

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-

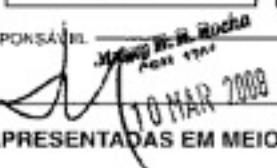
CONTA: 000.000.029.266-0

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

DOCUMENTAÇÃO MÉDICO HOSPITALAR

1004031



 Sistema Único de Saúde	Ministério da Saúde	AUTORIZAÇÃO INTERNAÇÃO HOSPITALAR	NÚMERO DA ABI 280810011474-3	IDENTIFICAÇÃO 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		
PROCEDEDIMENTO SOLICITADO 39008045	CÓD. MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA (SIG) 280030	CPF DO MÉDICO RESPONSÁVEL 689.239.109-53		
ASSINATURA DO MÉDICO RESPONSÁVEL 		CARIMBO PADRONIZADO		
INFORMAÇÕES APRESENTADAS EM MEIO MAGNÉTICO				

PROGRAMA DE APOIO A ENTRADA DE DADOS DE AIH - SISAIH01
CLÍNICA DE ACIDENTADOS LTDA

PAG.: 1

M280030801



ESFERA PRIVADO

DATA: 10/03/2008

Num AIH : 2808600114743 Situação : SEM PEGO Tipo : 01-INICIAL Apresentação : 03/2008 Data emissão : 15 / 02 / 2008

Especialidade : 01 - CIRURGIA Orgão Emissor : M280030801 Lote : Enfermaria : 02 Leito : 06

Doc autorizador : 265.568.805-82 Doc med resp: 002.482.155-15 Doc diretor clínico : 068.723.445-04 Doc médico salic : 002.482.155-15

CNES : 0003220 - CLINICA DE ACIDENTADOS LTDA Paciente : ELTON ANDRADE DE OLIVEIRA

Data Nasc. : 03 / 10 / 1979 Sexo : MASCULINO Nacionalidade: 010 - BRASIL Tipo Doc.: Identidade Prontuário : 00000001045822

Responsável pac. : ELTON ANDRADE DE OLIVEIRA Endereço : RUA CAMILO CALAZANS 638 CSA Bairro:

Município: 260210 - ESTANCIÁ UF : SE CEP : 49200-000 Telefone: () - Nome da Mae : ANGELITA ANDRADE DE OLIVEIRA Raça/Cor: SEM INFORMACAO

Procedimento solicitado : 04.08.01.018-5 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LUXAÇÃO / FRATURA-LUXAÇÃO ACROMIO-CLAVICULAR Muda Proc.? : NÃO

Procedimento principal : 04.08.01.018-5 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LUXAÇÃO / FRATURA-LUXAÇÃO ACROMIO-CLAVICULAR Diag. secundário: W010 - W01.0 RESIDENCIA

Diag. principal: S431-LUXAÇÃO DA ARTICULAÇÃO ACROMIOCLAVICULAR Causa Obito:

Complementar : Causa Obito: Modalidade : HOSPITALAR

Caráter atendimento : 02 - URGENCIA Data saída : 16 / 02 / 2008 Mot saída : 12 - ALTA MELHORADO

Data internação : 15 / 02 / 2008 Data saída : 16 / 02 / 2008 Mot saída : 12 - ALTA MELHORADO

Liberação SISAIH01:
 [Causas Externas (Acidente ou Violência)]

CNPJ do Empregador: - / - CNAER: - CBOR: -

Vínculo Previdêncial:

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

Linha Ato/Proced	PF	CBO	CNES/CNPJ	Apear Valor pl	Qtdc	Crpt UTI	Descrição
1	04.08.01.018-5	000000248215515223146(1)	00000000003220	1			TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LUXAÇÃO / FRATURA-LUXAÇÃO ACROMIO
2	04.08.01.018-5	0000007741847520223104(6)	00000000003220	1			TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LUXAÇÃO / FRATURA-LUXAÇÃO ACROMIO
3	02.04.04.006-0		00000000003220	2			RADIOGRAFIA DE CLAVICULA
4	07.02.03.072-4	04075162000140	04075162000140	1			PARMFUSO ESPONJOSO 4,0 MM

Complemento

MOTIVOS DE REJEIÇÃO / ADVERTÊNCIA

LINHA

Prefeitura da Cidade

LAUDO MÉDICO PARA EMISSÃO DE AIH

N° DO PRONTUÁRIO

N° DO LAUDO

N° DO LAUDO SUPLEMENTAR

N° DO CERTIFICADO

UNIDADE DE ORIGEM

CÓDIGO DA UNIDADE

CNPJ

UNIDADE DE DESTINO

CÓDIGO DA UNIDADE

CNPJ

NOME DO PACIENTE

Elton Andrade de Oliveira

DATA DE NASCIMENTO

03/01/1979

NOME DA MÃE

Ana Gétila Andrade de Oliveira

SEXO

Masculino

Feminino

NATURALIDADE (CIDADE/UF)

Santo André - SP

DOC. DE IDENTIDADE / ÓRGÃO EMISSOR

1.512.217 SSP/SE

ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)

Rua Camilo Olazaro n.º 638

MUNICÍPIO ONDE RESIDE

Itanhaém - SE

CEP

19200-000

DATA DA INTERNACAO

15/02/08

HORÁRIO DA INTERNACAO

07:00

CARATER

LIG.

ID

NÚMERO DO LEITO

05

EMPRESA

6

CPF DIRETOR CLÍNICO

06272544567

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Gripe com febre

febre e constipação

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNACAO

fl. cc

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS

DIAGNÓSTICO INICIAL (SUSPEITA DIAGNÓSTICA)

Sx gripal com febre

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Redescr. ffr

CID 10 (de diagnóstico final)

S43.1

DIAGNÓSTICO FINAL (Responsoabilidade do Médico que acompanha o paciente)

Sx gripal com febre

DATA DA EMISSÃO DO LAUDO

15/02/08

CPF DO MÉDICO QUÉ SOLICITA O PROCEDIMENTO

002.406.100-10

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

0408010185

MÉDICO QUE SOLICITA A INTERNACAO (ASSINATURA/CARIMBO)

Dr. J. G. G. G. G.

CLÍNICAS

1-CRURGICA

4-CUIDADOS PROLONGADORES

7-PEDIÁTRICA

2-OBSTÉTRICA

5-PESQUÍSTICA

8-CLÍNICA MÉDICA

6-TRIPOSISSIMO

8-REABILITAÇÃO

N° DE CADASTRAMENTO DA GESTANTE

N° DO CODIGO DO PROCEDIMENTO

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

1-CLÍNICA MÉDICA

2-TRIPOSISSIMO

3-REABILITAÇÃO

4-CUIDADOS PROLONGADORES

5-PESQUÍSTICA

6-TRIPOSISSIMO

7-PEDIÁTRICA

8-REABILITAÇÃO

PROBLEMA

TIPO

SITUAÇÃO DO LAUDO

APROVADO

REJEITADO

MUDAR O CÓDIGO DE

PROCEDIMENTO PARA:

SIM

NÃO

MÉDICO SUPERVISOR (Assinatura/Carimbo)

Dr. J. G. G. G.

MÉDICO AUTORIZADOR (Assinatura/Carimbo)

OFICÍMÉDICO AUTORIZADOR

 MÉDICO COORDENADOR DO SERVIÇO
 (Assinatura/Carimbo)

Dr. J. G. G. G.

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

INSCRIÇÃO ESTADUAL

240.99248-2

NATUREZA DA OPERAÇÃO
VENDAS A FRAZO

CFOP

INSC. ESTADUAL DO SUBSTITUTO TRIBUTÁRIO

6.102

01581

DATA LIMITE PARA EMISSÃO DA NOTA

DESTINATÁRIO/REMETENTE

NOME/RAZÃO SOCIAL

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE (06)

CNPJ/CPF

13128780/0006-78

ENDERECO

RUA SERGIPE, 1330

BAIRRO/CEP/RT

SIQUEIRA CAMPOS

CEP

49.075-450

MUNICÍPIO

ARACAJU

FONE/FAX

UF

SE

INSCRIÇÃO ESTADUAL

ISENTE

FATURA

DATA DA EMISSÃO

22.02.0

DATA DA SAÍDA/ENTRA

22.02.0

HORA DA SAÍDA

(VINTE E UM REAIS E SESSENTA CENTAVOS)

DADOS DO PRODUTO

CÓDIGO PRODUTO	DESCRIÇÃO DOS PRODUTOS	SITUAÇÃO TRIBUTÁRIA	UNIDADE	QUANTIDADE	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL	ALÍCIO ICMS
	PARAFUSO ESPONJOSO 4,0 COD: 07.02.09.072-4			01	21,60	21,60	0%
	PAC: ELTON ANDRADE DE OLIVEIRA (2911) DR: ADELINO CIR: 15.02.08 FROCED: 04.08.01.030-5 CONV/SUS VENCTO: 30.03.08 LOCAL: ACIDENTADOS						

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLCULO ICMS SUBSTITUIÇÃO	VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
	0,00			21,60

VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	OUTRAS DESPESAS/ACESSÓRIAS	VALOR TOTAL DO IPI	VALOR TOTAL DA NOTA
				21,60

TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME/RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA 1. EMISSOR 2. DESTINATÁRIO	PLACA DO VÉHICULO	UF	CNPJ/CPF
ENDERECO	MUNICÍPIO		UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL

QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NÚMERO	PESO BRUTO	PESO LIQUIDO

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES	RESERVADO AO RISCO
ESTE DOCUMENTO NÃO GERA CRÉDITO DE ICMS	

Reservado ao risco

sobre o seu

número

do documento

fiscal

sobre o seu

número

do documento

Uma cidade para todos

LAUDO MÉDICO SUPLEMENTAR

Nº DO LAUDO DE AIH	SEQUÊNCIA	Nº DO LAUDO DE ALTO CUSTO	Nº DO CARTÃO SUS:	Nº DO PRONTUÁRIO
--------------------	-----------	---------------------------	-------------------	------------------

UNIDADE SOLICITANTE <i>Carter</i>	CÓDIGO DA UNIDADE	CNPJ <i>13040837000106</i>
--------------------------------------	-------------------	-------------------------------

NOME DO(A) PACIENTE <i>Ellen Andrade de Oliveira</i>	DATA DO NASCIMENTO <i>03/10/79</i>
---	---------------------------------------

NOME DA MÃE <i>Angelita Andrade de Oliveira</i>	SEXO: Masculino <input checked="" type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/>
--	--

ENDEREÇO COMPLETO <i>Rua Camilo Galazan, 632</i>	MUNICÍPIO EM QUE RESIDE <i>Estância SE</i>
---	---

DATA DA INTERNAÇÃO <i>15/02/108</i>	HORÁRIO DA INTERNACAO <i>07 AM</i>	CARÁTER <input checked="" type="checkbox"/> URG <input type="checkbox"/> ELETIVA	TPO. <i>05</i>	NÚMERO DO LEITO <i>06</i>	ENFERM. <i>02</i>	CPF MÉDICO SOLICITANTE <i>00249215515</i>
--	---------------------------------------	---	-------------------	------------------------------	----------------------	--

TIPO DE SOLICITAÇÃO

- 1 - PERMANÊNCIA A MAIOR 4 - TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA 7 - DIÁLISE
 2 - MEDICAMENTOS ESPECIAIS 5 - HEMODINÂMICA 8 - RESSONÂNCIA MAGNÉTICA
 3 - NUTRIÇÃO PARENTERAL 6 - DIÁRIA DE RECÉM NASCIDO

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

<input type="checkbox"/> 9 - HEMODERINADOS	<input type="checkbox"/> 12 - UTI II	PROCEDIMENTO 1	QTDE	PROCEDIMENTO 2	QTDE
<input checked="" type="checkbox"/> 10 - USO DE ÓRTESE/PRÓTESE	<input type="checkbox"/> 13 - UTI III	PROCEDIMENTO 3	QTDE	PROCEDIMENTO 4	QTDE
<input type="checkbox"/> 11 - CIRURGIA MÚLTIPLE	<input type="checkbox"/> 14 - OUTROS				

<input type="checkbox"/> 15 - DIÁRIA DE ACOMPANHANTE	<input type="checkbox"/> 16 - DIÁRIA DE UTI I	QTDE	<input type="checkbox"/> 18 - MUDANÇA DE AIH 1 PARA AIH 5	
<input type="checkbox"/> 17 - MUDANÇA DE PROCEDIMENTO	CÓDIGO DO PROCEDIMENTO		<input type="checkbox"/> 19 - MUDANÇA DE AIH 1 PARA AIH 5	
<input type="checkbox"/> 21 - NOVA AIH	<input type="checkbox"/> 23 - CUIDADOS PROLONGADOS	<input type="checkbox"/> 25 - REABILITAÇÃO	<input type="checkbox"/> 20 - MUDANÇA DE AIH 1 PARA AIH 5 - PÓS TRANSPLANTE	
<input type="checkbox"/> 22 - PSIQUIATRIA	<input type="checkbox"/> 24 - ACOMPANHAMENTO PÓS-TRANSPLENTE	CÓDIGO DO PROCEDIMENTO		

MÉDICO SOLICITANTE (ASSINATURA E CARIMBO) <i>DR. LUIZ M. F. DE ANDRADE CRM-SE 161</i>	DIRETOR CLÍNICO DA UNIDADE (ASSINATURA E CARIMBO) <i>DA. LUIZ M. F. DE ANDRADE CRM-SE 222</i>	15/02/108
--	--	-----------

JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

DADOS DA HISTÓRIA CLÍNICA E DO EXAME FÍSICO	Paciente submeteu-se ao tratamento cirúrgico de luxação acromio clavicular com fixação.
---	---

EXAME COMPLEMENTARES	<i>Radiografos</i>
----------------------	--------------------

TRATAMENTO	<i>Cirurgico</i>
------------	------------------

PROCEDIMENTO AUTORIZADO	<i>Intervento cirúrgico de luxação acromio clavicular</i>
-------------------------	---

DESCRIÇÃO DO NOVO PROCEDIMENTO	
--------------------------------	--

AUTORIZADO <input checked="" type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	MOTIVO DA REJEIÇÃO
--	--------------------

DATA DA AUTORIZAÇÃO OU REJEIÇÃO <i>10 MAR 2008</i>	
---	--

MÉDICO SUPERVISOR (ASSINATURA / CARIMBO) <i>DR. LUIZ M. F. DE ANDRADE CRM-SE 161</i>	MÉDICO AUTORIZADOR (ASSINATURA / CARIMBO)	CPF / MÉDICO AUTORIZADOR	MÉDICO COORDENADOR DA AUDITÓRIA (ASSINATURA / CARIMBO)
---	---	--------------------------	--



CLÍNICA DE ACIDENTADOS LTDA

FICHA DE ATO CIRÚRGICO

PACIENTE: Elton Andrade de Oliveira

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: Luxação - acromioclavicular à direita

CIRURGIA REALIZADA: Tratamento limpar com fixação

CIRURGIA: Dr. Adelmo

AUXILIARES:

ANESTESIOLOGISTA: Dra. Lenita

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

Opri a redeir

fixar os c

lirar a e pris

fechar na pez

DATA: 15/02/08

Assinatura do Cirurgião



CLÍNICA DE
ACIDENTADO

ENGLISH

ANEXO AL DOCUMENTO
REGISTRO 65008

Nº REGISTRO 45008

11

Avant le 1^{er} juillet 1945

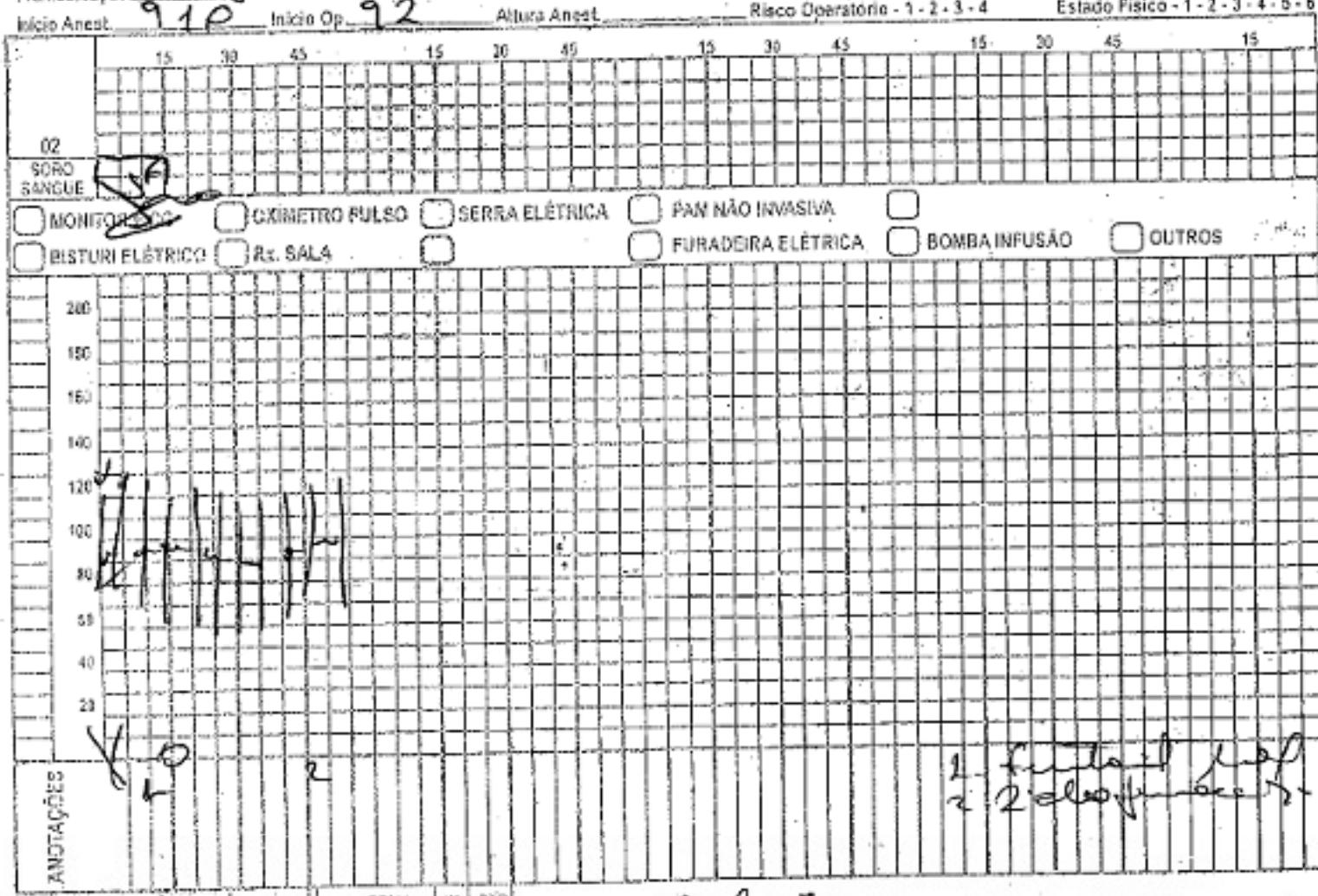
Bilker

CATÓ CLÍNICA DE
ACIDENTADOS

FICHA DE ANESTÉSIA

Nº do Registro:

Nome: Elton mede de Oliveira Data: 15/02/08
 Quarto: L40 Sexo: Masc. Idade: 27
 Cratiglo: A/Cura Auxiliares: Intubador
 Drog. Preop.: Fixação agressiva clínica
 Op. Pre-testa: redúz + fixação
 Código Cirúrgico: 87 Mora: _____ Resultado - 1-2-3-4-5
 Premedicação: S.m Op Risco Operatório - 1-2-3-4 Estado Físico - 1-2-3-4-5-6
 Início Anest: 910 Início Op: 92 Altura Anest: _____

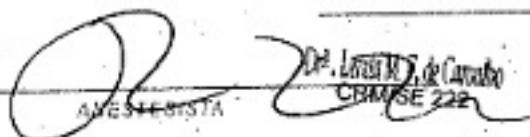


DROGAS	QUANT.	MATERIAL	Nº	QTD
1. Etomidato	1	ONCUTEROL		
2. Xelast		SONDA DE ASPIRAÇÃO		
3. Simezi	1	JELDO	291	
4. O. eletr		SONDA		
5. xicet		TUBO ENDOTRA		
6.		GUINDEL		
7.		PAJASSARCH		
8.		AGULHA DESCART. SABOR (PERIFERIAL)		
9.		ENCAMINHADO A:		
10.		<input type="checkbox"/> SRPA		
11.		<input type="checkbox"/> LEITO		
12.		<input type="checkbox"/> AMBULATÓRIO		
13.		USO DE:		
14.				
15.				

Agente Anestésico: Xelast sin 1.000
 Técnica: laringo fibro óptica nasofaríngea
 Posição: prone Local Puncão: nasal Liquido rehidratante: _____
 Apoio: Induto Técnica: _____
 Posição após: si Posição Operatória: _____ Resultado: 1-5
 Duração da Operação: 3.5 Duração da Anestesia: _____ Carençada: _____
 Condição no final da operação: consciência agradável

HORÁRIOS DE:
 ENTRADA SRPA _____
 ALTA SRPA _____
 CONDIÇÕES

OBSERVAÇÕES: intensos estímulos
peito - 2 ps.
jejunus aceitável
globo


 Dr. Líder R.S. de Carvalho
 CRM SE 222

CLÍNICA DE ACIDENTADOS LTDA.

EVOLUÇÃO E PRESCRIÇÃO MÉDICA

DO PACIENTE Elton Andrade de Oliveira N° PRONTUÁRIO _____PÉNIO Sus

APTº _____

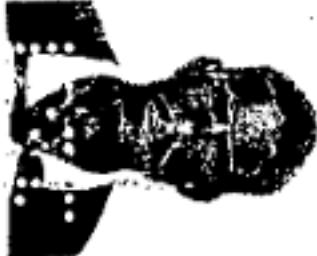
EVOLUÇÃO É PRESCRIÇÃO MÉDICA

HORÁRIOS

Internado de urgência.
Exames acordos clínicos.
2

e piede de admissão fixa
exames acas
clínicos a D

Olhos



Altan Andrade de Oliveira

CARTEIRA DE IDENTIDADE

DOCUMENTOS DE IDENTIFICAÇÃO

1004037



39-590-808-008 100

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
REGISTRO	1.512.217
DATA DE	06/10/2004
PLACAS	Z-MIA
GERAL	BRONZE
ELTON ANDRADE DE OLIVEIRA	
EVANILIO PEREIRA DE OLIVEIRA	
ANGELITA ANDRADE DE OLIVEIRA	
NASCIMENTO	
SANTO ANGELO - RS	
DOC. ORIGINAIS	
CELESTE DÍASI COM SHIRLEY DE OLIVEIRA	
H-95-7228-065-69	
LBI-N7116-02980003	
03/10/1982	
ELTON ANDRADE DE OLIVEIRA	
EVANILIO PEREIRA DE OLIVEIRA	
ANGELITA ANDRADE DE OLIVEIRA	
NASCIMENTO	
SANTO ANGELO - RS	
DOC. ORIGINAIS	
CELESTE DÍASI COM SHIRLEY DE OLIVEIRA	
H-95-7228-065-69	
LBI-N7116-02980003	

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-E

ta: 479594 Ordem: 542

Emissão: 15/10/2010

Código do Consumidor

Data de Ver

JOSE PEREIRA DE OLIVEIRA

RUA CAMILO CALAZANS, 638

TER CARDOSO COSTA

ESTÂNCIA/SE - CEP: 49200-000

000003410

00542117

25/10/2010

Mês Faturamento

Valor da

09/2010

R\$ 12

Categoria	Tarifa	Economias
RES	R-2	01

SERVIÇOS E TARIFAS

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

DADOS DO FATURAMENTO

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

OUTROS
1004054



HISTÓRICO DE CONSUMO

Consumo m³	Ocorrência
1	
10	
8	
10	
10	
10	

AGEM DA SEMANA DA ÁGUA

anda 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:

6% sobre o valor da conta;

de 0,03% ao dia sobre o valor

CONSUMIDOR EM DIAS COM O SAAE ATÉ A EMISSÃO DESTA CONTA

ra Débito em Conta: 280210600542117

Mecânica

EDR – Serviços Técnicos de Seguros
AVISO DE SINISTRO DPVAT

Cobertura reclamada	Natureza do Evento	Data do Acidente
() Morte	() Atropelamento da vítima	
<input checked="" type="checkbox"/> Invalidade Permanente	() Vítima passageiro do veículo	
() DAMS -Desp Assist. Médica e Suplementares	(<input checked="" type="checkbox"/> Vítima motorista do veículo	

Nome da vítima	Data de nascimento	CPF
----------------	--------------------	-----

Elton Sandrade de Oliveira 03/10/79 803.928.065-68

Informe neste campo o endereço do beneficiário (OBRIGATÓRIO O PREENCHIMENTO)

Endereço	Nº	Telefone
<i>Rua Lamilo Calazans</i>	638	()
CEP	Cidade	Estado
49.200-000	<i>Estantia</i>	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	Invalidade
ATENÇÃO: OBRIGATÓRIO O PREENCHIMENTO COMPLETO E A ASSINATURA DO VERSO DESTE AVISO.			
<ul style="list-style-type: none"> Boletim de Ocorrência Policial (original) ou cópia autenticada pelo próprio Órgão Expeditório, que descreva a natureza do evento (colisão, atropelamento, etc.) e identifique o veículo (nº de placa ou do chassis), 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 específico 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>firmar 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. 	<ul style="list-style-type: none"> Certidão de óbito (original ou cópia autenticada). Laudo de Necropsia (somente quando necessário, a critério da Seguradora). 	<ul style="list-style-type: none"> Relatório médico do primeiro atendimento imediatamente após o acidente, consignando o diagnóstico das lesões direta e indiretamente decorrentes do evento e o tratamento proposto para a recuperação da vítima. Comprovantes das despesas médicas e hospitalares (originals). Termo de cessão de direitos passado pela vítima ou seu responsável ao terceiro que pagou as despesas, quando da concessão. 	<ul style="list-style-type: none"> Laudo do Instituto Médico Legal, jurisdicção onde ocorreu o acidente, consignando as lesões apresentadas pela vítima e respectivo grau da invalidez definitiva (mínimo, médio, máximo ou total), do caso, membro lesionado e paciente.

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 cônjuges(a)s, companheiros(a)s e filhos ou irmãos.

Documento de habilitação dos beneficiários:

Beneficiário: Cônjuge	<ul style="list-style-type: none"> Certidão de Casamento da vítima, <u>com data atualizada</u>.
Beneficiário(a): Companheira(o)	<ul style="list-style-type: none"> 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:	<ul style="list-style-type: none"> 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 patrio poder sobre o menor.
País:	<ul style="list-style-type: none"> Certidão de Nascimento da ou cópia de um documento de identidade da vítima.
Outros:	<ul style="list-style-type: none"> Cópia de um documento de identidade.

Obs.: 1) Peda-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.

Anacaju 02/09/2010

Assinatura do reclamante

Local e data

6361 1706 2938 4109 464

MasterCard
2000

REDE
SHOP, Maestro

R A  24h
Service

Hospital Regional Amparo de Maria

NEBRAS ESTÂNCIA - SERGIPE

RECEITUÁRIO

PACIENTE: Elton da Silva

de Oliveira

de Jesus da

15/02/2008, nove

anos de idade do

sexo M, neg. defini-

ções e 30/10/08 em

anos sobre os defini-

ções límites de

de força muscular

em 25% e de movimento
no mesmo 25%, com

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

Nº DO SINISTRO

2010 | 397720X

(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, PORTADORA DO RG Nº 3582219 EXPEDIDO POR
SSP-SP EM 06/10/10, CPF/CNPJ Nº 803.928.065-68, PROFISSÃO piloto-taxi
 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 meu
 AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM A FORMA
 ABAIXO
Brasile Marine 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 DESCRIAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

LOCAL

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 sequelas 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 de despesas comprovadas, tomado 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 ou ligue 0800-0221204, de segunda a sábado, de 8h às 20h.
- A Circular Susep 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: PRÓXIMO 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: ESTÂNCIA / 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 APÓS FOI SOCORRIDO POR TERCEIROS E CONDUZIDO A CLÍNICA DE ACIDENTADOS EM ARACAJU/SE.



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

Declaração

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



Alagoinha do São Francisco, Aquidabã, Arauá, Arcos Brancos, Barra dos Coqueiros, Brejo Grande, Boquim, Capo do Brito, Canhoba, Canindé do São Francisco, Capela, Caraíva, Carmópolis, Cedro do São Francisco, Cedro do São João, Cristópolis, 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, Malhada dos Bois, Malhador, 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, Pirimbu, Poço Redondo, Poço Verde, Porto da Folha, Propriá, Riachão do Dantas, Riachete, Ribeirópolis, Rosário do Catete, Salgado, Santa Luzia do Itanhy, 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. Avercio Bezerra da S. Filho
Diretor do Instituto Médico Legal

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

Luzia Edilene dos Santos
NAT. 201318 SP062

COMPROVACAO DE ATO DECLARATORIO

1004030



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

Boletim de Ocorrência Nº: 79778
 Data de Registro: 16/10/2010 14:48:49
 Situação: VÁLIDO

ITEM DA OCORRÊNCIA

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

LOCAL DO FATO

Endereço: PRÓXIMO 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: ESTÂNCIA / 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, ACTUA CITADO DE PROPRIEDADE DE ANGELITA ANDRADE DE OLIVEIRA. QUANDO AO DESVIAR DE UM BURACO PERDEU O CONTROLE DA REFERIDA MOTOCICLETA VINDO AO SOLO. LOGO APÓS FOI SOCORRIDO POR TERCEIROS E CONDUZIDO A CLINICA DE ACIDENTADOS EM ARACAJU/SE.

COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA

1004040



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

EU, Elton Andrade de Oliveira
BRASILEIRO (A), NASCIDO (A), EM 03 / 10 / 79
PORTADOR DO RG (CTPS) N 1.512.217 S 50 / 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 Pará
Calçamento, nº 638 /

CEP: 49.200-000

Anacaju / SE - 02 de setembro de 2010

x 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 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
SINISTRO: 2010377707 / Seq: 001
NATUREZA: Invalidez

USUÁRIO: Samantha de Paula
Barbosa
STATUS: Pagamento comandado
EMISSÃO: 24/11/2010

SOLICITAÇÃO DE PAGAMENTO

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