

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: 000000039172-1

Nr. da Autenticação C7F7F5AAFB865A2C

Rio de Janeiro, 17 de Dezembro de 2014

Carta nº: 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 nº: 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 início 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 nº: 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 nº: 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.

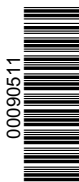
Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.dpvatsegurodotransito.com.br.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início 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 nº: 6744781

A/C: JOHNY CLAUDE DE LIMA

Sinistro: 3140138069
Vítima: 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 Vitimas 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 EXTENSO 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 complicação.

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

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.

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)

MID

☐ 10% ☒ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela)

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela)

☐ 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 - 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

Dores Mendes

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**Valoração 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

Danos não definidos.

% Dimensão Graduação**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: 000000039172-1

Nr. da Autenticação C7F7F5AAFB865A2C



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, JOHNNY CLAUDE DE LIMA,

RG nº 35.686.357-8, data de expedição 31/08/07, Órgão SSP-PE,

CPF nº 225.654.358-18, 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>AV LORENEA JOÃO MANGUINHOS</u>
Número	<u>1057</u>
Apto / Complemento	<u>NOVO</u>
Bairro	<u>BAIRRO NOVO</u>
Cidade	<u>OLINDA</u>
Estado	<u>PE</u>
CEP	<u>53030-070</u>
Telefone de Contato	<u>(81) 8513-3870-8526-6726</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Olinda, 13-02-2015

Assinatura do Declarante: JOHNNY CLAUDE DE LIMA

SECRETARIA

27 FEB 2015

DO V/A



CTC RECIFE PE F13
LARISSA NATHALIA CABRAL SILVA
AV. CORONEL JOAO MANGUINHOS 1057
NOVO
53030-070 OLINDA PE



DT POST: 15/01/2015 - DT VENC: 25/01/2015
7209038539338600000000205030150115

C&A PRIVATE LABEL BRASIL
Vencimento 25/01/2015
Previsão para fechamento da próxima fatura é dia 12/02
Central de Atendimento BradesCard
REG. METROPOLITANAS E PRINCIPAIS CAPITAIS 4004-9555
OUTRAS LOCALIDADES 0800-9799555

Limite de Crédito	300,00	Taxas ao mês	Taxas ao ano
Limite de Saque	20,00	14,90%	426,47%
Encargos do Período		16,99%	557,33%
Enc. Mx. Rotativo/Saque Próx. Período		13,90%	376,74%
Encargos de Saque do Período		18,99%	557,33%
Financiamento saque / compras em atraso		1,00%	12,89%
• Mora •		2,00%	
• Multa •			

INCCET-Custo Efet Tot Máximo p/ Próx Período AA 820,27%

IOF 0,0041% ao dia + 0,38% adicional

Saldo Anterior (R\$) - Crédito + Pagamento Débitos =

Saldo Internacional (US\$) Cotação Dólar Data de Cotação (US\$) =

Saldo Nacional 236,43

Total Nacional 236,43

Total Internacional 0,00

Total 236,43

Os impostos incidentes sobre as operações contratadas, conforme a legislação em vigor (inclusive IOF) poderão ser incorridos pelo titular.
ATENÇÃO: Em caso de pagamento inferior ao valor total, o consumidor deverá arcar com as taxas e encargos apontados nesta fatura, incidindo sobre a diferença entre o valor total e o valor pago. Para o pagamento mínimo até a data do vencimento, os encargos serão de até R\$ 30,65.



Bradesco

237-2

23794.15009 98103.800086

14000.224502

4 0000000000000000

Nome do Pagador/CFF/CNPJ/Endereço
LARISSA NATHALIA CABRAL SILVA /082.349.284-22
/AV. CORONEL JOAO MANGUINHOS, 1057 /NOVO OLINDA - PE/53030-070

Sacador/Avulista

Nosso Número

81038000814

Nº do Documento

00004035

Data de Vencimento

25/01/2015

Valor do Documento

R\$ 238,43

(=) Valor Pago

R\$ 238,43

Nome do Beneficiário/CNPJ/CFF/Endereço

BANCO BRADESCARD S.A. 04.184.778/0001-01

Agência/Código do Beneficiário

4150/0002245-4

/ Alameda Rio Negro, 585 - Alphaville - Barueri - SP.

Autenticação Mecânica

SAC: 0800 721 1506 / SAC Deficiente Auditivo: 0800-721-1508 / Ouvidoria BradesCard: 0800 722 2073



Fatura Mensal

(Pág.: 01/02)

C&A PRIVATE LABEL BRASIL
Cartão 1001.17***.0250

Data	Descrição	Crédito	Débito
25/12	Saldo Anterior		141,6

Movimentações Nacionais em Reais (R\$)

	Ng 1001.17***.0250
LARISSA N C SILVA	
02/08 COMPRA PARCELADA	04/08
02/12 COMPRA PARCELADA	02/02
12/01 ENCARGOS FINANCEIROS *	
12/01 JUROS DE MORA	1,41
25/12 MULTA POR ATRASO	2,83
12/01 DIVIDA FAMILIAR FARMACIA	2,49
TOTAL NACIONAL	98,78

0,00

96,78

Juros da(s) Parcela(s) da Compra	R\$ 7,46
Juros da(s) Parcela(s) do Saque	R\$ 0,00
Juros da Fatura Parcelada	R\$ 0,00

PAGAMENTO MÍNIMO

R\$ 58,00

13/99

TOTAL DESTA FATURA

R\$ 238,43

1001.17***.0250



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, JOANY CLAUDE DE LIMA,

RG nº 350.86.357-8, data de expedição 31/08/07, Órgão SSP-PE

CPF nº 225.654.358-78 venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço baixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Prça)	<u>RUA: TERRA NOVA.</u>
Número	<u>05</u>
Apto / Complemento	<u>AP. 003.</u>
Bairro	<u>ARTHUR LUNDEGRENTE</u>
Cidade	<u>PAULISTA.</u>
Estado	<u>PE</u>
CEP	<u>53415-410.</u>
Telefone e Contato	<u>(81) 8533-3870. 8626-6726.</u>
E-mail	<u>8352-8382/8828-8688</u>

Foi justificado, firmo-me.

Assinatura do Declarante: _____

Assinatura do Declarante: JOANY CLAUDE DE LIMA





SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DE PERNAMBUCO

CERTIDÃO

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(º). 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 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(º) 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 desta certidão deve ser confirmada através do portal do Corpo de Bombeiros, no site <http://www.cbm.pe.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, JOHNY CLAUDE DE LIMA, portador da carteira de identidade nº 35686.357-8 e inscrito no CPF/MF sob o nº 225.654.358-78 residente e domiciliado na RUA: TERRA NOVA, N:05, DP.003, ARTHUR LUDENGRER L Cidade LAULISTA, 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 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.

Rafaely claudete de Oliveira

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

Abreu Lima 05/12/14.

Local e data





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

353700

OCORR
Comui
* STATUS DA OCORR



DADOS GERAIS DA OCORRÊNCIA

PRF: 1038843 - ROBISON TENORIO MENDES
Município/UF: PAULISTA/PE
Fase do dia: Perno dia Condições da pista: Sinalização existente: Vertical
Houve danos ao patrimônio da União? Não
Houve solicitação de perícia? Não
A perícia compareceu ao local do sinistro? Não
Data/Hora do Acidente (hora local): 02/08/2014 15:00 BR: 101 KM: 570
Tipo de Acidente: Colisão Transversal Sentido da Via: Decrescente
Restrições de Visibilidade: Inexistente
Condição meteorológica: Céu Claro

DESCRIÇÃO DOS DANOS AO PATRIMÔNIO DA UNIÃO:

Houve danos ao patrimônio de terceiros? Não

DESCRIÇÃO DOS DANOS AO PATRIMÔNIO DE TERCEIROS:

Houve danos ao ambiente? Não

DESCRIÇÃO DOS DANOS AO AMBIENTE:

CONDIÇÃO DA RODOVIA:

Uso do Solo: Urbano Tipo de Localidade: Comercial
Existe acostamento? Não Estado de Conservação: Há desnível? Não É pavimentado? Não Largura (m): 0
Possui defesa? Não Possui meio-fio? Não Possui sarjeta? Não
Existe canteiro central? Sim Estado de Conservação: Bom Largura (m): 5 Tipo de inclinação: Plano
Obstáculo ao Cruzamento: Meio-Fio Estado de Conservação do Obstáculo: Bom

Faixa de Domínio - Estado de Conservação: Bom Ocupação: Comércio
Cerca: Não existe Pista de Rolamento - Estado de Conservação: Bom Tipo: Múltipla Qtd. de Faixas: 2
Tipo de Pavimento: Asfalto Perfil: Em nível Traçado: Reia Curva Vertical: Não Existe Superelevação: Não
Superlargura: Não Largura da Pista (m): 7 Estreitamento: 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



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

VEÍCULOS ENVOLVIDOS

Placa: [] Sequencial: [V2] Descrição: [ITALYCA PRETA SEM PLACAS] Chassi: [] Renavam: []
Marca/Modelo: [] Cor: [PRETA] Ano: [] Tipo: [Motocicla] Emplacamento: []
Ocupantes: [1] Espécie: [Passageiro] Categoria: [Particular]
Proprietário: [JOHNY CLAUDE DE LIMA] CPF/CNPJ: [225.654.358-78] CEP: []
Endereço: [RUA TERRA NOVA, 5]
Município/UF: [PAULISTA/PE]
COMBINAÇÃO DE VEÍCULO DE CARGA
Placa U1: [] Placa U2: [] Placa U3: [] Placa U4: []
Origem: [PAULISTA/PE - BRASIL] Destino: [ABREU E LIMA/PE - BRASIL]
Telefones: []

CIRCUNSTÂNCIA DO VEÍCULO

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: [Outro veículo] Incêndio? [Não]
Marcas de Freagem (m): [0,0] Estado dos Pneus: [Bom]
Descrição do Recolhimento:
PAULO DA CARGA
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: [] Data/Hora da Recepção (hora local): [] Motivo: []
Responsável pela Recepção: []
Documento do Responsável: []
Município/UF: [] Descrição do Encaminhamento: []

CONDUTOR ENVOLVIDO

Veículo: [V1/KLH-9294]
Nome/Apelido: [FERNANDA VICENTE NERI]
Data de Nascimento: [21/07/1983] Sexo: [Feminino] Estado Civil: [Não Informado]
Nome do Pai: [FERNANDO VICENTE NERI]
Nome da Mãe: [MARIA LUCIA DA SILVA]
Endereço: [RUA PRESIDENTE VARGAS 7576]
Município/UF: [PAULISTA/PE]
Naturalidade: [] Nacionalidade: [BRASIL]
CPF: [040.805.744-89] Documento de Identificação: [6478867] Orgão Expedidor: [SDS /PE]
CEP: [53.415-260]
Grau de Instrução: [Não Informado]
Ocupação Principal: []
Origem: [PAULISTA/PE - BRASIL] Destino: [IGARASSU/PE - BRASIL]
Estado Fiscal: [Irris] Socorrido pela PRF? [Não] Usava Cinto? [Sim] Usava Capacete? [Não Aplicável]
Existe Declaração em Anexo? [Não] Havia Vestígio de Ingestão de Alcool? [Não]
Transcrição da Declaração: []

Condutor é Habilitado? [Sim] Categoria CNH: [B] Registro CNH: [03070785950/PE] Primeira Habilitação: [28/10/2003]
Validade CNH: [17/07/2018] País CNH: [] Dormir? [Não] Km Percorridos: [20,0] Horas Dirigindo: [00:30]
Perfomance: []

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

ENCAMINHAMENTO DO CONDUTOR
Tipo de Receptor: [] Responsável pela Recepção: [] Data/Hora da Recepção (hora local): []
Documento do Responsável: [] Motivo: []
Município/UF: []
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

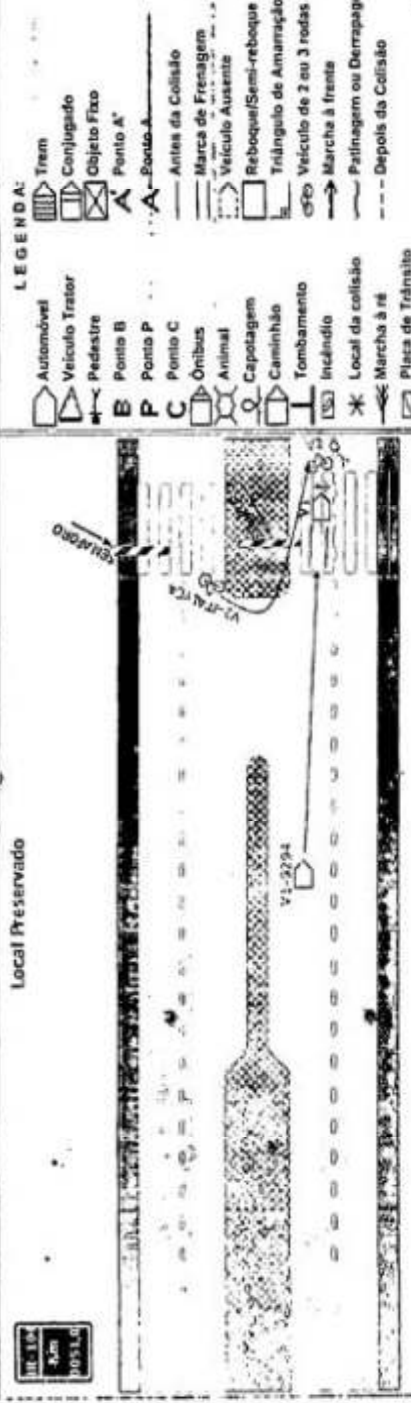


MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
Departamento de Polícia Rodoviária Federal
Sistema de Informações Operacionais
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

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

CROQUI

Local Preservado



Latitude do Ponto C: _____

Longitude do Ponto C: _____

Referência do Ponto A/A': _____

Referência do Ponto B: _____

Distância AB (m): _____

Distância AC (m): _____

Distância BC (m): _____

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 - KUH9294 - FIAT UNO, ESTAVA NA VIA PRINCIPAL E SEGUIA NORMALMENTE O FLUXO, QUANDO O V2 - SHYNERAY - LL01BB20281100655, CRUZOU AS FAIXAS E AO CHEGAR PRÓXIMO AO SEMÁFORO INVADIU INADVERTIDAMENTE A PISTA PRINCIPAL, ONDE SE ENCONTRAVA O V1 CAUSANDO O ACIDENTE.

VEÍCULOS ENVOLVIDOS

Placa: KUH-9294 Sequencial: V1 Descrição: _____ Chassi: 98D15804AA6319741 Renavam: 0015425038

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

Ocupantes: 1 Espécie: Passageiro Categoria: _____ CPF/CNPJ: 923.069.004-00

Proprietário: JOSENILDO JOSE DE OLIVEIRA

Endereço: RUA PRESIDENTE VARGAS 7576 CEP: 53.415-260

Município/UF: (PAULISTA/PE) Telefones: _____

COMBINAÇÃO DE VEÍCULO DE CARGA

Placa U1: _____ Placa U2: _____ Placa U3: _____ Placa U4: _____

Origem: PAULISTA/PE - BRASIL Destino: IGARASSUPE - BRASIL

CIRCUNSTÂNCIA DO VEÍCULO

Manobra do Veículo no Acidente: Seguiu fluxo Saída de pista? Não Derrapagem? Não Capotagem? Não Tombamento? Não

Colisão com Objeto Fixo: Não Houve Colisão com Objeto Móvel: Outro veículo Incêndio? Não

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

Descrição do Recolhimento:

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: _____ Data/Hora da Recepção (hora local): _____ Motivo: _____

Responsável pela Recepção:

Documento do Responsável:

Município/UF: _____ 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

17 SET. 2016



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

CONDUCTOR ENVOLVIDO:

Veículo: VZJ ITALYCA PRETA SEM PLACAS

Nome/Apelido: JOHNY CLAUDE DE LIMA

Data de Nascimento: [] Sexo: [Masculino] Estado Civil: [Solteiro]

Nome do Pai: [IVANILDO HORACIO DE LIMA]

Nome da Mãe: [MARIA JOSE MELO DE LIMA]

Endereço: [RUA TERRA NOVA 5]

Município/UF: [PAULISTA/PE]

Naturalidade: [PAULISTA/PE]

CPF: 1225.654.333-76

Documento de Identificação: 356863578

Origem: [PAULISTA/PE - BRASIL]

Estadão Físico: [Lesões Graves]

Existe Declaração em Anexo? [Não]

Transcrição da Declaração:

Conductor é Habilitado? [Não]

Validade CNH: []

Pertences: []

Informações Complementares: [Envolvido conduzido por viatura do Corpo de Bombeiros 2ºGBAPH ao HMA]

ENCAMINHAMENTO DO CONDUCTOR

Tipo de Receptor: []

Documento do Responsável: []

Município/UF: []

Descrição do

Conductor é Habilitado? [Não] Categoria CNH: [] Registro CNH: [] Primeira Habilitação: []

Validade CNH: [] País CNH: [] Dormia? [Não] Km Percorridos: 10,0 Horas Dirigindo: 01:00

Pertences: []

Informações Complementares: [Envolvido conduzido por viatura do Corpo de Bombeiros 2ºGBAPH ao HMA]

ENCAMINHAMENTO DO CONDUCTOR

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

Documento do Responsável: []

Município/UF: []

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

MBM
SEGURADORA

1 / DEZ. 2014

DPVAT



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

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

RELATÓRIO DE AVARIAS PARA CLASSIFICAÇÃO DO DANO EM AUTOMÓVEIS, CAMIONETAS, 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: 1038843 Data: 02/08/2014 15:00

Item	Descrição do componente	Valor	Sim	Não	Item	Descrição do componente	Valor	Sim	Não	
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	Para-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	Para-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

Item		SIM NAO		SIM NAO	
Descrição do componente		Item		Descrição do componente	
49	Air Bag Motorista		X	55	Faróis
50	Air Bag Passageiro		X	56	Lanternas (dianteiras, laterais, e/ou traseiras)
51	Air Bag Lateral		X	57	Retrovisores externos (direito e/ou esquerdo)
52	Local gravação VIL		X	58	Para-choques (dianteiro e/ou traseiro)
53	Para-brisa		X	59	Rodas/pneus
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

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

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 acidente 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 09:29:24
NÚMERO DE CONTROLE: 4b6cb164e4743786

17 DEZ 2014



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 ASSEMBLADOS

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 nele instalados.	2	X		
2	Sist. de freio dianteiro hidráulico ou mecânico (fixações, mangueiras, cabos, acionamentos, pinças, tambor, disco, etc)	2			X
3	Amortecedor(es) tras. (inclusive fixação no chassi).	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, acionamentos, pinça, tambor, 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
Descrição- Componentes estruturais					
A	Coluna de direção e mesas sup./inf. (folga anormal, danos)	3		X	
B	Amortecedores) dianteiro(s)	3		X	
C	Chassis (deformações, desalinhamentos, rompimentos, etc.)	3		X	
D	Garfo traseiro (deformações; desalinhamentos, rompimentos, etc.)	3		X	
Soma dos pontos de todos os itens assinalados nas colunas "SIM" e "NA":		5			

CLASSIFICAÇÃO DO DANO DO VEÍCULO

- ☒ Dano de Pequena Monta: até 16 pontos, somando os pontos de todos os itens assinalados nas colunas "SIM" e "NA", desde que não tenham sido danificados nenhum componente estrutural.
- ☐ Dano de Média Monta: acima de 16 pontos, somando os pontos de todos os itens assinalados nas colunas "SIM" e "NA", desde que não tenham sido danificados três ou mais componentes estruturais.
- ☐ Dano de Grande Monta: quando tiverem sido assinalados nas colunas "SIM" e "NA", três ou mais componentes estruturais, independentemente do somatório 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 avaliar 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)

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

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

MEM
SEGURADORA

17-08-2014

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

DPVAT
Página 8 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, CAMIONETAS, CAMINHONETES E UTILITÁRIOS

Veículo: V1 / FIAT/UNO MILLE WAY ECON

Placa: KLH-9294

Nome do Agente/Assinatura: ROBISON TENORIO MENDES

Nº BOAT: 83232516

Registro/Matricula do Agente: 1036843

Data: 02/08/2014 15:00



5 e 6



Traseira



Lateral Esquerda



Lateral Direita

JUSTIFICATIVA

VERIFICAÇÃO CF AUT. TIC

A INTERNET: <http://www.dorf.gov.br>

DATA/HORA DA EXPEDIÇÃO:
NÚMERO DE CONTROLE:

02/2014 09:25:14
3*64m67c3*RS

SEGURODORA

17-05-2016

DPVAT

* Se o valor for maior que o valor de encerramento, o status será "ENCERRADA"

m que o status seja "ENCERRADA"

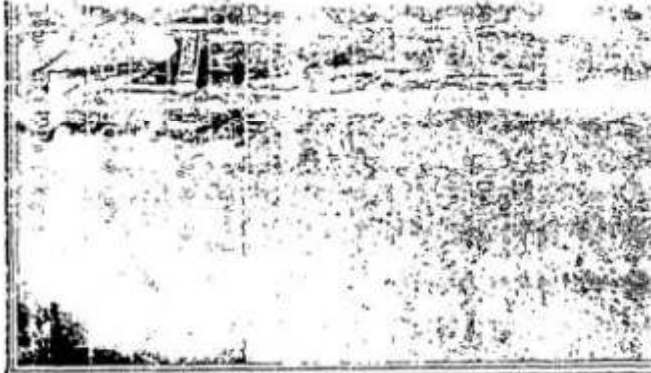


MINISTÉRIO
Departamento de
Sistema de Inform.
BOLETIM DE ACI

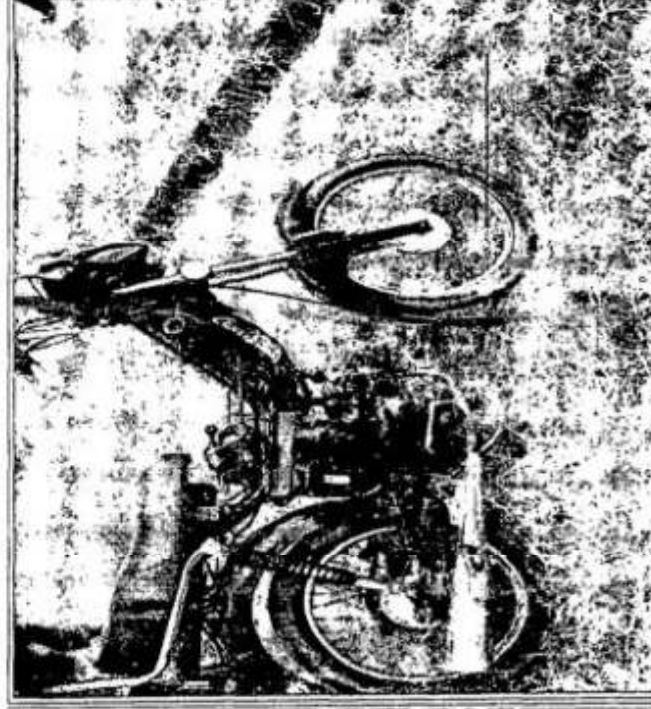
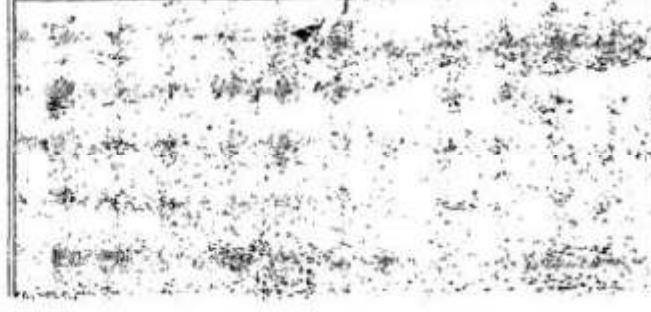
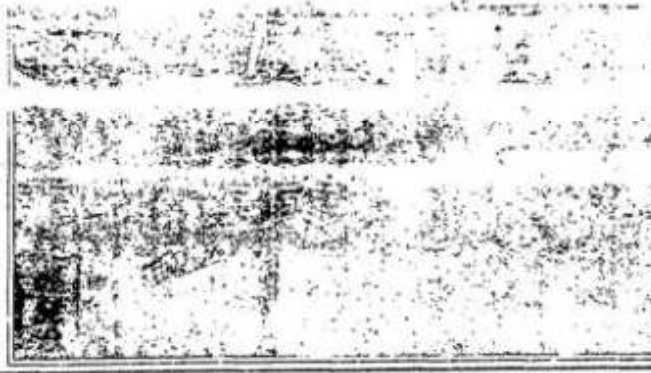
A JUSTIÇA
Via Rodoviária Federal
es Operacionais
TE DE TRANSITO

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

RELATÓRIO DE AV.	
Veículo: V2	AS PARA CLASSIFICAÇÃO DO DANO EM MOTOCICLETAS E ASSEMELHADOS
Nome do Agente/Assinatura: R.	Placa:
Registro/Matrícula do Agente: 3843	Nº BOAT: 83232516
	Data: 02/08/2014 15:00



Traseira



Traseira

Lateral Direita

JUSTIFICATIVA

MBM
SEGURADORA

VERIFICAÇÃO D. AUT. 15-1
DATA/HORA DA E. FEDI
NÚMERO DE CC. ROL

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

3/2014 09:29:24
916464743786

17 JUL 2016

DPVAT

* Somente possuem for 1.2

em que o status seja "ENCERRADA"



AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO



Seguradora Líder - DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

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, JOHNY CLAUDIO DE LIMA

PORTADOR(A) DO RG Nº 35686.357-8

EXPEDIDO POR SSP. PE

EM 31/08/07 E

CPF 2223654358-7 / CNPJ 000000000000000000

PROFISSÃO -

E RENDA MENSAL DE R\$ (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO

SEGURO DPVAT DA VÍTIMA JOHNY CLAUDIO 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 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 podem aparecer termos: SALÁRIO, FUNCIONAL, INSS, BOLSA FAMILIA, 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 SISPDPVAT 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, 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.

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, ITAÚ 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 e ITAÚ têm acordo junto à Seguradora Líder-DPVAT 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 do BANCO 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 1581 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 033

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

Nº do BANCO 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 1581 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 39172-1

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.

Assinatura 05 de dezembro de 2014

LOCAL E DATA

Jany claudio de Lima

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.



AUTO-ATENDIMENTO - AG CARLOS GOMES
DATA: 12/12/2014 HORA: 12:16:07
TERMINAL: 03691038 CONTROLE: 036910380002
CONTA CREDITADA: 1581.013.00039172-1
NOME: JOHNY CLAUDE DE LIMA

VALOR TOTAL EM DINHEIRO:

NÚMERO DO ENVELOPE:

NÚMERO DE CONTROLE:

3892391353
351160456

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

Informações, reclamações, sugestões e elogios

SAC CAIXA: 0800-725 0101

Ouvidoria da CAIXA: 0800-725 7474

www.caixa.gov.br



COMPRA E VENDA

Eu, Maria Gleyciane Pereira da Silva, RG. 200000203724 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: LCL1B8 20261100003

Marca: I/LONGIN.

Modelo: ST 50CC 2011.

Ano Fab/ Mod: 2011/2011.

Motor: LC139FNB/A 135393.

Cor: Preta.

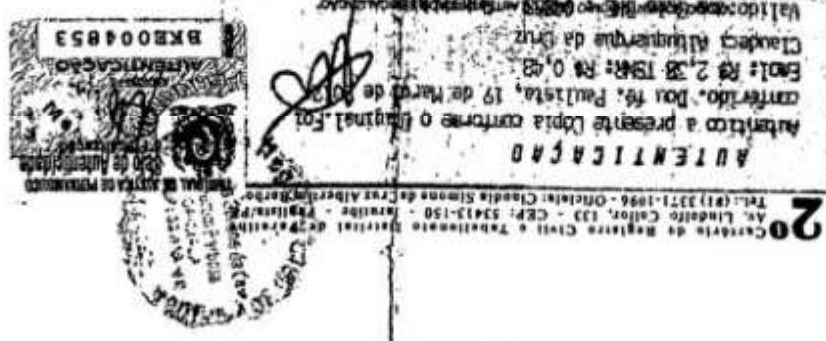
No valor de R\$ 2,400,00

Os mesmos se encontram cientes.

Vendedor(a) Maria Gleyciane Pereira da Silva
Comprador(a) Johnny Claude de Lima
Testemunha(1) Antonio Gomes de Lima
Testemunha(2) Antonio Gomes de Lima

De um acordo.

Paulista, 17 de MARÇO, de 2012.



100
 101
 102
 103
 104
 105
 106
 107
 108
 109
 110
 111
 112
 113
 114
 115
 116
 117
 118
 119
 120
 121
 122
 123
 124
 125
 126
 127
 128
 129
 130
 131
 132
 133
 134
 135
 136
 137
 138
 139
 140
 141
 142
 143
 144
 145
 146
 147
 148
 149
 150
 151
 152
 153
 154
 155
 156
 157
 158
 159
 160
 161
 162
 163
 164
 165
 166
 167
 168
 169
 170
 171
 172
 173
 174
 175
 176
 177
 178
 179
 180
 181
 182
 183
 184
 185
 186
 187
 188
 189
 190
 191
 192
 193
 194
 195
 196
 197
 198
 199
 200
 201
 202
 203
 204
 205
 206
 207
 208
 209
 210
 211
 212
 213
 214
 215
 216
 217
 218
 219
 220
 221
 222
 223
 224
 225
 226
 227
 228
 229
 230
 231
 232
 233
 234
 235
 236
 237
 238
 239
 240
 241
 242
 243
 244
 245
 246
 247
 248
 249
 250
 251
 252
 253
 254
 255
 256
 257
 258
 259
 260
 261
 262
 263
 264
 265
 266
 267
 268
 269
 270
 271
 272
 273
 274
 275
 276
 277
 278
 279
 280
 281
 282
 283
 284
 285
 286
 287
 288
 289
 290
 291
 292
 293
 294
 295
 296
 297
 298
 299
 300
 301
 302
 303
 304
 305
 306
 307
 308
 309
 310
 311
 312
 313
 314
 315
 316
 317
 318
 319
 320
 321
 322
 323
 324
 325
 326
 327
 328
 329
 330
 331
 332
 333
 334
 335
 336
 337
 338
 339
 340
 341
 342
 343
 344
 345
 346
 347
 348
 349
 350
 351
 352
 353
 354
 355
 356
 357
 358
 359
 360
 361
 362
 363
 364
 365
 366
 367
 368
 369
 370
 371
 372
 373
 374
 375
 376
 377
 378
 379
 380
 381
 382
 383
 384
 385
 386
 387
 388
 389
 390
 391
 392
 393
 394
 395
 396
 397
 398
 399
 400
 401
 402
 403
 404
 405
 406
 407
 408
 409
 410
 411
 412
 413
 414
 415
 416
 417
 418
 419
 420
 421
 422
 423
 424
 425
 426
 427
 428
 429
 430
 431
 432
 433
 434
 435
 436
 437
 438
 439
 440
 441
 442
 443
 444
 445
 446
 447
 448
 449
 450
 451
 452
 453
 454
 455
 456
 457
 458
 459
 460
 461
 462
 463
 464
 465
 466
 467
 468
 469
 470
 471
 472
 473
 474
 475
 476
 477
 478
 479
 480
 481
 482
 483
 484
 485
 486
 487
 488
 489
 490
 491
 492
 493
 494
 495
 496
 497
 498
 499
 500
 501
 502
 503
 504
 505
 506
 507
 508
 509
 510
 511
 512
 513
 514
 515
 516
 517
 518
 519
 520
 521
 522
 523
 524
 525
 526
 527
 528
 529
 530
 531
 532
 533
 534
 535
 536
 537
 538
 539
 540
 541
 542
 543
 544
 545
 546
 547
 548
 549
 550
 551
 552
 553
 554
 555
 556
 557
 558
 559
 560
 561
 562
 563
 564
 565
 566
 567
 568
 569
 570
 571
 572
 573
 574
 575
 576
 577
 578
 579
 580
 581
 582
 583
 584
 585
 586
 587
 588
 589
 590
 591
 592
 593
 594
 595
 596
 597
 598
 599
 600
 601
 602
 603
 604
 605
 606
 607
 608
 609
 610
 611

TRANSPORTADOR/VOLÚMENES TRANSPORTADOS									
ALABO SOCIAL		NOME DO CARRÃO DE		CÓDIGO UNIT		PLACA DO VEÍCULO		DATA/PPV	
		0 - ENTREGUE 1 - DESTINATÁRIO		9					
		RECEBIDO						INSCRIÇÃO ESTADUAL	
SUSCRO									
QUANTIDADE DE VOLUMES		ESTRUC		POLICIA		MORANGAO		PESO BRUTO	
								PESO LÍQUIDO	

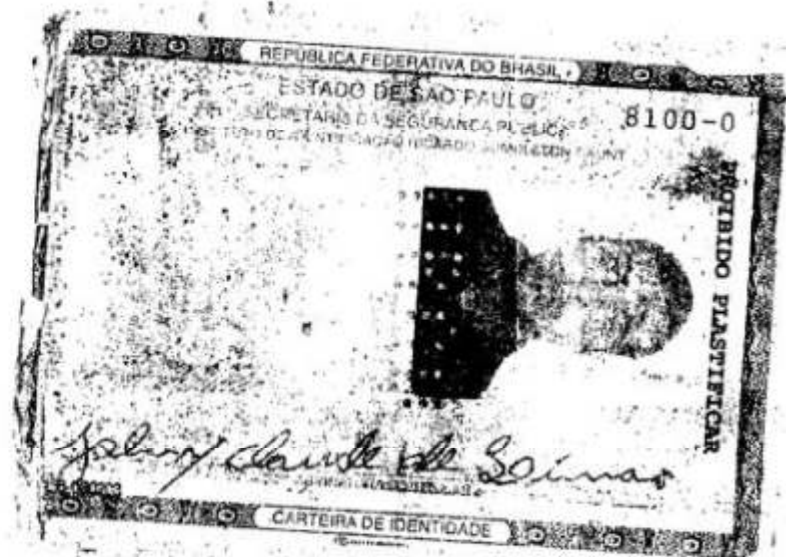
CALCULO DO IRRF	VALOR TOTAL DOS SERVIÇOS	BASE DE CALCULO DO IRRF	VALOR DO IRRF
INSCRIÇÃO MUNICIPAL			

and > 0



0012

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
REGISTRO GERAL	35.686.357-8 DATA DE EXPIRAÇÃO 31/AGO/2007
NOME	JOHNY CLAUDE DE LIMA
FILIAÇÃO	IVANILDO HORACIO DE LIMA E MARIA JOSE MELO DE LIMA
NATURALIDADE	PAULISTA - PE DATA DE NASCIMENTO 17/DEZ/1977
DOC ORIGEM	ABREU E LIMA - PE ABREU LIMA
CPF	225654358/78
CN: LV.A043/FLS.0068/N.004768	
LEI N 7.116 DE 29/08/85	





DADOS DO PACIENTE

Paciente:	JOHNY CLAUDE DE LIMA	Prontuário:	69367
Idade:	36a 7m 15d	Estado Civil:	SOLTEIRO
Profissão:		Data de Nascimento:	17/12/1977
R.G.:		C.P.F.:	
Endereco:	IGNORADO	Telefone:	31819859
			- VILA TORRES GALVAO
			- PAULISTA
		CEP	53403319
			- PE
Origem:	URGENCIA/EMERGENCIA	Data e Hora da Internação:	2/8/2014 21:17
Convênio:	SUS - INTERNACAO	Plano:	GERAL
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.:	
Endereço:		- Número:			
Telefone:					

DADOS DA LIBERAÇÃO DO PACIENTE

Data da Alta:	05/08/14	Hora da Alta:	16:06	
Motivo:	<input checked="" type="checkbox"/> Melhorado	<input type="checkbox"/> A Pedido	<input type="checkbox"/> Transferência	<input type="checkbox"/> Evasão
Condições de Alta:	BOB, f.o, O.K. SOB			
Diagnóstico Principal.....:	F-32.10 - Estado Pânico			
Diagnóstico Secundário01.:				
Diagnóstico Secundário02.:				
Procedimento.....:	Oxigenoterapia + suvix			

Responsável pela retirada do paciente Assinatura e RG

TERMO DE RESPONSABILIDADE

Autorizo a internação do paciente acima mencionado no HOSPITAL MIGUEL ARRAES bem como os tratamentos clínicos e cirúrgicos (Intervenção cirúrgica, anestésias, 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.

Em ____ de ____ de ____

Assinatura e RG do paciente ou pessoa responsável

MEM

SECRETARIA

17 DEZ. 2014

DPVAT

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento: 233817 Prontuário: 69367 SAME: 60264 Hora Atend: 15:22 Data Atend 02/08/2014
Paciente: JOHNY CLAUDE DE LIMA Idade: 36 a
Endereço: IGNORADO UF: PE CEP: 53403319
Bairro: VILA TORRES GALVAO Plano: PLANO UNICO
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



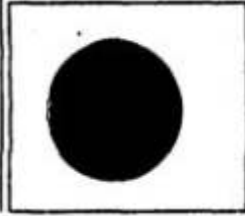
JEFFERSON CALUME DE OLIVEIRA JUNIOR / 18757
CIRURGIA GERAL

HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRARES 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

Queixa Principal:

RNC E LESÃO EXTENSA EM MMII APÓS ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO HÁ 20 MINUTOS.

Observação:

PACIENTE TRAZIDO PELOS BOMBEIROS, GLAGOW 8, COM LESÃO CORTO CONTUSA EM REGIÃO CEFÁLICA.

Fluxograma sintoma:

TRAUMA GRAVE

Discriminador(es):

- PALIDEZ CUTÂNEA E SUDORESE / PELE FRIA
- SSVV NORMAIS

Especialidade:

CIRURGIA GERAL

Alergia(s):

Sinais Vitais Lidos:

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

Recursos Utilizados:

Intervenções Salva

Vida:

Situações de Alto

Risco:

UNID. APARECIDA AMORIM
Enfermeira
COREN PE 205550

SECRETARIA DE SEGURADORA

02.08.2014

Acolhido(a) por: MARIA APARECIDA AMORIM DO AMARAL

Data: 02/08/2014 17:09

02/08/14
17:20h.

Autopédia

Paciente vítima de acidente automobilístico,
opresenta ferimento extenso com desalinhamento na
face posterior com extensão para lateral medial
de perna direita.

CD: Aguardo o ato da cirurgia qual para procedi-
mento cirúrgico.


Priscila Lemos
Médica
10.308

02/08/14 17:43 ACB#

Verifica ecodoppler FAST (Negativo)

TC de Crânio com Scanlon subgaleal, crânio e
a feitura de colar de crânio, sem lesões detectadas -
lesões. TC de tórax sem lesões de lesões pulmonares
e pâncreas sem lesões.

portando com gastrostomia via L.C.

Relato de L.C. , seguir em acompanhamento
com Ecotopia.

Dr. Danilo Vasconcelos
Médico Cirurgião
CRM 18126

02/08/14 20:40 L.C.

Realiza Ecodoppler em subcutâneo
ECG=15, sem lesões, acidez.

A verba Z - Acionamento e
análise

Dr. Danilo Vasconcelos
Médico Cirurgião
CRM 18126

FICHA DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR

Nome João Carlos de Lima Reg. 69367

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:

Não realizou ()

a) Drenagem de abscesso Classificação: (L) (PC) (C) (I)*
b) _____ Classificação: (L) (PC) (C) (I)
c) _____ Classificação: (L) (PC) (C) (I)

* (L) limpa, (PC) potencialmente contaminada, (C) contaminada (I) infectada

3 - PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

Acesso Venoso Periférico (X) Acesso Venoso Central () Sondagem Vesical ()
Ventilação Mecânica () Traqueostomia () Não realizou procedimentos ()

4 - INFECÇÕES APÓS 72H DA ADMISSÃO, OU relacionadas à cirurgia (item 2) OU ao procedimento invasivo (item 3)

SIM () NÃO (X)

5 - ANTIMICROBIANOS USADOS:

Profilático (X) Terapêutico () Não utilizou ()

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

7 - Data de saída: 05/08/14 Alta (X) Óbito ()
Óbito associado à infecção hospitalar? SIM () NÃO ()

8 - DIAGNÓSTICO DE ALTA: a) Drenagem de abscesso

b) _____

c) _____

9 - Observações: _____

DR. FAGNER ATHAYDE

Ortopedia e Traumatologia
CRM-PE 16.863
TEOT-12551

Assinatura

Carimbo

Data: 05/08/14

SEGUNDA-FEIRA

17 DEZ 2016

DPVAT

HOSPITAL MIGUEL ARRAESMV 2000 - Sistema de Centro Cirúrgico e Obstétrico
Ficha de Cirurgia Descritiva

Página.: 0001

Data.....: 02/08/2014

Hora.....: 23:22

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

JOHNY CLAUDE DE LIMA

SUS - INTERNACAO

ORTO-507-LEITO 003

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

FERIMENTOS MULTIPLOS DA PERNA

Atendimento : 233824

Carteira :

Idade : 36 Anos

Procedimentos

Procedimento: 0408050667

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

SUS - INTERNACAO

Convênio: 001

Anestesia:

Equipe Médica

CIRURGIAO

18757 JEFFERSON CALUME DE OLIVEIRA JUNIOR

Descrição**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 + ANTISSEPZIA
3. APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS
4. LAVAGEM EXAUSTIVA COM SF 0,9%
5. EXPLORADOS FERIMENTOS NA PERNA ESQUERDA
6. SUTURA COM NYLON 2-0
7. CURATIVO

Achados Cirúrgicos:**Descrição Complementar****FATURADO**

EM 12/08/14

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

MBA

SEGURADORA

1º SET. 2014

HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAES DE ALENCAR

DPVA

Nome: Johnny David de Jesus

Setor: Enfermaria Leito: Reg.

<p>3/8/14</p>	<p>HD: <u>ferimento profundo femur D - Sutura - 1ª DPV</u></p> <p>Paciente clinicamente: <input checked="" type="checkbox"/> Estável () Instável</p> <p>Queixas: <input checked="" type="checkbox"/> Sem Queixas () Queixa de:</p> <p>Intercorrências nas últimas 24h: <input checked="" type="checkbox"/> Não () Sim</p> <p>Estado Geral: <input checked="" type="checkbox"/> Bom () Regular () Grave <input checked="" type="checkbox"/> Afébril () Febril / Consciente</p> <p>Exame Físico: <u>S/O pelo curativo realizado</u></p> <p><u>Plastrão aplicado e preservado até M.D.</u></p> <p>Conduta: <u>curativo</u></p> <p><u>Dr. J. M. Miguel Arras</u></p> <p><u>Ortopedia e Traumatologia</u></p> <p><u>#Traumatologia/Ortopedia</u></p>
<p>4/8/14</p>	<p>HD: <u>Terminado exame em puna E</u></p> <p><u>2: DPV de sutura</u></p> <p>Paciente clinicamente: <input checked="" type="checkbox"/> Estável () Instável</p> <p>Queixas: <input checked="" type="checkbox"/> Sem Queixas () Queixa de:</p> <p>Intercorrências nas últimas 24h: <input checked="" type="checkbox"/> Não () Sim</p> <p>Estado Geral: <input checked="" type="checkbox"/> Bom () Regular () Grave <input checked="" type="checkbox"/> Afébril () Febril / Consciente</p> <p>Exame Físico: <u>suprindo</u></p> <p><u>MTC - punção e curativo punhado. FO</u></p> <p><u>em anexo de infecção</u></p> <p>Conduta: <u>1) Sutura nova TAC de crânio</u></p> <p><u>2) Injeção de curativo</u></p> <p><u>Dr. J. M. Miguel Arras</u></p> <p><u>Ortopedia e Traumatologia</u></p> <p><u>#Traumatologia/Ortopedia</u></p>
<p>1/1</p>	<p>HD: <u>1) Sutura nova TAC de crânio</u></p> <p><u>2) Injeção de curativo</u></p> <p>Paciente clinicamente: () estável () instável</p> <p>Queixas: () Sem Queixas () Queixa de:</p> <p>Intercorrências nas últimas 24h: () Não () Sim</p> <p>Estado Geral: () Bom () Regular () Grave () Afébril () Febril / Consciente</p> <p>Exame Físico: <u>SEGURADORA</u></p> <p><u>17 DEZ 2014</u></p> <p><u>DPVAT</u></p>

EVOLUÇÃO CLÍNICA

Nome: JOHNY CARLOS ALVES Registro: 69302
Clínica: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____

Data/Hora	
20/08/14	18 hrs 15-01
	de curty cianuro x
	suave no esterno
	feridas no puno Du.
	Ponto novo no
	su curty cianuro no
	trato. 1000 Foss.
	10-1000 Foss.
	Cianuro, Su
	Suave no gaud.
	Cianuro + 107.
	1000
	+ furo no
	1000

ARM
RECUPADORA

Fato Kallman
Oreolisa
14.308 1 2 157 2014

DPVAT

RESUMO DE ALTA HOSPITALAR/ESCLARECIMENTO

NOME: Fagner de Almeida REGISTRO: 69367

IDADE: 14 SEXO: M DATA DA ADMISSÃO 02/02/14 DATA DA ALTA 03/02/14

DIAGNÓSTICOS DEFINIDOS: Fratura da tíbia e fíbula

TRATAMENTO REALIZADO:

Desbridamento e fixação com placa e parafusos

ORIENTAÇÕES:

Uso de medicação e fisioterapia

PROGRAMAÇÃO APÓS ALTA:

AMBULATÓRIO DE EGRESSO SIM ☒ NÃO ☐

DATA DA CONSULTA AMBULATORIAL 03/02/14

MEM
SECRETARIA

DR. FAGNER ATOMATOLOGIA

DR. FAGNER
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PE 12551

ASSINATURA MÉDICO E CRM

DPVAT

ESTA CONTA SERÁ PAGA PELO SUS

Atendimento: 233824

Dt Atendimento: 02/08/2014 - 21:17

Dt Alta: 05/08/2014 - 14:55

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 PERNA

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

Observação de Alta

ANA CAROLINE DA SILVA



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

HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRARES DE ALENCAR



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Janny Claude 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 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>AV. CORONEL JOÃO MANGUINHOS</u>
Número	<u>1057</u>
Apto / Complemento	<u>NOVO</u>
Bairro	<u>BAIRRO NOVO</u>
Cidade	<u>OLINDA</u>
Estado	<u>PE</u>
CEP	<u>53030-070</u>
Telefone de Contato	<u>(81) 8513-3870-8526-6726</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

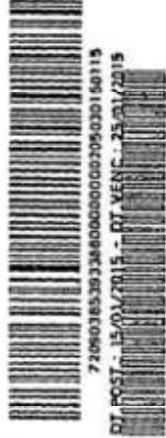
Local e Data: Olinda, 13-02-2015

Assinatura do Declarante: Janny Claude de Lima





CTC RECIBE PE FIL
LARISSA NATHALIA CABRAL SILVA
AV. CORONEL JOAO MANGUINHOS 1057
NOVO
53030-070 OLINDA PE



DI POST - 15/01/2015 - DT VENC - 25/01/2015

C&A PRIVATE LABEL BRASIL
Vencimento 25/01/2015
Previsão para fechamento da próxima fatura é dia 12/02
Central de Atendimento BradesCard
REG. METROPOLITANAS E PRINCIPAIS CAPITAIS 4004-9555
OUTRAS LOCALIDADES 0800-9799555

Limite de Crédito	Taxas	Taxas
Limite de Saque	300,00	ao ano
Encargos do Período	30,00	429,47%
Enc. Máx. Retrativo/Saque Próx. Período		14,50%
Encargos de Saque do Período		16,99%
Financiamento saque / compras em atroz		13,80%
• Morte *		376,74%
• Multa *		557,33%
• ICET - Custo Elist Tot Máximo p/ Prda Período AA		12,88%
• ICET - Custo Elist Tot Máximo p/ Prda Período AA		820,27%
IOF		0,0041% ao dia + 0,35% adicional
Saldo Anterior (R\$)	Crédito e Pagamento	Débitos
141,84	0,00 +	86,79
Saldo Internacional (US\$)	Conotação Dólar	Data de Coleta (US\$)
0,00	0,00	0,00

Total Nacional	238,43
Total Internacional	0,00
Total	238,43

Juros distal Parcelado de Compra R\$ 7,45
Juros distal Parcelado de Saque R\$ 0,09
Juros da Fatura Parcelada R\$ 9,00

TOTAL DESTA FATURA
R\$ 238,43

PAGAMENTO MÍNIMO
R\$ 58,00

13/99

Os Impostos incidentes sobre as operações contratadas, conforme a legislação em vigor (inclusive IOF) poderão ser incorridos pelo titular.
ATENÇÃO: Em caso de pagamento inferior ao valor total, o consumidor deverá arcar com as taxas e encargos apontados nesta fatura. Incidência sobre a diferença entre o valor total e o valor pago. Para o pagamento mínimo até a data do vencimento, os encargos serão de até R\$ 30,65.



Bradesco 237-2 23794.15009 98103.800086 14000.224502 4 0000000000000000

Nome do Pagador/CPF/CNPJ/Endereço
LARISSA NATHALIA CABRAL SILVA /082.349.284-22
/AV. CORONEL JOAO MANGUINHOS 1057 /NOVO OLINDA - PE/53030-070

Secador/Avulista	Nº do Documento	Data de Vencimento	Valor do Documento	(-) Valor Pago
81038000814	00004035	25/01/2015	R\$ 238,43	
Nome do Beneficiário/CNPJ/CPF/Endereço	Nome do Beneficiário	Agência/Código do Beneficiário	Autenticação Máscara	
BANCO BRADESCARD S.A. 04.184.779/0001-01		Alameda Rio Negro, 585 - Alphaville - Barueri - SP		
4150/0002245-4				

SAC: 0800 721 1506 / SAC Deficiente Auditivo: 0800-721-1508 / Ouvidoria BradesCard: 0800 722 2073



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3140138069

Cidade: Paulista

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: JOHNY CLAUDE DE LIMA

Data do acidente: 02/08/2014

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: FERIMENTO EXTENSO 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:

