS E CONDUZIDO A CLINICA DE ACIDENTADOS EM ARACAJU/SE.

COMPROVANTE DE RESIDENCIA

1004040



## DECLARAÇÃO DE RESIDENCIA

EU, Elton Andrade de Oliveira  
BRASILEIRO (A), NASCIDO (A), EM 03 / 10 / 79  
PORTADOR DO RG (CTPS) N 1.512.217 SSP/SE  
E CPF N. 803.928.065-68  
DECLARO PARA OS DEVIDOS FINS DE DIREITO, QUE  
RESIDO HÁ MAIS DE 05 (CINCO) ANOS NA, Rua Camilo  
Calazans, nº 638 /

CEP: 49.200-000

Anacapu / SE - 02 de setembro de 2010

Elton Andrade de Oliveira

ASSINATURA

FONE PARA CONTATO: (079) 3222-0248



## PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

**SINISTRO**

---

Número do Sinistro: 2010377707

**QUALIFICAÇÃO DO EVENTO**

---

Vítima: ELTON ANDRADE DE OLIVEIRA      Data do Acidente: 15/02/2008  
CPF: 803.928.065-68      CPF de: Próprio      Titular do CPF: ELTON ANDRADE DE OLIVEIRA  
Seguradora: Tokio Marine Brasil Seguradora S/A

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: 12/11/2010

Nome: ELTON ANDRADE  
CPF:

**Responsável pelo recebimento na seguradora**

---

Data: 12/11/2010 15:17

Nome: Valéria Maria dos Santos  
CPF:

---

ELTON ANDRADE

---

Valéria Maria dos Santos



VITIMA: ELTON ANDRADE DE OLIVEIRA

USUÁRIO: Samantha de Paula  
Barbosa

SINISTRO: 2010377707 / Seq: 001

STATUS: Pagamento comandado

NATUREZA: Invalidez

EMIÇÃO: 24/11/2010

#### SOLICITAÇÃO DE PAGAMENTO

Seq	Beneficiário	CPF	Tipo Beneficiário	Valor à pagar	Dados Bancários
-----	--------------	-----	-------------------	---------------	-----------------