



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, Joseinaldo Feltosa Nunes,
 PORTADOR(A) DO RG Nº 9.945.458, EXPEDIDO POR SUSEP/PE EM 14/05/2014
 CPF 70362964-23 / CNPJ 000000000000000000, PROFISSÃO _____
 E RENDA MENSAL DE R\$ _____ (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO
 SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Joseinaldo Feltosa Nunes, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO
 DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susesp 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.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados não devem, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional;
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

IMPORTANTES: Também não devem ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

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 Brasil Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0246-1 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 36.057-0

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.

Serra Talhada-PE 22 de 06 de 2015 x Joseinaldo Feltosa Nunes
 LOCAL E DATA 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 0800-0221204.

Banco Postal

*** Extrato de Conta Corrente ***

Agência : 32901634-AC SERRA TALHADA
Terminal: 32316304 Id.Trx.: 58211
Nro Aut : 094823 Caixa : 85068411
Data : 22/06/2015 Hora : 09:49
(Horário de Brasília)

BANCO DO BRASIL S.A.

5757805628

6061

EXTRATO CONTA CORRENTE PARA SIMPLES COMPERENCIA

AGENCIA: 0246-1 CONTA: 36.057-0
CLIENTE: JOSINALDO FEITOSA NUNES

HISTORICO	DOCUM.	VALOR
02/03/2015		
Saldo Anterior		0,00C
--- NAO HA LANCAMENTOS ---		
Juros *		0,00
Data de Debito de Juros	01/07/2015	
IOF *		0,00
Data de Debito de IOF	01/07/2015	
(*)Asurados de acordo com o somatorio dos saldos devedores diários no mes anterior ao debito.		
SALDO EM CONTA-SALARIO		0,00C

OBSERVAÇÕES:

Serviço de Atendimento ao Consumidor - SAC
0800 729 0722

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3150397816 **Cidade:** Santa Cruz da Baixa Verde **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSINALDO FEITOSA NUNES **Data do acidente:** 12/09/2014 **Seguradora:** COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 02/06/2015

Valoração do IML: 0

Diagnóstico: TRAUMA ABDOMINAL E FRATURA BILATERAL DE FÊMUR

Resultados terapêuticos: A ESCLARECER

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

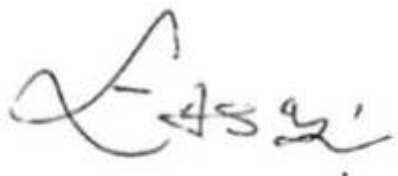
Visão Médica Ltda

Nome do médico: EDSON L D ANDRADE

CRM do médico: 52.44121-9

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:





MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas



COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número
123.527.964-23

Nome
JOSINALDO FEITOSA NUNES

Nascimento
17/05/1996

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

10R-01

ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO TIVARES REUIL

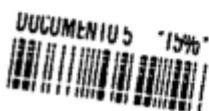
REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

POLEGAR DIREITO

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

Josinaldo Feitosa Nunes



COMPREV SEGUROS
E PREVIDÊNCIA S/A

RECEB. 06 MAI 2015

M

Nome

CÓDIGO DE CONTROLE
9E61.53DB.7206.672E

A autenticidade deste comprovante deverá
ser confirmada na Internet, no endereço

www.receita.fazenda.gov.br

Comprovante emitido pela
Secretaria da Receita Federal do Brasil

às 10:16:40 do dia 31/10/2013 (hora e data de Brasília)

dígito verificador: 00

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL **9.945.458** DATA DE EXPEDIÇÃO **14/05/2014**

NOME
<< JOSINALDO FEITOSA NUNES >>

FILIAÇÃO
<< JOSÉ NUNES DE ANDRADE >>
<< MARIA DO CARMO FEITOSA DE SOUZA ANDRADE >>

NATURALIDADE
SERRA TALHADA - PE DATA DE NASCIMENTO
17/05/1996

DOC. ORIGEM **<< CN.8003 L.09A F.71 CART.MANAÍRA-PB 20.08.1996 >>**

CPF
123.527.964-23

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 74118 DE 29/08/83

F-60 76.783 - 4333

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3150397816 **Cidade:** Santa Cruz da Baixa Verde **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSINALDO FEITOSA NUNES **Data do acidente:** 12/09/2014 **Seguradora:** COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER

Diagnóstico: Fratura de Fêmur direito e esquerdo + trauma abdominal fechado

Descrição do exame médico pericial: Perda da força, andar claudicante, deambular com auxílio de muletas, parestesia, dificuldade em fixar o pé no chão. abdome- sem deficit funcional.

Resultados terapêuticos: tratamento cirúrgico com alta definitiva

Sequelas permanentes: APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DE AMBOS OS MEMBROS INFERIORES.
NÃO APRESENTA SEQUELA DECORRENTE DO TRAUMA ABDOMINAL

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 10/06/2015

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: JOAO LOPES DE BARROS FILHO

CRM do médico: 15988

UF do CRM do médico: PE

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 ambos os membros inferiores	100 %	Em grau intenso - 75 %	75%	R\$ 10.125,00
causando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie,	100 %	Complemento por reanálise - 0 %	0%	R\$ 0,00
Total			75 %	R\$ 10.125,00

PRESTADOR

CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

Médico revisor: DORES MENDES B C MENDES

CRM do médico: 52.25889-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



Rio de Janeiro, 04 de Julho de 2015

Carta nº: 7320327

A/C: JOSINALDO FEITOSA NUNES

Sinistro: 3150397816
Vítima: JOSINALDO FEITOSA NUNES
Data Acidente: 12/09/2014
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: **JOSINALDO FEITOSA NUNES**

Valor: **R\$ 10.125,00**

Banco: **001**

Agência: **000000246-1**

Conta: **000010036057-2**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	10.125,00

Dano Pessoal: Lesões de órgãos e estruturas abdominais cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital 100%

Graduação: Complemento por reanálise 0%

% Invalidez Permanente DPVAT: (0% de 100%) 0,00%

Valor a indenizar: 0,00% x 13.500,00 =	R\$	0,00
--	-----	------

Dano Pessoal: Perda funcional completa de ambos os membros inferiores 100%

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 100%) 75,00%

Valor a indenizar: 75,00% x 13.500,00 =	R\$	10.125,00
---	-----	-----------

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



Rio de Janeiro, 02 de Junho de 2015

Carta nº: 7068013

A/C: JOSINALDO FEITOSA NUNES

Sinistro: 3150397816
Vítima: JOSINALDO FEITOSA NUNES
Data Acidente: 12/09/2014
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, 06 de Maio de 2015

Carta nº: 6900915

A/C: JOSINALDO FEITOSA NUNES

Sinistro: 3150397816
Vitima: JOSINALDO FEITOSA NUNES
Data Acidente: 12/09/2014
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 COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A de origem onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Sinistro: **3150397816 - 1**
Nome do(a) Examinado(a): **JOSINALDO FEITOSA NUNES**
Endereço do(a) Examinado(a): **SITIO SAO JOAQUIM nº 0 - AREA RURAL - MANAIRA/PB**
Identificação - Órgão Emissor/UF/Número: **RG 9945458 - SSP**
Data local do exame: **10/06/2015 CUSTODIA/PE**

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)

Fratura de Fêmur direito e esquerdo + trauma abdominal fechado

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?

☒ SIM ☐ NÃO

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?

☒ SIM ☐ NÃO

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicação.

tratamento cirúrgico com alta definitiva

III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)?

☒ 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.

Perda da força, andar claudicante, deambular com auxílio de muletas, parestesia, dificuldade em fixar o pé no chão abdome- sem deficit funcional

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(*)

☐ Vitima em tratamento ☐ Sem sequela permanente

Esta avaliação médica deve ser repetida em _____ dias

☐ Exame não permite conclusão

Vide motivo do impedimento no campo das observações

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)

mmiis

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☒ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela)

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela)

abdome

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela)

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

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 valorização do dano corporal.

Local e data de realização do exame médico legal:

PE - CUSTODIA, 10/06/2015

Médico Perito: JOAO LOPES DE BARROS FILHO CRM: 15988


João Lopes de Barros
Médico
CRM 15988

Assinatura do perito Examinador - CRM

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 30/06/2015

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 10.125,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSINALDO FEITOSA NUNES

BANCO: 001

AGÊNCIA: 00246-1

CONTA: 000010036057-2

Nr. da Autenticação 8D3E706E5D3EF905

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3150397816 **Cidade:** Santa Cruz da Baixa Verde **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSINALDO FEITOSA NUNES **Data do acidente:** 12/09/2014 **Seguradora:** COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 02/06/2015

Valoração do IML: 0

Diagnóstico: TRAUMA ABDOMINAL E FRATURA BILATERAL DE FÊMUR

Resultados terapêuticos: A ESCLARECER

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

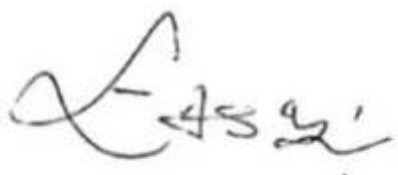
Visão Médica Ltda

Nome do médico: EDSON L D ANDRADE

CRM do médico: 52.44121-9

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3150397816 **Cidade:** Santa Cruz da Baixa Verde **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSINALDO FEITOSA NUNES **Data do acidente:** 12/09/2014 **Seguradora:** COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER

Diagnóstico: Fratura de Fêmur direito e esquerdo + trauma abdominal fechado

Descrição do exame médico pericial: Perda da força, andar claudicante, deambular com auxílio de muletas, parestesia, dificuldade em fixar o pé no chão. abdome- sem deficit funcional.

Resultados terapêuticos: tratamento cirúrgico com alta definitiva

Sequelas permanentes: APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DE AMBOS OS MEMBROS INFERIORES.
NÃO APRESENTA SEQUELA DECORRENTE DO TRAUMA ABDOMINAL

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 10/06/2015

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: JOAO LOPES DE BARROS FILHO

CRM do médico: 15988

UF do CRM do médico: PE

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 ambos os membros inferiores	100 %	Em grau intenso - 75 %	75%	R\$ 10.125,00
causando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie,	100 %	Complemento por reanálise - 0 %	0%	R\$ 0,00
Total			75 %	R\$ 10.125,00

PRESTADOR

CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

Médico revisor: DORES MENDES B C MENDES

CRM do médico: 52.25889-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:





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, Joseinaldo Feltosa Nunes,
 PORTADOR(A) DO RG Nº 9.945.458, EXPEDIDO POR SUSEP/PE EM 14/05/2014
 CPF 70362964-23 / CNPJ 000000000000000000, PROFISSÃO _____
 E RENDA MENSAL DE R\$ _____ (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO
 SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Joseinaldo Feltosa Nunes, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO
 DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susesp 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.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados não devem, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional;
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

IMPORTANTE: Também não devem ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

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 Brasil Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0246-1 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 36.052-0

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.

Serra Talhada-PE 22 de 06 de 2015 x Joseinaldo Feltosa Nunes
 LOCAL E DATA 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.dpvatseguredotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.

Banco Postal

*** Extrato de Conta Corrente ***

Agência : 32901634-AC SERRA TALHADA
 Terminal: 32316304 Id. Trx.: 58211
 Nro Aut : 094823 Caixa : 85068411
 Data : 22/06/2015 Hora : 09:49
 (Horário de Brasília)

BANCO DO BRASIL S.A.

5757805628

6061

EXTRATO CONTA CORRENTE PARA SIMPLES COMPERENCIA

AGENCIA: 0246-1 CONTA: 36.057-0
 CLIENTE: JOSINALDO FEITOSA NUNES

HISTORICO	DOCUM.	VALOR
02/03/2015		
Saldo Anterior		0,00C
--- NAO HA LANCAMENTOS ---		
Juros *		0,00
Data de Debito de Juros	01/07/2015	
IOF *		0,00
Data de Debito de IOF	01/07/2015	
(*)Asurados de acordo com o somatorio dos saldos devedores diários no mes anterior ao debito.		
SALDO EM CONTA-SALARIO		0,00C

OBSERVAÇÕES:

Serviço de Atendimento ao Consumidor - SAC
 0800 729 0722



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, Josinaldo Freitas Nunes, portador da carteira de identidade nº 9.945.458 e inscrito no CPF/MF sob o nº 123.527.964-23, residente e domiciliado na ST. São Joaquim, SN. Zona Rural, Cidade Mamaia, Estado Pernambuco, 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

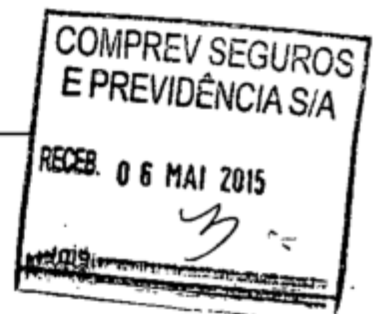
☐ O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

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.

Mamaia - PB. 09/04/2015.
Local e data

Josinaldo Freitas Nunes
Assinatura do declarante (conforme documento de identificação)





Seguradora Líder - DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE

AÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

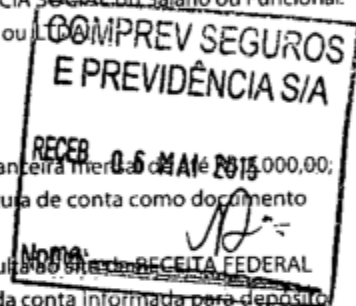
Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com **dados do beneficiário** da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, Josinaldo Feitosa Nunes
 PORTADOR(A) DO RG Nº 9.945.458 EXPEDIDO POR SSP/Pt EM 14/05/14 E
 CPF 123527964-23 /CNPJ 0000000000-000000-00, PROFISSÃO
 E RENDA MENSAL DE R\$ (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO
 SEGURO DPVAT DA VÍTIMA 0 Proprio, 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.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados **não devem**, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional.
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LULA.
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéticas com limite de movimentação financeira mensal de R\$ 1.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito.
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.



IMPORTANTE: Também **não devem** ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO 001 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0246-1 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 36.057-0

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

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

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.

maria fl. 09 de Abril de 2015 e Josinaldo Feitosa Nunes
 LOCAL E DATA 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 0800-0221204.

Banco Postal

*** Extrato de Conta Corrente ***

Agência : 32301634-AC SERRA TALHADA
Terminal: 32316304 Id.Trx.: 43455
Nro Aut.: 111328 Caixa : 85068411
Data : 02/03/2015 Hora : 11:13
(Horário de Brasília)

BANCO DO BRASIL S.A.

0149

5757805628

EXTRATO CONTA CORRENTE PARA SIMPLES CONFERENCIA

AGENCIA: 0246-1 CONTA: 36.057-0
CLIENTE: JOSINALDO FEITOSA NUNES

HISTORICO	DOCUM.	VALOR
Saldo Anterior		0,00C
— NAO HA LANÇAMENTOS —		

Juros *	0,00
Data de Debito de Juros	01/04/2015
IOF *	0,00
Data de Debito de IOF	02/03/2015

(*) Apurados de acordo com o somatório dos saldos devedores diários no mes anterior ao debito.

SALDO EM CONTA-SALARIO

0,00C

OBSERVAÇÕES:

Central de Atendimento BB
4004 0001 / 0800 729 0001
Serviço de Atendimento ao Consumidor - SAC
0800 729 0722
Para deficientes auditivos
0800 729 0088

COMPREV SEGUROS
E PREVIDÊNCIA S/A

RECEB. 06 MAI 2015

Nome: _____



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 183ª CIRCUNSCRIÇÃO - SANTA CRUZ
DA BAIXA VERDE - DP183ªCIRC DINTER2/22ºDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **14E0273000290**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **12/09/2014** às **20:49**

ACIDENTE DE TRANSITO COM VITIMA NAO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **12/9/2014** às **11:30**

Natureza Jurídica: **COLISÃO ENTRE VEÍCULOS**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE SANTA CRUZ DA BAIXA VERDE, 01, SÍTIO**

CACHOEIRA ZONA RURAL - Bairro: CENTRO - SANTA CRUZ DA BAIXA VERDE/PERNAMBUCO

/BRASIL - Ponto de Referência: PRÓXIMO DA VILA DE JATIÚCA

Local do Fato: **RODOVIA / RODOVIA PE-365 - Próximo: NAO INFORMADO**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

FERNANDO PEDRA BARBOSA (OUTRO)

ANTONIO MARCOS DE SOUZA FEITOSA (TESTEMUNHA)

ANTONIO LOPES DINIZ (VITIMA)

JOSINALDO FEITOSA NUNES (VITIMA)

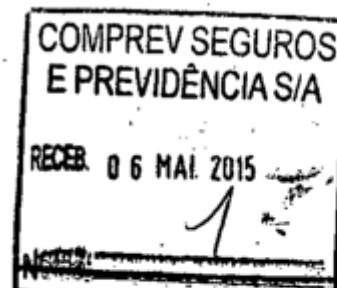
Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a):

JOSINALDO FEITOSA NUNES

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que DOCUMENTO 1 - 17% - ANTONIO

LOPES DINIZ



Qualificação da(s) pessoa(s) envolvida(s)

ANTONIO LOPES DINIZ (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: SEBASTIANA LOPES DINIZ Pai:

FRANCISCO LOPES DINIZ Data de Nascimento: 22/6/1962 Naturalidade: TRIUNFO / PERNAMBUCO /

BRASIL Documentos: 1146132/SDS/PE (RG), 35646083416 (CPF), 01933323513 (CNH) Estado Civil: CASADO(A)

Profissão: MOTORISTA

Endereço Residencial: RUA PRINCESA IZABEL, 552, CASA - CEP: 0 - Bairro: SAO PEDRO - SANTA CRUZ DA BAIXA VERDE/PERNAMBUCO/BRASIL

Detalhes/Observações: CNH CATEGORIA 'AD', VALIDADE 27/08/2016, DETRAN/PB.MOTORISTA DA CAMIONETA.

JOSINALDO FEITOSA NUNES (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: MARIA DO CARMO FEITOSA

DE SOUZA ANDRADE Pai: JOSE NUNES DE ANDRADE Data de Nascimento: 17/6/1996 Naturalidade: SERRA

TALHADA / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 9946460/SDS/PE (RG), 12362796423 (CPF) Estado Civil:

SOLTEIRO(A)

Endereço Residencial: AVENIDA ISIDORO CONRADO, 1472 - CEP: 0 - Bairro: ALTO DA CONCEICAO - SERRA TALHADA/PERNAMBUCO/BRASIL

Detalhes/Observações: MOTORISTA DO FIAT/PALIO. OUTRO ENDEREÇO: SÍTIO SÃO JOAQUIM - MANAIRA/PB.

FERNANDO PEDRA BARBOSA (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino

Detalhes/Observações: VEÍCULO FIAT/PALIO REGISTRADO EM SEU NOME.

ANTONIO MARCOS DE SOUZA FEITOSA (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: ROSA VIRGULINA

DE SOUZA Pai: EUCLIDES JOAQUIM FEITOSA Data de Nascimento: 13/6/1984 Documentos: 7133609/SDS/PE (RG)

Profissão: COMERCIANTE

Endereço Residencial: MUNICIPIO DE SERRA TALHADA, 101, RUA HELENA NOGUEIRA Nº 101 - IPSEP - CEP:



[illegible]

1. The first part of the document is a letter from the President of the United States to the Congress, dated January 3, 1862. It is a very important document, as it contains the President's annual message to Congress. The letter is written in a very formal and dignified style, and it is one of the most important documents in the history of the United States.

1. *Staphylococcus aureus* (Staph. aureus) is a Gram-positive, spherical bacterium that is commonly found on the skin and in the nose. It is a facultative anaerobe and can grow in a wide range of environments.

2. *Staphylococcus aureus* is a facultative anaerobe, meaning it can grow in the presence or absence of oxygen. It is a Gram-positive bacterium, which means it has a thick, peptidoglycan cell wall.

3. *Staphylococcus aureus* is a facultative anaerobe, meaning it can grow in the presence or absence of oxygen. It is a Gram-positive bacterium, which means it has a thick, peptidoglycan cell wall.

4. *Staphylococcus aureus* is a facultative anaerobe, meaning it can grow in the presence or absence of oxygen. It is a Gram-positive bacterium, which means it has a thick, peptidoglycan cell wall.

5. *Staphylococcus aureus* is a facultative anaerobe, meaning it can grow in the presence or absence of oxygen. It is a Gram-positive bacterium, which means it has a thick, peptidoglycan cell wall.

6. *Staphylococcus aureus* is a facultative anaerobe, meaning it can grow in the presence or absence of oxygen. It is a Gram-positive bacterium, which means it has a thick, peptidoglycan cell wall.

7. *Staphylococcus aureus* is a facultative anaerobe, meaning it can grow in the presence or absence of oxygen. It is a Gram-positive bacterium, which means it has a thick, peptidoglycan cell wall.

8. *Staphylococcus aureus* is a facultative anaerobe, meaning it can grow in the presence or absence of oxygen. It is a Gram-positive bacterium, which means it has a thick, peptidoglycan cell wall.

9. *Staphylococcus aureus* is a facultative anaerobe, meaning it can grow in the presence or absence of oxygen. It is a Gram-positive bacterium, which means it has a thick, peptidoglycan cell wall.

10. *Staphylococcus aureus* is a facultative anaerobe, meaning it can grow in the presence or absence of oxygen. It is a Gram-positive bacterium, which means it has a thick, peptidoglycan cell wall.

[illegible]

55000-000 - Bairro: CENTRO - SERRA TALHADA/PERNAMBUCO/BRASIL

Qualificação do(s) objeto(s) envolvido(s)

CAMIONETA GM/VERANEIO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): ANTONIO LOPES DINIZ, que estava em posse do(a) Sr(a): ANTONIO LOPES DINIZ

Categoria/Marca/Modelo: CAMIONETA/GM/NÃO INFORMADO Objeto apreendido: Não
Cor: VERMELHA - Quantidade: 1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)

Placa: GKM3401 (PARAIBA/PRINCESA ISABEL) Renavam: 611117720 Chassi: 9BG266RBPCC014668

Ano Fabricação/Modelo: 1993/1993 Combustível: DIESEL

Descrição: VEÍCULO CAMIONETA GM/VERANEIO CUSTON DELUXE, REGISTRADA EM NOME DE ANTONIO LOPES DINIZ.

AUTOMOVEI FIAT/PALIO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): FERNANDO PEDRA BARBOSA, que estava em posse do(a) Sr(a): JOSINALDO FEITOSA NUNES

Categoria/Marca/Modelo: AUTOMOVEI/FIAT/FIAT PALIO Objeto apreendido: Não
Cor: VERMELHA - Quantidade: 1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)

Placa: COI95B5 (SAO PAULO/SAO BERNARDO DO CAMPO) Renavam: 675058120 Chassi: 9BD178237V0284013

Ano Fabricação/Modelo: 1997/1997 Combustível: GASOLINA

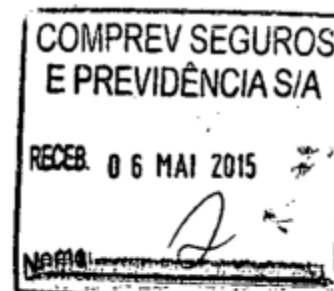
Descrição: REGISTRADO EM NOME DE FERNANDO PEDRA BARBOSA.

Complemento / Observação

NA TARDE DE HOJE ESTE POLICIAL TOMOU CONHECIMENTO DA OCORRÊNCIA DE UM ACIDENTE DE TRÂNSITO NA RODOVIA PE-366, ALTURA DO SÍTIO CACHOEIRA, NESTE MUNICÍPIO. FAZENDO DESLOCAMENTO AO LOCAL FOI VERIFICADO QUE O VEÍCULO GM/VERANEIO, GUIADO POR ANTONIO LOPES, SEGUIA SUBINDO NO SENTIDO SERRA TALHADA / SANTA CRUZ DA BAIXA VERDE, ENQUANTO QUE O VEÍCULO FIAT/PALIO, DIRIGIDO POR JOSINALDO, SEGUIA NO SENTIDO CONTRÁRIO. NO LOCAL DO ACIDENTE HOVE UMA COLISÃO FRONTAL ENTRE OS VEÍCULOS, FICANDO O FIAT/PALIO TOTALMENTE DANIFICADO E A GM/VERANEIO DANIFICADA FRONTALMENTE, LADO ESQUERDO. OS MOTORISTAS FICARAM LESIONADOS E FORAM SOCORRIDOS PARA O HOSPAM, DA CIDADE DE SERRA TALHADA/PE, JOSINALDO COM FRATURAS NAS PERNAS. BO PM/PE N° 2730/2014, SUBSCRITO PELO SARGENTO ERASMO A. SOUZA, QUE ESTEVE NO LOCAL COM SUA EQUIPE.

Assinatura da(s) pessoa(s) presente nesta unidade policial

B.O. registrado por: EGNALDO ALVES FEITOSA - Matrícula: 208501-1



BOLETIM DE EMERGÊNCIA

Nº 77

Data e Hora: 12/09/14	15:27	Data Nasc.: 17/05/96
Nome: Rosinaldo Feltosa Nunes		
Mãe: M.ª do Carmo Feltosa de Souza		
Profissão: Agricultor	Sexo: M	Doc. Ident.: 9.945.458
Responsável: Antônia Maria (tão)		
End. do Paciente / Fone: Sítio São Joaquim, PB Mamuru.		
Cartão SUS: 2		
Tipo de Atendimento:		Raça/Cor:
☒ Acidente de Trânsito	☐ Acidente de Trabalho	☐ Preto ☐ Parda
☐ Agressão	☐ Consulta	☐ Amarelo ☐ Indígena

Pressão Arterial:	Pulso:	Temperatura:	Peso:
-------------------	--------	--------------	-------

História e Exame Físico:

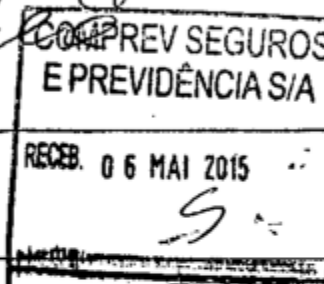
Paciente vítima de acidente de trânsito na área de 01 hora.

Tratamento:

- RX tórax PA / RX crânio
- RX bacio
- RX coxa E AP e perfil
- RX coxa D. AP e perfil
- Hemograma, classif. pan
- Urina

Impressão Diagnóstica:

Fratura metatarsal

Destino do Paciente: Residência ☐ Internado ☐ Transferido ☐

Removido para Hospital

Óbito às _____ hs do dia

Médico - Carimbo e CRM:

Dr. Agostinho V. de L. e S.
CRM/PE - 8.467 - CRM PB 3478



FICHA DE OBSERVAÇÃO M.

DATA:

HORA:

Paciente:

Idade:

02/09/14 Neuro
AD: 40h. Pequena vitrea absoluta, automotil
tuo há uma de 01 hora. Exame: fundo
com contorno em região nasal, esquerda, com
altera, obstruções, GCS = 14, pupilas isocóricas-
gentes, com fratura em MHI.

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA

Conduta: CT de uomo sen
contrast.

Dr. Antonio Marcos Meneses de Oliveira
Neurologista / Neurocirurgião
CRM-PE 4040 / CRM-BA 162
CPE 730.077.371-10

Exames Solicitados

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Medicação	Horário	Obs.:
King 17-1.500-AR Siprazan - 01ap / 5V ABD - 01ap / 5V	30	

RECIB. 06 MAI 2015

AGÊNCIA S/A

COMPREV SEGUROS
E PREVIDÊNCIA S/A

RECER. 06 MAI 2015

FOLHA DE INTERNAÇÃO E ALTA HOSPITALAR - Clínica CirúrgicaRegistro nº 4204 (W240) Data 12.09.14 Hora 14:00**PACIENTE**Nome Yorinaldo Feitosa Nunes Data de Nascimento 17.05.96Sexo M Idade 18 Cor Pardo Estado Civil SolteiroNaturalidade Serra Talhada Profissão AgricultorEndereço Sítio São Joaquim, Manairá, PBFiliação Yori Nunes de Andrade, Maria do Feitosa de SouzaTelefone (87) 9940-5369 N.º Doc. (RG, CPF, CN, etc.) 9.945.458Trazido por Antônio Marcos (tio)Endereço O mesmo Telefone (?) ?**OCORRÊNCIA**

Local do Acidente _____ Data ____/____/____ Hora ____

Natureza do acidente ☐ Casual ☐ Tentativa Suicídio ☒ Acidente Trânsito☐ Queda ☐ Intoxicação ☐ Outras Causas☐ Agressão ☐ Acidente de Trabalho**HISTÓRIA DOENÇA ATUAL****EXAME FÍSICO****COMPREV SEGUROS
E PREVIDÊNCIA S/A.**

RECEB. 06 MAI 2015

2

Diagnóstico Provisório

Politraumatizado; Trauma
aberto da pelada
fratura de fêmur E.L.D.

Conduta _____

Alcely Fernando V. de Lotaria e Sá
CRM 6347

Recepcionista _____

Médico - CREMEPE

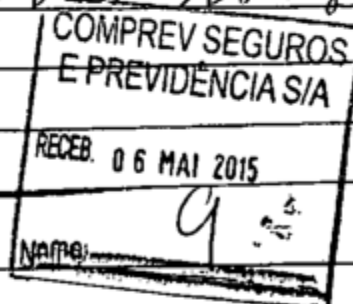
Relatório de Operação

Nome do Paciente <i>João do Fátima Moura</i>		Número do Registro
Clínica <i>Traumatol. e Cirurg. gen</i>		Número do Leito
Operador <i>Dr. Eric</i>		
1º Assistente		2º Assistente
Instrumentação		Anestesista <i>Dr. André</i>
Anestesia <i>geral</i>		Duração
Data da Operação <i>12/09/15</i>	Início	Fim
Diagnóstico Pré-Operatório <i>Trauma Abdominal Fechado +</i> <i>Fatura Expt. de Fêmur D + Fatura Fechada de Fêm E</i>		
Diagnóstico Pós-Operatório <i>Ik</i>		
Operação Proposta <i>Laparotomia Exploratória + Tt. Cirúrgico de</i> <i>Ft. Expt. de Fm D + Tt. Traumat. de E</i>		
Operação Realizada <i>Ik</i>		

DESCRIÇÃO DO ATO OPERATÓRIO

- 1) Pac. em decúbito lateral em mesa cirúrgica
- 2) Anestesia + Antimigra
- 3) Higienização da pele Limpeza da pele
- 4) Ampliação prévia no abd. D + desbridamento
limpeza de ferida
- 5) Alinhamento de Fatura de Fm D + estabilização
com fixação linear de placa
- 6) Sutura
- 7) Curativo
- 8) Tt. Traumat. de Fm E
- 9) Curativo + Estet. E
- 10) Rx

Dr. Eric de Carvalho
Traumato-Ortopedia
CRM 15928



12/09/14
 Paciente submetido a
 laparotomia exploradora com
 ressecção de 45 de ilíco +
 enterostomose

Dr. Alcyon Fernando V. de L. e Sá
 CREMEPE - 8.487 / CRM PB 3471

MODELO: FIXADOR FBM 800 - FEMUR / TÍBIA
 MODEL: FBM 800 - FEMUR/TIBIA FIXATOR
 REG 10951-00-000 (CONTUDD) UN 1070F1868
 REGISTRO ANVISA Nº: 08128500111 LGE: 1782
 COMPOSIÇÃO: ALUMÍNIO LIGA/ AÇO INOX F804
 COMPOSITION: ALUMINIUM ALLOY/ STAINLESS STEEL F804
 11/2013 11/2018
 Data de Fabricação Data de Validade
 Data of Manufacture Date By
 Produto de Uso Único
 Produto Reutilizável
 One Only Once
 Reusable
 Nome Técnico: FIXADORES EXTERNOS
 TECHNICAL TERM: EXTERNAL FIXATOR
 Nome Comercial: FAMÍLIA DE FIXADOR EXTERNO - RM
 TRADE NAME: LINE OF EXTERNAL FIXATORS - RM
 FÁBRICA: FÁBRICA DE PRODUTOS ORTÓP. LTDA.
 Rua: Lúcio Pimenta, 146, 1º Distrito Industrial CEP: 57090-070 - João Pessoa/PB
 Fone: (35) 3184-7000 Fax: (35) 3184-7000 - CNPJ: 06.926.470/0001-73
 www.fabricaortopedica.com.br - e-mail: fabrica@fabricaortopedica.com.br
 Responsável Técnico: Engº Alexandre Mendes Brito - CREA-PB 000140376 0 4 3 4
 CE 0434

MODELO: PINO DE SCHANZ - Ø 4,8 X 200 MM
 MODEL: SCHANZ PIN - Ø 4,8 X 200 MM
 REG 1057-04-200 (CONTUDD) UN 107YF93984
 REGISTRO ANVISA Nº: 08128500199 LGE: 1714
 COMPOSIÇÃO: AÇO INOX F138
 COMPOSITION: STAINLESS STEEL F138
 07/2013 07/2018
 Data de Fabricação Data de Validade
 Data of Manufacture Date By
 Produto de Uso Único
 Produto Reutilizável
 One Only Once
 Reusable
 Nome Técnico: FIOS METÁLICOS LISO/ ROSQUEADO P/ FIXAÇÃO
 TECHNICAL TERM: SMOOTH AND THREADED WIRES FOR BONE FIXATION
 Nome Comercial: FIOS E PINOS COIDOS MAG ABSORVÍVEIS DE
 TRADE NAME: NON-ABSORBABLE METALLIC AND RIGID WIRES AND PINS
 FÁBRICA: FÁBRICA DE PRODUTOS ORTÓP. LTDA.
 Rua: Lúcio Pimenta, 146, 1º Distrito Industrial CEP: 57090-070 - João Pessoa/PB
 Fone: (35) 3184-7000 Fax: (35) 3184-7000 - CNPJ: 06.926.470/0001-73
 www.fabricaortopedica.com.br - e-mail: fabrica@fabricaortopedica.com.br
 Responsável Técnico: Engº José Roberto Pimenta - CREA-PB 000053705 0 4 3 4
 CE 0434

COMPREV SEGUROS
 E PREVIDÊNCIA S/A
 RECEB. 06 MAI 2015
 10

Handwritten text, mostly illegible due to extreme fading and noise. Some words like "MAY" and "1942" are faintly visible.

Handwritten text, mostly illegible due to extreme fading and noise. Some words like "MAY" and "1942" are faintly visible.

2175 101 - 1000000
[Illegible handwritten text]



MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas



COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número
123.527.964-23

Nome
JOSINALDO FEITOSA NUNES

Nascimento
17/05/1996

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

10R-01

ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO TUADES REUIL

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

POLEGAR DIREITO

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

Josinaldo Feitosa Nunes



COMPREV SEGUROS
E PREVIDÊNCIA S/A

RECEB. 06 MAI 2015

M

Nome

CÓDIGO DE CONTROLE
9E61.53DB.7206.672E

A autenticidade deste comprovante deverá
ser confirmada na Internet, no endereço

www.receita.fazenda.gov.br

Comprovante emitido pela
Secretaria da Receita Federal do Brasil

às 10:16:40 do dia 31/10/2013 (hora e data de Brasília)

dígito verificador: 00

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL **9.945.458** DATA DE EXPEDIÇÃO **14/05/2014**

NOME
<< JOSINALDO FEITOSA NUNES >>

FILIAÇÃO
<< JOSÉ NUNES DE ANDRADE >>
<< MARIA DO CARMO FEITOSA DE SOUZA ANDRADE >>

NATURALIDADE
SERRA TALHADA - PE DATA DE NASCIMENTO
17/05/1996

DOC. ORIGEM **<< CN.8003 L.09A F.71 CART.MANAÍRA-PB 20.08.1996 >>**

CPF
123.527.964-23

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 74118 DE 29/08/83

F-60 76.783 - 4333



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, João Alfredo Feitosa Nunes

RG nº 9.945.458, data de expedição 14/05/2014, Órgão SI25/PE

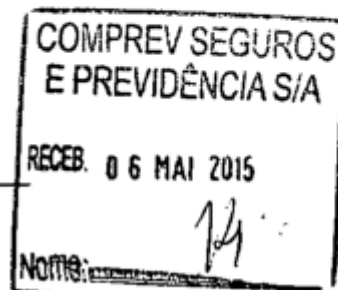
CPF nº 123.527.964-23, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>ST. São Joaquim</u>
Número	<u>SN</u>
Apto / Complemento	<u>Casa</u>
Bairro	<u>Zona Rural</u>
Cidade	<u>Murici</u>
Estado	<u>Pernambuco</u>
CEP	<u>58995-000</u>
Telefone de Contato	<u>1871 9905-8285</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Murici - PB, 09/04/2015

Assinatura do Declarante: João Alfredo Feitosa Nunes



JOSE NUNES DE ANDRADE
SIT SAO JOAQUIM, S/N - AREA RURAL
MAMARA / PB CEP: 5895000 (AQ: 185)

Class/Subst: RESIDENCIAL / BADA RENDA MONOFÁSICO
Roteiro: 15 - 129 - 481 - 770
Nº medidor: 0000974481
Referência: Jan / 2015
Emissão: 21/01/2015

ENERGISA PARANÁ - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
R 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680
CNPJ 00 056 193/0001-40 - Ind. Ed. 16 015 823-0

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica Nº 001 074 107
Código para Débito Automático: 00010787414

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 083 0196 - Acesse: www.energisa.com.br

RESUMO DO ADESCO

1860 1a71 58bd efa1 008a 2c85 3acd 1011

Conta referente a

Jan / 2015

Apresentação

21/01/2015

Data prevista da
próxima leitura

23/02/2015

CPF / CNPJ / RANI
3435882400

Faturas em atraso

FATURAS VENCIDAS ATÉ
O DIA 18/01/2015 PAGAS
DEBEMOS

Histórico de Consumo
(kWh)

Dez/14	73
Nov/14	58
Out/14	56
Set/14	53
Ago/14	80
Jul/14	53
Jun/14	56
Mai/14	50
Abr/14	84
Mar/14	88
Fev/14	88
Jan/14	81

Média dos últimos meses
82 kWh

Indicadores de Qualidade

Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
DIC MENSAL	15,20	720
DIC TRIMESTRAL	30,41	CONTRATAÇÃO
DIC ANUAL	60,83	201
FIC MENSAL	9,50	231
FIC TRIMESTRAL	17,00	
FIC ANUAL	34,18	
DICQ	8,21	
DICQ	16,40	

ATENÇÃO

Sua unidade foi faturada com uma taxa de 1,00% sobre o valor da fatura, devido ao atraso no pagamento.

Cálculo de consumo			
Anterior	Atual	Consumo	Dias
19/12/14	21/01/15	70	33
Leitura	Leitura		
5800	5870		

Demonstrativo			
Descrição	Quantidade	Preço	Valor (R\$)
Consumo até 30kWh-BR	30	0,12973	3,89
Consumo > 31 a 100kWh-BR	40	0,21726	8,69
Adic. B. Vermelha			0,87
ENCARGOS E ENCARGOS			
PS			0,14
COFINS			0,66
JUROS DE MORA 12/2014			0,01
MULTA 12/2014			0,49
ICMS (Base de Cálculo R\$ 37,70 (Alíquota 25,00%))			9,31

TOTAL A PAGAR
R\$ 28,00

Descrição	Valor (R\$)	%
Serviços de Dist. de Energia	5,00	17,86
Cargos de Energia	8,74	31,21
Serviço de Transmissão	0,45	1,59
Encargos Setoriais	0,81	2,90
Impostos Diretos e Encargos	10,84	38,71
Outros Serviços	0,00	0,00
Total	25,84	92,27

Valor de encargo de Uso do Sistema de Distribuição
(Ret 11/2014) R\$ 2,16

DECLARAÇÃO

DOCUMENTO 3 *T396*

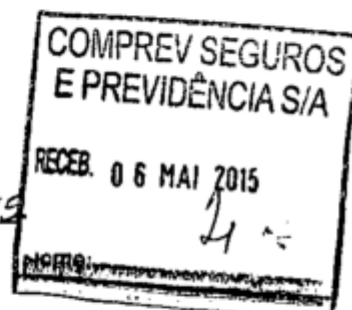


DECLARANTE:

Eu, Josinaldo Feitosa Nunes, portador do documento de identidade nº. 9.945.458, expedido por SOSP/PB, em 14/05/2014 inscrito no CPF sob o nº. 123.527.964-23, residente no endereço: ST. São Joaquim, nº. 511, Bairro Zona rural, Cidade: Mamão, Estado: PB CEP 58995-000.

TERMOS DA DECLARAÇÃO: Declaro, para os devidos fins de direito e sob pena de ser responsabilizado, que no acidente de trânsito ocorrido em 12/04/2014, no qual me vitimou, não foi possível, naquele momento, nenhum tipo de atendimento pelo Corpo de Bombeiros, Polícia Militar, Polícia Civil ou atendimento pelos Anjos do Asfalto ou concessionária ou similar ou Inquérito Policial, tendo sido necessária minha imediata remoção para um hospital, feita por terceiros, motivo pelo qual não se faz possível encaminhar documento substitutivo do Boletim de Ocorrência de Acidente, contando tão somente com o registro da ocorrência, feito por Ato Declaratório de terceiros, de nº. 14E0273000290, cuja cópia segue anexa.

Mamão-PB, 09 de 04 de 2015



Josinaldo Feitosa Nunes
DECLARANTE

Rio de Janeiro, 06 de Maio de 2015

Carta nº: 6900915

A/C: JOSINALDO FEITOSA NUNES

Sinistro: 3150397816
Vitima: JOSINALDO FEITOSA NUNES
Data Acidente: 12/09/2014
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 COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A de origem onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 02 de Junho de 2015

Carta nº: 7068013

A/C: JOSINALDO FEITOSA NUNES

Sinistro: 3150397816
Vítima: JOSINALDO FEITOSA NUNES
Data Acidente: 12/09/2014
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, 04 de Julho de 2015

Carta nº: 7320327

A/C: JOSINALDO FEITOSA NUNES

Sinistro: 3150397816
Vítima: JOSINALDO FEITOSA NUNES
Data Acidente: 12/09/2014
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: **JOSINALDO FEITOSA NUNES**

Valor: **R\$ 10.125,00**

Banco: **001**

Agência: **000000246-1**

Conta: **000010036057-2**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	10.125,00

Dano Pessoal: Lesões de órgãos e estruturas abdominais cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital 100%

Graduação: Complemento por reanálise 0%

% Invalidez Permanente DPVAT: (0% de 100%) 0,00%

Valor a indenizar: 0,00% x 13.500,00 =	R\$	0,00
--	-----	------

Dano Pessoal: Perda funcional completa de ambos os membros inferiores 100%

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 100%) 75,00%

Valor a indenizar: 75,00% x 13.500,00 =	R\$	10.125,00
---	-----	-----------

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



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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Sinistro: **3150397816 - 1**
Nome do(a) Examinado(a): **JOSINALDO FEITOSA NUNES**
Endereço do(a) Examinado(a): **SITIO SAO JOAQUIM nº 0 - AREA RURAL - MANAIRA/PB**
Identificação - Órgão Emissor/UF/Número: **RG 9945458 - SSP**
Data local do exame: **10/06/2015 CUSTODIA/PE**

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)

Fratura de Fêmur direito e esquerdo + trauma abdominal fechado

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?

☒ SIM ☐ NÃO

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?

☒ SIM ☐ NÃO

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicação.

tratamento cirúrgico com alta definitiva

III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)?

☒ 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.

Perda da força, andar claudicante, deambular com auxílio de muletas, parestesia, dificuldade em fixar o pé no chão abdome- sem deficit funcional

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(*)

☐ Vitima em tratamento ☐ Sem sequela permanente

Esta avaliação médica deve ser repetida em _____ dias

Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica

☐ Exame não permite conclusão

Vide motivo do impedimento no campo das observações

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

Região Corporal(Sequela)

mmiis

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☒ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela)

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela)

abdome

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela)

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

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 valorização do dano corporal.

Local e data de realização do exame médico legal:

PE - CUSTODIA, 10/06/2015

Médico Perito: JOAO LOPES DE BARROS FILHO CRM: 15988


João Lopes de Barros
Médico
CRM 15988

Assinatura do perito Examinador - CRM

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 30/06/2015

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 10.125,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSINALDO FEITOSA NUNES

BANCO: 001

AGÊNCIA: 00246-1

CONTA: 000010036057-2

Nr. da Autenticação 8D3E706E5D3EF905



Seguradora Líder - DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE

AÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

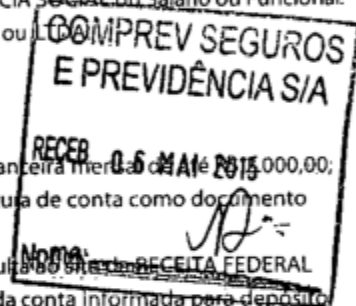
Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com **dados do beneficiário** da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, Josinaldo Feitosa Nunes
 PORTADOR(A) DO RG Nº 9.945.458 EXPEDIDO POR SSP/Pt EM 14/05/14 E
 CPF 123529964-23 /CNPJ 000000000-00000-00, PROFISSÃO _____
 E RENDA MENSAL DE R\$ _____ (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO
 SEGURO DPVAT DA VÍTIMA 0 Proprio, 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.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados **não devem**, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional.
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LULA.
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéticas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 1.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito.
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.



IMPORTANTE: Também **não devem** ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO 001 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0246-1 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 36.057-0

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

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

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.

maria fl. 09 de Abril de 2015 e Josinaldo Feitosa Nunes
 LOCAL E DATA 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 0800-0221204.

Banco Postal

*** Extrato de Conta Corrente ***

Agência : 32301634-AC SERRA TALHADA
Terminal: 32316304 Id.Trx.: 43455
Nro Aut.: 111328 Caixa : 85068411
Data : 02/03/2015 Hora : 11:13
(Horário de Brasília)

5757805628 BANCO DO BRASIL S.A. 0149

EXTRATO CONTA CORRENTE PARA SIMPLES CONFERENCIA

AGENCIA: 0246-1 CONTA: 36.057-0
CLIENTE: JOSINALDO FEITOSA NUNES

HISTORICO	DOCUM.	VALOR
Saldo Anterior		0,00C
— NAO HA LANÇAMENTOS —		

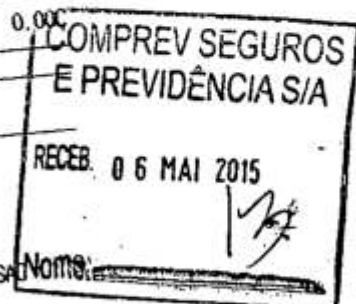
Juros *	0,00
Data de Debito de Juros	01/04/2015
IOF *	0,00
Data de Debito de IOF	02/03/2015

(*) Apurados de acordo com o somatório dos saldos devedores diários no mes anterior ao debito.

SALDO EM CONTA-SALARIO

OBSERVAÇÕES:

Central de Atendimento BB
4004 0001 / 0800 729 0001
Serviço de Atendimento ao Consumidor - SAC
0800 729 0722
Para deficientes auditivos
0800 729 0088





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 183ª CIRCUNSCRIÇÃO - SANTA CRUZ
DA BAIXA VERDE - DP183ªCIRC DINTER2/22ºDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **14E0273000290**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **12/09/2014** às **20:49**

ACIDENTE DE TRANSITO COM VITIMA NAO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **12/9/2014** às **11:30**

Natureza Jurídica: **COLISÃO ENTRE VEÍCULOS**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE SANTA CRUZ DA BAIXA VERDE, 01, SÍTIO**

CACHOEIRA ZONA RURAL - Bairro: CENTRO - SANTA CRUZ DA BAIXA VERDE/PERNAMBUCO

/BRASIL - Ponto de Referência: PRÓXIMO DA VILA DE JATIÚCA

Local do Fato: **RODOVIA / RODOVIA PE-365 - Próximo: NAO INFORMADO**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

FERNANDO PEDRA BARBOSA (OUTRO)

ANTONIO MARCOS DE SOUZA FEITOSA (TESTEMUNHA)

ANTONIO LOPES DINIZ (VITIMA)

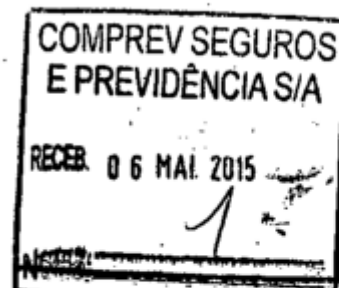
JOSINALDO FEITOSA NUNES (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a):

JOSINALDO FEITOSA NUNES

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que DOCUMENTO 1 - 17% - ANTONIO LOPES DINIZ



Qualificação da(s) pessoa(s) envolvida(s)

ANTONIO LOPES DINIZ (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: SEBASTIANA LOPES DINIZ Pai:

FRANCISCO LOPES DINIZ Data de Nascimento: 22/6/1962 Naturalidade: TRIUNFO / PERNAMBUCO /

BRASIL Documentos: 1146132/SDS/PE (RG), 35646083416 (CPF), 01933323513 (CNH) Estado Civil: CASADO(A)

Profissão: MOTORISTA

Endereço Residencial: RUA PRINCESA IZABEL, 552, CASA - CEP: 0 - Bairro: SAO PEDRO - SANTA CRUZ DA BAIXA VERDE/PERNAMBUCO/BRASIL

Detalhes/Observações: CNH CATEGORIA 'AD', VALIDADE 27/08/2016, DETRAN/PB.MOTORISTA DA CAMIONETA.

JOSINALDO FEITOSA NUNES (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: MARIA DO CARMO FEITOSA

DE SOUZA ANDRADE Pai: JOSE NUNES DE ANDRADE Data de Nascimento: 17/6/1996 Naturalidade: SERRA

TALHADA / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 9946460/SDS/PE (RG), 12362796423 (CPF) Estado Civil:

SOLTEIRO(A)

Endereço Residencial: AVENIDA ISIDORO CONRADO, 1472 - CEP: 0 - Bairro: ALTO DA CONCEICAO - SERRA TALHADA/PERNAMBUCO/BRASIL

Detalhes/Observações: MOTORISTA DO FIAT/PALIO. OUTRO ENDEREÇO: SÍTIO SÃO JOAQUIM - MANAIRA/PB.

FERNANDO PEDRA BARBOSA (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino

Detalhes/Observações: VEÍCULO FIAT/PALIO REGISTRADO EM SEU NOME.

ANTONIO MARCOS DE SOUZA FEITOSA (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: ROSA VIRGULINA

DE SOUZA Pai: EUCLIDES JOAQUIM FEITOSA Data de Nascimento: 13/6/1984 Documentos: 7133609/SDS/PE (RG)

Profissão: COMERCIANTE

Endereço Residencial: MUNICIPIO DE SERRA TALHADA, 101, RUA HELENA NOGUEIRA Nº 101 - IPSEP - CEP:



OFFICE OF THE DIRECTOR
BUREAU OF PRISONS
WASHINGTON, D. C.
JULY 1, 1912

RECEIVED JULY 1 1912

RECEIVED
JULY 1 1912
U. S. DEPT. OF JUSTICE
BUREAU OF PRISONS

TO THE DIRECTOR, BUREAU OF PRISONS
FROM THE DIRECTOR, BUREAU OF PRISONS
SUBJECT: [illegible]

RECEIVED JULY 1 1912
U. S. DEPT. OF JUSTICE
BUREAU OF PRISONS

RECEIVED JULY 1 1912
U. S. DEPT. OF JUSTICE
BUREAU OF PRISONS

[illegible text]

[illegible text]

[illegible text]

[illegible text]

[illegible text]

[illegible text]

[illegible text]

[illegible text]

[illegible text]

[illegible text]

[illegible text]

55000-000 - Bairro: CENTRO - SERRA TALHADA/PERNAMBUCO/BRASIL

Qualificação do(s) objeto(s) envolvido(s)

CAMIONETA GM/VERANEIO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): ANTONIO LOPES DINIZ, que estava em posse do(a) Sr(a): ANTONIO LOPES DINIZ

Categoria/Marca/Modelo: CAMIONETA/GM/NÃO INFORMADO Objeto apreendido: Não

Cor: VERMELHA - Quantidade: 1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)

Placa: GKM3401 (PARAIBA/PRINCESA ISABEL) Renavam: 611117720 Chassi: 9BG266RBPPC014668

Ano Fabricação/Modelo: 1993/1993 Combustível: DIESEL

Descrição: VEÍCULO CAMIONETA GM/VERANEIO CUSTON DELUXE, REGISTRADA EM NOME DE ANTONIO LOPES DINIZ.

AUTOMOVEI FIAT/PALIO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): FERNANDO PEDRA BARBOSA, que estava em posse do(a) Sr(a): JOSINALDO FEITOSA NUNES

Categoria/Marca/Modelo: AUTOMOVEI/FIAT/FIAT PALIO Objeto apreendido: Não

Cor: VERMELHA - Quantidade: 1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)

Placa: COI95B5 (SAO PAULO/SAO BERNARDO DO CAMPO) Renavam: 675058120 Chassi: 9BD178237V0284013

Ano Fabricação/Modelo: 1997/1997 Combustível: GASOLINA

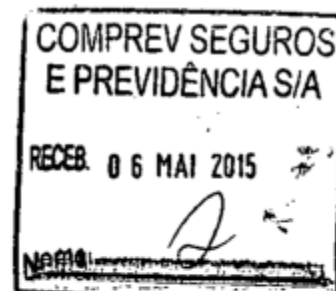
Descrição: REGISTRADO EM NOME DE FERNANDO PEDRA BARBOSA.

Complemento / Observação

NA TARDE DE HOJE ESTE POLICIAL TOMOU CONHECIMENTO DA OCORRÊNCIA DE UM ACIDENTE DE TRÂNSITO NA RODOVIA PE-366, ALTURA DO SÍTIO CACHOEIRA, NESTE MUNICÍPIO. FAZENDO DESLOCAMENTO AO LOCAL FOI VERIFICADO QUE O VEÍCULO GM/VERANEIO, GUIADO POR ANTONIO LOPES, SEGUIA SUBINDO NO SENTIDO SERRA TALHADA / SANTA CRUZ DA BAIXA VERDE, ENQUANTO QUE O VEÍCULO FIAT/PALIO, DIRIGIDO POR JOSINALDO, SEGUIA NO SENTIDO CONTRÁRIO. NO LOCAL DO ACIDENTE HOUVE UMA COLISÃO FRONTAL ENTRE OS VEÍCULOS, FICANDO O FIAT/PALIO TOTALMENTE DANIFICADO E A GM/VERANEIO DANIFICADA FRONTALMENTE, LADO ESQUERDO. OS MOTORISTAS FICARAM LESIONADOS E FORAM SOCORRIDOS PARA O HOSPAM, DA CIDADE DE SERRA TALHADA/PE, JOSINALDO COM FRATURAS NAS PERNAS. BO PM/PE N° 2730/2014, SUBSCRITO PELO SARGENTO ERASMO A. SOUZA, QUE ESTEVE NO LOCAL COM SUA EQUIPE.

Assinatura da(s) pessoa(s) presente nesta unidade policial

B.O. registrado por: EGNALDO ALVES FEITOSA - Matrícula: 208501-1





DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, Josinaldo Freitas Nunes, portador da carteira de identidade nº 9.945.458 e inscrito no CPF/MF sob o nº 123.527.964-23, residente e domiciliado na ST. São Joaquim, SN. Zona Rural, Cidade Mamaia, Estado Pernambuco, 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

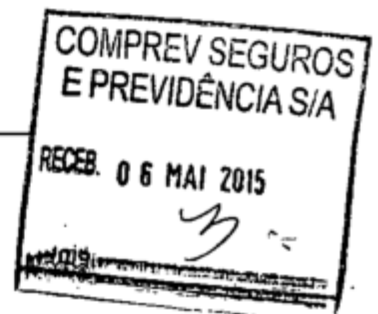
☐ O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

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.

Mamaia - P.B. 09/04/2015.
Local e data

Josinaldo Freitas Nunes
Assinatura do declarante (conforme documento de identificação)



DECLARAÇÃO

DOCUMENTO 3 *T396*

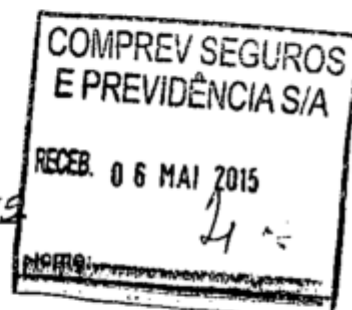


DECLARANTE:

Eu, Josinaldo Feitosa Nunes, portador do documento de identidade nº. 9.945.458, expedido por SOSP/PB, em 14/05/2014 inscrito no CPF sob o nº. 123.527.964-23, residente no endereço: ST. São Joaquim, nº. 511, Bairro Zona rural, Cidade: Mamão, Estado: PB CEP 58995-000.

TERMOS DA DECLARAÇÃO: Declaro, para os devidos fins de direito e sob pena de ser responsabilizado, que no acidente de trânsito ocorrido em 12/04/2014, no qual me vitimou, não foi possível, naquele momento, nenhum tipo de atendimento pelo Corpo de Bombeiros, Polícia Militar, Polícia Civil ou atendimento pelos Anjos do Asfalto ou concessionária ou similar ou Inquérito Policial, tendo sido necessária minha imediata remoção para um hospital, feita por terceiros, motivo pelo qual não se faz possível encaminhar documento substitutivo do Boletim de Ocorrência de Acidente, contando tão somente com o registro da ocorrência, feito por Ato Declaratório de terceiros, de nº. 14E0273000290, cuja cópia segue anexa.

Mamão-PB, 09 de 04 de 2015



Josinaldo Feitosa Nunes
DECLARANTE



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, João Alfredo Feitosa Nunes

RG nº 9.945.458, data de expedição 14/05/2014, Órgão SI25/PE

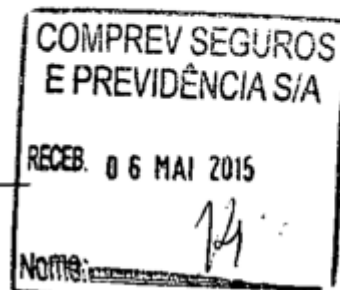
CPF nº 123.527.964-23, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>ST. São Joaquim</u>
Número	<u>SN</u>
Apto / Complemento	<u>Casa</u>
Bairro	<u>Zona Rural</u>
Cidade	<u>Murici</u>
Estado	<u>Pernambuco</u>
CEP	<u>58995-000</u>
Telefone de Contato	<u>1871 9905-8285</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Murici - PB, 09/04/2015

Assinatura do Declarante: João Alfredo Feitosa Nunes



JOSE NUNES DE ANDRADE
SIT SAO JOAQUIM, S/N - AREA RURAL
MAMARA / PB CEP: 5895000 (AQ: 185)

Class/Subst: RESIDENCIAL / BADA RENDA MONOFÁSICO
Roteiro: 15 - 129 - 481 - 770
Nº medidor: 0000974481
Referência: Jan / 2015
Emissão: 21/01/2015

ENERGISA PARANÁ - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
R 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680
CNPJ 00 056 193/0001-40 - Ind. Ed. 16 015 823-0

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica Nº 001 074 107
Código para Débito Automático: 00010787414

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 083 0196 - Acesse: www.energisa.com.br

RESUMO DO ADESCO

1860 1a71 58bd efa1 008a 2c85 3acd 1011

Conta referente a

Jan / 2015

Apresentação

21/01/2015

Data prevista da
próxima leitura

23/02/2015

CPF / CNPJ / RANI
3435882400

Faturas em atraso

FATURAS VENCIDAS ATÉ
O DIA 18/01/2015 PAGAS
DEBEMOS

Histórico de Consumo
(kWh)

Dez/14	73
Nov/14	58
Out/14	56
Set/14	53
Ago/14	80
Jul/14	53
Jun/14	56
Mai/14	50
Abr/14	84
Mar/14	88
Fev/14	88
Jan/14	81

Média dos últimos meses
62 kWh

Indicadores de Qualidade

Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
DIC MENSAL	15,20	0,00
DIC TRIMESTRAL	30,41	0,00
DIC ANUAL	60,83	0,00
FIC MENSAL	9,50	0,00
FIC TRIMESTRAL	17,00	0,00
FIC ANUAL	34,18	0,00
CIQC	8,21	0,00
CIQCR	16,40	0,00

Cálculo de consumo

Anterior	Atual	Consumo	Dias
19/12/14	21/01/15	70	33

Descrição	Quantidade	Preço	Valor (R\$)
Consumo até 30kWh-BR	30	0,12973	3,89
Consumo > 31 a 100kWh-BR	40	0,21726	8,69
Adic. B. Vermelha			0,87

IMPOSTOS E ENCARGOS	Valor (R\$)
PS	0,14
COFINS	0,66
JUROS DE MORA 12/2014	0,01
MULTA 12/2014	0,49
ICMS (Básis de Cálculo R\$ 37,70 (Alíquota 25,00%))	9,31

VENCIMENTO
28/01/2015

TOTAL A PAGAR
R\$ 28,00
REV. SEGUROS
PREVIDÊNCIA S/A

Descrição	Valor (R\$)	%
Serviços de Dist. de Energia	5,00	17,86
Cargos de Energia	8,74	31,21
Serviço de Transmissão	0,45	1,59
Encargos Setoriais	0,81	2,89
Impostos Diretos e Encargos	10,84	44,71
Outros Serviços	0,00	0,00
Total	25,84	100,00

Valor de encargo do Uso do Sistema de Distribuição
(Ret. 11/2014) R\$ 5,46

ATENÇÃO

Sua unidade foi faturada com uma taxa de 1,00% sobre o valor da fatura.

BOLETIM DE EMERGÊNCIA

Nº 77

Data e Hora: 12/09/14	15:27	Data Nasc.: 17/05/96
Nome: Rosinaldo Feltosa Nunes		
Mãe: M.ª do Carmo Feltosa de Souza		
Profissão: Agricultor	Sexo: M	Doc. Ident.: 9.945.458
Responsável: Antônia Maria (tão)		
End. do Paciente / Fone: Sítio São Joaquim, PB Mamuru.		
Cartão SUS: 2		
Tipo de Atendimento:		Raça/Cor:
☒ Acidente de Trânsito	☐ Acidente de Trabalho	☐ Preto ☐ Parda
☐ Agressão	☐ Consulta	☐ Amarelo ☐ Indígena

Pressão Arterial:	Pulso:	Temperatura:	Peso:
-------------------	--------	--------------	-------

História e Exame Físico:

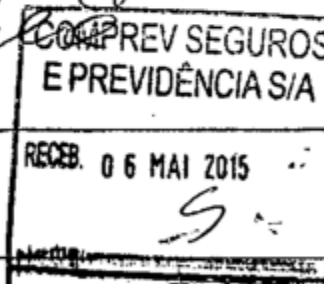
Paciente vítima de acidente de trânsito na área de 01 hora.

Tratamento:

- RX tórax PA / RX crânio AP e perfil.
 - RX bacio
 - RX coxa E AP e perfil
 - RX coxa D. AP e perfil
 - Hemograma, classif. pan
 - urina

Impressão Diagnóstica:

fraturado



Destino do Paciente: Residência ☐	Internado ☐	Transferido ☐
--	------------------------------------	--------------------------------------

Removido para Hospital

Óbito às _____ hs do dia

Médico - Carimbo e CRM:

Dr. Agostinho V. de L. e S.
 CREMER - 8.467 - CRM PB 3478



FICHA DE OBSERVAÇÃO M.

DATA:

HORA:

Paciente:

Idade:

02/09/14 Neurol
AD: 40h. Perante vitima absoluta automobilis-
tao há mais de 01 hora. Exame físico
sem alterações em regiões frontais, esquerda, direita,
abdomen, membros superiores, GCS = 14, pupilas isocóricas,
sem alterações em MMII.

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA

Conduta: CT de uomo sen
contrast.

Dr. Antonio Marcos Meneses de Oliveira
Neurologista / Neurocirurgião
CRM-PE 4040 / CRM-BA 162
CPE 322.077.371-10

Exames Solicitados

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Medicação	Horário	Obs.:
King 17-1.500-4V Sipranone 01ap ABD - 01ap	30 4h	

RECEB. 06 MAI 2015

AGÊNCIA S/A

COMPREV SEGUROS
E PREVIDÊNCIA S/A

RECIB. 06 MAI 2015

FOLHA DE INTERNAÇÃO E ALTA HOSPITALAR - Clínica CirúrgicaRegistro nº 4204 (W240) Data 12.09.14 Hora 14:00**PACIENTE**Nome Yorinaldo Feitosa Nunes Data de Nascimento 17.05.96Sexo M Idade 18 Cor Pardo Estado Civil SolteiroNaturalidade Serra Talhada Profissão AgricultorEndereço Sítio São Joaquim, Manairá, PBFiliação Yori Nunes de Andrade, Maria do Feitosa de SouzaTelefone (87) 9940-5369 N.º Doc. (RG, CPF, CN, etc.) 9.945.458Trazido por Antônio Marcos (tio)Endereço O mesmo Telefone (?) ?**OCORRÊNCIA**

Local do Acidente _____ Data ____/____/____ Hora _____

Natureza do acidente ☐ Casual ☐ Tentativa Suicídio ☒ Acidente Trânsito
☐ Queda ☐ Intoxicação ☐ Outras Causas
☐ Agressão ☐ Acidente de Trabalho

HISTÓRIA DE DOENÇA ATUAL**EXAME FÍSICO****COMPREV SEGUROS
E PREVIDÊNCIA S/A.**

RECEB. 06 MAI 2015

2

Diagnóstico Provisório

Politraumático; Trauma
aberto da pelada
fratura de fêmur E.L.D.

Conduta _____

Alcely Fernando V. de Lotaria e Sá
CRM 6347

Recepcionista _____

Médico - CREMEPE

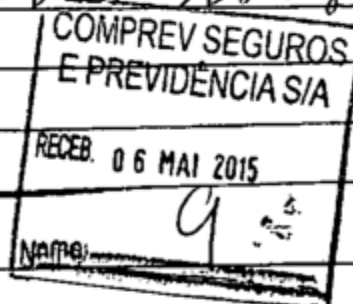
Relatório de Operação

Nome do Paciente <i>João do Fátima Moura</i>		Número do Registro
Clínica <i>Traumatol. e Cirurg. gen</i>		Número do Leito
Operador <i>Dr. Eric</i>		
1º Assistente		2º Assistente
Instrumentação		Anestesista <i>Dr. André</i>
Anestesia <i>geral</i>		Duração
Data da Operação <i>12/09/15</i>	Início	Fim
Diagnóstico Pré-Operatório <i>Trauma Abdominal Fechado +</i> <i>Fatura Expt. de Fêmur D + Fatura Fechada de Fêm E</i>		
Diagnóstico Pós-Operatório <i>Ik</i>		
Operação Proposta <i>Laparotomia Exploratória + Tt. Cirúrgico de</i> <i>Ft. Expt. de Fm D + Tt. Traumat. de E</i>		
Operação Realizada <i>Ik</i>		

DESCRIÇÃO DO ATO OPERATÓRIO

- 1) Pac. em decúbito lateral em mesa cirúrgica
- 2) Anestesia e Antimigra
- 3) Higienização e Laparotomia Lateral
- 4) Ampliação prévia no abd. D + desbridamento
limpo de 15 cm
- 5) Alinhamento de Fatura de Fm D + estabilização
com placas e parafusos de 4 mm
- 6) Sutura
- 7) Curativo
- 8) Tt. Traumat. de Fm E
- 9) Curativo + Estet. de E
- 10) Rx

Dr. Eric de Carvalho
Traumato-Ortopedia
CRM 15928



12/09/14
 Paciente submetido a
 laparotomia exploradora com
 ressecção de 45 de ilíco +
 enterostomose

Dr. Alcyon Fernando V. de L. e Sá
 CREMEPE - 8.487 / CRM PB 3471

MODELO: FIXADOR FBM 800 - FEMUR / TÍBIA
 MODEL: FBM 800 - FEMUR/TIBIA FIXATOR
 REG 10951-00-000 (CONTUDD) UN 1070F1868
 REGISTRO ANVISA Nº: 00128500111 LGE: 1782
 COMPOSIÇÃO: ALUMÍNIO LIGA/ AÇO INOX F804
 COMPOSITION: ALUMINUM ALLOY/ STAINLESS STEEL F804
 11/2013 11/2018
 Data de Fabricação Data de Validade
 Data of Manufacture Date By
 Produto de Uso Único
 Produto Reutilizável
 One Only Use
 One Only Use
 Nome Técnico: FIXADORES EXTERNOS
 TECHNICAL TERM: EXTERNAL FIXATOR
 Nome Comercial: FAMÍLIA DE FIXADOR EXTERNO - RM
 TRADE NAME: LINE OF EXTERNAL FIXATORS - RM
 FÁBRICA: FÁBRICA DE PRODUTOS ORTÓDONTICOS LTDA
 Rua: Lúcio Pimenta, 146, 1º Distrito Industrial CEP: 57090-070 - João Pessoa/PB
 Fone: (35) 3384-7000 Fax: (35) 3384-7001 - CNPJ: 06.926.470/0001-73
 www.fabricaortodontica.com.br - e-mail: fabrica@fabricaortodontica.com.br
 Responsável Técnico: Engº Alexandre Mendes Brito - CREA-PB 000140376 0 4 3 4
 CE 0434

MODELO: PINO DE SCHANZ - Ø 4,8 X 200 MM
 MODEL: SCHANZ PIN - Ø 4,8 X 200 MM
 REG 1057-04-200 (CONTUDD) UN 107YF93984
 REGISTRO ANVISA Nº: 00128500199 LGE: 1714
 COMPOSIÇÃO: AÇO INOX F130
 COMPOSITION: STAINLESS STEEL F130
 07/2013 07/2018
 Data de Fabricação Data de Validade
 Data of Manufacture Date By
 Produto de Uso Único
 Produto Reutilizável
 One Only Use
 One Only Use
 Nome Técnico: FIOS METÁLICOS LISOS/ ROSQUEADO P/ FIXAÇÃO
 TECHNICAL TERM: SMOOTH AND THREADED WIRES FOR BONE FIXATION
 Nome Comercial: FIOS E PINOS COIDOS MAGNÉTICOS DE FIXAÇÃO
 TRADE NAME: NON-RESCORBABLE METALLIC AND RIGID WIRES AND PINS
 FÁBRICA: FÁBRICA DE PRODUTOS ORTÓDONTICOS LTDA
 Rua: Lúcio Pimenta, 146, 1º Distrito Industrial CEP: 57090-070 - João Pessoa/PB
 Fone: (35) 3384-7000 Fax: (35) 3384-7001 - CNPJ: 06.926.470/0001-73
 www.fabricaortodontica.com.br - e-mail: fabrica@fabricaortodontica.com.br
 Responsável Técnico: Engº Alexandre Mendes Brito - CREA-PB 000140376 0 4 3 4
 CE 0434

COMPREV SEGUROS
 E PREVIDÊNCIA S/A
 RECEB. 06 MAI 2015
 10

1975