

Rio de Janeiro, 20 de Outubro de 2017

Carta nº: 11838678

A/C: ROBSON VINHAS

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170551459 ASL-0395936/17

Vitima: ROBSON VINHAS

Data Acidente: 27/05/2016

Natureza: INVALIDEZ

Procurador: JOAO MARCELO DE CAMPOS LIMA ROBERTINA

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.seguradoralider.com.br, ou ligue para a 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.seguradoralider.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 UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 02 de Novembro de 2017

Carta nº: 11901068

A/C: ROBSON VINHAS

Sinistro: 3170551459 ASL-0395936/17
Vítima: ROBSON VINHAS
Data Acidente: 27/05/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: JOAO MARCELO DE CAMPOS LIMA ROBERTINA

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: **ROBSON VINHAS**

Valor: **R\$ 3.375,00**

Banco: **104**

Agência: **000001733**

Conta: **00000173208-0**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	3.375,00

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos pés 50%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 50%) 25,00%

Valor a indenizar: 25,00% x 13.500,00 =	R\$	3.375,00
---	-----	----------

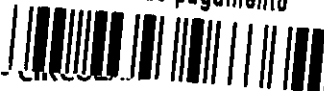
NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

001.806.945-29

Nome completo da vítima

Robson Vinhas

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo Robson Vinhas		CPF titular da conta 001806945-29	Profissão vigilante
Endereço Rua A sete		Número 195	Complemento casa A
Bairro Santa Maria	Cidade Itacajá	Estado Sergipe	CEP 49000-000
Email		Telefone (DDD) (79) 3222-0813	

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

☐ RECUSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☒ ATÉ R\$ 1.000,00 ☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00 ☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

☒ **CONTA POUPANÇA** (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAÚ (341)

☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA

NRO.

1733

D/V

CONTA

NRO.

173208

D/V

0

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

☐ **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

BANCO

Nome

NRO

AGÊNCIA

NRO.

D/V

CONTA

NRO.

D/V

(Informar dígito se existir)

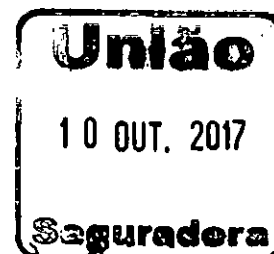
(Informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Itacajá - 3 de outubro de 2017
Local e Data

Robson Vinhas

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário



Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

1733. 013. 173208-0

Esopo reservado para preenchimento do número da conta

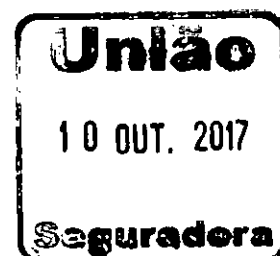
Ola! Em breve você estará recebendo sua
cartão magnético de previdência

Mais informações consulte o site: caixa.gov.br

0800 726 0101	0800-726 2492	0800-725 7474
Reclamações, sugestões e elogios.	Atendimento a pessoas com deficiência auditiva ou de fala.	Ouvidoria

37-158 v004

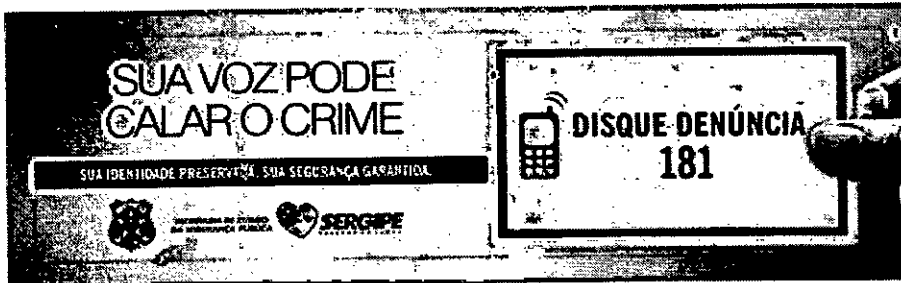
45.000.000.51-2016





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

Boletim de ocorrência



DELEGACIA ESP. DE DELITOS DE TRÂNSITO
AVENIDA AUGUSTO MAYNARD 552, SAO JOSE FONE: (79)3211-7552
Boletim de Ocorrência 2016/06515.0-001272 - Alterado

DELEGACIA RESPONSÁVEL

Nome: DELEGACIA ESP. DE DELITOS DE TRÂNSITO
Endereço: AVENIDA AUGUSTO MAYNARD 552, SAO JOSE FONE: (79)3211-7552

FATO

Natureza: LEI 9.503/97 - LESAO CORPORAL CULPOSA NA DIRECAO DO VEICULO
Data e Hora do Fato: 27/05/2016 - 16:00 até 27/05/2016 - 16:30
Endereço: SEN. JULIO CESAR LEITE Número: Complemento: CEP: 49000-000
Bairro: SANTA MARIA Cidade: ARACAJU - SE Circunscrição: DELEGACIA ESP. DE DELITOS DE TRÂNSITO
Tipo de local: VIA PUBLICA Meio Empregado: OUTRO

NOTICIANTE

Nome: GEOVANA XAVIER DE SA
Nome do pai: FRANCISCO MESSIAS DE SA Nome da mãe: MARIZETE ALVES XAVIER
Pessoa: Física CPF/CGC: 039.183.885-73 RG: 14937875 UF: SE Órgão expedidor:
Naturalidade: GARARU Data de nascimento: 06/07/1979 Sexo: Feminino Cor da cutis: Branca
Profissão: SERVIÇOS GERAIS Estado civil: Convivente Grau de Instrução: 1º Grau Completo
Endereço: Rua B26 Número: Complemento:
CEP: 49.000-000 Bairro: SANTA MARIA Cidade: ARACAJU UF: SE
Proximidades: Telefone: 9-9600-2297

**VÍTIMA**

Nome: ROBSON VINHAS
Nome do pai: Nome da mãe: MARIA LUIZA VINHAS GAMA
Pessoa: CPF/CGC: RG: 13384074 UF: SE Órgão expedidor: SSP-SE
Naturalidade: SALVADOR Data de nascimento: 10/02/1980 Sexo: Masculino Cor da cutis: Parda
Profissão: vigilante Estado civil: Convivente Grau de Instrução: 2º Grau Completo
Endereço: Rua A-7 Número: 195 Complemento: Loteamento Santa Maria
CEP: 49.000-000 Bairro: SANTA MARIA Cidade: ARACAJU UF: SE
Proximidades: Telefone: 9-9941-7185

PERÍCIAS E ATENDIMENTO HOSPITALAR

Perícia: IML Guia de Exame
Descrição: EXAME DE CORPO DE DELITO-ENC. À DEDT - ROBSON VINHAS

HISTÓRICO

RELATA A NOTICIANTE QUE SEU COMPANHEIRO, ROBSON VINHAS, ESTAVA PILOTANDO A SUA MOTO HONDA QKP-1889-NOSSA SENHORA DO SOCORRO, PELO LOCAL INDICADO, QUANDO O VEÍCULO NÃO IDENTIFICADO ATROPELOU-O E TEVE QUE SER HOSPITALIZADO NO HUSE, ONDE ESTÁ SENDO TRATADO. PEDE PROVIDÊNCIAS.

Acrescentado por Anuzia Lima de Jesus Santos - 10/06/2016 às 12:14
QUE O NOTICIANTE/VÍTIMA É SOLTEIRO; QUE A MOTOCICLETA CONDUZIDA PELA VÍTIMA É DE MARCA HONDA/NXR 150 BROS, DE COR PRETA, PLACA QKP 1889, CHASSI 9C2KD0550ER400097, LICENCIADA EM NOME DO NOTICIANTE; QUE O VEÍCULO CAUSADOR DA COLISÃO É DE MARCA TOYOTA/COROLA, DE COR BRANCA, PLACA QNC 3567, CONDUZIDO PELO SR. CLÁUDIO BATISTA DA FRAGA, RESIDENTE NA TRAVESSA Q-1, Nº 119, BAIRRO SÃO CONRADO, R.G Nº 2.031.484-1/SE; QUE O LOCAL DO ACIDENTE FOI AVENIDA ALEXANDRE ALCINO.

Acrescentado por Marco Antonio Cruz Dantas - 03/10/2017 às 10:49
RELATA QUE A MOTOCICLETA ACIMA MENCIONADA ESTÁ LICENCIADA EM NOME DE ROBSON VINHAS

Data e hora da comunicação: 27/05/2016 às 19:40
Responsável pela Alteração: Marco Antonio Cruz Dantas

Última Alteração: 03/10/2017 às 10:49.

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

GEOVANA XAVIER DE SA
Responsável pela comunicação

Wellington Fernandes Ruggeri
Delegado(a) de Polícia

Marco Antonio Cruz Dantas
Responsável pelo preenchimento

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, Robson Vinhas, portador da carteira de identidade nº 1338407 e inscrito no CPF/MF sob o nº 001806945-29, residente e domiciliado na Rua A Ate, 195 - casa 1, Cidade Itacapi, Estado Sergipe, declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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

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

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

Declaração de Inexistência de IML



Robson Vinhas

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

Itacapi-SE, 03-10-2017

Local e data





DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Robson VinhasRG nº 1338407, data de expedição 24/10/2013 Órgão SSP SC

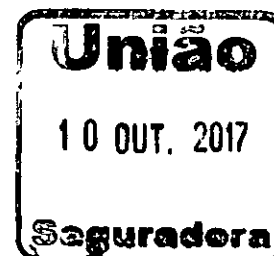
CPF nº 01806945-29, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Rua A Sete</u>
Número	<u>195</u>
Apto / Complemento	<u>casa A</u>
Bairro	<u>santa maria</u>
Cidade	<u>Itacajá</u>
Estado	<u>Sergipe</u>
CEP	<u>49000-000</u>
Telefone de Contato	<u>(79) 3222-0817/98837-5140</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Itacajá-SE, 03.10.2012

Assinatura do Declarante:

Robson Vinhas

ROBSON VINHAS
RUA A SETE, 185 / CASA A - SANTA MARIA
ARACAJU / SE CEP: 48000000 (AG: 1)
Emissão: 04/09/2017 Referência: Set / 2017
Classe/Subcl: RESIDENCIAL / RESIDENCIAL MONOFÁSICO
Roteiro: 1 - 1 - 130 - 3880 Nº medidor: A5021819015

Energisa

ENERGISA SERGIPE-DISTRIB. ENERGIA SA
Rua Min Apolônio Sales, 81 - Inácio Barbosa
Aracaju / SE - CEP 49040-150
CNPJ 13.017.462/0001-63 Ins. Est. 270.767.436
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica Nº 000.038.866
Cód. para Deb. Automático: 0009757808

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

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/CNPJ/RANI
Set / 2017	04/09/2017	04/10/2017	180694529 Ins. Est.

UC (Unidade Consumidora): **3/975780-8**

Canal de contato

Ao acessar www.energisa.com.br você resolve tudo o que precisa com agilidade e facilidade. São vários serviços disponíveis, como segunda via de conta, mudança de titularidade, religação, consulta a débitos, entre outros.

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data 07/09/17	Leitura 1688	Data 04/09/17	Leitura 1729	80 - 29

Demonstrativo									
CCI	Descrição	Quantidade	Tarifa	Valor Base Calc	Aliq.	ICMS (R\$)	Base Calc	Pis (R\$)	Colins (R\$)
		Tributos Total (R\$)		ICMS (R\$)	Pis/Colins (R\$)		(0,624%) (2,8760%)		
0601	Consumo em kWh	60,000	0,653970	39,23	39,23	25	8,81	35,23	0,24
0801	Adic. B. Vermelha	2,13	2,13	25	0,53	2,13	0,01	0,08	0,08
0801	Adic. B. Amarela	0,25	0,25	25	0,08	0,25	0,00	0,01	0,01

CCI: Código de Classificação do Item TOTAL 41,81 41,81 10,40 41,81 0,25 1,18

Média últimos meses (kWh)	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
58	12/09/2017	R\$ 41,61

Histórico de Consumo (kWh)

42	58	54	43	55	44	40	54	59	74	80	62
Ago/17	Jul/17	Jun/17	Mai/17	Abr/17	Mar/17	Fev/17	Jan/17	Dez/16	Nov/16	Out/16	Set/16

RESERVADO AO RISCO
f236.de89.e469.22b5.5961.2f17.dfcd.5b3d.

Indicadores de Qualidade 6/2017 - ATALAIA			
Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)	
DIC MENSAL	5,07	15,20	NOMINAL 127
DIC TRIMESTRAL	10,15		
DIC ANUAL	20,30		
FIC MENSAL	3,23	1,00	CONTRATADA LIMITE INFERIOR 117 LIMITE SUPERIOR 133
FIC TRIMESTRAL	8,47		
FIC ANUAL	12,95		
DMIC	2,88	15,20	
DICRI	12,22		

Composição do Consumo		
Discriminação	Valor (R\$)	%
Serviços de Dist. de Energia/SE	10,81	25,99
Compra de Energia	14,60	35,09
Serviço de Transmissão	1,10	2,64
Encargos Setoriais	3,28	7,83
Impostos Diretos e Encargos	11,84	28,45
Outros Serviços	0,00	0,00
Total	41,61	100,00

Valor do EUSO (Ref. 6/2017) R\$ 13,07

ATENÇÃO

REAVISO: Caso a(s) fatura(s) acima citada(s) em atraso, o fornecimento poderá ser suspenso a partir de 19/09/2017. Conforme Resolução 414/ANEEL, o pagamento após essa data não elimina a possível suspensão do fornecimento, caso o mesmo não seja quitado. Caso as faturas estejam pagas, desconsiderar essa mensagem. ESTE PRAZO NÃO VALE PARA AS FATURAS JÁ REAVISADAS, para estas a suspensão do fornecimento poderá ocorrer a qualquer momento até o decurso do prazo de 90 (noventa) dias, contado da data de vencimento da fatura vencida e não paga. Fatura sujeita a inclusão em órgãos de proteção ao crédito no caso de inadimplência. Problemas na Iluminação Pública ligue para 0800 842 4343.

Faturas em atraso

Ago/17	17,02
Jul/17	37,70
Jun/17	40,05
Mar/17	20,73
Nov/15	15,36

ENERGISA SERGIPE
Roteiro: 1 - 1 - 130 - 3880
Matrícula: 975780-2017-03-1

VENCIMENTO **TOTAL A PAGAR**
12/09/2017 R\$ 41,61

83610000000-6 41610148000-0 09757802017-0 09100001019-8





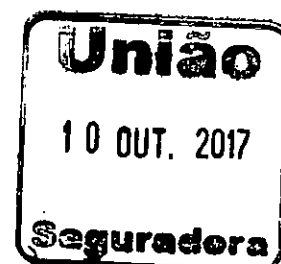
DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, João Marcelo de Campos Lima RobertinaRG nº 10283504-2, data de expedição 28/12/2012 Órgão SSP PR

CPF nº 007127729-40, 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>Henilda Augusto Maynard</u>
Número	<u>554</u>
Apto / Complemento	<u>1º andar</u>
Bairro	<u>SAO JOSE</u>
Cidade	<u>Gracapi</u>
Estado	<u>Paraná</u>
CEP	<u>81921-380</u>
Telefone de Contato	<u>(71) 98809-0107</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Gracapi-PR, 03.10.2017Assinatura do Declarante: JOÃO MARCELO DE CAMPOS LIMA ROBERTINA

Seja mais em vivo.com.br/vivovaloriza

Só com o Vivo Valoriza você tem descontos em serviços Vivo e sites de parceiros para acumular pontos. E, agora, telefonia fixa, banda larga e TV também somam experiências para você.



VIVO VALORIZA

apresenta:

vivo

PATROCINADORA OFICIAL DA SELEÇÃO



CDD ARACAJU CENTRO SE
JOÃO MARCELO DE CAMPOS LIMA ROBERTI
AV AUGUSTO MAYNARD, 554
AND 1
SAO JOSE
49015-380 ARACAJU - SE



7213148850 15392 00000117760 30 010617

Vencimento:
10/06/2017
Postagem:
01/06/2017

Cadastre-se no Conta Online. Saiba mais.



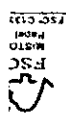
Basta clicar no QR Code para
seu celular em vivo.com.br/valoriza

União

10 OUT. 2017

Sagradadora

Uso exclusivo dos Correios

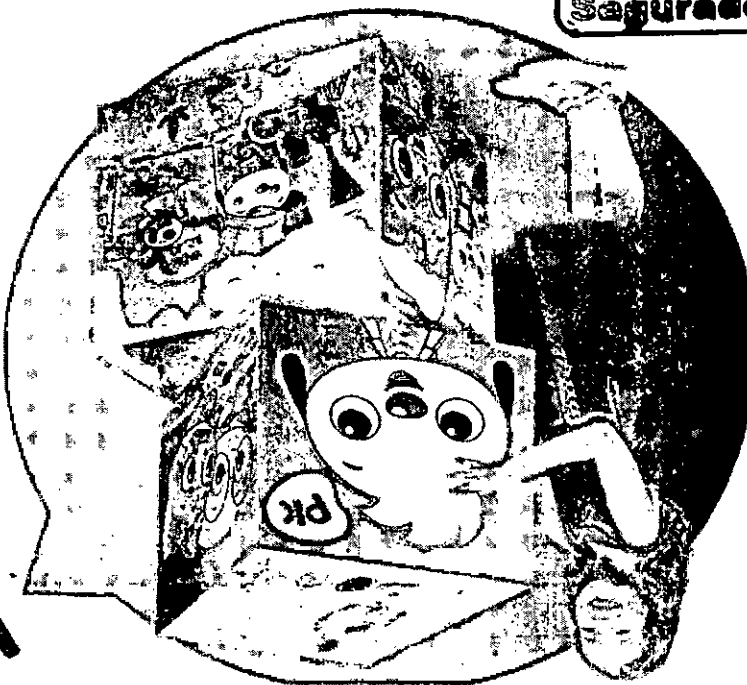


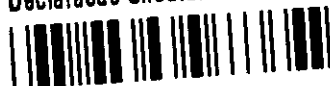
☐ Ausente ☐ Não existe o nº indicado ☐ Desconhecido ☐ Não procurado ☐ Endereço insuficiente ☐ Outros (especificar)	
☐ Mudou-se ☐ Recusado ☐ Faltando	☐ Retorno de Cartão ☐ Retorno de Envelope

Assinatura mensal com renovação automática. Para cancelar a assinatura, envie SARL. Para mais informações, acesse www.ipsystem.vivo.com.br, ligue 1056 ou 147 para pessoas com necessidades especiais.

Envie VPKIDS para 99076 e aproveite nossa tarifa promocional no valor de R\$ 14,90 por mês. No app Vivo PlayKids, seu filho assiste aos seus personagens preferidos em mais de 3 mil desenhos animados e também aprende de forma interativa com jogos educativos e livros digitais. Onde crianças, heróis e princesas se divertem e aprendem juntos.

VIVO PLAYKIDS





Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF²**.

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu João Marcelo de Campos Lima ROBERTINA inscrito (a) no CPF 067.127.729 / 40 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Robson Vinhas inscrito (a) no CPF sob o Nº 001806945 / 29, do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Robson Vinhas, inscrito (a) no CPF sob o Nº 001806945 / 29, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

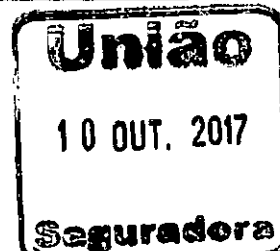
Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço <u>Avenida Augusto Maynard</u>		Número <u>554</u>	Complemento <u>1º andar</u>
Bairro <u>São José</u>	Cidade <u>Macapá</u>	Estado <u>Maranhão</u>	CEP <u>65015-380</u>
Email <u>joamarceloadv1@hotmail.com</u>		Telefone comercial(DDD) <u>(91) 3222-0817</u>	Telefone celular (DDD) <u>(91) 98809-0167</u>

Macapá-SE 3 de Outubro de 2017
Local e Data

João Marcelo de Campos Lima ROBERTINA
Assinatura do Declarante





Sommu
RX

MS/DATASUS

HOSPITAL GOVERNADOR JOAO ALVES FILHO

 No. DO BE: 1359705
 CNS:

 DATA: 27/05/2016
 SETOR: 06-SUTURA

HORA: 17:39 USUARIO: PRSFERREIRA

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME : ROBSON VINHAS
 IDADE.....: 36 ANOS NASC: 10/02/1980
 ENDERECO.....:
 COMPLEMENTO.....: BAIRRO: SANTA MARIA
 MUNICIPIO.....: ARACAJU UF: SE CEP....:
 NOME PAI/MAE...: /MARIA LUIZA VINHAS GAMA
 RESPONSAVEL...: TRAZIDO PELO SAMU TEL....:
 PROCEDENCIA...: SANTA MARIA
 ATENDIMENTO...: ACIDENTE MOTOCICLISTICO (MOTOS)
 CASO POLICIAL..: NAO PLANO DE SAUDE.....: NAO TRAUMA: SIM
 ACID. TRABALHO: NAO VEIO DE AMBULANCIA: SIM

PAE LANÇADA

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: / /

Paciente trazido pelo SAMU sob protocolo de imobilização devido a queda de moto, não perdeu consciência, queixa-se de dor no seg. e braço esquerdo. (A), (B), (C), (D) por alterações (E) frinto e 4 quadrantes seg. e esquerda no braço seg.

ANOTACOES DA ENFERMAGEM:

DIAGNOSTICO: Politraumatizado

CID:

PRESCRICAO

HORARIO DA MEDICACAO

(1) Dipirona 2400 mg EV

(2) Paracetamol 1000 mg + 1000 mg 8 EV

(3) Sat 8000 mg IM

(4) Red. de braço E. e P. e, não E. e P.

DATA DA SAIDA: / /

ALTA: [] DECISAO MEDICA [] A PEDIDO

[] ENCAMINHADO AO AMBULATORIO

INTERNACAO NO PROPRIO HOSPITAL (SETOR):

HORA DA SAIDA: :

[] DESISTENCIA

TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):

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

[] FAMILIA [] IML [] AMAT. PATOL

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSAVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

 Uniao
 10 OUT. 2017

REALIZADO EM 27/05/16

AS

HORAS

TÉCNICO

REALIZADO EM

AS

HORAS

TÉCNICO DE RADIOLOGIA

RELATÓRIO MÉDICO

NOME DO PACIENTE: ROBSON VINHAS

DATA DA ENTRADA: 27/05/2016

DATA DA SAÍDA: 28/05/2016

INTERNAMENTO: PS () ENFERMARIA (X) UTI ()

HISTÓRICO CLÍNICO:

Paciente vítima de acidente de trânsito, foi admitido no HUSE apresentando fratura do pé esquerdo, sendo submetido a redução cirúrgica. Evoluiu bem, recebendo alta hospitalar dia 28/05/2016.

HISTÓRICO CIRÚRGICO:

Dia 27/05/2016 foi submetido a redução imediata com fixação pelo fio K da fratura do pé esquerdo pelo ortopedista Dr. Benone Neto CRM - 3834.

EXAMES COMPLEMENTARES:

Raio X do pé esquerdo.
Raio X da mão esquerda.

MÉDICOS ASSISTENTES:

Cirurgião geral - Dra Layla Barbosa Barros CRM 4598
ortopedista - Dr. Benone Neto CRM 3834
Dr. Louis Carlos Lopes 192

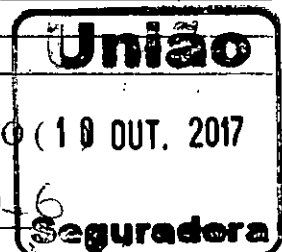
CONDIÇÕES DE ALTA: MELHORADO (X) TRANSFERIDO () ÓBITO (10 OUT. 2017)

ARACAJU, 18 de OUTUBRO de 2016

Drª Ciene Bravo de Oliveira
CRM 940

C. Oliveira
MÉDICO DO SETOR DE ANÁLISE DE PRONTUÁRIO

Drª Ciene Bravo de Oliveira
CRM 940



MS/DATASUS

HOSPITAL GOVERNADOR JOAO ALVES FILHO

No. DO BE: 1359705
CNS:DATA: 27/05/2016
SETOR: 06-SUTURA

HORA: 17:39

USUARIO: PRSFERREIRA

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME : ROBSON VINHAS
IDADE.....: 36 ANOS NASC: 10/02/1980
ENDERECO.....:
COMPLEMENTO.....: BAIRRO: SANTA MARIA
MUNICIPIO.....: ARACAJU UF: SE CEP....:
NOME PAI/MAE...: /MARIA LUIZA VINHAS GAMA
RESPONSAVEL....: TRAZIDO PELO SAMU
PROCEDENCIA....: SANTA MARIA
ATENDIMENTO....: ACIDENTE MOTOCICLISTICO (MOTOS)
CASO POLICIAL..: NAO PLANO DE SAUDE.....: NAO TRAUMA: SIM
ACID. TRABALHO: NAO VEIO DE AMBULANCIA: SIM

PAE LANÇADA

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: / /

Paciente trazido pelo SAMU sob protocolo de imobilização devido a queda de moto, não possui consciência, queixa-se de dor no seg. e membros superiores. (A), (B), (C), (D) por atropelamento (E) fratura de 4º quadrante seg. e membros superiores.

ANOTACOES DA ENFERMAGEM:

DIAGNOSTICO: Politraumatizado

CID:

PRESCRICAO

HORARIO DA MEDICACAO

(1) Dipirone 2x4x e 100ml

(2) Paracetamol 1000mg + 100ml 8x ev

(3) Sst 800mg IM

(4) Red. de dor seg. E. e M. E. e M. E. e M. E. e M.

DATA DA SAIDA: / /

ALTA: [] DECISAO MEDICA [] A PEDIDO

[] ENCAMINHADO AO AMBULATORIO

INTERNACAO NO PROPRIO HOSPITAL (SETOR):

TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):

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

[] FAMILIA [] IMI [] ANAT. PATEL

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSAVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

União

10 OUT. 2017

REALIZADO EM 27/05/16

AS

HORAS

TÉCNICO

REALIZADO EM

AS

HORAS

TÉCNICO DE RADIOLOGIA

HOSPITAL GOVERNADOR JOAO ALVES FILHO

3

FICHA DE INTERNACAO
IDENTIFICACAO DO PACIENTE

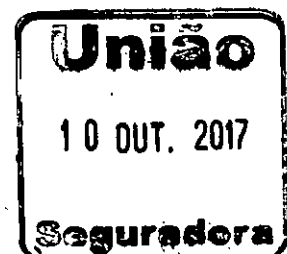
Reg. Definitivo....: 134539
Numero do CNS.....: 0000000000000000 705003497563450
Nome.....: ROBSON VINHAS
Documento.....: Tipo :
Data de Nascimento: 10/02/1980 Idade: 36 anos
Sexo.....: MASCULINO
Responsavel.....:
Nome da Mae.....: MARIA LUIZA VINHAS GAMA
Endereco.....: Rua B, nº 53
Bairro.....: SANTA MARIA Cep.: 00000-000
Telefone.....:
Município.....: 2800308 - - SE
Nacionalidade.....: BRASILEIRO
Naturalidade.....: SERGIPE

DADOS DA INTERNACAO

Forma de Entrada...: 4 - EMERGENCIA No. do BE: 1359705
Clinica.....: 918 - CENTRO CIRURGICO SRPA
Leito.....: 918.0008
Data da Internacao: 27/05/2016
Hora da Internacao: 20:51
Medico Solicitante: 116.335.815-00 - ANTONIO FRANCO CABRAL
Proced. Solicitado: NAO INFORMADO
Diagnostico.....: NAO INFORMADO
Identif. Operador.: TSANTOS

INFORMACOES DE SAIDA

Proc.Realizado:
Dt.Hr Saida:
Especialidade:
Tipo de Saida:
CID Principal:
CID Secundario:
Principal:
Secundario:
Outro:



Paciente: *Melhor*
Diagnóstico: *Fr Lx*

Vinho
Nutricionista ©

Data: *27/5/76*

PREScrição

1	<i>Dieta Geral</i>		<i>SND</i>
2			
3	<i>Dipirona</i>	<i>1g IV 6/6h</i>	<i>OK 10 16 2</i>
4	<i>Propofol</i>	<i>100mg IV 12/6h</i>	<i>OK 18</i>
5	<i>Plavix</i>	<i>75mg IV 8/8h (5h)</i>	<i>SOS</i>
6	<i>Apazolam</i>	<i>1g IV 8/8h</i>	<i>OK 18</i>
7	<i>CCG C</i>		
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20	<i>Fr Lx Nutricionista</i> ©		
21	<i>Fr 1/1 de 4° a 5° MT</i>		
22	<i>PO I de restrição alimentar</i>		
23	<i>e flexão do membro</i>		
24			
25			
26			
27			
28			
29			
30			

Dr. Benone Neto
Ortopedia e Traumatologia
Clínica de Coluna
CRM - SE 3834 - TEOT 13829

Dr. Benone Neto
Ortopedia e Traumatologia
Clínica de Coluna
CRM - SE 3834 - TEOT 13829

Hora	PA	Diurese	Glicemias	Temp. Axilar	Assinatura do Técnico e Observações

União

10 OUT. 2017

Seguradora

Registro de Enfermagem no Trans-Operatório

5

NOME	Robson Vinhas			PRONTUÁRIO	134539		
RECEBIDO NA S.O. POR	Robson			DATA	27/05/16	SALA	06
NÍVEL DE CONSCIÊNCIA	ACORDADO	☒	SONOLENTO	☐	AGITADO	☐	COMATOSO
CIRCULANTE	Surgimento			PROCEDÊNCIA			
ENTRADA S.O.	22:00 h	INÍCIO DA ANESTESIA		h	INÍCIO DA CIRURGIA		h
SAÍDA DA S.O.		FIM DA ANESTESIA		h	FIM DA CIRURGIA		h
CIRURGIÃO	Dr. Benedito			1º AUXILIAR			
ANESTESISTA	Dr. Wang			2º AUXILIAR			
INSTRUMENTADOR	Tatiana			LATERALIDADE	() DIREITA	(X) ESQUERDA	
CIRURGIA PROPOSTA	TT Lombras de Ombro de PE						
CIRURGIA REALIZADA							

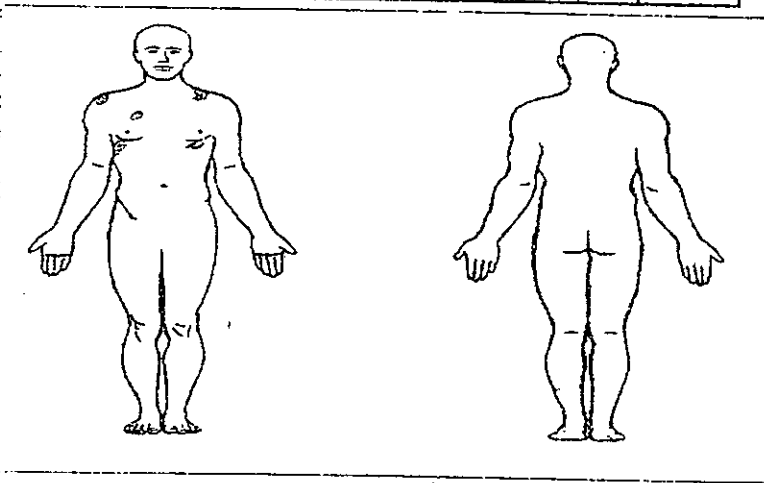
TÉCNICA ANESTÉSICA							
GERAL VENOSA		GERAL INALATÓRIA		GERAL COMBINADA		GERAL BALANCEADA	(X) RAQUIANESTESIA
PERIDURAL C/ CATETER		PERIDURAL S/ CATETER		SEDAÇÃO		BLOQUEIO DO PLEXO	
TUBO ENDOTRAQUEAL () ORAL () NASAL		Nº:		TUBO ARAMADO		Nº:	
							MÁSCARA LARINGEA

ASSEPSIA					
PVPI TÓPICO		PVPI ALCOÓLICO	(X) PVPI DEREGMANTE	CLOREXID. ALCOÓLICA	
				CLOREXID. DEGERMANTE	
				CLOREXID. AQUOSA	

EQUIPAMENTOS E ACESSÓRIOS UTILIZADOS									
BOMBA DE INFUSÃO		DESFIBRILADOR		MONITOR CEREBRAL (BIS)		INTENSIFICADOR DE IMAGEM		MANTA TÉRMICA	
FIBROSCÓPIO		MONITOR CARDÍACO	(X)	PA (NÃO INVASIVA)	(X)	PA (INVASIVA)		OXÍMETRO	
FOCO AUXILIAR		FONTE DE LUZ		VIDEOLAPAROSCÓPIO		BRONCOSCÓPIO		CAPNÓGRAFO	
								PIC	
								OUTROS	

COXINS DE CONFORTO UTILIZADOS					
CABEÇA		MSD		MSE	
				MIE	
				MID	

BISTURI ELÉTRICO	
BIPOLAR	
MONOPOLAR	



PLACA BISTURI			
LOCAL			
•	ELETRODOS		
†	INCISÃO CIRÚRGICA		
AVP	(X) D		E
AVC	D		E
GASOMETRIA: SIM () NÃO (X)			

COMPRESSAS	
GRANDES	
ENTREGUE	DEVOLVIDA
10	
PEQUENAS	
ENTREGUE	DEVOLVIDA
10	
10 OUT. 2017	
Seguradora	

POSIÇÃO DO PACIENTE							
(X) DORSAL	VENTRAL	LAT. ESQ	LAT. DIR	CANIVETE	TRENDELEMBURG	LITOTOMIA	

RELAÇÃO DE MEDICAMENTOS E MATERIAIS
CONSUMO DO HJAF/HUSE

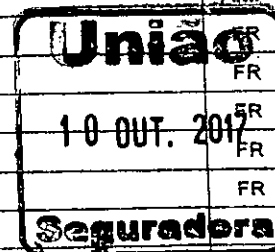
PACIENTE: Robson Vintas RG: DATA: 10/10/2017

CIRURGIÃO: Dr. Benedito

CIRURGIA: TT Lombrades de Luxação de quadril

ANESTESIOLOGISTA: Dr. Evangelista ANESTESIA: Rogel CIRCULANTE:

ANTAK	AMP	POMADA SULFA	TB
ADRENALINA	AMP	POMADA COLAGENASE	TB
ATROPINA	AMP	POMADA OFTÁLMICA	TB
ÁGUA DESTILADA	AMP	PLASIL	AMP
AMINOFILINA	AMP	REVIVAN	AMP
BICARBONATO DE SÓDIO	AMP	ROCEFIM	FR
CLORETO DE POTÁSSIO	AMP	SORO RINGER LACTATO	UND
CLORETO DE SÓDIO	AMP	SORO FISIOLÓGICO	UND 121
COLÍRIO	GTS	SORO GLICOFISIOLÓGICO	UND
CEDILANIDE	AMP	SORO GLICOSADO	UND
CLINDAMICINA	AMP	TRASAMIN	AMP
CIPROFLOXACINO	UND	TRAMAL	AMP
DECADRON	AMP	PROFENID	AMP
DIPIRONA	AMP		
DIAZEPAN	AMP		
DIMORF	AMP	ANESTESICOS	
DOLANTINA	AMP	ESMERON	FR
DORMONID	AMP	ETOMIDATO	AMP
EFORTIL	AMP	FENTANIL	FR
EFEDRINA	AMP	ISOFLURANO	ML
FERNEÇAN	AMP	PROPOFOL	AMP
FLAGYL	UND	PAVULON	AMP
GARAMICINA	AMP	QUELICIN	FR
GLICOSE	AMP	KETALAR	FR
GLUCONATO DE CÁLCIO	AMP	TRACRIUM	AMP
HEPARINA	UND	MARCAÍNA 0,5% C/V	FR
HIDROCORTIZONA	FR	MARCAÍNA 0,5% S/V	FR
HIPOGLÓS	TB	NEOCAÍNA PESADA	FR
HISOCEL	UND	XILOCAÍNA 1% S/V	FR
KEFLIN	FR	XILOCAÍNA 1% C/V	FR
LASIX	AMP	XILOCAÍNA 2% S/V	FR
MANITOL 20%	UND	XILOCAÍNA 2% C/V	FR
NARCAN	AMP	XILOCAÍNA GELÉIA	TB
NILPERIDOL	AMP	XILOCAÍNA SPRAY	DOS



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE SERGIPE

FICHA DE ATO CIRÚRGICO

PACIENTE: Nelson Chaves
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATORIO: Ex Ex Npricular ©
CIRURGIA REALIZADA: Redução fechada e fixação
CIRURGIÃO: Benone
AUXILIARES:
ANESTESIA: ANESTESISTA:

DIAGNÓSTICO PÓS- OPERATORIO:

☒ CIRURGIA LIMPA () CIR. POTENCIALMENTE CONTAMINADA
() CIRURGIA CONTAMINADA () CIR. INFECTADA

INFECÇÃO PRESENTE A ADMISSÃO? () SIM ☒ NÃO

TOPOLOGIA DA INFECÇÃO:

() VIAS AÉREAS SUP. () PULMONAR () URINÁRIA () SNC () TGI
() CUTANEO () AP. CARDIO-VASCULAR () PLEURA () OUTROS

DESCRIÇÃO DO ATO CIRÚRGICO

Paciente
Anemia
Redução
percutânea
estável
União
Fechada
A R P A

em DPH no maxilar
e antebraço e no
membro superior
de maxilar
boa redução
genuado não produz

DATA:

27/5/16

Dr. Benone Neto
Ortopedia e Traumatologia
Clínica da Coluna
CRM - RJ 2000 - RPP 1200

União

10 OUT. 2017

Seguradora

Assinatura do Cirurgião

HUSE

BOLETIM DE ANESTESIA



PACIENTE:

Robson Vinhas

REGISTRO:

UNIDADE:

MÉDICO:

LEITO:

36a / 120 kg

CIRURGIA PROGRAMADA

fratura luxação do ombro direito

CIRURGIA REALIZADA

Redução cirúrgica com fixação

DATA

27/05/16

ANESTESIOLOGISTA

Brângela de Sena

TÉCNICA ANESTÉSICA

Rafianestesia

MEDICAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA

CIRURGIÃO

D. Bernamy

AUXILIAR

ASA

HORA DE INÍCIO

22:00

HORA DE TÉRMINO

ACESSO VENOSO

POSIÇÃO

AGENTES
INALATORIOS

FLUIDOS

CEC
OUTROS

MONITORIZAÇÃO

CONDIÇÃO DE SAÚDE

MONITORIZAÇÃO

PA NÃO INVASIVA

X

PVC

PA INVASIVA

X

TEMPERATURA

ELETROCARDIOGRAFIA

X

DIURESE

OXIMETRIA

X

VENTILAÇÃO

CAPNOGRAFIA

PAM

10 OUT. 2017

Seguradora

AGENTES ANESTÉSICOS

DOSE

ANTIBIÓTICO PROFILAXIA

NOME:

1ª Dose as: horas

2ª Dose as: horas

3ª Dose as: horas

OBSERVAÇÕES

ENCAMINHADO PARA () UTI () UNIDADE

Dra. Brângela de Sena e Silva Vieira
Anestesiologista
CRM-SE 1112

Brângela de Sena

28/05/12

Pedra no 1º D.P.O

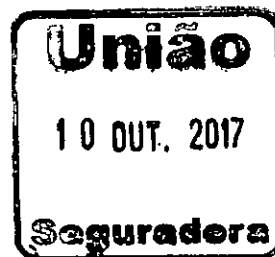
5mm num puto.

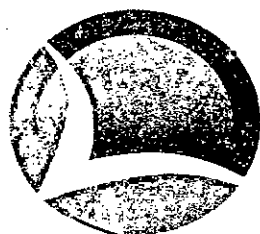
Alfa Hospital

Cesário na mes

Dr. Luiz Carlos Lopes
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM 1191

Dr. Luiz Carlos Lopes
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM 1191





Lactise
consultas e exames

Relatório Médico

① SR. Roberto Vianes, 36 anos de idade, pilotava uma moto cicleta em 27/5/2016, quando foi atropelado e conduzido pelo SAMU ao HUSE.

Após exames, foram constatados:

- a) Fratura de base da mandíbula do lado C.D. S92.2
- b) Escoriações pelo corpo.

Levado ao CC, procedeu-se à redução e fixação com 2 fios de

Obs. Este receituário não vale como recibo de honorários médicos.

Rua Bahia, 975 - B. Siqueira Campos - Aracaju/SE

www.lactise.com.br Fone: (79) 3253-7200

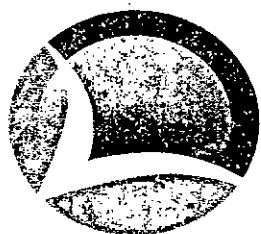
WhatsApp: (79) 98112-1117 / 99105-3815 / 98875-6772

MARQUE LOGO SEU PRÓXIMO ATENDIMENTO, TRABALHAMOS POR ORDEM DE PAGAMENTO

União

10 OUT. 2017

Seguradora



Lactise
consultas e exames

Kirschner, além de imobilização ci Tolo.

Teve alta hospitalar em 28/05/2016, e os pontos foram retirados por 3m.

Apesar dos procedimentos, ficaram sequelas permanentes abaixo relacionados.

- (a) Edema residual no pé e tornozelo
- (b) limitação dos movimentos do tornozelo e ante pé.
- (c) Deformidade em Varismo

Obs. Este receituário não vale como recibo de honorários médicos.

Rua Bahia, 975 - B. Siqueira Campos - Aracaju/SE

www.lactise.com.br

Fone: (79) 3253-7200

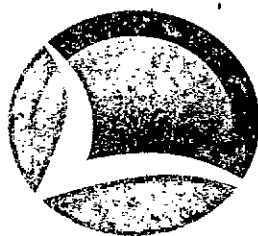
WhatsApp: (79) 98112-1117 / 99105-3815 / 98875-6772

MARQUE LOGO SEU PRÓXIMO ATENDIMENTO, TRABALHAMOS POR ORDEM DE PAGAMENTO.

União

10 OUT. 2017

Seguradora



Lactise
consultas e exames

da adução do ente nº E.
(d) Incapacidade para correr.

Perda funcional do nº E
de 50 %.

Aracaju 17/11/2016

Dr. Masayuki Ishi
Médico Ortopedista
CRM: 1276

Obs. Este receituário não vale como recibo de honorários médicos.

Rua Bahia, 975 - B. Siqueira Campos - Aracaju/SE

www.lactise.com.br

Fone: (79) 3253-7200

© Whatsapp: (79) 98112-1117 / 99105-3815 / 98875-6772

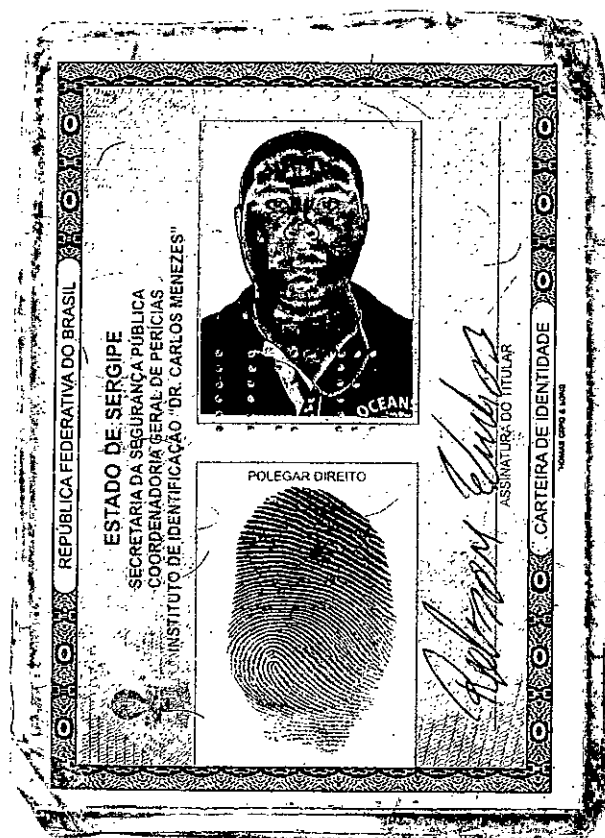
MARQUE LOGO SEU PRÓXIMO ATENDIMENTO, TRABALHAMOS POR ORDEM DE PAGAMENTO.

União

10 OUT. 2017

Seguradora

Documentos de identificação



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 1.3407

NOME ROSELI VINHAS

FLUXÃO

NATURALIDADE MARIA LUIZA VINHAS GAMA

SA VAIER-BA

DOC ORIGEM

CL. NACIM. N. 10761 LV 145/A FL 2624

DATA DE NASCIMENTO 10/02/1980

DATA DE EXPEDICAO 24/10/2013

2. VIA

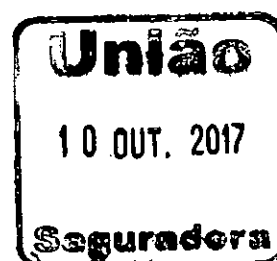
CPF: 001.806.945-29

PIS/PASEP 126.083276A

ASSINILURADQ DIRETOR

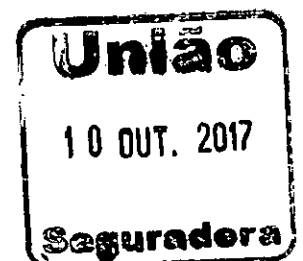
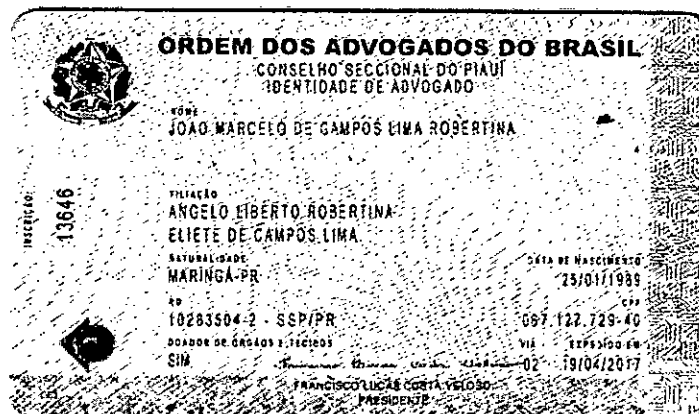
ATA DA SR VA

LEIA 77115 DE 290883





Documentos de identificação



[illegible]

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CIDADES		DETRAN - SE CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO		Nº 012950076590	
VIA COD. RENAVAM 010		R.N.T.R.C. 0000000000		EXERCÍCIO 2012	
PLACA 0000000000					
CLASS 0000000000					
COMBUSTÍVEL 0000000000					
ANO MOD 0000					
ANO FAB 0000					
COR/PREDOMINANTE 0000000000					
CATEGORIA 0000000000					
VENC. COTA ÚNICA 0000000000					
VENC. COTAS 0000000000					
PARCELAMENTO / COTAS 0000000000					
PREMIO TOTAL (R\$) 0000000000					
DATA DE PAGAMENTO 00/00/0000					
OBSERVAÇÕES 0000000000					
DOCUMENTO DE OBRIGATORIO 0000000000					
DATA SUECIA 00/00/0000					
LOCAL 0000000000					
DATA 00/00/0000					

União

10 OCT. 2017

Seguradora

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3170551459

Cidade: Aracaju

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: ROBSON VINHAS

Data do acidente: 27/05/2016

Seguradora: ARUANA SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 25/10/2017

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: Fratura luxação do navicular do pé esquerdo

Resultados terapêuticos: Resolução incompleta após o término do tratamento, com evidência de limitação funcional insusceptível a terapêutica.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do pé esquerdo

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: Dano moderado do pé esquerdo

Documentos complementares:

Observações:

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos pés	50 %	Em grau médio - 50 %	25%	R\$ 3.375,00
Total			25 %	R\$ 3.375,00

PRESTADOR

IBMES INST.BRAS DE MEDICINA ESPEC.EM SEGUROS LTDA

Nome do médico: LUIS FELIPE FRANKLIN FORNELOS

CRM do médico: 52877859

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:





PROCURAÇÃO PARTICULAR

Outorgante: (Dados do Beneficiário do Seguro DPVAT)

Nome: Robson Vinhas
 Nacionalidade: Brasileiro Estado civil: Solteiro
 Profissão: Vigilante
 Identidade: 1338407 CPF: 001806945-29
 Endereço: Casa A7 n: 195
 Bairro: Santa Maria Cidade: Aracaju
 Estado: Sergipe CEP: 49000-000

Outorgado:

JOÃO MARCELO DE CAMPOS LIMA ROBERTINA, natural de Maringá Paraná, solteiro, portador de cédula de identidade nº 10.283.504-2 SSP/PR, inscrito no cadastro de pessoa física nº 067.127.729-40, ADVOGADO inscrito na ordem OAB nº 13.646, domiciliado na Avenida Augusto Maynard nº 554, bairro São José, Aracaju, Sergipe, CEP 49.015-380.

Pelo presente Instrumento Particular de procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a **SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT e suas respectivas consorciadas**, a fim de encaminhar o pedido de indenização do Seguro Obrigatório – DPVAT, a que tenho direito, concedendo ao outorgado poderes para assinatura nos formulários de Aviso de Sinistro, Protocolo de Recepção de Documentos, Declaração de Ausência de Laudo do IML, Autorização de Pagamento de Indenização do Seguro DPVAT, podendo enfim assinar ou requerer quaisquer documentos relacionados com o Seguro Obrigatório – DPVAT em meu nome, praticar todos os atos de direito permitidos para perfeito cumprimento deste mandato, da qual figura como vítima:

Robson Vinhas

Local: Aracaju UF: SE Data: 03 de Outubro de 2017.

Robson Vinhas

Assinatura do Outorgante (Beneficiário)
(Reconhecer firma por autenticidade)

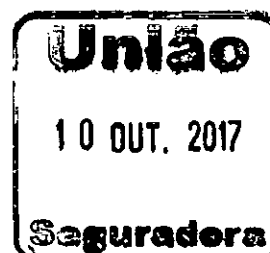


CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO
Viviane Amorim de Mendonça
Escritório

CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS ARACAJU - SERGIPE	
Tabelião Substituta Maria O. Fonseca Mendes	Reconheço a(s) firma(s) <u>Robson</u> Indicado(s) com a seta e meu sinal público ☒ Por Autenticidade ☐ Por Semelhança Aracaju, <u>03</u> de <u>10</u> de <u>2017</u> Em Test. da verdade "Válido somente com o Selo de Autenticidade"

CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO

Selo T.JSE: 201729523108624
Acesse: www.tjse.br/tjse



BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 27/10/2017

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 3.375,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ROBSON VINHAS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01733

CONTA: 000000173208-0

Nr. da Autenticação E78CC6BD60C7E238