

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 06/04/2015

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOHNY CLAUDE DE LIMA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01581

CONTA: 00000039172-1

Nr. da Autenticação C7F7F5AAFB865A2C

Rio de Janeiro, 17 de Dezembro de 2014

Carta n°: 5946279

A/C: JOHNY CLAUDE DE LIMA

Sinistro: 3140138069
Vitima: JOHNY CLAUDE DE LIMA
Data Acidente: 02/08/2014
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **17/12/2014** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **02/08/2014**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Comprovação de ato declaratório

Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na MBM SEGURADORA S/A de origem onde foi realizada sua reclamação de sinistro.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental.

NÃO PERCA TEMPO!

PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 07 de Janeiro de 2015

Carta n°: 6056630

A/C: JOHNY CLAUDE DE LIMA

Sinistro: 3140138069
Vítima: JOHNY CLAUDE DE LIMA
Data Acidente: 02/08/2014
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 inicio ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 21 de Janeiro de 2015

Carta n°: 6144356

A/C: JOHNY CLAUDE DE LIMA

Sinistro: 3140138069
Vitima: JOHNY CLAUDE DE LIMA
Data Acidente: 02/08/2014
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **22/12/2014** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **02/08/2014**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Comprovante de residência infor. incorretas

Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na MBM SEGURADORA S/A de origem onde foi realizada sua reclamação de sinistro.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental.

NÃO PERCA TEMPO!

PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Rio de Janeiro, 05 de Março de 2015

Carta n°: 6464904

A/C: JOHNY CLAUDE DE LIMA

Sinistro: 3140138069
Vitima: JOHNY CLAUDE DE LIMA
Data Acidente: 02/08/2014
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **27/02/2015** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **02/08/2014**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Comprovante de residência não conclusivo

Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na MBM SEGURADORA S/A de origem onde foi realizada sua reclamação de sinistro.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental.

NÃO PERCA TEMPO!

PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Rio de Janeiro, 24 de Março de 2015

Carta nº: 6615932

A/C: JOHNY CLAUDE DE LIMA

Sinistro: 3140138069
Vítima: JOHNY CLAUDE DE LIMA
Data Acidente: 02/08/2014
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 inicio ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 10 de Abril de 2015

Carta n°: 6744781

A/C: JOHNY CLAUDE DE LIMA

Sinistro: 3140138069
Vitima: JOHNY CLAUDE DE LIMA
Data Acidente: 02/08/2014
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: JOHNY CLAUDE DE LIMA

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 104

Agência: 000001581

Conta: 0000039172-1

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	2.362,50

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

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

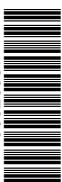
Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

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 Vítimas do Seguro DPVAT

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Sinistro: **3140138069 - 1**

Nome do(a) Examinado(a): **JOHNY CLAUDE DE LIMA**

Endereço do(a) Examinado(a): **RUA CORONEL JOÃO MANGUINHOS nº 1057 - NOVO - OLINDA/PE**

Identificação - Órgão Emissor/UF/Número: **RG 356863578 - SSP**

Data local do exame: **01/04/2015 RECIFE/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)

FERIMENTO EXTERNO NA Perna PROXIMAL DIREITA- ABRANGENDO A REGIAO POSTERIOR E INTERNA.

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 complicações.

**TRATAMENTO CIRURGICO: DESBRIDAMENTO
ESTA DE ALTA MEDICA**

III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais suscetível 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.

EDEMA DISCRETO DA Perna DIREITA E FLEXAO DO JOELHO ATE 90 GRAUS.

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

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)

Região Corporal(Sequela)

MID

10% 25% 50% 75% 100%

10% 25% 50% 75% 100%

Região Corporal(Sequela)

Região Corporal(Sequela)

10% 25% 50% 75% 100%

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 - RECIFE, 01/04/2015

Médico Perito: DORES MARIA BERNARDES CARNEIRO MENDES CRM: 52258890

Dra. Dores M. B. C. Mendes
Médica Perita
CRM-RJ 52 25889-0
Cadastro Nacional

Assinatura do perito Examinador - CRM



PARECER DE ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL

DADOS DO SINISTRO

Número: 3140138069

Cidade: Paulista

Natureza: Invalidez

Vítima: JOHNY CLAUDE DE LIMA **Data do acidente:** 02/08/2014

Emissor do parecer: Juliana Sena de Oliveira

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Prestadora: Visão Médica Ltda

CRM do médico: 52.44121-9

PARECER

Data da análise: 07/01/2015

Valorização do IML:

0,00

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FERIMENTO EM MI DIREITO

Resultados terapêuticos:
A ESCLARECER

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações:

Valor pleiteado: 13.500,00

Médico avaliador:

UF do CRM do médico:

DANOS

Dano	% Dimensão	Graduação
Danos não definidos.		

Valor avaliado: 0,00

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 06/04/2015

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOHNY CLAUDE DE LIMA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01581

CONTA: 00000039172-1

Nr. da Autenticação C7F7F5AAFB865A2C



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Janny Claudio de Lima.

RG nº 35. 686.357.8, data de expedição 31/02/07, Órgão SSP-PE,

CPF nº 225. 654.358.78, venho perante a este instrumento declarar que não posso comprovar de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que residir no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praca)	A.V. LORENEL JOÃO MANGUINHOS
Número	1057.
Apto / Complemento	NOVO
Bairro	BAIRRO NOVO
Cidade	Olinda.
Estado	PE
CEP	53030-040.
Telefone de Contato	(81) 8513-3840 · 8526-6926.
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Janny Claudio

Local e Data: Abreu e Lima, 19-02-2015

Janny Claudio

Assinatura do Declarante: Janny Claudio de Lima



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, N. JOHNNY, exponho de liura.RG nº 356.86.357-8 data de expedição 31/08/01, Órgão SSP - PECPF nº 22.5.654.358-78 venho perante a este instrumento declarar que não posso comprovar que em meu nome, sendo certo e verdadeiro que residir no endereço baixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Pj. Jç./Avenida Praça)	<u>RUA: TERRA NOVA.</u>
Número	<u>05</u>
Acto / Complemento	<u>AP. 003.</u>
Símbolo	<u>PAU</u>
Cidade	<u>ARTUR NUNES GRENTE</u>
Estado	<u>PAULISTA</u>
CEP	<u>06410-410</u>
Telefone e Celular	<u>(11) 8553-3840 · 8626-6726.</u>
E-mail	<u>8352-8382 / 8828-8688</u>

Fazendo veras, firmo-me,

Lembrado da R

Pátria e do Brasil

Johnny clavide de São Paulo
MBM
SEGURADORA

17 DEZ. 2001

DPVAT



**SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DE PERNAMBUCO**



C E R T I D Ã O

Certidão nº 2014APH001391 Div. Op.

Com fulcro no art. 5º XXXIV, letra "b" da Constituição Federal Brasileira, venho por meio de solicitação feita pelo(a) Sr(ª). IVANILDO HORACIO DE LIMA, 65 anos, BRASILEIRO(a), SOLTEIRO(a), RG nº 361707186 SSP-SP, inscrito(a) na Receita Federal sob o CPF nº 070.609.554-53, residente à RUA TERRA NOVA , nº 05, , ARTHUR LUNDGREN N 1, PAULISTA-PE, certificar que este Grupamento de Bombeiros de Atendimento Pré-Hospitalar atendeu a uma ocorrência no dia 02/08/2014, por volta das 15:07 hs, no endereço: RODOVIA PE 15, S/N, ARTHUR LUNDGREN II PAULISTA-PE, referente a um(a) COLISÃO, envolvendo AUTOMÓVEL FIAT UNO, CINZA, KLH-9294-PE; MOTOCICLETA 50cc, SEM PLACA, no(a) qual fora vitimado(a) o(a) Sr(ª) JOHNY CLAUDE DE LIMA, inscrito sob o CPF nº 225.654.358-78 e Registro Geral nº 356863578, atendido(a) pela Unidade Tática de Resgate do Grupamento de Bombeiros de Atendimento Pré-Hospitalar, comandada pelo(a) CB 940325-6 ETEVALDO. Foi transportado(a) para o HOSPITAL MIGUEL ARRAES. Registrado(a) com o prontuário nº 233817. Ficou aos cuidados do médico DANILO VASCONCELOS, registro 18126. Os registros desta Certidão foram extraídos dos arquivos da Divisão de Operações / GBAPH.

Posição em 28/11/2014

A autenticidade dessa certidão deve ser confirmada através do portal do Corpo de Bombeiros, no site <http://www.cbmpb.gov.br/>, consultar protocolo nº 2014APH001391



Av. João de Barros, 399 - Boa Vista - Recife/PE - CEP 50050-180

Fone: (81) 3182-9126 / CNPJ: 00.358.773/0001-44

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML



Eu, JONNY CHAVODE DE LIMA, portador da carteira de identidade nº 35686.357.8 e inscrito no CPF/MF sob o nº 225.654.358-73 residente 2 domiciliado na Rua: TEIRE NOVA, nº:05, Bairro: ARTHUR LUDENGEN, Cidade: AUSTRALIA, Estado: PE, 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 Lider 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 discordo do seu conteúdo.

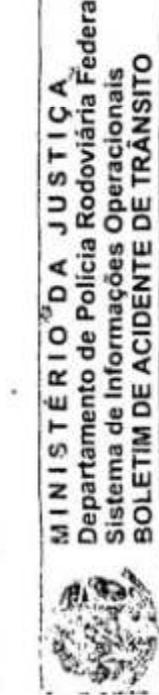
jonny chavode de Lima

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

Aber dira 05/12/14.

Local e data

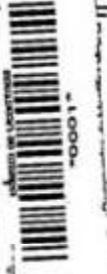




MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
Departamento de Polícia Rodoviária Federal
Sistema de Informações Operacionais
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

OCORRÊNCIA N° 10001
Comunicação de Acidente de Trânsito
* STATUS DA OCORRÊNCIA

357100



DADOS GERAIS DA OCORRÊNCIA

PRF: 1038843 - ROBISON TENÓRIO MENDES	Data/Hora do Acidente (hora local): 02/08/2014 15:00	BR: 101	KM: 150
Município/Uf: PAULISTA/PE	Tipo de Acidente: Colisão Transversal	Sentido da Via: [Descrecente]	
Fase do dia: Perno dia	Condições da Pista: Seca	Restrições de Visibilidade: Inexistente	
Sinalização existente: Vertical	Sinalização luminosa: Funciona	Condição meteorológica: Céu Claro	
Houve danos ao patrimônio da União?	<input type="checkbox"/> Não	Data e horário da solicitação:	
Houve solicitação de perícia?	<input type="checkbox"/> Não	Data e horário do	
A perícia compareceu ao local do sinistro?	<input type="checkbox"/> Não		

DESCRIÇÃO DOS DANOS AO PATRIMÔNIO DA UNIÃO:

Houve danos ao patrimônio de terceiros? Não
Ocorrência dos danos ao patrimônio de terceiros:

Houve danos ao ambiente? Não
Ocorrência dos danos ao ambiente:

ECONOMIA DA RODOVIA:	Uso do Solo: Urbano	Type de Localidade: Comercial		
Existe acostamento? <input type="checkbox"/> Não	Estado de Conservação: <input type="checkbox"/> Bom	Há desníveis? <input type="checkbox"/> Não	É pavimentado? <input type="checkbox"/> Não	Largura (m): 0
Possui defensa? <input type="checkbox"/>	Possui meio-fio? <input type="checkbox"/>	Possui sarjeta? <input type="checkbox"/>		
Existe canteiro central? <input type="checkbox"/> Sim	Estado de Conservação: <input type="checkbox"/> Bom	Largura (m): 5	Type de inclinação: <input type="checkbox"/> Plano	
Obstáculo ao Cruzamento: <input type="checkbox"/> Meio-Fio		Estado de Conservação do Obstáculo: <input type="checkbox"/> Bom		
Faixa da Domínio - Estado de Conservação: <input type="checkbox"/> Bom	Ocupação: <input type="checkbox"/> Comércio			
Cerca: <input type="checkbox"/> Não existe	Pista de Reclamado - Estado de Conservação: <input type="checkbox"/> Bom			
Tipo de Pavimento: <input type="checkbox"/> Asfalto	Perfil: <input type="checkbox"/> Em nível	Type: <input type="checkbox"/> Múltipla	Qty. de Faixas: 2	
Superlargura: <input type="checkbox"/> Não	Tracado: <input type="checkbox"/> Reia	Curva Vertical: <input type="checkbox"/> Não Existe	Superelevação: <input type="checkbox"/> Não	
Largura da Pista (m): 7	Estreitamento: <input type="checkbox"/> Não Existe			

TEXTO DESCritivo DA CONDIÇÃO DA RODOVIA:



VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: <http://www.dprf.gov.br>

DATA/HORA DA EXPEDIÇÃO: 21/08/2014 09:29:24
NÚMERO DE CONTROLE: 4b6cb164e4743786

* Somente possuem valor legal as ocorrências em que o status seja "ENCERRADA"



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
Departamento de Polícia Rodoviária Federal
Sistema de Informações Operacionais
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

OCORRÊNCIA: 83232516
Comunicação: C1748173
Encerrada:

* STATUS DA OCORRÊNCIA:

VEÍCULOS ENVOLVIDOS

Placa:	Sequencial:	V2	Descrição:	[ITALYCA] PRETA SEM PLACAS	Chassi:		Renavam:	
Marcas/Modelos:	Cor:	[PRETA]	Ano:		Tipo:	Motoneta	Emplacamento:	
Ocupantes:	[1]	Especie:	[Passageiro]	Categoria:	Particular			
Proprietário:	JOHNY CLAUDE DE LIMA							
Enderço:	RUA TERRA NOVA, 5							
Município/UF:	PAULISTA/PE - BRASIL							
Placa U1:	Placa U2:	Placa U3:	Placa U4:	Destino:	ABREU E LIMA/PE - BRASIL			
Origem:	PAULISTA/PE - BRASIL							

COMBINAÇÃO DE VEÍCULO DE CARGA

Manobra do Veículo no Acidente:	[Cruzando a pista]		Saída de Pista?	[Não]	Derrapagem?	[Não]	Capotagem?	[Não]	Tombamento?	[Não]
Colisão com Objeto Fixo:	[Não Houve]		Colisão com Objeto Móvel:	[Quicô veículo]					Incêndio?	[Não]
Marcas de Frenagem (m):	0,0	Estado dos Pneus:	[Bom]							
Descrição do Recoimento:										
Carregamento:	[Houve Derramamento de Carga?]		[Não]	Extensão dos Danos:			Moeda:	Real/R\$		
Valor Total da Carga:	[R\$0,00]		Produto Perigoso:							
Descrição da Carga:										

ENCAMINHAMENTO DO VEÍCULO

Tipo de Receptor:	[P]		Data/Hora da Recepção (hora local):			Motivo:				
Responsável pela Recepção:										
Documento do Responsável:										
Município/UF:										
Conduktor Encaminhado:										
Veículo:	[V1KLH-9294]									
Nome/Apelido:	[FERNANDA VICENTE NERI]		Sexo:	Feminino	Estado Civil:	Não Informado				
Data de Nascimento:	[21/07/1983]									
Nome do Pai:	[FERNANDO VICENTE NERI]									
Nome da Mãe:	[MARIA LUCIA DA SILVA]									
Endereço:	[RUA PRESIDENTE VARGAS 75/76]		Telefones:			Grau de Instrução:	[Não Informado]			
Município/UF:	[PAULISTA/PE]		Nacionalidade:	[BRASIL]		Ocupação Principal:				
Naturalidade:			Documento de Identificação:	[64788667]		Orgão Expedidor:	[SDS /PE]			
CPF:	[040.865.744-89]					Destino:	[GARASSU/PE - BRASIL]			
Origin:	[PAULISTA/PE - BRASIL]			[Socorrido pela PRF?]		[Não]	Usava Capacete?	[Não Aplicável]		
Estado Físico:	[Bom]			[Usava Cinto?]		[Sim]	Havia Vestígio de Ingestão de Álcool?	[Não]		
Existe Declaração em Anexo?	[Não]									
Transcrição da Declaração:										

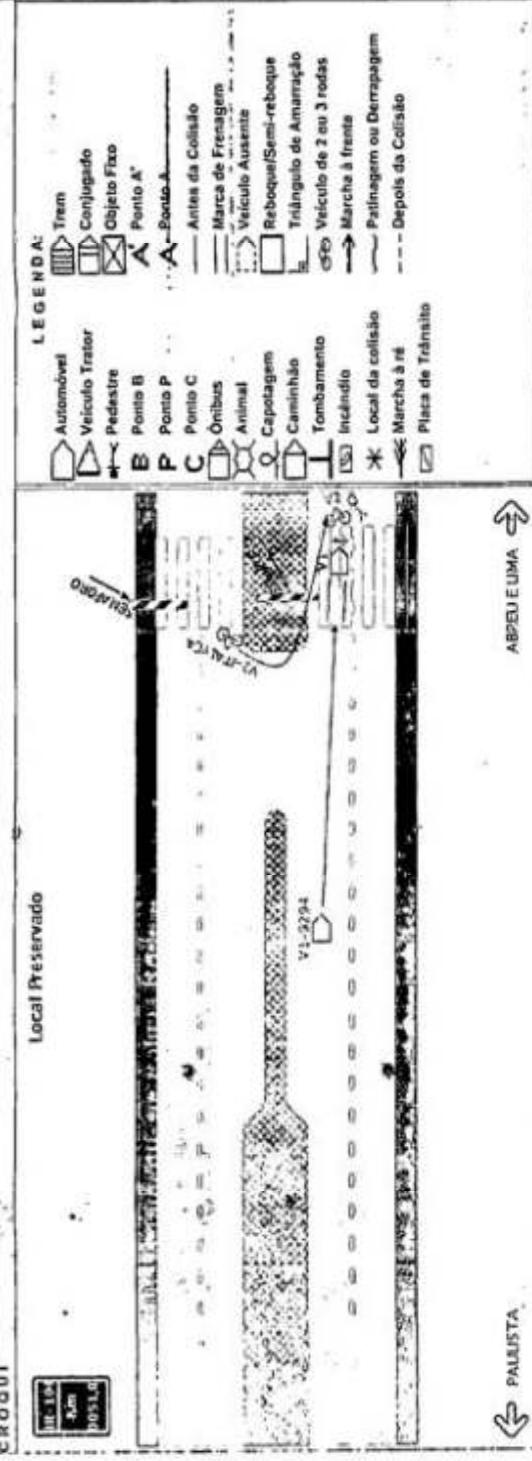
Condutor é Habilidado?	[Sim]	Categoria CNH:	B	Registro CNH:	[03070785950/PE]	Primeira Habilitação:	[28/10/2003]			
Validade CNH:	[11/07/2018]	País CNH:		Domini?	[Não]	Km Percorridos:	[20,0]			
Pertences:				Horas Dirigindo:	[00:30]					
Informações Complementares:										
ENCAMINHAMENTO DO CONDUTOR										
Tipo de Receptor:			Responsável pela Recepção:							
Documento do Responsável:										
Município/UF:			Motivo:							
Descrição do										



VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: <http://www.dprf.gov.br>

DATA/HORA DA EXPEDIÇÃO: 21/08/2014 09:29:24
NÚMERO DE CONTROLE: 4b6cb164a4743786

CROQUI



PAULISTA

Latitude do Ponto C: [REDACTED]

Longitude do Ponto C: [REDACTED]

Referência do Ponto A/A': [REDACTED]

Referência do Ponto B: [REDACTED]

Distância AB (m): [REDACTED]

Distância AC (m): [REDACTED]

Distância BC (m): [REDACTED]

VEÍCULO P1 DISTÂNCIA P1-A (m)

DISTÂNCIA P1-B (m)

P2 DISTÂNCIA P2-A (m)

DISTÂNCIA P2-B (m)

Narrativa da Ocorrência:

SEGUNDO DADOS E EVIDÊNCIAS COLHIDAS NO LOCAL, CONCLUI QUE: O V1 - KLH9294 - FIAT UNO, ESTAVA NA VIA PRINCIPAL, E SEGUIA NORMALMENTE O FLUXO, QUANDO O V2 - SHYNERAY - LL6BB20261100655, CRUZOU AS FAIXAS E AO CHEGAR PRÓXIMO AO SEMAFORO INVADIU INADVERTIDAMENTE A PISTA PRINCIPAL, ONDE SE ENCONTRAVA O V1 CAUSANDO O ACIDENTE.

VEÍCULOS ENVOLVIDOS:

Placa: KLH-9294 Sequencial: VI Descrição: [REDACTED]

Marca/Modelo: FIAT UNO MILLE WAY Cor: CINZA Ano: 2010 Tipo: Automóvel

Ocupantes: 1 Espécie: Passageiro Categoria: [REDACTED]

Proprietário: JOSENILDO JOSE DE OLIVEIRA

Endereço: RUA PRESIDENTE VARGAS 7576 Municipio/Uf: [REDACTED]

COMBINAÇÃO DE VEÍCULO DE CARGA

Placa U1: [REDACTED] Placa U2: [REDACTED]

Placa U3: [REDACTED] Placa U4: [REDACTED]

Destino: [REDACTED]

Origem: PAULISTA - BRASIL

CIRUNSTÂNCIA DO ACIDENTE:

Manobra do Veículo no Acidente: Seguiu fluxo

Colisão com Objeto Móvel: [REDACTED]

Marcas de Frenagem (m): 10,0 Estado dos Pneus: Bom

Descrição do Recolhimento:

Carregamento: [REDACTED] Houve Derramamento de Carga? [Não]

Valor Total da Carga: [REDACTED] Extensão dos Danos: [REDACTED]

Descrição da Carga: [REDACTED] Produto Perigoso: [REDACTED]

ENCAMINHAMENTO DO VEÍCULO

Tipo de Receptor: [REDACTED] Data/Hora da Recepção (hora local): [REDACTED]

Responsável pela Recepção: [REDACTED] Motivo: [REDACTED]

Documento do Responsável: [REDACTED]

Município/Uf: [REDACTED] descrição do Encaminhamento:

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: <http://www.dprf.gov.br>

DATA/HORA DA EXPEDIÇÃO: 21/08/2014 09:29:24

NÚMERO DE CONTROLE: 4b6cb164e4743786

MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
 Departamento de Polícia Rodoviária Federal
 Sistema de Informações Operacionais
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO



OCORRÊNCIA: 83232516
Comunicação: C1748173
*** STATUS DA OCORRÊNCIA:** Encerrada

CONDUTOR ENVOLVIDO:

Veículo: ITALYCA PRETA SEM PLACAS

Nome/Apelido: JOHNNY CLAUDE DE LIMA

Data de Nascimento:

Sexo: Masculino

Estado Civil: Solteiro

Nome do Pai: IVANILDO HORACIO DE LIMA

Nome da Mãe: MARIA JOSE MELLO DE LIMA

Endereço: RUA TERRA NOVA 5

Município/U.F.: PAULISTA/PE

Naturalidade: PAULISTA/PE

CPF: 1225.654.358-76

Documento de Identificação: 356863578

Origem: PAULISTA/PE - BRASIL

Estado Físico: Leveis Graves

Existe Declaração em Anexo? Não

Transcrição da Declaração:

Condutor é Habilitado? Não

Categoria CNH:

Registro CNH:

Validade CNH:

País CNH:

Pertences:

Informações Complementares: Envolveu/foi envolvido por visitante do Corpo de Bombeiros 2ºG/BAPM ao HMA

ENCAMINHAMENTO DO CONDUTOR

Tipo de Receptor:

Responsável pela Recepção:

Documento do Responsável:

Motivo:

Município/U.F.:

Descrição do:

OCORRÊNCIA: 83232516
Comunicação: C1748173
*** STATUS DA OCORRÊNCIA:** Encerrada

CONDUTOR ENVOLVIDO:

Veículo: ITALYCA PRETA SEM PLACAS

Nome/Apelido: JOHNNY CLAUDE DE LIMA

Data de Nascimento:

Sexo: Masculino

Estado Civil: Solteiro

Nome do Pai: IVANILDO HORACIO DE LIMA

Nome da Mãe: MARIA JOSE MELLO DE LIMA

Endereço: RUA TERRA NOVA 5

Município/U.F.: PAULISTA/PE

Naturalidade: PAULISTA/PE

CPF: 1225.654.358-76

Documento de Identificação: 356863578

Origem: PAULISTA/PE - BRASIL

Estado Físico: Leveis Graves

Existe Declaração em Anexo? Não

Transcrição da Declaração:

Condutor é Habilitado? Não

Categoria CNH:

Registro CNH:

Validade CNH:

País CNH:

Pertences:

Informações Complementares: Envolveu/foi envolvido por visitante do Corpo de Bombeiros 2ºG/BAPM ao HMA

ENCAMINHAMENTO DO CONDUTOR

Tipo de Receptor:

Responsável pela Recepção:

Documento do Responsável:

Motivo:

Município/U.F.:

Descrição do:

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: <http://www.dprf.gov.br>

DATA/HORA DA EXPEDIÇÃO: 21/08/2014 09:29:24

NÚMERO DE CONTROLE: 4b6cb164e4743786

IMBUI

SIGUARDORA

DIPVAT



Veículo: V1 / FIAT/UNO MILLE WAY ECON
 Nome do Agente/Assinatura: ROBISON TENORIO MENDES
 Registro/Matricula do Agente: 1038843

RELATÓRIO DE AVARIAS PARA CLASSIFICAÇÃO DO DANO EM AUTOMÓVEIS, CAMIONETAS, CAMINHONETES E UTILITÁRIOS

Veículo: V1 / FIAT/UNO MILLE WAY ECON Placa: KLH-9294

Nº BOAT: 83232516 Data: 02/08/2014 15:00

Item	Descrição do componente	Valor	Sim	Não	NA	Item	Descrição do componente	Valor	Sim	Não	NA					
1	Teto	1	X			26	Longarina traseira esquerda	3	X							
2	Capô	1	X			27	Caixa de Roda traseira esquerda	3	X							
3	Painel corta fogo	3	X			28	Assoalho porta-malas / Assoalho	1	X							
4	Painel dianteiro	1	X			29	Caixa de rodas traseira direita	3	X							
5	Quadro / Suporte do motor	2	X			30	Longarina traseira direita	3	X							
6	Longarina Completa / Caixa de roda esq.	3	X			31	Chassi porção traseira (veículos carga)	3	X							
7	Longarina Parcial / Avental esquerdo	1	X			32	Suspensão traseira direita	2	X							
8	Chassi porção dianteira (veículos carga)	3	X			33	Lateral traseira direita	1	X							
9	Pará-lama dianteiro esquerdo	1	X			34	Coluna traseira externa direita	1	X							
10	Suspensão dianteira esquerda	2	X			35	Coluna traseira externa e estrutura direita	3	X							
11	Coluna dianteira externa esquerda	1	X			36	Porta traseira direita	1	X							
12	Coluna dianteira externa e estrutura esq.	3	X			37	Coluna central externa direita	1	X							
13	Porta dianteira esquerda	1	X			38	Coluna central externa e estrutura direita	3	X							
14	Soleira externa esquerda	1	X			39	Soleira externa direita	1	X							
15	Soleira externa e estrutura esquerda	3	X			40	Soleira externa e estrutura direita	3	X							
16	Assoalho central esquerdo	3	X			41	Assoalho central direito	3	X							
17	Coluna central externa esquerda	1	X			42	Porta dianteira direita	1	X							
18	Coluna central externa e estrutura esq.	3	X			43	Coluna dianteira externa direita	1	X							
19	Porta traseira esquerda	1	X			44	Coluna dianteira externa e estrutura direita	3	X							
20	Coluna traseira externa esquerda	1	X			45	Pará-lama dianteiro direito	1	X							
21	Coluna traseira externa e estrutura esq.	3	X			46	Suspensão dianteira direita	2	X							
22	Lateral traseira esquerda	1	X			47	Longarina completa / Caixa de roda dir.	3	X							
23	Suspensão traseira esquerda	2	X			48	Longarina parcial / Avental direito	1	X							
24	Tampa traseira	1	X			Soma de todos os pontos assinalados na coluna "SIM":		2								
25	Painel traseiro / divisor	1	X			Soma de todos os pontos assinalados na coluna "NA":		0								
Total de pontos "SIM" + "NA": 2																
ITENS NÃO PONTUÁVEIS																
Item	Descrição do componente	Sim	Não	Item	Descrição do componente	Sim	Não	Item	Descrição do componente	Sim	Não					
49	Air Bag Motorista	X		55	Farois	X		56	Lanternas (dianteiras, laterais, e/ou traseiras)	X						
50	Air Bag Passageiro	X		57	Revisores externos (direito e/ou esquerdo)	X		58	Pára-choques (dianteiro e/ou traseiro)	X						
51	Air Bag Lateral	X		59	Rodas/pneus	X										
52	Local gravação VIN															
53	Pará-brisa	X														
54	Vidros laterais e/ou traseiros	X														

CLASSIFICAÇÃO DO DANO DO VEÍCULO

Assinale abaixo o campo que corresponde ao dano do veículo

- Dano de Pequena Monta: até 20 pontos, somando os pontos de todos os itens assinalados na colunas "SIM" e "NA".
- Dano de Média Monta: de 21 a 30 pontos, somando os pontos de todos os itens assinalados na colunas "SIM" e "NA".
- Dano de Grande Monta: acima de 30 pontos, somando os pontos de todos os itens assinalados na colunas "SIM" e "NA".

Observações:

- Quando o componente estiver danificado, assinalar com um X a coluna SIM
 Caso não tenha sido possível avaliar se o componente foi ou não danificado no acidente, assinalar com um X a coluna NA
 SIM = Item danificado no incidente NAO = Item não danificado ou não existente
 NA = Item que não foi possível avaliar o dano. (Não Avaliado)

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: <http://www.dprf.gov.br>

DATA/HORA DA EXPEDIÇÃO: 21/08/2014 08:29:24
NÚMERO DE CONTROLE: 4b6cb164e4743786



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
Departamento de Polícia Rodoviária Federal
Sistema de Informações Operacionais
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

OCORRÊNCIA: 83232516
Comunicação: C1748173
STATUS DA OCORRÊNCIA: Encerrada

RELATÓRIO DE AVARIAS PARA CLASSIFICAÇÃO DO DANO EM MOTOCICLETAS E ASSEMBELHADOS

Veículo: V2 **Placa:**

Nome do Agente/Assinatura: ROBISON TENORIO MENDES **Nº BOAT:** 83232516

Registro/Matrícula do Agente: 1038843 **Data:** 02/08/2014 15:00

Item Descrição - Componentes Não Estruturais	Valor	Sim	Não	NA
1 Guidão, suas fixações e comandos nela instalados.	2	X		
2 Sist. de freio dianteiro hidráulico ou mecânico (fixações, mangueiras, cabos, açãoamentos, pinças, tambores, disco, etc)	2	X		
3 Amortecedor(es) trás, (inclusive fixação no chassis).	2	X		
4 Motor e suas fixações.	2	X		
5 Eixo do garfo traseiro	2	X		
6 Roda traseira (aro, cubo, raios, flanges, coroa, etc.)	2	X		
7 Eixo da roda dianteira/traseira.	2	X		
8 Sist. de freio traseiro hidráulico ou mecânico (fixações, mangueiras, açãoamentos, pinça, tambores, disco, pedal, etc)	2	X		
9 Pedais de apoio do condutor e passageiro	1	X		
10 Bagageiro traseiro deformado (se houver).	1	X		
11 Alça traseira	1	X		
12 Assento (fixação e firmeza)	1	X		
13 Tanque de combustível, tampa do tanque e mangueiras.	2	X		
14 Roda dianteira (aro, cubo, raios, flanges, etc.)	2	X		
A Descrição- Componentes estruturais				
A Coluna de direção e mesas sup./inf. (folga anormal, danos)	3	X		
B Amortecedor(es) dianteiro(s)	3	X		
C Chassi (deformações, desalinhamentos, rompimentos, etc.)	3	X		
D Garfo traseiro (deformações; desalinhamentos, rompimentos, etc.)	3	X		
Soma das pontas de todos os itens assinalados nas colunas "SIM" E "NA":	5			

CLASSIFICAÇÃO DO DANO DO VEÍCULO

Dano de Pequena Monta: até 16 pontos, somando em pontos de todos os itens assinalados nas colunas "SIM" e "NA", desde que não tenha sido danificado nenhum componente estrutural.

Dano de Média Monta: acima de 16 pontos, acima de 16 pontos de todos os itens assinalados nas colunas "SIM" e "NA", desde que não tenha sido danificado três ou mais componentes estruturais.

Dano de Grande Monta: quando tiverem sido assinalados nas colunas "SIM" e "NA", três ou mais componentes estruturais, independente da somatória de pontos.

Observações:

Quando o componente estiver danificado, assinalar com um X a coluna SIM

Quando o componente não estiver danificado, ou não existir originalmente, assinalar com um X a coluna NÃO.

Caso não tenha sido possível averiar se o componente foi ou não danificado no acidente, assinalar com um X a coluna NA.

SIM = Item danificado no acidente **NÃO = Item não danificado ou Não Existente** **NA = Item que não foi possível definir o dano (Não Avaliado)**

NBM
SEGURADORA

D.P.V.A.

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: <http://www.dpri.gov.br>

DATA/HORA DA EXPEDIÇÃO: 21/08/2014 09:29:24
NÚMERO DE CONTROLE: 4b6cb164e4743786

* Somente possuem valor legal as ocorrências em que o status seja "ENCERRADA"

D.P.V.A.

Página 6 de 8

MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
 Departamento de Polícia Rodoviária Federal
 Sistema de Informações Operacionais
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO



OCORRÊNCIA: 83232516
Comunicação: C1748173
STATUS DA OCORRÊNCIA: Encerrada

RELATÓRIO DE AVARIAS PARA CLASSIFICAÇÃO DO DANO EM AUTOMÓVEIS, CAMINHonetes E UTILITÁRIOS

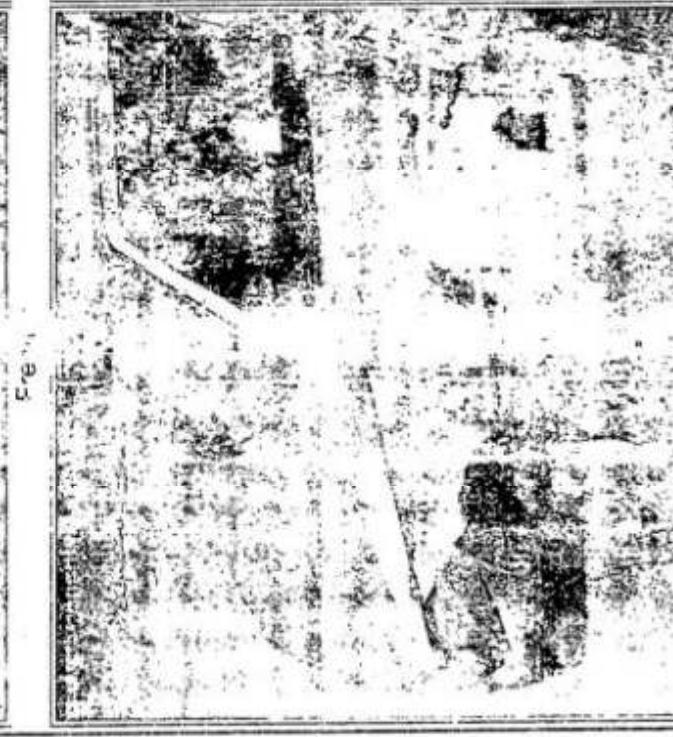
Veículo: V1 / FIAT/UNO MILLE WAY ECON	Placa: KLH-9294
Nome do Agente/Assinatura: ROBISON TENORIO MENDES	Nº BOAT: 83232516
Registro/Matrícula do Agente: 1036843	Data: 02/08/2014 15:00



Frente



Traseira



Lateral Esq.



Lateral Direita

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE INTERNET: <http://www.dprf.gov.br>
DATA/HORA DA EXPEDIÇÃO: 02/08/2014 15:00
NUMERO DE CONTROL: 17352-2014

* Somente possuem valor legal as cédulas que: "ENCERRADA"

SEGURADORA:
 AGENCIA
 DATA: 02/08/2014
 HORA: 15:00
 NÚMERO: 17352-2014

em que o sistema rejeite: "ENCERRADA"

DPRF
Página 7 de 7



MINISTÉRIO
Departamento da
Sistema de Informação
BOLETIM DE ACIDENTE

A JUSTIÇA
cia Rodoviária Federal
es Operacionais
TE DE TRÂNSITO

OCORRÊNCIA: 83232516
Comunicação: C1748173
STATUS DA OCORRÊNCIA: Encerrada

RELATÓRIO DE AV.

Veículo: V2

Nome do Agente/Assinatura: RON TENORIO MENDES

Registro/Matrícula do Fiyente: 843

AS PARA CLASSIFICAÇÃO DO DANO EM MOTOCICLETAS E ASSEMBLADOS

Placa:

Nº BOAT: 83232516

Data: 02/08/2014 15:00



Traseira



Lateral Direita



Rda

JUSTIFICATIVA

VERBOSA
SEGURADO
INDPVIA

INTERNET: <http://www.dprf.gov.br>

DATA/HORA DA FED: 3/2014 09:29:24
NÚMERO DE CC: 316404743786

* Somente possuem cartão: _____ em que o status seja "ENCERRADA"

PÁGINA 8 DE 8



Seguradora Líder - DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO



0014*

Nº DO SINISTRO

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

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, JOHN C. J. A UDE DE LIMA D.
PORTADOR(A) DO RG N° 35686.357-8 EXPEDIDO POR **S S P. PE** EM **31/08/2014**
CPF **22565435878** / CNPJ **00000000000000000000**, PROFISSÃO _____
E RENDA MENSAL DE R\$ **00000000000000000000** (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO
SEGURADO VÍTIMA **JOHNY OKAVO DE LIMA** AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO
DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep n° 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 podem aparecer termos: SALÁRIO, FUNGONAL/FINSS, 'BOLSA/FAMÍLIA', BOLSA, ESCOLA, PREVIDÊNCIA SOCIAL ou AGRICULTURA FAMILIAR;
- Conta Empresarial – conta pessoal cadastrada em um CNPJ - nos documentos podem aparecer termos: CNPJ, ME, MEI, EPP, COMER ou LTDA normalmente ao final do nome do titular;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for o titular;
- Conta tipo FÁCIL e/ou com limite de movimentação financeira mensal;
- Qualquer conta da CEF se não for apresentado algum documento do banco indicando que não existem quaisquer impedimentos para fins de depósito de indenização de DPVAT;
- Para este banco (CEF), a conta corrente pode ser identificada com cópia simples rasurada de folha de cheque como comprovante de dados bancários do titular;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta;
- 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;
- Conta não pertencente à vítima/beneficiário.

IMPORTANTE: Também **não devem** ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escrito 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.

Os meios possíveis para identificar/verificar a documentação recebida na fase de regulação do sinistro DPVAT é responsabilidade do agente regulador (seguradora ou reguladora).

Os bancos BRADESCO, ITAU e SANTANDER disponibilizam, em consulta simples no site, informações sobre a titularidade da conta, se conta empresa e/ou salário ou ainda inexistência da mesma.

Os bancos BRADESCO, ITAU e CAIXA ECONÔMICA FEDERAL para abertura de conta POUPANÇA para fins de DPVAT sem ônus para o requerente. Carta de abertura disponível no endereço eletrônico: www.dpvatsegurodotransito.com.br

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ N° da CONTA (com dígito, se existir) _____

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAU, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)
Nº do BANCO **104** N° da AGÊNCIA (com dígito, se existir) **1581** N° da CONTA (com dígito, se existir) **033** N° da CONTA (com dígito, se existir) **39172-1**.

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

John Lima, 05 de Janeiro de 2014. John Lima
LOCAL E DATA

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO



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.



AUTO-ATENDIMENTO - AG CARLOS GOMES

DATA: 22/12/2014 HORA: 12:16:07

TERMINAL: 036910386 CONTROLE: 0369103800062

CONTA CONSOLIDADA: 1591.013.00039172-1

NOPE: JOHNY CLAUDE DE LIMA

VALOR TOTAL EM DINHEIRO:

NÚMERO DO ENVELOPE:
NÚMERO DE CONTROLE:
3892391363
351160456

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

Informações, reclamações, sugestões eelogios

SAC CAIXA: 0800-726 0101
Ouvintoria da CAIXA: 0800-725 7474
www.caixa.gov.br

MESES
SEGURADORA

22/12/2014
DPOVAT

COMPRA E VENDA

Eu. Maria Gleyciane Pereira da Silva, RG. 2000000203724 CPF. 836.175.153-04, Endereço: Trav. Lindolfo Collor nº 1, Paratibe, Paulista, CEP 53413-010. Fone: 3437-5447. Estou repassando para o Sr. Johnny Claude de Lima, Rg. 35-686.357-8 uma motocicleta ST 50cc 2011. Chassis: LLL88 ZUZB11110. Marca: YLONGIN.

Modelo: ST 50CC 2011.

Ano Fab/ Mod: 2011/2011.

Motor: LC139FNB/A 135393.

Cor: Preta.

No valor de R\$ 2,400,00

Os mesmos se encontram clientes.

Foto feita pelo cliente na paratibe

Comprador(a) Johnny Claude de Lima

Testemunha(1) Adilson Japach

Testemunha(2) Adilson Japach

De num acordo.

Paulista, 17 de MARÇO de 2012.





VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 35.686.357-8 DATA DE EXPEDIÇÃO 31/AGO/2007

NOME: JOHNY CLAUDE DE LIMA

PESO: IVANILDO HORACIO DE LIMA

MÃE: MARIA JOSE MELO DE LIMA

NATURALIDADE: PAULISTA - PE DATA DE NASCIMENTO: 17/DEZ/1977

DOC ORIGEM: ABREU E LIMA - PE
ABREU LIMA
CN: LV.A043/FLS.0068/N.004768
CPP: 225654358/78

OCL 1671: Detran-PE - Divisão de
CARROS AUTOMOTORES
ADMINISTRAÇÃO DIRETA - ECD - SI
LEI N° 7.116 DE 29/08/80



FICHA DE INTERNAÇÃO



HOSPITAL
MIGUEL ARRAES

Rua Estrada da Fazendinha, S/N
Jaguaribe - Paulista - PE
CEP.: 53.400 - 000

Cód. Aten
Usuário
-0000-

DADOS DO PACIENTE

Paciente:	JOHNY CLAUDE DE LIMA		
Idade:	36q 7m 15d	Sexo:	M
Profissão:	ESTUDANTE		
R.G.:	C.P.F.:	Estado Civil:	SOLTEIRO
Endereço:	IGNORADO	Escolaridade:	
Origem:	URGENCIA/EMERGÉNCIA	Telefone:	31819859
Convênio:	SUS - INTERNACAO		VILA TORRES GALVAO
Unidade Internação:	VERDE 2 ORTOPEDIA	Acomodação:	ENFERMARIA DE OBSERVACA
Médico Internação:	JEFFERSON CALUME DE OLIVEIRA JUNIOR	Leito:	VERD2-02

DADOS DO RESPONSÁVEL

Nome:	R.G.:	C.P.F.:	FATURADO
Endereço:	- Número:	ESTADUAL	EM 18/08/14
Telefone:	Cidade:	ESTADUAL	

DADOS DA LIBERAÇÃO DO PACIENTE

Data da Alta:	05/08/14	Horas da Alta:	16 : 06
Motivo:	<input checked="" type="checkbox"/> Melhorado	<input type="checkbox"/> A Pedido	<input type="checkbox"/> Transferência
		<input type="checkbox"/> Pbito	<input type="checkbox"/> Evasão

Condições de Alta:	BOAS, f.o, O/K.
Diagnóstico Principal.....:	Fractura - Tº fruto de perna D

Diagnóstico Secundário01::

Diagnóstico Secundário02::

Procedimento.....: *Observação + curva*

DATA DE LIBERAÇÃO
17/08/14
A Hora 09:00
PACIENTE: JOSEPHINA
CURVA: 100%
OAB: 100%
CRM: 100%

Responsável pela retirada do paciente Assinatura e RG

TERMO DE RESPONSABILIDADE

M.BM

Autorizo a internação do paciente acima mencionado no HOSPITAL MIGUEL ARRAES bem como os tratamentos (Intervenção cirúrgica, anestesias, transfusões, exames de sangue, ou qualquer outro tipo de exame médico e laboratorial) que se fizerem necessários para o diagnóstico, tratamento, cura e o bem estar do paciente.

17/08/2014

Em _____ de _____

Assinatura e RG do paciente ou pessoa responsável

DPVAT

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento: 2338117 Prontuário: 69367 SAME: 60264 Hora Atend:15:22 Data Atend 02/08/2014
Paciente: JOHNY CLAUDE DE LIMA
Endereço: IGÑORADO
Bairro: VILA TORRES GALVÃO
Cidade: PAULISTA
Convênio: SUS - EXTERNO / URGENCIA
Médico(a)/CRM: JEFFERSON CALUME DE OLIVEIRA JUNIOR / 18757
CID Principal:
Resultado: ENCAMINHADO AO SETOR DE INTERNACAO
Hora Saída: 21:14 Data Saída: 02/08/2014



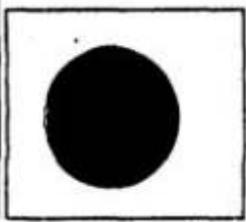
JEFFERSON CALUME DE OLIVEIRA JUNIOR / 18757
CIRURGIA GERAL
HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAES DE ALENCAR

HOSPITAL METROP. NORTE MIGUEL ARRAES

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

HMA

02/08/2014 17:09



Nome Paciente: JOHNY CLAUDE DE LIMA
Cód. Paciente: 69367
Data de Nascimento: 17/12/1977
Sexo: Masculino
Idade: 36
Senha: 0022
Convênio: 2 - SUS - EXTERNO / URGENCIA
Atendimento: 233817

02/08/2014 17:09 - MARIA APARECIDA AMORIM DO AMARAL - COREN: 205550 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) -

Prioridade:

VERMELHO

VERMELHO

:

Observação:

RNC E LESÃO EXTENSA EM MMII APÓS ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO HÁ 20 MINUTOS.
PACIENTE TRAZIDO PELOS BOMBEIROS, GLAGOW 8, COM LESÃO CORTO CONTUSA
EM REGIÃO CEFÁLICA.

Fluxograma sintoma:

TRAUMA GRAVE

DO
RE
EE
E

Discriminador(es):

- PALIDEZ CUTÂNEA E SUDORESE / RELE FRA

- SSVV NORMAIS

CIRURGIA GERAL

Alergia(s):

Sinais Vitais Lidos:

- FREQUENCIA CARDIACA: 82.00 BPM
- FREQUENCIA RESPIRATORIA: 18.00 RPM
- SATURAÇÃO DE OXIGÉNIO: 100.00 %

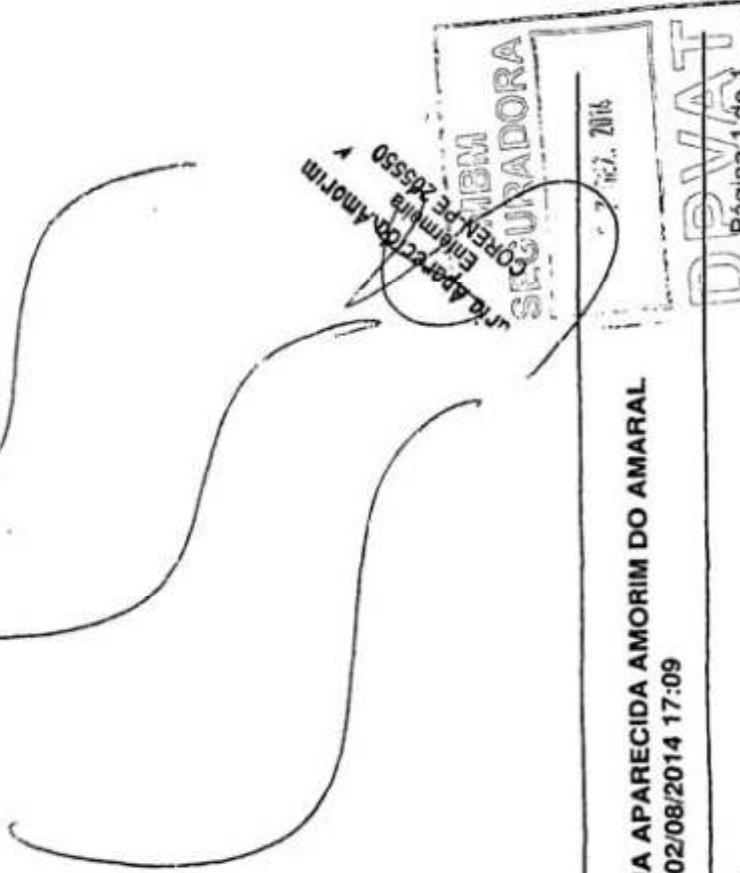
Recursos Utilizados:

Intervenções Salva

Vida:

Situações de Alto

Risco:



Acolhido(a) por: MARIA APARECIDA AMORIM DO AMARAL

Data: 02/08/2014 17:09

02/08/14.
17:20h.

Automóvel

Paciente vítima de acidente automobilístico,
apresenta ferimento extenso com deslocamento na
face posterior com exsangue para lateral e medial
da perna direita.

CD: Agucado acta da cirurgia geral para procedi-
mento cirúrgico.

⑨ Dr. Lepke
Dr. Priscila
Nº 11 Priscila
Médico 02.388

Atendimento: 233817
 Data e Hora: 02/08/2014 15:22

Senha da Classificação:

0022

Paciente: 63367 JOHNY CLAUDE DE LIMA Sexo: MASCULINO
 Data do Nascimento: 17/12/1977 Idade: 36 anos Convenio: 2 SUS - EXTERNO / URGENCIA
 Nome da Mãe:: IGNORADO Nome do Pai:
 Estado Civil: SOLTEIRO CRM: 12346
 Endereço: IGNORADO Bairro: VILA TORRES GALVAO
 Cidade/Uf: PAULISTA 0 Usuário Atendimento: HANNESSAKCCA
 CEP:

Informações Associadas a Pacientes, Estrangeiros / Visitantes

Data Entrada Brasil: BRASILEIRA Nr Documento Estrangeiro:
 Nacionalidade: BRASILEIRA
 Observação:

RESUMO DE TRATAMENTO

-30: _____ Altura: _____ Temperatura: _____ Hora: 15:40

Queixa Principal

Vaiite nos pés e bandinhas em ambos os pés há 6 meses, dor no dedo médio, comum, dor aliviada com banho de ferver, comum, dor aliviada com Olaparax 400mg.

Exame Físico

Olhos secos, pupila irregular, hiperacusia, pressão arterial 140/90 mmHg, pulso regular, fundo de olho normal, exames normais.

Hipótese Diagnóstica

- TLE modificado
- Febre com 41,0

Prescrição Médica

- Linzalol TOT n=8,0 ml reduzir (dose inicial 1/2 gota 10ml)

- Mantenha 2x ALD
- Febre alta Tc se crônica / local / febre
- Uso PAST
- TX da PCD DPT
- Análise da osteoperdi

Dr. Dariôlo Vasconcelos
 Medicina de Urgência
 CRM 18126

Assinatura e Carimbo/Médico

- Destino: () Encaminhado ao Ambulatório () Residência
 () Transferido: Para _____
 () Encaminhado ao setor de internação

MISM
 SEGUINADORA
 17.08.2014

17.08.2014

DPVAT

02/09/14 12:43 HC&G

Vista mobilizar fast (Nostro)

TC de Cervi com lesão subgaleal, cruralic
el posterior da calota craniana, non hemorrágica -
ligadura. TC de tecido cerebral da colesion subgaleal
e punha el/na hemisfério.
fornecido com patologias da C-G.
Relato da C-G / exigiu sua accompanyamento
para cirurgia.

Dr. Dario Vasconcelos
Médico Cirurgião
CRM 18126

02/09/14 20:40 C.G.

Reabilitação Estimulogia non anticontraindicada
PCL=15, espuma e creme.
A unha 2 - Acinoflússus e
candidose.

Dr. Dario Vasconcelos
Médico Cirurgião
CRM 18126



HOSPITAL
MIGUEL ARAEAS
PERNAMBUCO

ESTADO DE PERNAMBUCO

FICHA DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR

Nome: Joãozinho da Silva

Reg. 69367

IMP
HOSPITALAR

1 - EM CASO DE INFECÇÃO À ADMISSÃO, INFORMAR:

Esteve internado no HMA antes do internamento atual? SIM NÃO

Realizou cirurgia ou outro procedimento invasivo no HMA antes do internamento atual? SIM NÃO

Qual cirurgia/ procedimento realizado:

2 - CIRURGIAS REALIZADAS DURANTE INTERNAMENTO ATUAL:

- a) Desbridamento e sutura Classificação: (U) (C) (*)
 (U) (PC) (C) (I)
 - b) _____
 - c) _____
- * (U) limpa, (PC) potencialmente contaminada, (C) contaminada (I) infectada

3 - PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

- Acesso Venoso Periférico Acesso Venoso Central Sondagem Vesical
 Traqueostomia Não realizou procedimentos
- Ventilação Mecânica

4 - INFECÇÕES APÓS 72H DA ADMISSÃO, QUANTIFICADAS À CIRURGIA (item 2) OU AO PROCEDIMENTO INVASIVO (item 3)

SIM NÃO

5 - ANTIMICROBIANOS USADOS:

- Profilático Terapêutico Não utilizou

6 - Necessitou de alguma precaução (contato, respiratório)? SIM NÃO

7 - Data de saída: 05/08/14 Alta Óbito NÃO

Óbito associado à infecção hospitalar? SIM NÃO

8 -DIAGNÓSTICO DE ALTA: a) Descongestionante nasal Prof. Waldemar Góes
b) _____
c) _____

17/07/2016

DPVAT

9 - Observações:

DR. FAGNER ATHAYDE
Medicina e Traumatologia
CRM-PE 16.863
TEOT-12551

Assinatura:

Data: 05/08/14

Carimbo

Ficha de Cirurgia Descritiva

Aviso de Cirurgia : 24117
Paciente : 69367
Convênio Atend. : 1
Leito : 95
Dt. Início : 02/08/2014 23:00
Cid Pré-Operatório : S817
Cid Pós-Operatório :

Sala : 0002

SALA 02

Atendimento : 233824

Carteira :

Idade : 36 Anos

JOHNY CLAUDE DE LIMA

SUS - INTERNACAO

ORTO-507-LEITO 003

Dt. Fim : 02/08/2014 23:21

FERIMENTOS MULTIPLOS DA PERNAS

Procedimentos

Procedimento: 0408050867 TRATAMENTO CIRURGICO DE LESAO AGUDA CAPSULO-LIGAMENTAR MEMBRO INFERIOR
(JOELHO / TORNOZELO)

Convenio: 001

Anestesia:

CIRURGIAO

18757 JEFFERSON CALUME DE OLIVEIRA JUNIOR

Equipe Médica

CIRURGIAO

Descrição Descricão

Descrição Cirúrgica :

DIAGNÓSTICO: FERIMENTO PROFUNDO EM FACE DORSAL DE Perna ESQUERDA
INTERVENÇÃO: LIMPEZA CIRÚRGICA + SUTURA
OPERADOR: DR. JEFFERSON CALUME
1º AUXILIAR: DR. MARIO SENA
2º AUXILIAR: DR. RODRIGO
3º AUXILIAR:
INSTRUMENTADOR:
ANESTESISTA:
ANESTESIA: RAQUE

RELATO DE INTERVENÇÃO

VIA DE ACESSO - ASPECTOS DOS ORGÃOS E LESÕES PRÁTICAS E TÉCNICA - LIGADURAS

SUTURA DRENAGEM - SÍNTese MATERIAL EMPREGADO- CURATIVOS

1. PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL SOB ANESTESIA
2. ASSEPSIA +ANTISSEPSIA
3. APOSIÇÃO DE CAMPOS-ESTÉREIS
4. LAVAGEM EXAUSTIVA COM SF 0,9%
5. EXPLORADOS FERIMENTOS NA PERNAS ESQUERDA
- 6.. SUTURA COM NYLON 2-0
7. CURATIVO

Achados Cirúrgicos:

Descrição Complementar

Mauro Góes
Dr. Mariano Góes 2014

FATURADO

EM 18/08/14

DR(A) : JEFFERSON CALUME DE OLIVEIRA JUNIOR
CRM : 18757

Seguradora

1º 2º 3º 4º

HOSPITAL
MIGUEL ARRAES

Evolução Médica
Traumatologia/Ortopedia

Name: Johnny daudi & lucas
Setor: _____
Reg.: _____
Enfermaria: _____
Leitor: _____

3/8/16	HD: <u>Furunto profundo ferido</u> (D) - Sutura - 1º PTO	#Traumatologia/Ortopedia:
		Paciente clinicamente: () estável () instável: Queixas: (X) Sem Queixas () Queixa de: _____ Intercorrências nas últimas 24h: () Nenhuma Estado Geral: (X) Bom () Regular () Gravé () Afebril () Febre / Consciente () Exame Físico: S10 sob anelino de algodão.
04/03/16	HD: <u>Furunto extenso ferido aberto</u> (E) 2º DPO da sutura.	#Traumatologia/Ortopedia:
		Paciente clinicamente: (X) estável () instável. Queixas: (X) Sem Queixas () Queixa de: _____ Intercorrências nas últimas 24h: () Nenhuma () Sim Estado Geral: (X) Bom () Regular () Gravé () Afebril () Febre / Consciente () Exame Físico: MTC - evolução eau favorável. FO am amais de infecção
11/03/16	HD: <u>Solente nova TAC de crânio</u> (C) OU: inúmeras cernas + apneia	#Traumatologia/Ortopedia:
		Conduita: _____ Cefalograma: _____
11/03/16	HD: _____	Paciente clinicamente: () estável () instável Queixas: () Sem Queixas () Queixa de: _____ Intercorrências nas últimas 24h: () Nenhuma () Sim Estado Geral: () Bom () Regular () Gravé () Afebril () Febre / Consciente () Exame Físico: Conduita: _____
		DIPVADOU



ESPIRITUAL
MIGUEL AREAS

INSTITUTO
NACIONAL

EVOLUÇÃO CLÍNICA

Name: Tony Claro Nogueira Registro: 69362

Clinica: _____

Enfermaria: _____

Leito: _____

Data/Hora

20/08/14 /8 Das 15:00

Ao longo das últimas X

Sessões de exercícios

sentiu-se com fortes dor.

Na terça-feira

foram feitos exames no

centro de assistência

localizado na Rua

Centro, São Paulo,

Salim é um

garotinho que

estava com dor

e febre

no dia

de quinta

fevereiro

DPVAT

MRM EQUIPADOR

12 DEZ. 2013

Foto: Kátia
Oliveira

HOSPITAL
MICHAEL ARRUDA

**HOSPITAL
MICHAEL ARRUDA**
INSTITUIÇÃO

RESUMO DE ALTA HOSPITALAR/ESCLARECIMENTO

NO ME: Mauri **DE HME** **REGISTRO:** 69367

IDADE: 11 **SEXO:** M **DATA DA ADMISSÃO:** 07/07/13 **DATA DA ALTA:** 07/07/14

DIAGNÓSTICOS DEFINIDOS: Fratura de clavícula

TRATAMENTO REALIZADO:

Ortopedia e Cirurgia da articulação do ombro

ORIENTAÇÕES:

Revisão médica e radiografia em 03 meses

PROGRAMAÇÃO APÓS ALTA:

AMBULATÓRIO DE EGRESO SIM **NÃO**

DATA DA CONSULTA AMBULATORIAL: / /

MEMBRO DE CURADORIA

DR. FAGNER ATHAYDE
Traumatologista
Ortopedista
CRM-PE 16.863
TEU: 2551

D) PVA

ESTA CONTA SERÁ PAGA PELO SUS

Atendimento: 233824
Dt Atendimento: 02/08/2014 - 21:17
Paciente: 69367 JOHNY CLAUDE DE LIMA

Serviço: 37 ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
Convênio: 1 SUS - INTERNACAO

Leito: 95 ORTO-507-LEITO 003
Plano: 1 GERAL

Motivo Alta: 1 ALTA MELHORADA
Usuário: ANACS1

CID: S817 FERIMENTOS MULTIPLOS DA PERNAS

Procedimento de Alta 0301060070 - DIAGNOSTICO E/OU ATENDIMENTO DE URGENCIA EM CLINICA CIRURGICA

Observação de Alta

ANA CAROLINE DA SILVA



17 DEZ. 2015



Esta conta foi paga com recursos públicos provenientes de seus impostos e contribuições sociais

HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAES DE ALENCAR



00101

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Janny Claudio DE Lima.RG nº 35.686.357-8, data de expedição 31/03/07, Órgão SSP-PE,CPF nº 225.654.358-78, venho perante a este instrumento declarar que não posso comprovar que em meu nome, sendo certo e verdadeiro que residir no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>A.V. BENEDITO JOÃO MANGINHOS</u>
Número	<u>1057.</u>
Apto / Complemento	<u>NOVO</u>
Bairro	<u>Bairro Novo</u>
Cidade	<u>Ouro Preto</u>
Estado	<u>PE</u>
CEP	<u>53030-040</u>
Telefone de Contato	<u>(84) 8513-3840 · 8526-6926</u>
E-mail	<u></u>

Por ser verdade, firmo-me,

Local e Data: Aracaju, 13-02-2015Assinatura do Declarante: Janny Cláudia de Lima

Sociedade de Serviços

12/02/2015

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3140138069
Vítima: JOHNY CLAUDE DE LIMA

Cidade: Paulista
Data do acidente: 02/08/2014

Natureza: Invalidez Permanente
Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: FERIMENTO EXTEÑO NA Perna PROXIMAL DIREITA- ABRANGENDO A REGIAO POSTERIOR E INTERNA.

Descrição do exame médico pericial: EDEMA DISCRETO DA Perna DIREITA E FLEXAO DO JOELHO ATE 90 GRAUS.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRURGICO: DESBRIDAMENTO
ESTA DE ALTA MEDICA

Sequelas permanentes: APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 01/04/2015

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: DORES MARIA BERNARDES CARNEIRO MENDES

CRM do médico: 52258890

UF do CRM do médico: RJ

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 leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

PRESTADOR

CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

Médico revisor: ARMANDO S ARAUJO

CRM do médico: 52.53331-5

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico: