

Rio de Janeiro, 24 de Junho de 2015

Carta nº: 7230368

A/C: CLEBERTON LUIZ DOS SANTOS

Sinistro: 3150553979
Vitima: CLEBERTON LUIZ DOS SANTOS
Data Acidente: 20/02/2015
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site www.dpvatsegurodotransito.com.br, ou ligue para o SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site www.dpvatsegurodotransito.com.br, não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à GENTE SEGURADORA S/A de origem onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 03 de Julho de 2015

Carta nº: 7310837

A/C: CLEBERTON LUIZ DOS SANTOS

Sinistro: 3150553979
Vítima: CLEBERTON LUIZ DOS SANTOS
Data Acidente: 20/02/2015
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

Em relação sinistro acima referenciado, comunicamos que após análise da documentação apresentada, foi detectada a necessidade de informações complementares, razão pela qual está sendo interrompido o prazo regulamentar para o pagamento da indenização.

Pedimos aguardar novo pronunciamento o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as averiguações cabíveis.

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

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!

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 28 de Julho de 2015

Carta nº: 7492877

A/C: CLEBERTON LUIZ DOS SANTOS

Sinistro: 3150553979
Vítima: CLEBERTON LUIZ DOS SANTOS
Data Acidente: 20/02/2015
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

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: **CLEBERTON LUIZ DOS SANTOS**

Valor: **R\$ 4.725,00**

Banco: **104**

Agência: **000003780**

Conta: **000000002070-4**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	4.725,00

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 70%) 35,00%

Valor a indenizar: 35,00% x 13.500,00 =	R\$	4.725,00
---	-----	----------

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.dpvatsegurodotransito.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3150553979 **Cidade:** Nossa Senhora do Socorro **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: CLEBERTON LUIZ DOS SANTOS **Data do acidente:** 20/02/2015 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: TRAUMA DIRETO COM LESÃO LIGAMENTAR EM JOELHO DIREITO

Descrição do exame médico pericial: APRESENTA GRAVE INSTABILIDADE EM JOELHO DIREITO, O QUE INTERFERE NA MARCHA E NA SUSTENTAÇÃO DO MEMBRO INFERIOR DIREITO. MC MURRAY POSITIVO; LACHMANN POSITIVO À DIREITA.

Resultados terapêuticos: SUBMETIDO A AVALIAÇÃO RADIOLÓGICA, SEM SINAIS DE FRATURA. INICIOU TRATAMENTO CONSERVADOR COM IMOBILIZAÇÃO GESSADA. DEVIDO A MANUTENÇÃO DO QUADRO ÁLGICO, FEZ CONSULTA COM ORTOPEDISTA QUE SOLICITOU RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DO JOELHO DIREITO. TEVE DIAGNÓSTICO DE LESÃO EM MENISCOS MEDIAL E LATERAL E ROTURA COMPLETA DO LIGAMENTO CRUZADO POSTERIOR E ESTIRAMENTO DO LIGAMENTO CRUZADO ANTERIOR, ALÉM DE MICROFRATURA DO TRABECULADO ÓSSEO DA PORÇÃO POSTERIOR DE TODA TÍBIA E DE TODO PLATÔ TIBIAL LATERAL. REFERE 20 SESSÕES DE FISIOTERAPIA. REFERE QUE AGUARDA PROGRAMAÇÃO CIRÚRGICA.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do membro inferior direito

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 10/07/2015

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Alexsandro Silva Bonfim

CRM do médico: 4233

UF do CRM do médico: SE

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 membros inferiores	70 %	Em grau médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
Total			35 %	R\$ 4.725,00

PRESTADOR

ACE Gestão de Saúde Ltda.

Médico revisor: OTELO CORRÊA DOS SANTOS FILHO

CRM do médico: 52.18145-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3150553979 **Cidade:** Nossa Senhora do Socorro **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: CLEBERTON LUIZ DOS SANTOS **Data do acidente:** 20/02/2015 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 03/07/2015

Valoração do IML: 0

Diagnóstico: TRAUMA NO JOELHO DIREITO

Resultados terapêuticos: DEPENDE DE PERICIA DE MEDICA (BAM INCONCLUSIVO)

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

PRESTADOR

AMORIM E MATTOS SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS LT

Nome do médico: DORIAN BRAGA SARAIVA

CRM do médico: 52.32571-1

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Nome do(a) Examinado(a): **CLEBERTON LUIZ DOS SANTOS** Sinistro: **3150553979** Data: **20/02/2015**

Endereço do(a) Examinado(a):
RUA CENTO E SESSENTA E DOIS, 0040, CS - CONJUNTO ALBANO FRANCO - Nossa Senhora do Socorro - SE - CEP 49160-000

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSP /SE**] **1355016**

Data local do exame: [**10/07/2015**] **Aracaju** [**SE**]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)
TRAUMA DIRETO COM LESÃO LIGAMENTAR EM JOELHO DIREITO. APRESENTA GRAVE INSTABILIDADE EM JOELHO DIREITO, O QUE INTERFERE NA MARCHA E NA SUSTENTAÇÃO DO MEMBRO INFERIOR DIREITO. MC MURRAY POSITIVO; LACHMANN POSITIVO À DIREITA.

a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação? [**X**] Sim [] Não

Caso a resposta seja "Não", favor NÃO preencher os demais campos abaixo, exceto o das observações (item V(*)), se necessário

b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico? [**X**] Sim [] Não

Caso a resposta seja "Não", prosseguir SOMENTE se houver alguma correlação entre a queixa e o histórico do acidente, justificando-a nas observações (item V(*))

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações.
SUBMETIDO A AVALIAÇÃO RADIOLÓGICA, SEM SINAIS DE FRATURA. INICIOU TRATAMENTO CONSERVADOR COM IMOBILIZAÇÃO GESSADA. DEVIDO A MANUTENÇÃO DO QUADRO ÁLGICO, FEZ CONSULTA COM ORTOPEDISTA QUE SOLICITOU RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DO JOELHO DIREITO. TEVE DIAGNÓSTICO DE LESÃO EM MENISCOS MEDIAL E LATERAL E ROTURA COMPLETA DO LIGAMENTO CRUZADO POSTERIOR E ESTIRAMENTO DO LIGAMENTO CRUZADO ANTERIOR, ALÉM DE MICROFRATURA DO TRABECULADO ÓSSEO DA PORÇÃO POSTERIOR DE TODA TÍBIA E DE TODO PLATÔ TIBIAL LATERAL. REFERE 20 SESSÕES DE FISIOTERAPIA. REFERE QUE AGUARDA PROGRAMAÇÃO CIRÚRGICA.

III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)? [**X**] Sim [] Não

Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

Limitação funcional do membro inferior direito

Caso a resposta seja "Não", concluir dentre as opções no item IV "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item IV opções "b" ou "c"

IV. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

() "Vítima em tratamento"
Esta avaliação médica deve ser repetida em ____ dias

() "Exame não permite conclusão"
Vide motivo do impedimento no campo das observações

() "Sem sequela permanente" (Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):
Membro inferior direito

% do dano: () 10% residual () 25% leve
(**X**) 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações (*).

() Total = "100% da IS"

V. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

Alexsandro Bonfim
Assinatura do Médico Examinador - CRM/SE
4233

Alexsandro Silva Bonfim - CRM: 4233 - SE



Seguradora Líder • DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com **dados do beneficiário** da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, Cleberton Luiz dos SantosPORTADOR(A) DO RG Nº 1.355.016EXPEDIDO POR SSP/SeEM 28/05/10 ECPF 763698095-72 / CNPJ 00000000-0000-00, PROFISSÃO Autônomo

E RENDA MENSAL DE R\$ 900,00 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Cleberton Luiz dos Santos, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.



AUTO-ATENDIMENTO - AG. UBAUBA

DATA: 28/05/2015

TERMINAL: 48741003

HORA: 03:38:55

CONTROLE: 487410030117

COMPROVANTE PROVISÓRIO DE
DEPÓSITO EM DINHEIRO

CONTA CREDITADA:

3750.013.00002070-4

NOME:

CLEBERTON LUIZ DOS SANTOS

VALOR TOTAL EM DINHEIRO:

5,00

NÚMERO DO ENVELOPE:

4678341675

NÚMERO DE CONTROLE:

148835500

A confirmação do depósito se dará pelo
lançamento do valor na conta do favorecido após
a abertura do envelope e a verificação dos
valores contidos.

Informações, reclamações, sugestões e elogios

SAC CAIXA: 0800-726 8101

Ouvidoria da CAIXA: 0800-725 7474

www.caixa.gov.br

e forma alguma, ser apresentados:

OCIAL ou Salário ou Funcional,

IDA.

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT

CONTEUDO NAO VERIFICADO

ja mensal de até R\$ 2.000,00
e conta como documento

o site da RBCA FEDERAL
ta informada para depósito / RJ

agem digitalizada/scanner colorido,
do cartão múltiplo com informação

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 3780 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 013 - 00002070-4

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

Nossa Senhora do Socorro 95º de Maio
LOCAL E DATA

de 2015

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO



ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de **R\$13.500,00** em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até **R\$13.500,00** em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até **R\$ 2.700,00** em caso de despesas médico-hospitalares.

- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221704.



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



POLÍCIA ON-LINE



05ª DELEGACIA METROPOLITANA

RUA 24, CONJ. JOÃO ALVES FILHO FONE: () 3254-1538

Boletim de Ocorrência 2015/06523.0-001383 - Alterado

2009 4h

DELEGACIA RESPONSÁVEL

Nome: 05ª DELEGACIA METROPOLITANA

Endereço: RUA 24, CONJ. JOÃO ALVES FILHO FONE: () 3254-1538

FATO

Natureza: LEI 9.503/97 - LESÃO CORPORAL CULPOSA NA DIREÇÃO DO VEÍCULO

Data e Hora do Fato: 30/03/2015 16:00 até 30/03/2015 - 16:00

Endereço: NA ROTA DO CONJ. ALBANO FRANCO Número: Complemento: CEP: 49160-000

Bairro: ALBANO FRANCO 1 Cidade: NOSSA SENHORA DO SOCORRO - SE Circunscrição: 05ª DELEGACIA METROPOLITANA

Tipo de local: VIA PÚBLICA Meio Empregado: NENHUM

VÍTIMA-NOTICIANTE

Nome: CLEBERTON LUIZ DOS SANTOS

Nome do pai: JOSE DOS SANTOS Nome da mãe: MARTA LUIZA DOS SANTOS

Pessoa: Física CPF/CGC: 000.000.000-00 RG: 13550160 UF: SE Órgão expedidor: SSP-SE

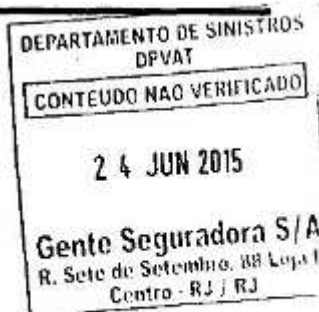
Naturalidade: ARACAJU Data de nascimento: 26/02/1980 Sexo: Masculino Cor da cutis: Negra

Profissão: ESTUDANTE Estado civil: Não informado Grau de Instrução:

Endereço: RUA 162 Número: 40 Complemento: CONJ. ALBANO FRANCO

CEP: Bairro: Cidade: NOSSA SENHORA DO SOCORRO UF: SE

Proximidades: Telefone:



PERÍCIAS E ATENDIMENTO HOSPITALAR

Perícia: IML Guia de Exame

Descrição: LOESÕES CORPORAIS - CLEBERTON LUIZ DOS SANTOS

NR

HISTÓRICO

RELATA O DECLARANTE QUE FOI ATROPELADO PELO UM VEÍCULO DE MARCA HAILUY DE COR PRATA, E TEVE LESÃO NO JOELHO DIREITO E NO PULSO DIREITO, FOI LEVANDO PARA O HUSE PELA SAMU. PELO EXPOSTO SOLICITA DAS AUTORIDADES COMPETENTES AS DEVIDAS PROVIDÊNCIAS CABÍVEIS.

Acrescentado por Carmem Virginia Borges - 11/05/2015 às 12:38

ACRESCENTA O NOTICIANTE QUE O DIA CORRETO DO ACIDENTE FOI DIA 20.02.2015, E FOI ENCAMINHADO PARA O HOSPITAL NESTOR PIVA E SOFREU UM TRAUMA NO JOELHO DIREITO E NO PULSO DIREITO

Data e hora da comunicação: 30/03/2015 às 17:04

Responsável pela Alteração: Carmem Virginia Borges

Última Alteração: 11/05/2015 às 12:38

CLEBERTON LUIZ DOS SANTOS
Responsável pela comunicação

João Moreira Aragão
Delegado(a) de Polícia

Carmem Virginia Borges
Responsável pelo preenchimento



VALIDO SOMENTE COM O
SELO DE AUTENTICIDADE

CARTÓRIO DO 1º OFÍCIO	Certifico e dou fé que
Fernanda Mª Souza Serravallo Tabeliã	a presente cópia é a
Albirlene Rodrigues Mendes Tabeliã Substituta	reprodução fiel do
COMARCA DE UMBAÛBA SERGIPE	original que me foi
VALIDO SOMENTE COM SELO DE AUTENTICIDADE	exibido.
	Umbaúba 02.06.15
	<i>Alciene</i>
	TABELIA / SUBSTITUTA

Alciene Rodrigues de Souza
ESCREVENTE
1º OFÍCIO UMBAÛBA SE

...
...
...
...
...

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML



Eu, Cláudio Apuz dos Santos, portador da carteira de identidade nº 1.355.016 e inscrito no CPF/MF sob o nº 363.628.099-72, residente e domiciliado na Rua Pinto e Sarmiento e d'Almeida Cidade Nossa Senhora do Socorro 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.

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT
CONTEUDO NAO VERIFICADO
24 JUN 2015
Gente Seguradora S/A R. Sete de Setembro, 88 Loja P Centro - RJ / RJ

Nossa Senhora do Socorro 25 de maio de 2015

Local e data



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Elaberton Luiz dos Santos

RG nº 1.355.016, data de expedição 28/05/10, Órgão SSP/S2

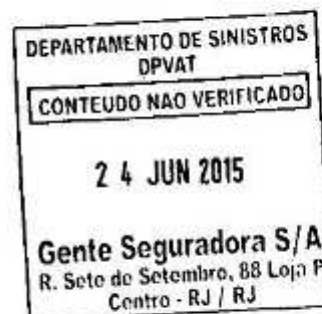
CPF nº 763.628.095-72, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Rua cento e sessenta e dois</u>
Número	<u>0040</u>
Apto / Complemento	<u>casa</u>
Bairro	<u>Conjunto Alamo Franco</u>
Cidade	<u>Nossa Senhora do Socorro</u>
Estado	<u>Sergipe</u>
CEP	<u>49.160-000</u>
Telefone de Contato	<u>(79)9800-9541</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Nossa Senhora do Socorro 25 de Maio de 2015

Assinatura do Declarante:



JOSE RAIMUNDO DA SILVA
RUA CENTO E SESENTA E DOIS CONJ ALBANO FRANCO, 0040 - CENTRO
NOSSA SENHORA DO SOCORRO / SE CEP: 48160000 (AG 20)

Classe/Suicis: RESIDENCIAL / RESIDENCIAL MONOFASICO
Roteiro B - 20 - 780 - 4010 Referência: Abr / 2015
NF medidor W1328512335 Emissão: 15/04/2015

ENERGISA SERGIPE DISTRIB ENERGISA
Rua Min Apolonia Sales, 81 - Inacio Barbosa
Aracaju / SE - CEP 48040-150
CNPJ 017 4620001-63 Insc Est: 270 767 436
Nota Fiscal/Conta de Energia Elétrica Nº 000 344 856
Código para Débito Automático: 00004170825

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

0370 c15a 6b7d 8cc8 5c7c 50d1 3b71 2b7d

Conta referente a CDC (Código do Consumidor): 3/417082-5

Abr / 2015

Canal de contato

Apresentação

15/04/2015

Data prevista da próxima leitura

15/05/2015

CPF/ CNPJ/ RAN
41269278546

Cálculo de consumo

	Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
	Data	Leitura	Data	Leitura	
	15/03/15	18189	15/04/15	18382	
Faturas em atraso				213	30

21/03/2015 23,81

Demonstrativo

Descrição	Quantidade	Preço	Valor (R\$)
Consumo em kWh	213	5,38877	78,78
Adc. @ Vermelho			11,71

IMPOSTOS E ENCARGOS

PIS	1,83
COFINS	7,59
CONTRIB LIMPUBLICA	15,25
ICMS (Base de Cálculo R\$ 132,82 Alíquota 25,00%)	33,23

Histórico de Consumo (kWh)

Mar/15	185
Fev/15	197
Jan/15	220
Dez/14	148
Nov/14	185
Out/14	149
Set/14	145
Ago/14	155
Jul/14	138
Jun/14	127
Mai/14	185
Abr/14	148

Média dos últimos meses
184 kWh

VENCIMENTO

21/05/2015

TOTAL A PAGAR

R\$ 148,17

Indicadores de Qualidade

2/2015 - TAÇOCA

	Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
DCMENSAL	5,20	0,00	
DC TRIMESTRAL	10,40		
DC ANUAL	20,80		
FC MENSAL	3,40	0,00	
FC TRIMESTRAL	6,80		
FC ANUAL	13,70		
DMC	2,94	0,00	
DICR	12,22		

Discriminação	Valor (R\$)	%
Serviços de Dist. de Energia SE	30,08	25,89
Cargos de Energia	41,81	29,08
Serviços de Transmissão	1,57	1,06
Energias Solares	9,23	6,23
Impostos, Oribos e Encargos	57,70	38,94
Outros Serviços	0,00	0,00
Total	148,17	100,00

Valor do encargo ao Uso do Sistema de Distribuição
(R\$) 2/2015 R\$ 26,06

ATENÇÃO

- REAVISO DE VENCIMENTO: Caso a(s) fatura(s) acima relacionada(s) permaneça(m) em atraso, o fornecimento poderá ser suspenso a partir de 30/04/2015. Conforme Resolução 414 da ANEEL. O pagamento após essa data não elimina a possibilidade de dívida suspensão do fornecimento, caso o mesmo não seja comunicado ou se cancela pagas não estejam na unidade consumidora para comprovação. Caso a leitura elevada o pagamento da(s) fatura(s) acima, desconsiderar essa mensagem. Fatura sujeita a inclusão em órgãos de proteção ao crédito no caso de inadimplimento. Reajuste Extraordinário Vigência: 02/03/2015-Res ANEEL Nº 1 858-Eleto médio 8,19% - Leitura confirmada

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
OPVAT

CONTEUDO NÃO VERIFICADO

24 JUN 2015

Gente Seguradora S/A
R. Sete de Setembro, 88 Loja P
Centro - RJ / RJ

SERGIPE

VENCIMENTO

TOTAL A PAGAR



Lactise
consultas e exames

O paciente relata dor
no ombro / braço
e dor no punho direito
devido a lesão
do nervo

[Signature]
MOROSIN
MOROSIN
MOROSIN

CRM 1355
ORTOPEDIA - HUSE

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

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NAO VERIFICADO
24 JUN 2015
Gente Seguradora S/A
R. Sete de Setembro, 88 Loja P
Centro - RJ / RJ

FICHA DE ATENDIMENTO

Unidade: U.P. 2007 Data: 20/07/15 Hora de entrada: 11:25
Identificação: Eleberton Luiz de Santos
Nome: Eleberton Luiz de Santos Cód. SUS: 11355016
Sexo: Masc. ☒ Fem ☐ Data de Nascimento: 12/09/1980 RG: 11355016
Nome da Mãe: Elvira Luiz de Santos Telefone para Contato: 162 0140
Endereço: Alameda Franco

I-AVALIAÇÃO DE RISCO

1. Queixa/Motivo que levou a procurar o Pronto Socorro.

2. Cronologia/Duração da Queixa: Agudo ☐ Crônico ☐
3. História Pregressa: DM ☐ Cardiopatias ☐ HAS ☐ Alergias ☐ Medicamentos ☐ Outros ☐

4. Sinais e Sintomas:

R23.0	CIANOSE	R33/R33.0	MAL ESTAR/FADIGA e/ou FALTA DE
R07.1	DOR TORÁCICA		APETITE
R06.0	DISPNEIA	R19.4	DIARRÉIA e/ou OBSTIPAÇÃO
R61	SINDROME	R50	FEBRE
R00.2	PALEITACÃO	R20.2	PARESTESIA
R40.0	SONOLÊNCIA	R60	EDEMA
R45.1	AGITACÃO	R42	TONTURA
R31/R30.0	HEMATURIA e/ou DISÚRIA	R26.2	DIFICULDADE E/ANDAR
R10	DOR	R11	NAUSEAS/VÔMITOS
R51	CEFALEIA	R05	TOSSE
R10	DOR ABDOMINAL	R23	ALTERAÇÕES DE PELE

5. Dados Vitais

P.A. 110 x 70 Pulso 70 Temperatura 36.5 Freq. Resp. 18
Normal ☐ Alterado ☐ Com Relação com a Queixa ☐ Sem Relação com a Queixa ☐

6. Cálculo do Escore de Risco

Pontuação	Dados Vitais	Relação	Cronologia	Escore
-----------	--------------	---------	------------	--------

7. Risco: BAIXO ☐ MODERADO ☐ ALTO ☐

8. Destino/ Área:

II- ATENDIMENTO MÉDICO

1. História Clínica

2. Exame Físico

3. Hipótese diagnóstica

4. Avaliação de Risco realizada pelo médico:

BAIXO ☐ MODERADO ☐ ALTO ☐

5. Conduta Terapêutica:

Assinatura e Carimbo do Profissional

Gente Seguradora S/A
R. Sete de Setembro, 88 Loj.
Centro - RJ / RJ

24 JUN 2015



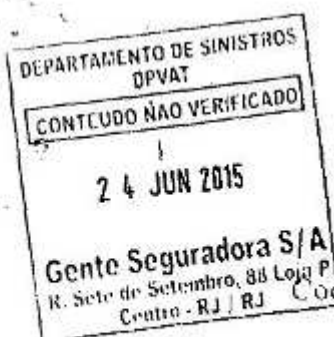
ESTADO DE SERGIPE
PREFEITURA MUNICIPAL DE ARACAJU
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
REDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

RELATÓRIO MÉDICO

Clayton Luis dos Santos dos
Aguarado no Unimed Nestor
Piva em 20/02/15, vítima
de acidente de trânsito
por RABV. e procedimentos
necessários foram realizados
em seu prontuário

TO7

04/03/15



Dr. Esdras Fagundes Ferreira

Coordenador dos Médicos Ortopedistas e Cirurgiões da REUE



ESTADO DE SERGIPE
PREFEITURA MUNICIPAL DE ARACAJU
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
REDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

RELATÓRIO MÉDICO

Christon Luis dos Santos dos
Anacleto no Unidol Nestor
Piva em 20/02/15, vítima
de acidente de trânsito.
Foi atendido e medicado
nos locais de atendimento
com seu prontuário.

707

04/03/15

Dr. Esdras Fagundes Ferreira

Coordenador dos Médicos Ortopedistas e Cirurgiões da REUE

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NAO VERIFICADO
24 JUN 2015
Gente Seguradora S/A
R. Sete de Setembro, 88 Loja P
Centro - RJ / RJ

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

RENTEIRO GERAL 1.355.016 2.VIA DATA DE EMISSÃO 28/05/2010

IDENTIFICADO CLEBERTON LUIZ DOS SANTOS

PROFISSIONAL JOSE DOS SANTOS

PROFISSIONAL MARIA LUIZA DOS SANTOS

PROFISSIONAL ARACAU-SE

DATA DE NASCIMENTO 26/02/1980

SEPARAÇÃO JUDICIAL

CT. CASH. NR 1847 LV B02 FL 247

CPF 047.130.812.DIST.COM.ARAUÁ-SE

352856750

ASSINATURA DO IDENTIFICADO

CE Nº 7 R. DE ARAUÁ

Documento de Identificação

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE SERGIPE

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA

COORDENADORIA GERAL DE PESSOAS

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO DE CARLOS MENDES

IDENTIFICADO CLEBERTON LUIZ DOS SANTOS

DATA DE NASCIMENTO 26/02/1980

SEPARAÇÃO JUDICIAL

CPF 047.130.812.DIST.COM.ARAUÁ-SE

352856750

ASSINATURA DO IDENTIFICADO

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

MINISTÉRIO DAS CIDADANIAS

DEPARTAMENTO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO

INSTITUTO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO

IDENTIFICADO CLEBERTON LUIZ DOS SANTOS

DATA DE NASCIMENTO 26/02/1980

SEPARAÇÃO JUDICIAL

CPF 047.130.812.DIST.COM.ARAUÁ-SE

352856750

ASSINATURA DO IDENTIFICADO

DEPARTAMENTO DE SINISTROS

OPVAT

CONTINUIDADE VERIFICADA

24 JUN 2015

Gente Seguradora S/A

R. Getúlio Vargas, 400 - Lapa

Cidade RJ RJ



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - SE

3 DETRAN - SE Nº 011743671126
6 CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
1 2 00587742032 000000000000 2014
5 CLAUDIA LUIZA DOS SANTOS
8 *****
4 *****
1 *****
2 661.983.305-59 DEN0545
5

PLACA ANT/UF SE 9C6KE1950E0015144 CHASSI

ESPECIE TIPO PAS/MOTOCICLETA 7 COMBUSTIVEL GASOLINA

MARCA/MODELO YAMAHA/YBR125 FACTOR K1 ANO FAB 2013 ANO MOD 2014

CAP/POT/CIL 200CV/124CC CATEGORIA PARTIL COB/PREDOMINANTE PRETA

COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA VENC. COTAS
I ***** 1 *****
P ***** 2 *****
V ***** 3 *****
A *****

PREMIO TARIFARIO (R\$) 14,33 CUSTO DO SEGURO (R\$) 143,37
SEGURO PAGO REF. AO EXERCÍCIO 2014

OBSERVAÇÕES
AL.FIDUC. BANCO YAMAHA MOTOR BRASIL
NOSSA SENHORA 07/08/2014

CONTRAN

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

24 JUN 2015

Gente Seguradora S/A
R. Sete de Setembro, 88 Loja P
Centro - RJ / RJ

COMARCA DE N. SRA. DO SOCORRO - SE
AUTENTICAÇÃO Nº 009930
Autentico a presente cópia reprográfica por ser a reprodução
fidelidade do documento original que me foi apresentado, dou fé.
Emolumentos: R\$ 1,88 Salo.
N.Sra do Socorro, 30 de março de 2015. Em test. da verdade.
CHRISTIANNE VETURIN NUNES BRUNO - Secretária e Registradora

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS
TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

SE Nº 011743671126 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.dpvatsegurodotransito.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO 2014 DATA EMISSÃO 07/08/2014

661.983.305-59 DEN0545

587742032 YAMAHA/YBR125 FACTOR K1

2013 9C6KE1950E0015144

PREMIO TARIFARIO

R\$ (R\$) 129,03 DENATRA (R\$) 14,33 CUSTO DO SEGURO (R\$) 143,37

CUSTO DO SEGURO (R\$) 143,37 COTA ÚNICA 1,11 TOTAL A SER PAGO (R\$) 292,61

PAGAMENTO PARCELADO DATA DE PAGAMENTO 07/08/2014

SEGURADORA LIDER - DPVAT

CNPJ 09.348.698/0001-04
www.seguradoralider.com.br

TORNO DO 1º OFICIO

SE AD 7856

