

Rio de Janeiro, 28 de Julho de 2015

Carta n°: 7489749

A/C: JOTA JUNIOR AMORIM DE LIMA

**Sinistro:** 3150655881  
**Vitima:** JOTA JUNIOR AMORIM DE LIMA  
**Data Acidente:** 08/01/2015  
**Natureza:** INVALIDEZ  
**Procurador:**

**Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL**

**Prezado(a) Senhor(a),**

Recebemos em **28/07/2015** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **08/01/2015**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Autorização de pagamento
- Documentação médico-hospitalar
- Declaração do Proprietário do Veículo

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](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**





Seguradora Líder - DPVAT

---

Rio de Janeiro, 25 de Janeiro de 2016

Carta nº 8484404

a/c: JOTA JUNIOR AMORIM DE LIMA

**Sinistro:** 3150655881  
**Vitima:** JOTA JUNIOR AMORIM DE LIMA  
**Data Acidente:** 08/01/2015  
**Natureza:** INVALIDEZ  
**Procurador:**

**Assunto: NEGATIVA POR AUSÊNCIA DE COMPROVAÇÃO DOCUMENTAL**

Prezado(a) Senhor(a),

Até a presente data, não recebemos a documentação complementar solicitada para prosseguimento da análise do seu pedido de indenização DPVAT, nem qualquer manifestação no sentido de que estivessem sendo tomadas providências para sua obtenção.

Tendo em vista que a(s) pendência(s) indicadas não foi(ram) sanada(s), e não houve qualquer nova manifestação sua nesse processo de sinistro por um período superior a 180 dias, informamos que a análise do seu pedido de indenização DPVAT foi finalizada com a recusa da indenização por falta de comprovação documental da cobertura para o sinistro.

A documentação original permanecerá arquivada, podendo ser retirada pelo senhor(a), ou por procurador devidamente constituído para este fim, conforme instruções contidas em nosso site [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br).

Em caso de dúvida, favor acessar nosso site ou entrar em contato conosco gratuitamente por meio do SAC 0800 022 12 04.

Atenciosamente.

**Seguradora Líder-DPVAT**





---

Rio de Janeiro, 08 de Julho de 2016

Carta nº: 9341520

A/C: JOTA JUNIOR AMORIM DE LIMA

**Sinistro:** 3160410714 ASL-0957978/16  
**Vitima:** JOTA JUNIOR AMORIM DE LIMA  
**Data Acidente:** 08/01/2015  
**Natureza:** INVALIDEZ  
**Procurador:**

**Ref.: AVISO DE SINISTRO**

**Prezado(a) Senhor(a),**

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

Para acompanhar o seu processo, acesse o site [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br), ou ligue para o SAC DPVAT 0800 022 12 04.

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

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

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

**ATENÇÃO:**

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

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

Atenciosamente,



---

Rio de Janeiro, 08 de Julho de 2016

Carta nº: 9341521

**A/C: JOTA JUNIOR AMORIM DE LIMA**

**Sinistro:** 3160410714 ASL-0957978/16  
**Vitima:** JOTA JUNIOR AMORIM DE LIMA  
**Data Acidente:** 08/01/2015  
**Natureza:** INVALIDEZ  
**Procurador:**

**Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL**

**Prezado(a) Senhor(a),**

Recebemos em **05/07/2016** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **08/01/2015**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Autorização de pagamento não conclusivo
- Comprovação de ato declaratório 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](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**





Seguradora Líder - DPVAT

---

Rio de Janeiro, 04 de Janeiro de 2017

Carta nº 10304336

a/c: JOTA JUNIOR AMORIM DE LIMA

**Sinistro:** 3160410714 ASL-0957978/16  
**Vitima:** JOTA JUNIOR AMORIM DE LIMA  
**Data Acidente:** 08/01/2015  
**Natureza:** INVALIDEZ  
**Procurador:**

**Assunto: NEGATIVA POR AUSÊNCIA DE COMPROVAÇÃO DOCUMENTAL**

Prezado(a) Senhor(a),

Até a presente data, não recebemos a documentação complementar solicitada para prosseguimento da análise do seu pedido de indenização DPVAT, nem qualquer manifestação no sentido de que estivessem sendo tomadas providências para sua obtenção.

Tendo em vista que a(s) pendência(s) indicadas não foi(ram) sanada(s), e não houve qualquer nova manifestação sua nesse processo de sinistro por um período superior a 180 dias, informamos que a análise do seu pedido de indenização DPVAT foi finalizada com a recusa da indenização por falta de comprovação documental da cobertura para o sinistro.

A documentação original permanecerá arquivada, podendo ser retirada pelo senhor(a), ou por procurador devidamente constituído para este fim, conforme instruções contidas em nosso site [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br).

Em caso de dúvida, favor acessar nosso site ou entrar em contato conosco gratuitamente por meio do SAC 0800 022 12 04.

Atenciosamente.

**Seguradora Líder-DPVAT**



---

Rio de Janeiro, 08 de Março de 2017

Carta nº: 10626207

A/C: JOTA JUNIOR AMORIM DE LIMA

**Sinistro/Aviso Sinistro Líder:** 3170128173 ASL-0090472/17

**Vitima:** JOTA JUNIOR AMORIM DE LIMA

**Data Acidente:** 08/01/2015

**Natureza:** INVALIDEZ

**Procurador:**

**Ref.: AVISO DE SINISTRO**

**Prezado(a) Senhor(a),**

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

Para acompanhar o seu processo, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br), ou ligue para a SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br), não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

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

**ATENÇÃO:**

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

**Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à COMPREV SEGURADORA S/A onde o sinistro foi cadastrado.**

Atenciosamente,



---

Rio de Janeiro, 08 de Março de 2017

Carta nº: 10626207

A/C: JOTA JUNIOR AMORIM DE LIMA

**Sinistro/Aviso Sinistro Líder:** 3170128173 ASL-0090472/17

**Vitima:** JOTA JUNIOR AMORIM DE LIMA

**Data Acidente:** 08/01/2015

**Natureza:** INVALIDEZ

**Procurador:**

**Ref.: AVISO DE SINISTRO**

**Prezado(a) Senhor(a),**

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

Para acompanhar o seu processo, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br), ou ligue para a SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br), não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

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

**ATENÇÃO:**

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

**Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à COMPREV SEGURADORA S/A onde o sinistro foi cadastrado.**

Atenciosamente,



---

Rio de Janeiro, 08 de Março de 2017

Carta nº: 10626207

A/C: JOTA JUNIOR AMORIM DE LIMA

**Sinistro/Aviso Sinistro Líder:** 3170128173 ASL-0090472/17

**Vitima:** JOTA JUNIOR AMORIM DE LIMA

**Data Acidente:** 08/01/2015

**Natureza:** INVALIDEZ

**Procurador:**

**Ref.: AVISO DE SINISTRO**

**Prezado(a) Senhor(a),**

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

Para acompanhar o seu processo, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br), ou ligue para a SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br), não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

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

**ATENÇÃO:**

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

**Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à COMPREV SEGURADORA S/A onde o sinistro foi cadastrado.**

Atenciosamente,



---

Rio de Janeiro, 10 de Março de 2017

Carta nº: 10639815

A/C: JOTA JUNIOR AMORIM DE LIMA

**Sinistro:** 3170128173 ASL-0090472/17  
**Vítima:** JOTA JUNIOR AMORIM DE LIMA  
**Data Acidente:** 08/01/2015  
**Natureza:** INVALIDEZ  
**Procurador:**

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

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

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

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.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 Março de 2017

Carta nº: 10639815

A/C: JOTA JUNIOR AMORIM DE LIMA

**Sinistro:** 3170128173 ASL-0090472/17  
**Vítima:** JOTA JUNIOR AMORIM DE LIMA  
**Data Acidente:** 08/01/2015  
**Natureza:** INVALIDEZ  
**Procurador:**

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

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

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

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.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, 04 de Abril de 2017

Carta n°: 10778026

A/C: JOTA JUNIOR AMORIM DE LIMA

Sinistro: 3170128173 ASL-0090472/17  
Vitima: JOTA JUNIOR AMORIM DE LIMA  
Data Acidente: 08/01/2015  
Natureza: INVALIDEZ  
Procurador:

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

Prezado(a) Senhor(a),

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

Creditado: JOTA JUNIOR AMORIM DE LIMA

Valor: R\$ 10.125,00

Banco: 001

Agência: 000003881-4

Conta: 000010019131-2

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

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

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

Graduação: Em grau intenso 75%

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

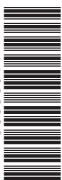
Valor a indenizar: 75,00% x 13.500,00 = R\$ 10.125,00

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

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site [www.seguradoraslider.com.br](http://www.seguradoraslider.com.br).

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 04 de Abril de 2017

Carta n°: 10778026

A/C: JOTA JUNIOR AMORIM DE LIMA

Sinistro: 3170128173 ASL-0090472/17  
Vitima: JOTA JUNIOR AMORIM DE LIMA  
Data Acidente: 08/01/2015  
Natureza: INVALIDEZ  
Procurador:

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

Prezado(a) Senhor(a),

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

Creditado: JOTA JUNIOR AMORIM DE LIMA

Valor: R\$ 10.125,00

Banco: 001

Agência: 000003881-4

Conta: 000010019131-2

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

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

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

Graduação: Em grau intenso 75%

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

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

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

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site [www.seguradoraslider.com.br](http://www.seguradoraslider.com.br).

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





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 Jota Junior Amorim de LimaPORTADOR(A) DO RG Nº 2007592226-0 EXPEDIDO POR SSP-CE EM / /  FCPF 039.989.993-84 / CNPJ 00000000-0000-00, PROFISSÃO 

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

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

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

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos podem aparecer termos: - SALÁRIO, FUNCIONAL, INSS, 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, COMÉR 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, assinada de folha de cheques como comprovação 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/](http://www.receita.fazenda.gov.br/), bem como o CEP 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, escritas à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informações 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 de 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 POUANÇA para fins de DPVAT sem ônus para o requerente. Carta de abertura disponível no endereço eletrônico: [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br)

## PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

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

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

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

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

Setor ADJUNCAde \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_  
LOCAÇÃO DATAX JOTA JUNIOR AMORIM DE LIMA

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

X JOAO Batista de Lima

## ! 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](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br) ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.

09/06/2016 - BANCO DO BRASIL - 14.09.13  
115770020 0141

OUVIDORIA BB 0800 729 567B  
COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA  
POUPANCA PARA POUPANCA

CLIENTE: JOSE ANTONIO CHAVES

AGENCIA: 1157-6	CONTA: 6.517-X	VAR:51
INFORMACOES DO DEBITO:		
TOTAL DEBITADO NA VARIACAO: 51		1,00
		1,00
VALOR TOTAL		
***** TRANSFERIDO PARA:		
CLIENTE: JOTA JUNIOR AMORIM DE LIM		19.131-0
AGENCIA: 3881-4		CONTA: 51
VARIACAO DA POUPANCA		223.881.510.019.131
NR. DOCUMENTO		9.870.939.380.9EA.A60
NR. AUTENTICACAO		

Creditos a partir de 04/05/2012 estao  
disciplinados pela MP. 567/2012.

Leia no verso como conservar este documento,  
entre outras informacoes.





Seguradora Líder - DPVAT

## AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

DOCUMENTO 1 "T1%"



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, JOTA JUNIOR AMORIM DE LIMAPORTADOR(A) DO RG N° 2007592226-0 EXPEDIDO POR SSPDS-CE EM 29/08/11CPF 0790089973-98 /CNPJ 000000000000000000, PROFISSÃO ESTUDANTE

E RENDA MENSAL DE R\$ 30000 (\*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA JOTA JUNIOR A. DE LIMA, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABASO 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 sobre da profissão e da faixa de renda mensal.

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

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

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

**COMPREV SEGUROS  
E PREVIDÊNCIA S/A.**

## PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO 001 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 3881-4 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 19.131-0

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

Nº do BANCO 001 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 3881-4 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 19.131-0

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

*Joca Batista de Lima*

ITAREMA/CE, 22 de FEVEREIRO de 2017. Jota Junior Amorim De Lima

LOCAL E DATA

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

## ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de lesões permanentes (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 médica-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvtranssegurodotransito.com.br](http://www.dpvtranssegurodotransito.com.br) ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.



**PARA SUA SEGURANÇA**

ESTE CARTÃO ESTÁ SELADO.

CASO O DESSELAGUEIRO NAO SEJA  
DETRUÍDO EM ATÉ 90 DIAS, ESTE PLÁSTICO  
SERÁ AUTOMÁTICAMENTE DESSELADO.

5156 17510 2362 5011

01

05/22

JORDA JOSÉ ALBERTO LIMA  
3111-1119-131-0

COMPREV SEGUROS  
E PREVIDÊNCIA S/A.

RECEBI

06 MAR 2017

Nome:



Seguradora Líder - DPVAT

## AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

DOCUMENTO 1 "T1%"



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, JOTA JUNIOR AMORIM DE LIMA

PORTADOR(A) DO RG N° 2007592226-0 EXPEDIDO POR SSPDS-CE EM 29/08/11  
 CPF 0790089973-98 /CNPJ 000000000000000000, PROFISSÃO ESTUDANTE  
 E RENDA MENSAL DE R\$ 30000 (\*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO  
 SEGURO DPVAT DA VÍTIMA JOTA JUNIOR A. DE LIMA, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO  
 DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABASO 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 sobre a profissão e da faixa de renda mensal.

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

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

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

**COMPREV SEGUROS  
E PREVIDÊNCIA S/A.**

## PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO 001 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 3881-4 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 19.131-0

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

Nº do BANCO 001 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 3881-4 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 19.131-0

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

*Joca Batista de Lima*

ITAREMA/CE, 22 de FEVEREIRO de 2017. Jota Junior Amorim De Lima

LOCAL E DATA

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

**ATENÇÃO**

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de lesões permanentes (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 médica-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvtranssegurodotransito.com.br](http://www.dpvtranssegurodotransito.com.br) ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.



**PARA SUA SEGURANÇA**

ESTE CARTÃO ESTÁ SELADO.

CASO O DESSELAGUEIRO NAO SEJA  
DETRUÍDO EM ATÉ 90 DIAS, ESTE PLÁSTICO  
SERÁ AUTOMÁTICAMENTE DESSELADO.

5156 17510 2362 5011

01

05/22

JORDA JOSÉ ALBERTO LIMA  
3111-1119-131-0

COMPREV SEGUROS  
E PREVIDÊNCIA S/A.

RECEBI

06 MAR 2017

Nome:



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ  
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL  
POLÍCIA CIVIL  
DELEGACIA MUNICIPAL DE SOBRAL



BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 581 - 1415 / 2015

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: ACIDENTE DE TRÂNSITO  
Data / Hora da Comunicação: 19/02/2015 15:29:20  
Data / Hora da Ocorrência : 08/01/2015 22:00:00  
Endereço da Ocorrência: LOCALIDADE DE ORIENTE

ZONA RURAL ITAREMA / CE

Pointe de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: JOTA JUNIOR AMORIM DE LIMA  
Nascimento : 07/07/1998  
RG: 26075922260 Órgão Emissor: SSP UF: CE - CPF:  
Filiação: JOÃO BATISTA DE LIMA  
MARIA ROZILDA SANTOS AMORIM  
Endereço: R LOCALIDADE DE ORIENTE

ITAREMA CE BRASIL

Telefone:

Histórico

Informa que seu filho de nome JOTA JUNIOR AMORIM DE LIMA, foi vítima de um acidente de trânsito, quando se conduzia na garupa de uma motocicleta HONDA/CG 150 TITAN ES, Número Chassi: 9C2KC08507R056499, Placa: HY04972, RENAVAM: 00916729346, Cor: VERMELHA, Ano de Fabricação: 2007, Ano do Modelo: 2007, a qual estava sendo pilotada por um amigo do mesmo de nome Felipe; Que os dois voltavam de uma festa de aniversário, quando na estrada um animal (cachorro) atravessou a estrada, momento em que FELIPE não conseguiu desviar e colidiu no animal, em seguida caíram ao solo; Que JOTA JUNIOR foi socorrido por um vizinho do registrante de nome RENATO que levou o mesmo ao Hospital de Itarema, depois transferido para a Santa Casa de Sobral; Que com a queda JOTA JUNIOR sofreu várias escoriações pelo corpo, além de que o ferro do descanso da moto perfurou o ânus do mesmo, o que se encontra atualmente usando uma bolsa de colostomia.

Noticiante(s)

Nome : JOÃO BATISTA DE LIMA  
Endereço : R LOCALIDADE DE ORIENTE  
Bairro :  
Município/UF : ITAREMA CE BRASIL      Telefone:

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE SOBRAL

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

ALEXANDRE GEORGE DE FREITAS - MAT. 1533407-1

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO : D. João Batista d

VISTO DO DELEGADO(A) :

MARCIO LUIZ DE MELO FERREIRA - MAT. 19886-1-7

05 JUL 2016



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ  
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL  
POLÍCIA CIVIL  
DELEGACIA MUNICIPAL DE SOBRAL



BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 581 - 1415 / 2015

*Dados da Ocorrência*

Natureza do Fato: ACIDENTE DE TRÂNSITO

Data / Hora da Comunicação: 19/02/2015 15:29:20

Data / Hora da Ocorrência : 08/01/2015 22:00:00

Endereço da Ocorrência: LOCALIDADE DE ORIENTE

ZONA RURAL ITAREMA /CE

Ponto de Referência:

DOCUMENTO 1 \*T1%



*Dados da(s) Vítima(s)*

Nome: JOTA JUNIOR AMORIM DE LIMA

Nascimento: 07/07/1998

RG: 20075922260 Órgão Emissor: SSP UP: CE - CPF:

Filiação: JOÃO BATISTA DE LIMA

MARIA ROZILDA SANTOS AMORIM

Endereço: R LOCALIDADE DE ORIENTE

COMPREV SEGUROS  
E PREVIDÊNCIA S/A.

RECEBIDO 06 MAR 2017

ITAREMA CE BRASIL

Telefone:

Nome:

*Histórico*

Informa que seu filho de nome JOTA JUNIOR AMORIM DE LIMA, foi vítima de um acidente de trânsito, quando se conduzia na garupa de uma motocicleta HONDA/CG 150 TITAN ES, Número Chassi: 9C2KC08507R056499, Placa: HY04972, RENAVAM: 00916729346, Cor: VERMELHA, Ano de Fabricação: 2007, Ano do Modelo: 2007, a qual estava sendo pilotada por um amigo do mesmo de nome Felipe; Que os dois voltavam de uma festa de aniversário, quando na estrada um animal (cachorro) atravessou a estrada, momento em que FELIPE não conseguiu desviar e colidiu no animal, em seguida caíram ao solo; Que JOTA JUNIOR foi socorrido por um vizinho do registrante de nome RENATO, que levou o mesmo ao Hospital de Itarema, depois transferido para a Santa Casa de Sobral; Que com a queda JOTA JUNIOR sofreu várias escoriações pelo corpo, além de que o ferro do descanso da moto perfurou o ânus do mesmo, o qual se encontra atualmente usando uma bolsa de colostomia.

*Noticiante(s)*

Nome: JOÃO BATISTA DE LIMA

Endereço : R LOCALIDADE DE ORIENTE

Bairro :

Município/UF : ITAREMA CE BRASIL

Telefone:

DELEGIACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE SOBRAL

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

ALEXANDRE GEORGE DE FREITAS - MAT.: 155340-1

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO : *X João Batista de Lima*

VISTO DO DELEGADO(A) :

MÁRCIO LUIZ DE MELO FERREIRA - MAT.: 198864-1-7

DELEGACIA MUNICIPAL DE SOBRAL



Autentico que esta é a cópia  
reconhecível da original que me foi apresentada  
em Cartório pela parte interessada.  
Dou fe, 19/02/2015

Catunda - CE  
Em testemunha \_\_\_\_\_ de verdade  
A Tabata

MARIA ANITA DE SOUSA AZEVEDO  
Titular  
ANGELA CHRISTINA DE S. FERREIRA  
Esc. Substitutos

Pág. 1 de 2

Impresso em: 19/02/2015 03:37

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML



Fui, Jota Junior Amorim de Lima, portador da carteira de identidade nº 2007592226-0 e inscrito no CPF/MF sob o nº 079.089.473-44, residente e domiciliado na Pv. Oriente, Cidade Itararé, Estado Ceará, 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 Líder DPVAT, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a futura 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.

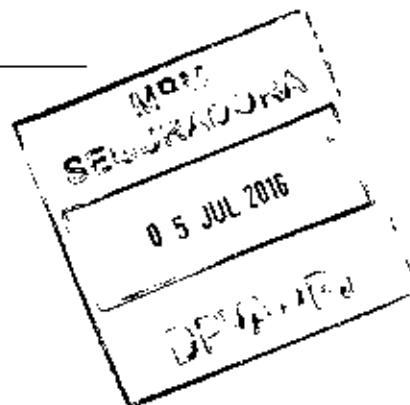
Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

X Jota Junior Amorim de Lima

Assinatura do declarante  
conforme documento de identificação

x João Batista de Lima

Local e data



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, JOTA JUNIOR AMORIM DE LIMA, portador da carteira de identidade nº 2007592226-0 e inscrito no CPF/MF sob o nº 079.089.473-44, residente e domiciliado na POVADO ORIENTE, ZONA RURAL, Cidade ITAREMA, Estado CEARA, 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 invalidade 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.

DOCUMENTO 3 "T3%

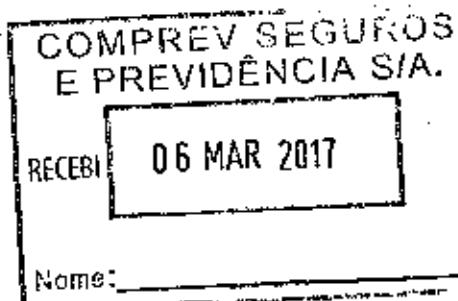


João Batista de Lima  
x JOTA JUNIOR AMORIM DE LIMA

Assinatura do declarante  
conforme documento de identificação

ITAREMA/CE, 22-02-2017

Local e data





SANTA CASA  
DE MISERICÓRDIA  
DE SOBRAL

## RELATÓRIO DE ALTA

#### Composição de sua identidade

4024106

NOME: Jota Júnior Amorim de Faria IDADE: 16 anos  
Nº DO PRONTUÁRIO: 835399 ENFERMARIA: 126 LEITO: 1439 CLÍNICA: São José  
PERÍODO DE INTERNAÇÃO: 09/01/15 a 14/01/15

## RESUMO DA HISTÓRIA CLÍNICA:

Paciente vítima de acidente de motocicleta, com entrada com quadro de extrema lesão anal. Foi submetido a desbridamentos, cirurgia, a um procedimento cirúrgico no qual foi realizado desbridamento e sutura perineal, além de colostomia de sigmoidocele sem intercorrências.

#### **EXAMES REALIZADOS:**

~~SECRET/NOFORN~~

136 00000302



GOVERNO MUNICIPAL DE ITAREMA  
SECRETARIA DA SAÚDE

Praça Nossa Senhora de Fátima, 48 Centro - CEP 62590-000  
Fone: 3667.1357/3667.1951 - Itarema-CE

Hospital Municipal Natércia Rios



REGISTRO DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL EMERGENCIAL

Classificação de risco

*ACIDENTE DE MOTO*

PSF de origem: Oriente ACS: Maria D.N.: 07/07/98  
 Nome: JOSIA JUNIOR ALVES DE LIMA Idade: 16 A Sexo: (x) Masculino ( ) Feminino  
 Filiação: JOSE B. DE LIMA E MARIA ROSALIA SANTOS ALVES  
 Endereço: Oriente Bairro: ZONA RURAL  
 Identidade: 2007590226-0 Data de Exp.: 29/08/11 CPF: \_\_\_\_\_ Fone:  
 Registro de Nascimento: 20107 Livro: A-18 Folhas: 1701 CNS: 201.022.1336.0003  
 Horário de chegada: 22:46 hs Data: 08/01/17 Recepção: Nelson  
01600 08106115

ATENDIMENTO DE ENFERMAGEM:

SSVV: PA 110 x 60 mmHg Tem. 36 °C Pulso: 80 bpm FR: 16 mppm Peso: kg SpO<sub>2</sub>: 96 %  
 Assin. Aux./Tec. De Enfermagem/carimbo: \_\_\_\_\_ Horário: \_\_\_\_\_ hs Glicemia: \_\_\_\_\_ mg/dL

Procurou o PSF de sua área?

- |                   |                             |                          |
|-------------------|-----------------------------|--------------------------|
| <u>SIM</u> e      | ( ) Encaminhado             | ( ) Não tinha ficha      |
|                   | ( ) Não tinha médico        | ( ) Posto estava fechado |
|                   | ( ) Não resolveu o problema | ( ) Outros _____         |
| <u>NÃO</u> porque | ( ) acha que não resolve    | ( ) é longe de casa      |
|                   | ( ) Não tinha atendimento   | ( ) Outros _____         |

QUEIXA PRINCIPAL:

**COMPREV SEGUROS**  
**E PREVIDÊNCIA S/A.**

HDA:

DIAGNÓSTICO DE ENFERMEGEM:

RECERI 06 MAR 2017

CONDUTA DE ENFERMAGEM:

**CÓPIA**

ENCAMINHAMENTO:

ASSINATURA ENFERMEIRO (A)/COREN: Nome: \_\_\_\_\_

DOCUMENTO 2 \*T24\*



ATENDIMENTO MÉDICO:

HDA: Acidente envolvendo queda de moto, com colisão em cão, com violência em todo corpo e lacerações periorbitárias operadas em edicamento

DIAGNÓSTICO:

CONDUTA INDICADA:

MEDICAÇÃO: 5F0,9% - 500ml + SG5% - 250ml ✓



Autentico para os devidos fins a ser recolhido da original que me foi

em Cartório pela parte interessada  
De: \_\_\_\_\_

Carluo - Crm 22-09177  
Em testemunha  
Assinatura

MARINA RITA DE SOUSA ALVES

Titular

ANGELA CRISTINA DE SOUSA ALVES

Esc. Substituto

ATENDIMENTO AMBULATORIAL:

MEDICAÇÃO ADMINISTRADA:

HORÁRIO DA ADMINISTRAÇÃO \_\_\_\_\_ hs ASS. AUX./TEC.ENFERM. COREN: \_\_\_\_\_

HORÁRIO DE TÉRMINO DO ATENDIMENTO: \_\_\_\_\_ hs

# BANCO DO BRASIL

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

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

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 29/03/2017

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 10.125,00

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOTA JUNIOR AMORIM DE LIMA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 03881-4

CONTA: 000010019131-2

---

Nr. da Autenticação 23CB8BD10886121F



## DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Jota Junior Amorim de Lima,

RG nº 2007592226 data de expedição   /  /   Órgão SS P-CE,

CPF nº 079.089.473-44, 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:

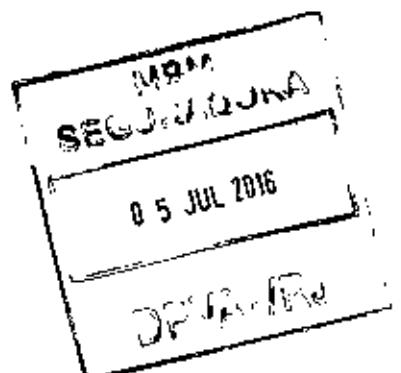
Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Pv. Oriente</u>
Número	<u>S/N</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>Zona Rural</u>
Cidade	<u>Itarema</u>
Estado	<u>Ceará</u>
CEP	<u>62590-000</u>
Telefone de Contato	<u>(88) 992525488/9363-1120</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: \_\_\_\_\_

Assinatura do Declarante: X JOTA JUNIOR AMORIM DE LIMA

João Batista da Lima



## DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Jota Júnior Amorim de Lima,  
RG nº 200150220, data de expedição / /, Órgão SSP/CE,  
CPF nº 079.082.473-44, venho perante a este instrumento declarar que não  
possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido  
na endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em  
nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Recreio Quinto</u>
Número	<u>SI/0</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>Carmo</u>
Cidade	<u>Itapema</u>
Estado	<u>SC</u>
CEP	<u>62590-000</u>
Telefone de Contato	<u>(88) 3641-4448</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: RE, 24.07.15

Assinatura do Declarante: Jota Júnior Amorim de Lima  
X João Batista da Lima

Nº DO CLIENTE

2405373-2

Até o final de 2015, o cliente só pode  
comprar que entrar em cultivo comum.

A Termo Sociedade Energia Elétrica foi criado  
na lei nº 10.638, de 26 de abril de 2003.

socicta

3.74156408

03/02/2015

29 35065 02 030000 - 5

JOAO BATISTA DE LIMA

PV ORIENTE 00000

CARVOEIRO - ITAREMA - 62500000

10640172

0000 0000

04-RURAL MONOFASICO

0,00

00000000000021270891

Mês de Referência

Previsão

Próxima Leitura

06/02/2015

06/03/2015

06/04/2015

06/05/2015

06/06/2015

06/07/2015

06/08/2015

06/09/2015

06/10/2015

06/11/2015

06/12/2015

Fev/2015 03/02/2015 04/03/2015

05/04/2015 06/05/2015 06/06/2015

06/07/2015 06/08/2015 06/09/2015

06/10/2015 06/11/2015 06/12/2015

06/01/2016 06/02/2016 06/03/2016

06/04/2016 06/05/2016 06/06/2016

06/07/2016 06/08/2016 06/09/2016

06/10/2016 06/11/2016 06/12/2016

06/01/2017 06/02/2017 06/03/2017

06/04/2017 06/05/2017 06/06/2017

06/07/2017 06/08/2017 06/09/2017

06/10/2017 06/11/2017 06/12/2017

06/01/2018 06/02/2018 06/03/2018

06/04/2018 06/05/2018 06/06/2018

06/07/2018 06/08/2018 06/09/2018

06/10/2018 06/11/2018 06/12/2018

06/01/2019 06/02/2019 06/03/2019

06/04/2019 06/05/2019 06/06/2019

06/07/2019 06/08/2019 06/09/2019

06/10/2019 06/11/2019 06/12/2019

06/01/2020 06/02/2020 06/03/2020

06/04/2020 06/05/2020 06/06/2020

06/07/2020 06/08/2020 06/09/2020

06/10/2020 06/11/2020 06/12/2020

06/01/2021 06/02/2021 06/03/2021

06/04/2021 06/05/2021 06/06/2021

06/07/2021 06/08/2021 06/09/2021

06/10/2021 06/11/2021 06/12/2021

06/01/2022 06/02/2022 06/03/2022

06/04/2022 06/05/2022 06/06/2022

06/07/2022 06/08/2022 06/09/2022

06/10/2022 06/11/2022 06/12/2022

06/01/2023 06/02/2023 06/03/2023

06/04/2023 06/05/2023 06/06/2023

06/07/2023 06/08/2023 06/09/2023

06/10/2023 06/11/2023 06/12/2023

06/01/2024 06/02/2024 06/03/2024

06/04/2024 06/05/2024 06/06/2024

06/07/2024 06/08/2024 06/09/2024

06/10/2024 06/11/2024 06/12/2024

06/01/2025 06/02/2025 06/03/2025

06/04/2025 06/05/2025 06/06/2025

06/07/2025 06/08/2025 06/09/2025

06/10/2025 06/11/2025 06/12/2025

06/01/2026 06/02/2026 06/03/2026

06/04/2026 06/05/2026 06/06/2026

06/07/2026 06/08/2026 06/09/2026

06/10/2026 06/11/2026 06/12/2026

06/01/2027 06/02/2027 06/03/2027

06/04/2027 06/05/2027 06/06/2027

06/07/2027 06/08/2027 06/09/2027

06/10/2027 06/11/2027 06/12/2027

06/01/2028 06/02/2028 06/03/2028

06/04/2028 06/05/2028 06/06/2028

06/07/2028 06/08/2028 06/09/2028

06/10/2028 06/11/2028 06/12/2028

06/01/2029 06/02/2029 06/03/2029

06/04/2029 06/05/2029 06/06/2029

06/07/2029 06/08/2029 06/09/2029

06/10/2029 06/11/2029 06/12/2029

06/01/2030 06/02/2030 06/03/2030

06/04/2030 06/05/2030 06/06/2030

06/07/2030 06/08/2030 06/09/2030

06/10/2030 06/11/2030 06/12/2030

06/01/2031 06/02/2031 06/03/2031

06/04/2031 06/05/2031 06/06/2031

06/07/2031 06/08/2031 06/09/2031

06/10/2031 06/11/2031 06/12/2031

06/01/2032 06/02/2032 06/03/2032

06/04/2032 06/05/2032 06/06/2032

06/07/2032 06/08/2032 06/09/2032

06/10/2032 06/11/2032 06/12/2032

06/01/2033 06/02/2033 06/03/2033

06/04/2033 06/05/2033 06/06/2033

06/07/2033 06/08/2033 06/09/2033

06/10/2033 06/11/2033 06/12/2033

06/01/2034 06/02/2034 06/03/2034

06/04/2034 06/05/2034 06/06/2034

06/07/2034 06/08/2034 06/09/2034

06/10/2034 06/11/2034 06/12/2034

06/01/2035 06/02/2035 06/03/2035

06/04/2035 06/05/2035 06/06/2035

06/07/2035 06/08/2035 06/09/2035

06/10/2035 06/11/2035 06/12/2035

06/01/2036 06/02/2036 06/03/2036

06/04/2036 06/05/2036 06/06/2036

06/07/2036 06/08/2036 06/09/2036

06/10/2036 06/11/2036 06/12/2036

06/01/2037 06/02/2037 06/03/2037

06/04/2037 06/05/2037 06/06/2037

06/07/2037 06/08/2037 06/09/2037

06/10/2037 06/11/2037 06/12/2037

06/01/2038 06/02/2038 06/03/2038

06/04/2038 06/05/2038 06/06/2038

06/07/2038 06/08/2038 06/09/2038

06/10/2038 06/11/2038 06/12/2038

06/01/2039 06/02/2039 06/03/2039

06/04/2039 06/05/2039 06/06/2039

06/07/2039 06/08/2039 06/09/2039

06/10/2039 06/11/2039 06/12/2039

06/01/2040 06/02/2040 06/03/2040

06/04/2040 06/05/2040 06/06/2040

06/07/2040 06/08/2040 06/09/2040

06/10/2040 06/11/2040 06/12/2040

06/01/2041 06/02/2041 06/03/2041

06/04/2041 06/05/2041 06/06/2041

06/07/2041 06/08/2041 06/09/2041

06/10/2041 06/11/2041 06/12/2041

06/01/2042 06/02/2042 06/03/2042

06/04/2042 06/05/2042 06/06/2042

06/07/2042 06/08/2042 06/09/2042

06/10/2042 06/11/2042 06/12/2042

06/01/2043 06/02/2043 06/03/2043

06/04/2043 06/05/2043 06/06/2043

06/07/2043 06/08/2043 06/09/2043

06/10/2043 06/11/2043 06/12/2043

06/01/2044 06/02/2044 06/03/2044

06/04/2044 06/05/2044 06/06/2044

06/07/2044 06/08/2044 06/09/2044

06/10/2044 06/11/2044 06/12/2044

06/01/2045 06/02/2045 06/03/2045

06/04/2045 06/05/2045 06/06/2045

06/07/2045 06/08/2045 06/09/2045

06/10/2045 06/11/2045 06/12/2045

06/01/2046 06/02/2046 06/03/2046

06/04/2046 06/05/2046 06/06/2046

06/07/2046 06/08/2046 06/09/2046

06/10/2046 06/11/2046 06/12/2046

06/01/2047 06/02/2047 06/03/2047

06/04/2047 06/05/2047 06/06/2047

06/07/2047 06/08/2047 06/09/2047

06/10/2047 06/11/2047 06/12/2047

06/01/2048 06/02/2048 06/03/2048

06/04/2048 06/05/2048 06/06/2048

06/07/2048 06/08/2048 06/09/2048

06/10/2048 06/11/2048 06/12/2048

06/01/2049 06/02/2049 06/03/2049

06/04/2049 06/05/2049 06/06/2049

06/07/2049 06/08/2049 06/09/2049

06/10/2049 06/11/2049 06/12/2049

06/01/2050 06/02/2050 06/03/2050

06/04/2050 06/05/2050 06/06/2050

06/07/2050 06/08/2050 06/09/2050

06/10/2050 06/11/2050 06/12/2050

06/01/2051 06/02/2051 06/03/2051

06/04/2051 06/05/2051 06/06/2051

06/07/2051 06/08/2051 06/09/2051



## DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, JOTA JUNIOR AMORIM DE LIMA

RG nº 2007592226 - Data de expedição 29/08/11, Órgão SSPAS-CE

CPF nº 079.089.473-44, 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>POVOADO ORIENTE</u>
Número	<u>5/N</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>CARUDEIRO</u>
Cidade	<u>ITAREMA</u>
Estado	<u>CEARA</u>
CEP	<u>62.590-000</u>
Telefone de Contato	
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: ITAREMA/CE, 22-02-17.

Jota Batista de Lima

Assinatura do Declarante: Jota Junior Amorim de Lima

COMPREV SEGUROS  
E PREVIDÊNCIA S/A.

RECEBI 06 MAR 2017

Nome:





## Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Francisco Fernando Santana Grigo

RG nº 98010178652 data de expedição 13/07/98

Órgão SSP-CE, portador do CPF nº 895.346.703-91 com  
domicílio na cidade de Itarema, no Estado de  
Ceará, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)  
Pv. Oriente, nº S/N,

complemento Centro, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima Jota Junior Amorim, cujo o condutor era Francisco Felipe Nascimento da Costa.

Veículo: motocicleta

Modelo: Honda/CG 150 Titan ES

Ano: 2007

Placa: HGO 4972

Chassi: 00916729346

Data do Acidente: 08.01.2015

Local e Data: \_\_\_\_\_

Francisco Fernando Santana Grigo  
Assinatura do Declarante

Francisco Felipe Nascimento da Costa  
Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

**ARTORIO LAURA**  
Reconheço a(s) Firma(s) de  
Francisco Fernando  
Santana Grigo

Reconheço a(s) Firma(s) de  
Francisco Fernando  
Santana Grigo

Deu fé Itarema-CE, 29/01/2016

Em testemunho, Laura de da verdade

Laura Eduardo de Cássia COSTA - Titular  
Mari Cláudia COSTA ROQUE - SUBSTITUTA

**VALIDO SOMENTE**  
**COM SELO**

**ESTADUAIS**

**06/05/2016**

**06/05/2016**

**06/05/2016**

**06/05/2016**

**06/05/2016**

**06/05/2016**

**06/05/2016**

**06/05/2016**

**06/05/2016**

**06/05/2016**

**06/05/2016**

**06/05/2016**

**06/05/2016**

**06/05/2016**

**06/05/2016**

**06/05/2016**

**06/05/2016**

**06/05/2016**

**06/05/2016**

**06/05/2016**

**06/05/2016**

**06/05/2016**

**06/05/2016**

**06/05/2016**

**06/05/2016**

**06/05/2016**

**06/05/2016**

**06/05/2016**

**06/05/2016**

**06/05/2016**

**06/05/2016**

**06/05/2016**

**06/05/2016**

**06/05/2016**

**06/05/2016**

**06/05/2016**

**06/05/2016**

**06/05/2016**

**06/05/2016**

**06/05/2016**

**06/05/2016**

**06/05/2016**

**06/05/2016**

**06/05/2016**

**06/05/2016**

**06/05/2016**

**06/05/2016**

**06/05/2016**

**06/05/2016**

**06/05/2016**

**06/05/2016**

**06/05/2016**

**06/05/2016**

**06/05/2016**

**06/05/2016**

**06/05/2016**

**06/05/2016**

**06/05/2016**

**06/05/2016**

**06/05/2016**

**06/05/2016**

**06/05/2016**

**06/05/2016**

**06/05/2016**

**06/05/2016**

**06/05/2016**

**06/05/2016**

**06/05/2016**

**06/05/2016**

**06/05/2016**

**06/05/2016**

**06/05/2016**

**06/05/2016**

**06/05/2016**

**06/05/2016**

**06/05/2016**

**06/05/2016**

**06/05/2016**

**06/05/2016**

**06/05/2016**

**06/05/2016**

**06/05/2016**

**06/05/2016**

**06/05/2016**

**06/05/2016**

**06/05/2016**

**06/05/2016**

**06/05/2016**

**06/05/2016**

**06/05/2016**

**06/05/2016**

**06/05/2016**

**06/05/2016**

**06/05/2016**

**06/05/2016**

**06/05/2016**

**06/05/2016**

**06/05/2016**

**06/05/2016**

**06/05/2016**

**06/05/2016**

**06/05/2016**

**06/05/2016**

**06/05/2016**

**06/05/2016**

**06/05/2016**

**06/05/2016**

**06/05/2016**

**06/05/2016**

**06/05/2016**

**06/05/2016**

**06/05/2016**

**06/05/2016**

**06/05/2016**

**06/05/2016**

**06/05/2016**

**06/05/2016**

**06/05/2016**

**06/05/2016**

**06/05/2016**

**06/05/2016**

**06/05/2016**

**06/05/2016**

**06/05/2016**

**06/05/2016**

**06/05/2016**

**06/05/2016**

**06/05/2016**

**06/05/2016**

**06/05/2016**

**06/05/2016**

**06/05/2016**

**06/05/2016**

**06/05/2016**

**06/05/2016**

**06/05/2016**

**06/05/2016**

**06/05/2016**

**06/05/2016**

**06/05/2016**

**06/05/2016**

**06/05/2016**

**06/05/2016**

**06/05/2016**

**06/05/2016**

**06/05/2016**

**06/05/2016**

**06/05/2016**

**06/05/2016**

**06/05/2016**

**06/05/2016**

**06/05/2016**

**06/05/2016**

**06/05/2016**

**06/05/2016**

**06/05/2016**

**06/05/2016**

**06/05/2016**

**06/05/2016**

**06/05/2016**

**06/05/2016**

**06/05/2016**

**06/05/2016**

**06/05/2016**

**06/05/2016**

**06/05/2016**

**06/05/2016**

**06/05/2016**

**06/05/2016**

**06/05/2016**

**06/05/2016**

**06/05/2016**

**06/05/2016**

**06/05/2016**

**06/05/2016**

**06/05/2016**

**06/05/2016**

**06/05/2016**

**06/05/2016**

**06/05/2016**

**06/05/2016**

**06/05/2016**

**06/05/2016**

**06/05/2016**

**06/05/2016**

**06/05/2016**

**06/05/2016**

**06/05/2016**

**06/05/2016**

**06/05/2016**

**06/05/2016**

**06/05/2016**

**06/05/2016**

**06/05/2016**

**06/05/2016**

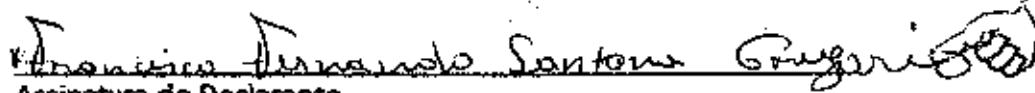
**06/05/2016**

**06/05/2016**

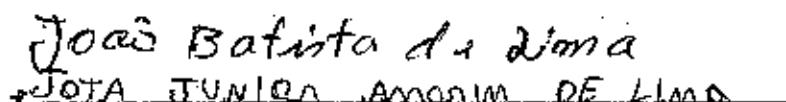
**06/05/2016**



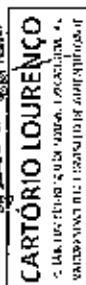
## Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, FRANCISCO FERNANHO SANTANA GRIGORIORG nº 98010178652, data de expedição 26/10/12,  
Órgão SSP-CE, portador do CPF nº 895.346.703-91, com  
domicílio na cidade de ITAREMA, no Estado deCEARA, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)LOCALIDADE DE ORIENTE, nº 511,complemento \_\_\_\_\_, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima JOTA JUNIOR AMORIM DE LIMA cujo o condutor era FELIPEVeículo: MOTOCICLOModelo: HONDA CG 150 TITAN ESAno: 2007Placa: HYD-4972-CEChassi: 9CZKC08507R056499Data do Acidente: 08-01-2015Local e Data: ITAREMA-CE,


Assinatura do Declarante



Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)



Francisco Fernando Santana Grigorio  
titular

Catunda-CE  
Em testamento  
da verdade  
MARIA ANITA DE SOUSA AZEVEDO  
Titular  
ANGELA CHRISTINA DE S. FERREIRA  
Esc. Substituta

COMPREV SEGUROS  
E PREVIDÊNCIA S/A.

RECEBI 06 MAR 2017

Nome: \_\_\_\_\_



SUS

GOVERNO MUNICIPAL DE ITAREMA  
SECRETARIA DA SAÚDEPreça Nossa Senhora de Fátima, 48 Centro - CEP 62590-000  
Fone: 3687-1357/3687-1951 - Itarema-CE

Hospital Municipal Natércia Rios

Documento de saúde brasileiro



Saúde para Todos

## REGISTRO DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL EMERGENCIAL

Classificação de risco 

PSF de origem: Oriente ACS: Maria D.N.: 07/07/98  
 Nome: JOSÉ JUNIOR ANDRADE DE LIMA Idade: 16 A Sexo: (X) Masculino ( ) Feminino  
 Filiação: ZÉ JOSÉ R. DE LIMA E MARIA ROCÍA SANTOS ANDRADE  
 Endereço: Oriente Bairro: ZONA RURAL  
 Identidade 2017597226-0 Data de Exp.: 29/10/11 CPF: \_\_\_\_\_ Fone:  
 Registro de Nascimento: 20107 Livro: A-18 Folhas: 1701 CNS: 201 0220 1336 0003  
 Horário de chegada: 22:46 hs Data: 08/01/16 Recepção: Marcus  
0160 08/01/16

## ATENDIMENTO DE ENFERMAGEM:

SSVV: PA 110 x 60 mmHg Tem. 22 °C Pulso 86 bpm FR 16 mpm Peso kg SpO<sub>2</sub> 96 %  
 Assin. Aux./Tec. De Enfermagem/carimbo: \_\_\_\_\_ Horário: \_\_\_\_\_ hs Glicemia: \_\_\_\_\_ mg/dL

## Procurou o PSF de sua área?

- |                                     |                             |                          |
|-------------------------------------|-----------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> SIM e      | ( ) Encaminhado             | ( ) Não tinha ficha      |
| <input type="checkbox"/> NÃO porque | ( ) Não tinha médico        | ( ) Posto estava fechado |
|                                     | ( ) Não resolveu o problema | ( ) Outros _____         |
|                                     | ( ) acha que não resolve    | ( ) é longe de casa      |
|                                     | ( ) Não tinha atendimento   | ( ) Outros _____         |

## QUEIXA PRINCIPAL:

HDA:

## DIAGNÓSTICO DE ENFERMEGEM:

## CONDUTA DE ENFERMAGEM:

## ENCAMINHAMENTO:

## ASSINATURA ENFERMEIRO (A)/COREN:

CARTÓRIO LAURA

OFÍCIO DE NOTAS E REGISTROS DE ITAREMA

A presente cópia confere com o original, que

me foi apresentado nestas notas, DOUTOR

Laura Eduardo de Cássia Costa - Titular

Laura Claudia Costa Roque - Substituta

## ATENDIMENTO MÉDICO:

HDA: Oriente vítima de acidente de moto, com cefaleia em etapa, com náuseas e vômitos em todo corpo e laceração periorbital operada em edacamento.

## DIAGNÓSTICO:

## CONDUTA INDICADA:

MEDICAÇÃO: 5F091-500ml + SG51-250mlTaitant  
20.50hs

## EXAMES SOLICITADOS:

Saude S. de Alexandria  
Médico CRM-2692  
AASS. Médico CRM

NOTA  
SEGURAUJARNA

05 JUL 2016

## ATENDIMENTO AMBULATORIAL:

## MEDICAÇÃO ADMINISTRADA:

## HORÁRIO DA ADMINISTRAÇÃO \_\_\_\_\_ hs ASS. AUX./TEC.ENFERM. COREN:

## HORÁRIO DE TÉRMINO DO ATENDIMENTO: \_\_\_\_\_ hs



SANTA CASA  
DE MISERICÓRDIA  
DE SOBRAL

# RELATÓRIO DE ALTA



NOME: Jota Kínier Amorim de Lima IDADE: 16 anos

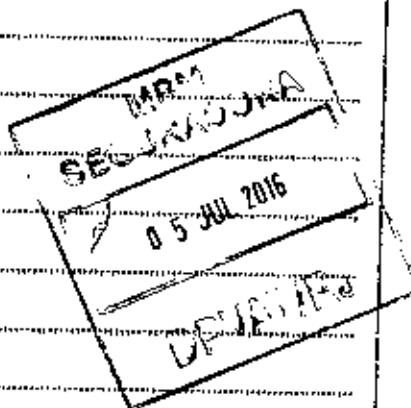
Nº DO PRONTUÁRIO: 835399 ENFERMARIA: 126 LEITO: 1439 CLÍNICA São José

PERÍODO DE INTERNAÇÃO: 09/03/15 a 34/03/15

## RESUMO DA HISTÓRIA CLÍNICA:

Paciente vítima de acidente de motocicleta, deu entrada com quadro de extrema lesão anal. Foi submetido a desbridamento diafo, a um procedimento cirúrgico no qual foi realizado desbridamento e sutura perineal, além de colostomia de sigmoido restringindo intercorrências.

## EXAMES REALIZADOS:



TERAPEUTICA UTILIZADA:

- Desbridamento cirúrgico +
- Sutura da região perianal
- Colostomia de sigmoido em alto
- Oxacilina + clindamicina +
- Ciprofloxacin por 5 dias.

DIAGNÓSTICO FINAL

- Lesão anal extensa

CONDIÇÕES DE ALTA:

Melhorado     Curado     Encaminhado ao Ambulatório

Retorno ... / ...

RECOMENDAÇÕES:

- Retornar para o ambulatório de cirurgia da dra. Cristina com 30 dias
- Tomar medicações prescritas em folha anexa

~~✓ Retirar pontas de sutura em região perianal com PSF responsável pelo paciente (SEM FFI)~~

SEGUINTE PAGINA

05 JUL 2016

Foto

DSC 0001



SANTA CASA  
DE MISERICORDIA  
DE SOBRAL  
ENTRADA EM LAMPOADA

Santa Casa de Misericórdia de Sobral  
(62) 3677-1020 - Fax: (88) 3613-1908 - Centro - Sobral - Ceará - CEP: 62.010-500

Santa Casa de Misericórdia de Sobral - CEP: 62.010-550  
Rua Antônio Crisóstomo de Melo, 919 - Fone: (88) 3677.1930 - Fax: (88) 3613.1908 - Centro - Sobral - Ceará

# **LEITOS DE OBSERVAÇÃO**

Paciente: José Junqueira

**Diagnóstico:** Paroxismo de dolor

Re

Leitor

## Queixas

2 - Anexo A - Avaliação do Chefe do Setor (CONTINUA)



## O DE TRAUMA

- |                                       |                                    |                                   |   |                                     |
|---------------------------------------|------------------------------------|-----------------------------------|---|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> TCE          | <input type="checkbox"/> ABDOMINAL | <input type="checkbox"/> TORÁCICO | <input type="checkbox"/> ORTOPÉDICO       | <input type="checkbox"/> POLITRAUMA |
| <input type="checkbox"/> ESPANCAMENTO |                                    |                                   | <input type="checkbox"/> VIOLENCIA SEXUAL |                                     |
| <input type="checkbox"/> PAI          | <input type="checkbox"/> MÃE:      | <input type="checkbox"/> OUTROS   | <input type="checkbox"/> PAI              | <input type="checkbox"/> PADASTRO   |
| <input type="checkbox"/> DESCONHECIDO |                                    |                                   |   |                                     |

HORA DO ATENDIMENTO MÉDICO

HOADO MÉDICO:

DETALLES MEDICO:  
Piel: Los labios de ambos lados  
pagan mas importancia.

CONDUTA: Histeroseptic pneumonia  
DIAGNÓSTICO:

DIAGNÓSTICO: Obesidad

Ass. Medical CRM

**MOTIVO DO ATENDIMENTO**

- |  |  |                                      |  |
|--|--|--------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> CLÍNICO               | <input type="checkbox"/> CARDIOLÓGICO        | <input type="checkbox"/> NEUROLÓGICO | <input type="checkbox"/> OFTALMOLOGICO |
| <input type="checkbox"/> CIRÚRGICO             | <input type="checkbox"/> TRAUMAT. ORTOPÉDICO | <input type="checkbox"/> OTORRINO    | <input type="checkbox"/> ODONTOLÓGICO  |
| <input type="checkbox"/> TENTATIVA DE SUICÍDIO | <input type="checkbox"/> OUTROS              |                                      |  |

RESTO DO ATENDIMENTO:  CONSULTA

- COM MEDICAÇÃO  
 SEM MEDICAÇÃO  
 ALTA COMPLEXIDADE  
 INTERNAÇÃO  
 CLÍNICO

### **CBSE**RVACÃO: DESTINO

- |  |   |                                    |
|--|---|------------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> INTERNAÇÃO | <input type="checkbox"/> CLÍNICO            | <input type="checkbox"/> CIRÚRGICO |
| <input type="checkbox"/> ALTA                  |   |                                    |
| <input type="checkbox"/> TRANSFERÊNCIA         | <input type="checkbox"/> HOSPITAL DE ORIGEM | <input type="checkbox"/> OUTROS    |

© 2012 by The Author(s)

Horaz

GOVERNO MUNICIPAL DE ITAREMA  
SECRETARIA DE SAÚDE

**FICHA DE REFERÊNCIA**



Unidade de Origem: \_\_\_\_\_ Município: Itarema

Distrito Sanitário: \_\_\_\_\_

Nome: José Júnior Amorim de Lima Prontuário Nº: \_\_\_\_\_  
Sexo: M  F  Data de Nascimento: 03/03/98 Ocupação: Estudante  
Endereço: Oriente - Itarema Bairro: \_\_\_\_\_  
Telefone: \_\_\_\_\_

Ativo do Encaminhamento: Colônia por perfumes infantil (estudente) *(Handwritten note: Antônio Silveira, Itarema, 2015)*

Resultado de Exames: \_\_\_\_\_

Conduta já Realizada: Laringite (voluntária)

Impressão Diagnóstica: Laringite por perfume infantil / Estudente  
Dr. GZ \_\_\_\_\_ Profissional: Laringite  
Assinatura do Encaminhante - Nº. Registro: \_\_\_\_\_ Função: \_\_\_\_\_ Data: 22/04/15 Hora: 11:00 h

**AGENDAMENTO**

Encaminhamento para Atendimento: Ambulatorial  Hospitalar  Auxílio Diagnóstico   
Procedimento: \_\_\_\_\_ Profissional: Laringite

Unidade de Referência: Ponto Falso da Nobre Data: 22/04/15 Hora: 11:00 h

**FICHA DE CONTRA - REFERÊNCIA (\*)**

Unidade de Referência: \_\_\_\_\_ Município: \_\_\_\_\_ Prontuário Nº: \_\_\_\_\_ Alta: 1 / 1

Resumo Clínico / Cirúrgico: \_\_\_\_\_

Resultado de Exames: \_\_\_\_\_

Diagnóstico Principal: \_\_\_\_\_ CID: SE *(Handwritten note: SE, 05 JUL 2016, DE PAUL)*

Secundário 1: \_\_\_\_\_ CID: 05 JUL 2016  
Secundário 2: \_\_\_\_\_ CID: \_\_\_\_\_

Proposta de Conduta para seguimento: \_\_\_\_\_

○ Problema Justificou a Referência? Sim  Não

○ Moço de Referência Coincidie com o Diagnóstico? Sim  Não



# SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SOBRAL

Filiada à Confederação das Misericórdias do Brasil



## RECEITUÁRIO MÉDICO - Ambulatório

P/ foto junior Omotim  
de Iaima

A secretaria de Saúde de  
Itarema,

O paciente acima, vítima de  
acidente de motocicleta, evoluiu  
com lesão anal extensa, sendo  
realizado colostomia, necessi-  
tando de desapêndio de bolsas  
de colostomia.

Dr. George Siqueira Sales  
Médico  
Ceará 12030

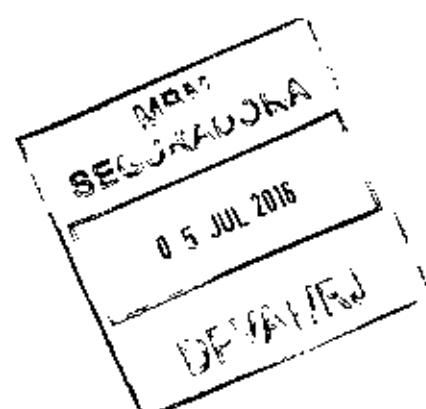
06.198

Sobral, 14/04/15

Rua Antônio Crisóstomo de Melo, 919 - Centro - Sobral - Ceará - CEP: 62.010-550

Fone: (88) 3112.0400 - Fax: (88) 3613.1908

CNPJ: 07.818.313/0001-09 - CGF: 06.322.262-0 - Certificado Filantrópico - Proc. 242.442/74





UNIDADE DE SAÚDE.....

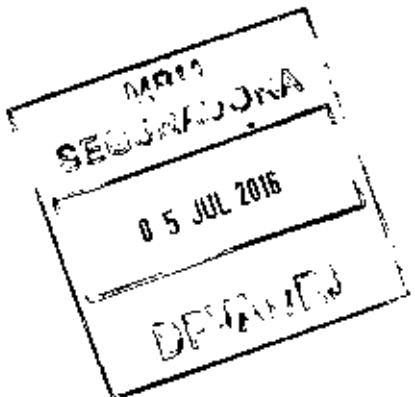
RECEITUÁRIO

NOME: Jota Junior Amorim de Lima

Pade 16 anos, sofreu acidente de motocicleta há cerca de 03 meses e necessita de ficha de referência p/ retorno cl/ médico cirúrgico em Sobral. Unidade de Saúde que atende para o paciente encontra-se temporariamente sem médicos.

DATA: 07/04/15

Josélen Duarte Brandão  
Enfermeira  
COPRE: CE 373.237  
Assistente Social



Drs. Astur 19.02.15



SANTA CASA  
DE MISERICÓRDIA  
DE SOBRAL

# RELATÓRIO DE ALTA



NOME: Jeftha Mínior Amorim de Souza IDADE: 16 anos

Nº DO PRONTUÁRIO: 835399 ENFERMARIA: 426 LEITO: 1439 CLÍNICA São José

PERÍODO DE INTERNAÇÃO: 09/02/15 a 14/02/15

## RESUMO DA HISTÓRIA CLÍNICA:

Paciente vítima de acidente de motocicleta, deu entrada com quebra de extrema lesão anal. Foi submetido a desbridamento cirúrgico, a um procedimento cirúrgico no qual foi realizado desbridamento e sutura peritoneal, além de colostomia de sigmoido de sem intercorrências.

## EXAMES REALIZADOS:

85 JUL 2016  
Dr. Jeftha Mínior Amorim de Souza

TERAPEUTICA UTILIZADA:

- Desbridamento cirúrgico + sutura da região perianal
- Colostomia de sigmoido em alça
- oxacilina + clindamicina + ciprofloxacino por 5 dias.

DIAGNÓSTICO FINAL - Lesão anal extensa

CONDIÇÕES DE ALTA:

Melhorado  Curado  Encaminhado ao Ambulatório

Retorno

RECOMENDAÇÕES:

- Retornar para o ambulatório de cirurgia da dra. Cristina com 30 dias
- Tomar medicações prescritas em folha anexa
- ✓ Retirar pontas de sutura em região perianal em PSF responsável pelo paciente

SEU

15 JUL 2016

D.C.

ifc

Sobral, 14 de Janeiro de 15

Carimbo / Ass. Médico

136 000000302



**GOVERNO MUNICIPAL DE ITAREMA**  
**SECRETARIA DA SAÚDE**  
**Praça Nossa Senhora de Fátima, 48 Centro - CEP 62590-000**  
**Fone: 3667.1357/3667.1951 - Itarema-CE**  
**Hospital Municipal Natércia Rios**

**REGISTRO DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL EMERGENCIAL**Classificação de risco *ACIDENTE DE MOTO*

PSF de origem: Oriente ACS: Maria D.N.: 07107198  
 Nome: JOSÉ JUNIOR ALVES DE LIMA Idade: 16 A Sexo: ( ) Masculino ( ) Feminino  
 Filiação: 2019813.47.0109 F MARIA ROZIMA SANTOS ACCORDIM  
 Endereço: Oriente Bairro: ZONA RURAL  
 Identidade: 202597026-0 Data de Exp.: 29/08/11 CPF: \_\_\_\_\_ Fone:  
 Registro de Nascimento: 20107 Livro: A-18 Folhas: 1701 CNS: 20102201336.0003  
 Horário de chegada: 22:46 hs Data: 08/01/16 Recepção: NEUSAN  
2160 08/01/16

**ATENDIMENTO DE ENFERMAGEM:**

SSV: PA 110 x 60 mmHg Tem. \_\_\_\_\_ °C Pulso 86 bpm FR. \_\_\_\_\_ mrpm Peso \_\_\_\_\_ kg SpO<sub>2</sub> 96 %  
 isin. Aux./Tec. De Enfermagem/carimbo: \_\_\_\_\_ Horário: \_\_\_\_\_ hs Glicemia: \_\_\_\_\_ md/dL

**Procurou o PSF de sua área?**

- |                                     |                             |                          |
|-------------------------------------|-----------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> SIM e      | ( ) Encaminhado             | ( ) Não tinha ficha      |
| <input type="checkbox"/> NÃO porque | ( ) Não tinha médico        | ( ) Posto estava fechado |
|                                     | ( ) Não resolveu o problema | ( ) Outros _____         |
|                                     | ( ) acha que não resolve    | ( ) é longe de casa      |
|                                     | ( ) Não tinha atendimento   | ( ) Outros _____         |

**QUEIXA PRINCIPAL:**

HDA: \_\_\_\_\_

**COMPREV SEGUROS  
E PREVIDÊNCIA S/A.****DIAGNÓSTICO DE ENFERMEGEM:****CONDUTA DE ENFERMAGEM:****ENCAMINHAMENTO:**

ISSINATURA ENFERMEIRO (A)/COREN: \_\_\_\_\_

DOCUMENTO 5 "TS"

**ATENDIMENTO MÉDICO:**

HDA: Homem vítima de queda de moto, com colisão em coto, com lesões ósseas em todo corpo e tecidos moles profundos, com edema

**DIAGNÓSTICO:****CONDUTA INDICADA:**MEDICAÇÃO: 5F0,91-500ml + SG51-250ml ✓ *laxante***EXAMES SOLICITADOS:**

*S. E.S. de Itarema*  
*Medico CRM-22692*  
*AASS. Médico CRM.*

*Autentica para os devidos fins a documentação fotográfica da original que me foi apresentada no Cartório pela parte interessada.*

*Doutor*  
*Catilina CRF-CE 22-0977*  
*Em testemunha*  
*Tobá*

*MARIA ANITA DE SOUSA ALVES*  
*Tobá*  
*ANGELA CHRISTINA DES. #FRR-53*  
*Esc. Substitutos*

**ATENDIMENTO AMBULATORIAL:****MEDICAÇÃO ADMINISTRADA:**

HORÁRIO DA ADMINISTRAÇÃO \_\_\_\_\_ hs ASS. AUX./TEC.ENFERM. COREN: \_\_\_\_\_

HORÁRIO DE TÉRMINO DO ATENDIMENTO: \_\_\_\_\_ hs

Dr. Arthur 19/03/15



SANTA CASA  
DE MISERICÓRDIA  
DE SOBRAL

# RELATÓRIO DE ALTA



NOME: Jota Júnior Amorim de Lima IDADE: 16 anos

Nº DO PRONTUÁRIO: 835399 ENFERMARIA: 126 LEITO: 1439 CLÍNICA: São José

PERÍODO DE INTERNAÇÃO: 09/01/15 a 14/01/15

## RESUMO DA HISTÓRIA CLÍNICA:

Paciente vítima de acidente de motocicleta, deu entrada com quebre de extensa lesão anal. Foi submetido a desbridamento, digo, a um procedimento cirúrgico no qual foi realizado desbridamento e sutura perineal, além de colostomia de sigmoidoile sem intercorrências.

EXAMES REALIZADOS:

COMPREV SEGUROS  
E PREVIDÊNCIA S/A.

RECEBI 06 MAR 2017

RAÚL M.



Autenticação digitalizada da assinatura digital  
representativa do original que se foi apresentada  
com Cartório para tanto interessada.  
Data: 20/03/17  
Cidade: Caucaia  
Ente federativo: Ceará  
Assinatura: Azevedo

MARIA ANITA DI SOUSA AZEVEDO  
Titular  
ADRIELE CRISTINA DANTAS TERRERA  
Esc. Substituta

## TERAPEUTICA UTILIZADA:

- Desbridamentos cirúrgico +

Sutura da região perianal

- Colostomia de sigmóide em alça

- oxacilina + clindamicina + ciprofloxacina por 5 dias.

## DIAGNÓSTICO FINAL:

- lesão anal extrema

## CONDIÇÕES DE ALTA:

Melhorado.  Curado  Encaminhado ao Ambulatório  Retorno \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

## RECOMENDAÇÕES:

- Retornar para o ambulatório de cirurgia do dra. Cristina com 30 dias
- Tomar medicações prescritas em folha anexa
- Retirar pontos de sutura em região perianal em PSF responsável pelo paciente (Sem TEC)

		<b>CARIMBO</b> LOURENÇO  <b>NOTAS E REGISTRO</b>  Autentique pela sua assinatura a presente cópia reproduzida na original que me foi apresentada Um Carimbo indica parte interessada Doulo. <i>22-02-17</i> Consultante: <i>DR. FERNANDEZ</i> Em testemunha: <i>DR. VANDRICK</i> A. TUBAL <i>LIMA</i>
Sobrenome nome e de carteira	MARIA ANITA DE SOUSA AZEVEDO Titular ANGELA CHRISTINA DE S. FERREIRA Esc. Substitutos	

Sobral, 14 de Janeiro de 2015

Carimbo / Ass. Médico

# RELATÓRIO DE ALTA



NOME: Sônia Souza Gomes de Lima IDADE: 17

Nº DO PRONTUÁRIO: ENFERMARIA: LEITO: CLÍNICA

PERÍODO DE INTERNAÇÃO: 21/03/2016 a 22/03/2016

## RESUMO DA HISTÓRIA CLÍNICA:

Paciente feminino, subiu acidente de moto em 09/01/2015  
ante apresentar extensa lesão anal. Acometida predominantemente  
anatômica com dor intensa e contínua perianal e rectal  
com diagnóstico de intercorrência fistula bocal, sem  
exantemática completa das lesões anais, fazendo suspeitar  
a fistula dia. Foi feita aoptar por não realizar  
imediatamente exame desde é não realização de colonos-  
cópia pré-operatória pelo paciente. Paciente recebe alta  
hospitalar e foi orientado de retornar ao ambulatório do  
Dr. Luciano Andrade após realização de colonoscopia.  
O ex. Coloscópico pré-operatório não foi realizado, motivo  
devidade preventivo.

**COMPREV SEGUROS  
E PREVIDÊNCIA S/A.**

RECEBIDO 06 MAR 2017

## EXAMES REALIZADOS:

Nome: \_\_\_\_\_

(21/03/2016)

- Hemograma = Hb = 72,1 ; Ht = 44,6 ; Leuc = 12.470 ; Band = 32,  
 Esg = 206.822  
 Eritro = 57 ; Cr = 0,91 ; Ur = 23 ; Função = 5,2 ; Scr = 0,4 ;  
 K = 4,4 ; Nata = 19,5 ; Mag = 1,4  
 - Coagulograma = TEP = 1,6" ; TT PA = 9,2"



Autentico para os devidos fins a presente ofício  
 notoriéltica da Oficina Pública que se apresenta  
 em Cartório pela parte interessada.

Dois  
 Catunda-CE  
 Em testemunha \_\_\_\_\_ de verdade  
 Atalia

MARIA ANTÔNIA SOUSA AZEVEDO

Titular

ANGELA CUNHATINA DE S. FERREIRA

Esc. Substitutos

Graffia GLEIDE 3611 3111

PEUTICA UTILIZADA: Lactulose, metformina, Clotrop, reantagonista;  
Dopamina; Flavatulosa

DIAGNÓSTICO FINAL

Colite ulcerativa

CONDIÇÕES DE ALTA:

Melhorado     Curado     Encaminhado ao Ambulatório

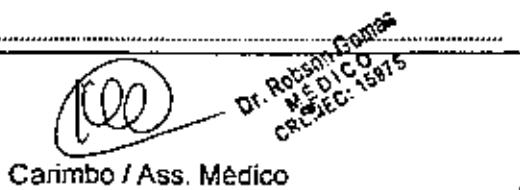
Retorno \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

RECOMENDAÇÕES:

(1) Retorno ao ambulatório de Urologia do Dr. Francisco de  
Alencar Andrade após realização da laparoscopia, cirurgia, inter-  
vencionista eletrocoagulação.

Sobral, 22 de Maio de 2016

COD. 11268



Carimbo / Ass. Médico

GRAFICA CLEIDE - 2611.3723



SUS

GOVERNO MUNICIPAL DE ITAREMA  
SECRETARIA DA SAÚDE  
**FICHA DE REFERÊNCIA**

Unidade de Origem: OrienteDistrito Sanitário: \_\_\_\_\_ Município: ItaremaNome: Jota Júnior Amorim de Lima Pront. N°: \_\_\_\_\_Sexo: M  F  Data de Nascimento: 07/07/98 Ocupação: \_\_\_\_\_Endereço: Oriente Bairro: Oriente Fone: \_\_\_\_\_

Motivo do Encaminhamento:

Retorno p/ avaliação de procedimento colostomia.

Resultado de Exames:

---



---



---

Conduta já Realizada:

---



---

Impressão Diagnóstica:

15/09/15

Assinatura do Encaminhante - Nº Registro

Função

Data

Hora

**AGENDAMENTO**ENCAMINHAMENTO PARA ATENDIMENTO: Ambulatorial Hospitalar Auxílio Diagnóstico 

Procedimento: \_\_\_\_\_

Profissional: \_\_\_\_\_

Unidade de Referência: \_\_\_\_\_

Data: / / Hora: \_\_\_\_\_

**FICHA DE CONTRA - REFERÊNCIA (\*)**

Unidade de Referência: \_\_\_\_\_

Município: \_\_\_\_\_ Prontuário N°: \_\_\_\_\_ Alta: / /

Resumo Clínico / Cirúrgico:

---



---



---

Resultado de Exames: \_\_\_\_\_

**COMPREV SEGUROS  
E PREVIDÊNCIA S.P.A.**

Diagnóstico Principal: \_\_\_\_\_

RECEBI

06 MAR 2017

Secundário 1: \_\_\_\_\_

Secundário 2: \_\_\_\_\_

NOTAS:

Proposta da Conduta para Segmento:

O PROBLEMA JUSTIFICOU A REFERÊNCIA? SIM  NÃO  O MOTIVO DA REFERÊNCIA COINCIDE COM O DIAGNÓSTICO? SIM  NÃO 

Assinatura do Consultante - Nº Registro

Função

Data



SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SOBRAL

Filiada à Confederação das Missões Rádicas do Brasil -  
SANTA CASA  
DE MISERICÓRDIA  
PE. SOBRAL

RECEITARIO MÉDICO - Ambulatório

Pl. 80a senior Amorim de  
Forma

Sofisticación, Seguridad  
ambulancia de emergencia  
general, aparte de clínicas y hospitales

Christine

115  
10/19/03  
D. T. C.  
A. T. C.

~~Morales~~ en route

०६०

卷四

~~Dr. Doster  
Ken Rycroft~~

~~Av. Antônio Crisóstomo de Melo, 910 - Centro - Sobral - Ceará - CEP: 62.910-550~~

For B: 18813112.0400 FAX: (88) 3613.1908

CNPJ: 07.8118-3133000-09-CCG/06-322262-0 Gestão Ambiental e Técnica - Proc. 242.442/74

**COMPREV SEGUROS  
E PREVIDÊNCIA S/A.**

RECEB1

06 MAR 2017

Name:



ANTALAS  
Sociedade  
Pro-Sobral  
Ceará  
Tribunal  
Município

## SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SOBRAL

Filiada à Confederação das Misericórdias do Brasil  
Santa Casa de Misericórdia de Sobral

## RECEITUÁRIO MÉDICO - Ambulatório

*Assinaturas*      *Olos*  
*Colostom 2 gozos*

Licença Dia 21/06/2016



SANTA CASA  
de MISERICÓRDIA  
DE SOBRAL

## SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SOBRAL

Filiada à Confederação das Misericórdias do Brasil  
Santa Casa de Misericórdia de Sobral



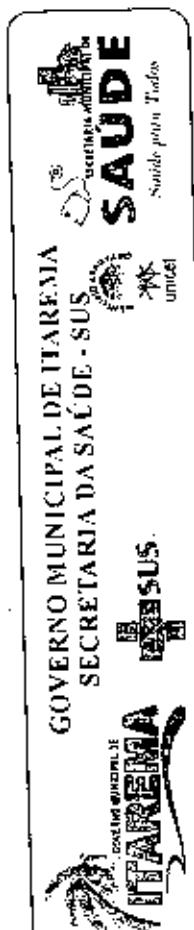
SANTA CASA  
de MISERICÓRDIA  
DE SOBRAL

## RECEITUÁRIO MÉDICO - Ambulatório

290-1993

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.	
RECEBI	06 MAR 2017
Nome:	

Assinatura  
Or. W. C. O. G. S.  
06/03/2017



<b>RECEITUÁRIO</b>	<b>NOME:</b> <u>José Vitorino Almeida</u>	<b>DATA:</b> <u>10/01/2010</u>
<b>VALOR:</b> <u>R\$ 00,00</u>	<b>NOTA:</b> <u>00</u>	<b>ASSINATURA:</b> <u>José Vitorino Almeida</u>

**COMPREV SEGUROS  
E PREVIDÊNCIA S/A.**

2 x 100

clawed  
mf. in

2

Name: \_\_\_\_\_

१५

Jan. 19. - Prof. W. G. Abbott, now

Mr. & Mrs. James C. Clark  
Mr. & Mrs. W. H. Nichols

DATA: 00 / 00 / 00

Assinatura - CRM

DATA

Assinatura - CRM



GOVERNO MUNICIPAL DE ITAREMA  
SECRETARIA DA SAÚDE - SUS



SECRETARIA MUNICIPAL DE  
**SAÚDE**  
Saúde para Todos

UNIDADE DE SAÚDE: Oriente

**RECEITUÁRIO**

NOME: José Júnior de Lima

*Poderão:*

- Nemograma longo, R\$ 18,00

- Longitograma 35,00

DATA: 09/11/15

*Dra. Elizabeth Crabb  
CRM 10210  
RG 456 C.R. 2300146*

*Assinatura - CRM*

COMPREV SEGUROS  
E PREVIDÊNCIA S/A.

RECEBI 06 MAR 2017

Nome: \_\_\_\_\_



*Nº 4015*  
COMPLEXO DOM WALFRIDO  
C.N.P.J.: 07.818.313/0008-77  
RECEBO DE PAGAMENTO

COMPLEXO DOM WALFRIDO  
C.N.P.J.: 07.818.313/0008-77  
RECEBO DE PAGAMENTO

PLANO ECONOMICO

RECEBO VALOR: R\$100,00

Recebemos de: JOTA JUNIOR ANDRIM DE LIMA  
Matr: 835399- Atende: 4216504- Conta: 745478  
Medico: ANA CRISTINA FILZA DE ALBUQUERQUE  
A importancia des: R\$ 100,00

( CEM REAIS )

Referente as:

CONSULTA ELETIVA EM CONSULTORIO

Responsavel: DIANA MARIA

DATA/HORA :16/7/2015 - 07:27:44 Ficha: 7

PLANO ECONOMICO  
RECEBO VALOR: R\$100,00  
Recebemos de: JOTA JUNIOR ANDRIM DE LIMA  
Matr: 835399- Atende: 4216504- Conta: 745478  
Medico: ANA CRISTINA FILZA DE ALBUQUERQUE  
A importancia des: R\$ 100,00  
( CEM REAIS )  
Referente as:  
CONSULTA ELETIVA EM CONSULTORIO  
Responsavel: RELKA  
DATA/HORA :16/7/2015 - 07:27:44 Ficha: 7

Declaro estar ciente que por se tratar de um Hospital  
estarei sujeito a presencia de estudantes durante o ato  
medico nesta instituicao.

Declaro estar ciente que por se tratar de um Hospital  
estarei sujeito a presencia de estudantes durante o ato  
medico nesta instituicao.

JOTA JUNIOR ANDRIM DE LIMA

*ACORDO DE PAGAMENTO*

COMPLEXO DOM WALFRIDO  
C.N.P.J.: 07.818.313/0008-77  
RECEBO DE PAGAMENTO

PLANO ECONOMICO

RECEBO VALOR: R\$100,00

Recebemos de: JOTA JUNIOR ANDRIM DE LIMA  
Mat: 835399- Atende: 4133526- Conta: 725599  
Medico: ANA CRISTINA FILZA DE ALBUQUERQUE  
A importancia des: R\$ 100,00

( CEM REAIS )

Referente as:

CONSULTA ELETIVA EM CONSULTORIO

Responsavel: DIANA MARIA

DATA/HORA :23/4/2015 - 07:29:30 Ficha: 2

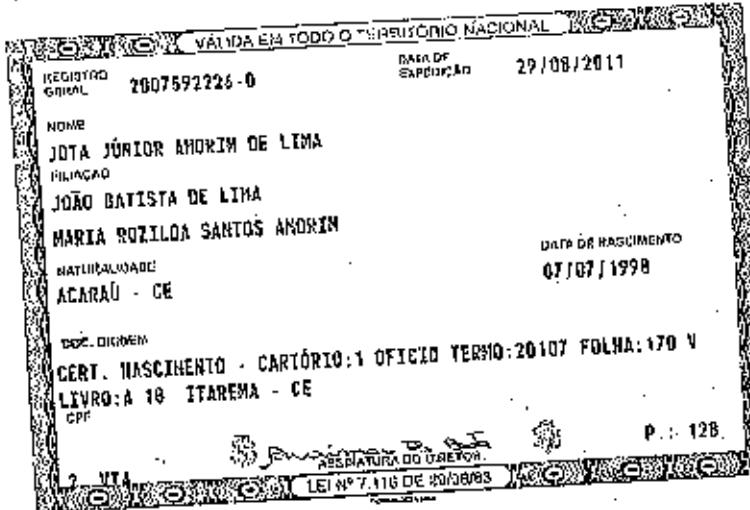
Declaro estar ciente que por se tratar de um Hospital  
estarei sujeito a presencia de estudantes durante o ato  
medico nesta instituicao.

COMPREV SEGUROS  
E PREVIDENCIA S/A.

RECEBI 06 MAR 2017

Nome:

JOTA JUNIOR ANDRIM DE LIMA



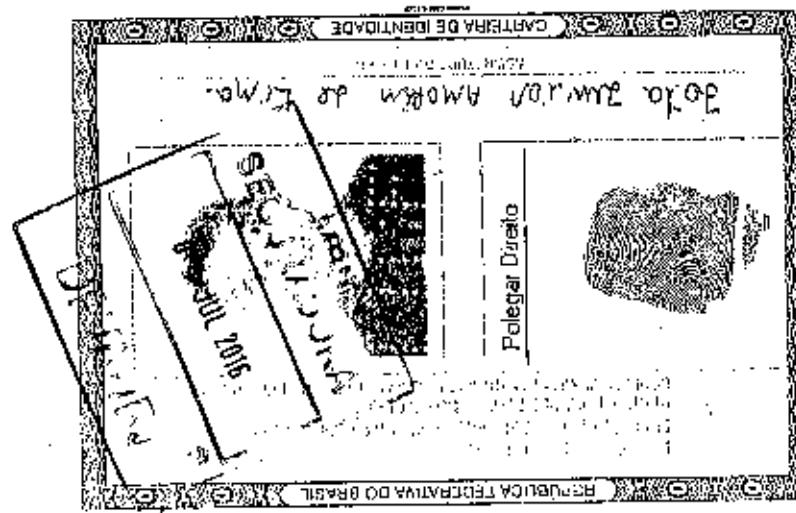
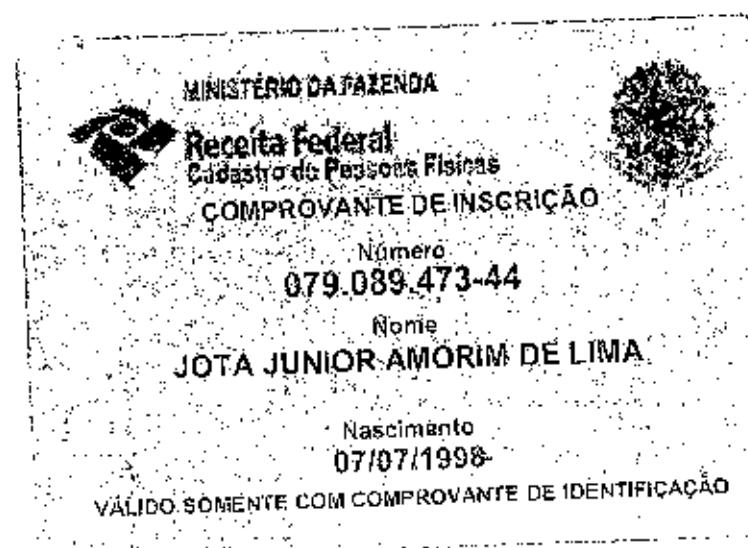
SANTA CASA DE MISERICÓRDIA  
DE SOBRAL

CARTÃO DE IDENTIFICAÇÃO

Atend: 1003117 D.V. Atendet: 09/01/2015 - 04:38  
Sex: 14/07/1998 RG: 1003117 D1 Nasc: 07/07/1998  
Nome: JOTA JUNIOR AMORIM DE LIMA  
End: RUA JUVENTINHO 6  
ZONA RURAL; ITAREMA-CE; CEP: 62590000

Contribuição Voluntária: Uma opção de atendimento de consultas, exames e internações sem burocracia, rápida, que a Santa Casa de Sobral lhe oferece.

Informações:  
Santa Casa: (88) 3112-0548 - 3112.0595



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

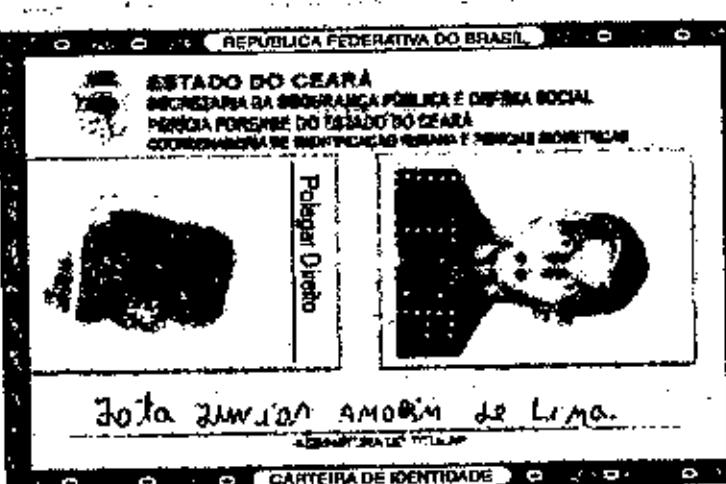
REGISTRO GERAL 2807592226-0 DATA DE EXPEDIÇÃO 29/08/2011

NOME: JOTA JÚNIOR AMORIM DE LIMA  
NASCIMENTO: 07/07/1998

JOÃO BATISTA DE LIMA  
MARIA ROZILDA SANTOS AMORIM  
MUNICÍPIO: ACARAÚ - CE  
DOC. ORIGEM: CERT. NASCIMENTO - CARTÓRIO: 1 OFÍCIO TERMO: 20167 FOLHA: 178 V  
LIVRO: A 18 ITAREMA - CE  
CPN:

P.: 128

LEI Nº 2.116 DE 29/06/93



CÓDIGO DE CONTROLE  
**2C97.B936.5667.2ED9**

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

[www.receita.fazenda.gov.br](http://www.receita.fazenda.gov.br)

Comprovante emitido pela  
Secretaria da Receita Federal do Brasil  
as 14:33:56 do dia 16/01/2015 (hora e data de Brasília)  
dígito verificador: 00

MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal  
Cadastro de Pessoas Físicas

**COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO**

Número  
**079.089.473-44**

Nome  
**JOTA JUNIOR AMORIM DE LIMA**

Nascimento  
**07/07/1998**

VALIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

COMPREV SEGU  
E PREVIDÊNCIA

RECEBI 06 MAR 2017

Nome: \_\_\_\_\_

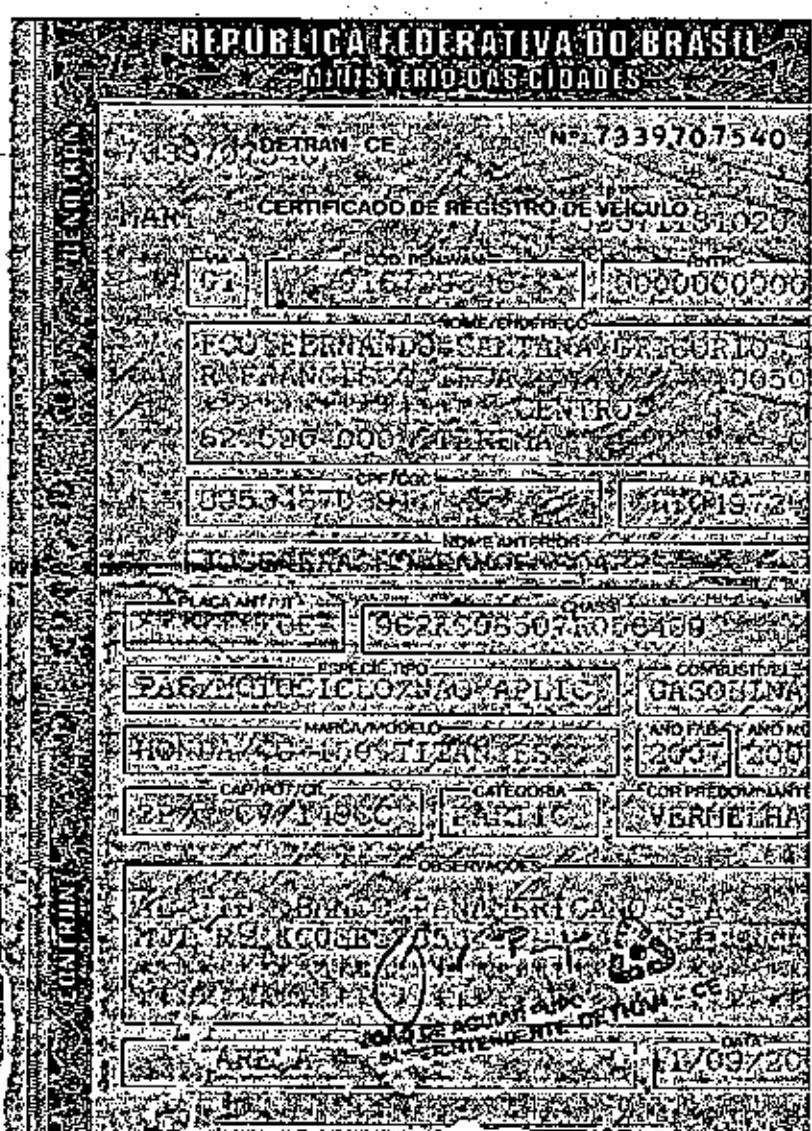
DOCUMENTO 6 "T6%"



CONTATO: Paulo Feijó

(88) 99211-4404





**COMPREV SEGUROS  
E PREVIDÊNCIA S/A.**

RECEIVED 06 MAR 2017

### Name:



## PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

Ouroz  
Seguradora Líder dos  
Comércios do Seguro DPVAT

### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0957978/16

Vítima: JOTA JUNIOR AMORIM DE LIMA

CPF: 079.089.473-44

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 08/01/2015

Titular do CPF: JOTA JUNIOR AMORIM DE LIMA

### DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro  
Boletim de ocorrência  
Comprovação de ato declaratório  
Declaração de Inexistência de IML  
Declaração do Proprietário do Veículo  
Documentação médica-hospitalar  
Documentos de identificação  
DUT  
Outros

JOTA JUNIOR AMORIM DE LIMA : 079.089.473-44

Autorização de pagamento

Comprovante de residência

### ATENÇÃO:

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue 0800-0221204.

- A Indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na Lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

#### Portador da documentação entregue

#### Responsável pelo recebimento na seguradora

Data: 05/07/2016

Data: 05/07/2016

Nome: JOTA JUNIOR AMORIM DE LIMA

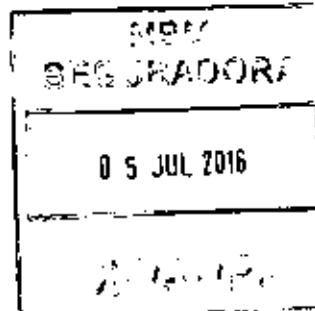
Nome: Marcelo Pereira da Silva

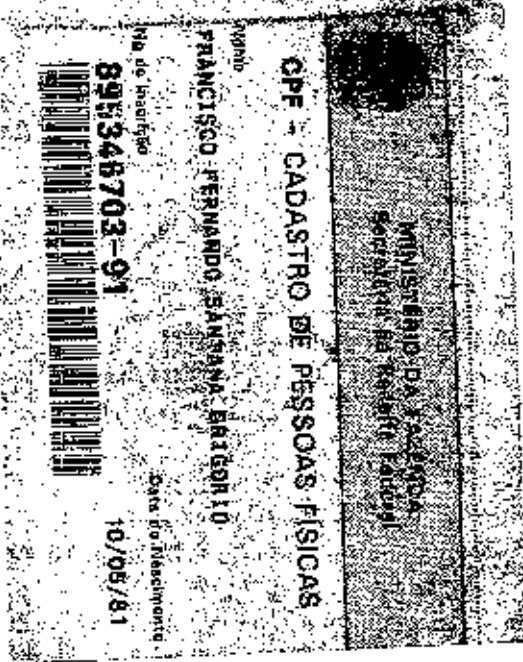
CPF/CNPJ: 079.089.473-44

CPF: 007.091.040-57

JOTA JUNIOR AMORIM DE LIMA

Marcelo Pereira da Silva





A presente cópia fotostática confere com o original exibido nestas notas: Dou Fé. Itarema/CE, 01/07/2015 11:04:16 LAURA EDUARDO DE CASSIA COSTA Válido somente com selo de Atenticidade: GM956587

Na de Itarema

896348703-91

CPF - CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

MINISTÉRIO DA FAZENDA  
SERVIÇO FEDERAL DA RECEITA FEDERAL

Data do Nascimento  
10/06/81

A presente cópia fotostática confere com o original exibido nestas notas: Dou Fé. Itarema/CE, 01/07/2015 11:04:19 LAURA EDUARDO DE CASSIA COSTA Válido somente com selo de Atenticidade: GM956589

Na de Itarema

Nota: Aquele que apresentar esta cópia fotostática para pagamento de impostos ou contribuições, não poderá mais apresentá-la para pagamento de impostos ou contribuições.

Nota: Aquele que apresentar esta cópia fotostática para pagamento de impostos ou contribuições, não poderá mais apresentá-la para pagamento de impostos ou contribuições.

A presente cópia fotostática confere com o original exibido nestas notas: Dou Fé. Itarema/CE, 01/07/2015 11:04:22 LAURA EDUARDO DE CASSIA COSTA Válido somente com selo de Atenticidade: GM956589

Na de Itarema

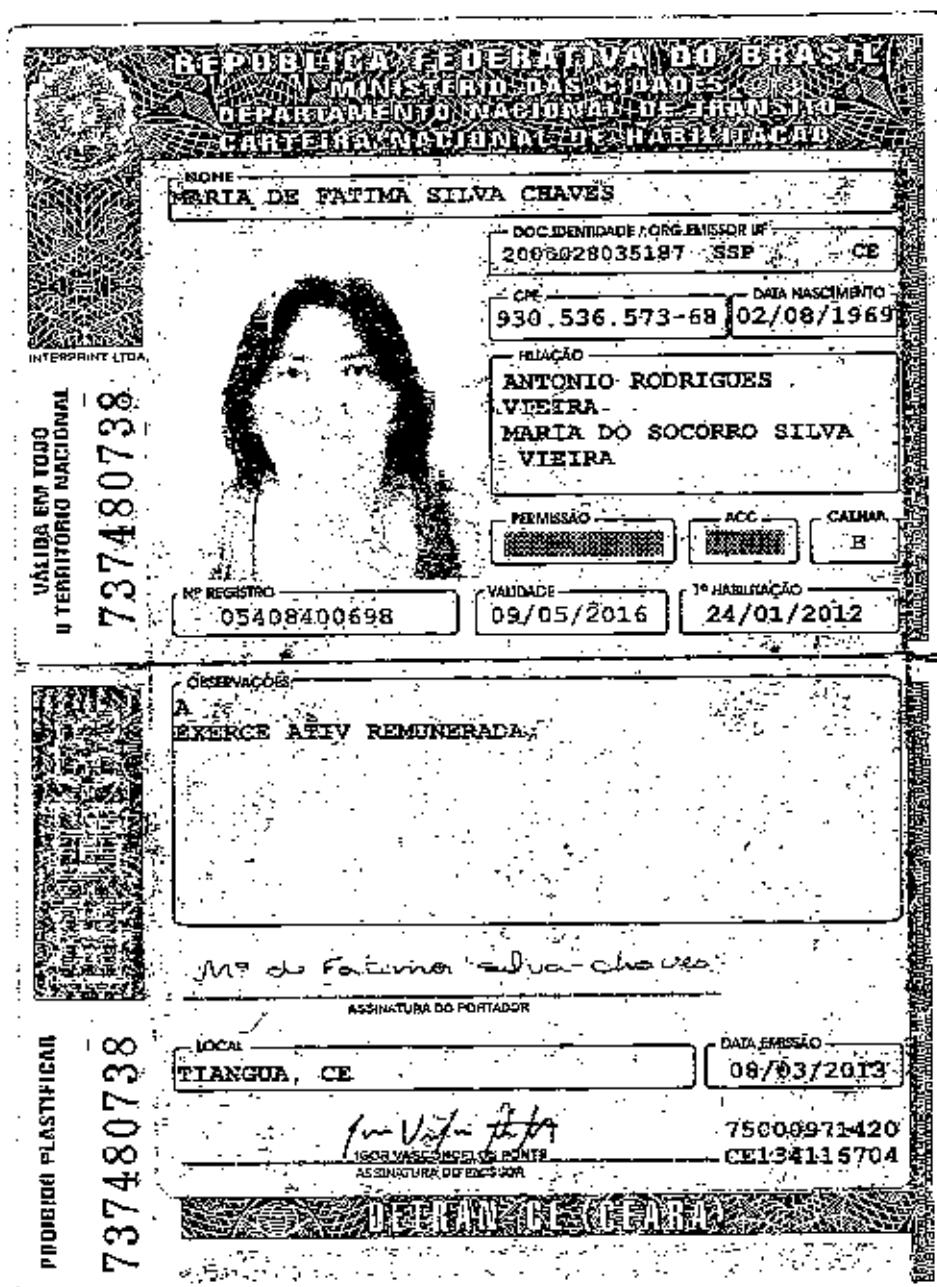


JOSÉ VAGNER  
DE SÁNCHEZ COSTA

01/07/2015 11:04:23

JOSE VAGNER  
DE SANCHEZ COSTA

01/07/2015 11:04:23



PROBLEMI PLASTIFICANI

737480738

**Cagece**

Companhia de Águas e Esgotos do Ceará

**Fatura Normal**

2ª Via

1707279-4

Nome:  
MARIA DE FATIMA S CHAVES

CPF/CNPJ do Cliente:  
930.536.573-68  
Hid: A11F036063

Endereço:  
TR VER MANOEL FROTA, 920, CENTRO

Cidade:  
TIANGUA

Data Leitura:  
13/07/2015

Leritura Atual:  
626

Cep:  
62.320-000

Leritura Anterior:  
602

Endereço de Entrega da Fatura:

DESCRICAÇÃO	PARCELAS	VALOR (R\$)
AGUA		38,64
ESGOTO		27,12
MULTA DE 2%	1/1	1,59
JUROS DE 0,033% AO DIA	1/1	0,33

010.003.00.130.00.0105.0000.2

07/2015

15/07/2015

RESIDENCIAL | COMERCIAL | INDUSTRIAL | PÚBLICO  
001 | 000 | 000 | 000

Mês/Ano	Água (m <sup>3</sup> )	Esgoto (m <sup>3</sup> )
JUL/2014	22	17
AGO/2014	29	23
SET/2014	24	19
OUT/2014	29	23
NOV/2014	22	17
DEZ/2014	26	16
JAN/2015	23	16
FEV/2015	20	16
MAR/2015	19	15
ABR/2015	19	15
MAY/2015	20	16
JUN/2015	16	12
JUL/2015	18	14

05/08/2015

67,68

AUTENTICAÇÃO PECÂNIA CLIENTE

**Cagece**

Companhia de Águas e Esgotos do Ceará

**Fatura Normal**

2ª Via

1707279-4

Nome:  
MARIA DE FATIMA S CHAVES

CPF/CNPJ do Cliente:  
930.536.573-68  
Hid: A11F036063

Endereço:  
TR VER MANOEL FROTA, 920, CENTRO

Cidade:  
TIANGUA

Cep:  
62.320-000

010.003.00.130.00.0105.0000.2

05/08/2015

67,68

AUTENTICAÇÃO PECÂNIA CLIENTE

82660000000-2 67680009400-2 01707279401-3 00066431025-7



**DECLARAÇÃO**  
**Circular Susep nº 445/12 – Prevenção à Lavagem de Dinheiro**

A Circular SUSEP<sup>1</sup> nº 445/12, 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 de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações e documentos requisitados neste formulário não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF<sup>2</sup>.

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

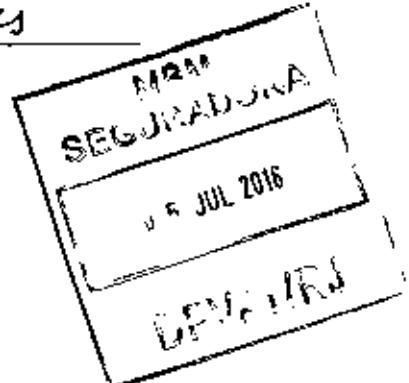
<sup>2</sup> Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu, Maria de Fátima Silva, portador(a) do RG nº 20000280351 87, expedido por SSP - CE, em \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_, CPF/CNPJ nº 930.836.573-68, na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário (a) Ezeta Júnior Amorim de Lima do sinistro de DPVAT da natureza Invalidez da vítima Ezeta Júnior Amorim de Lima, e conforme determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

Profissão: Empresária Renda Mensal: R\$ 3.000

Documentos comprobatórios: Misura

Maria de Fátima Silva Chaves  
ASSINATURA - PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO



ATO CONSTITUTIVO DE EMPRESA INDIVIDUAL DE RESPONSABILIDADE LIMITADA -  
EIRELI

FL. 01

Pelo presente instrumento, MARIA DE FÁTIMA SILVA CHAVES, brasileira, casada, sob regime de comunhão parcial de bens, natural de Tianguá-CE, nascido em 02.08.1969, empresária, portador da RG 2000028035187-SSP-CE, CPF 952.536.573-68, residente e domiciliado a Rua Presidente Dutra 2, casa 920, Centro, na cidade de Tianguá-CE, CEP 62.320-000, resolve, com fundamento no artigo 980-A, da Lei 10.406/2002, constituir uma EMPRESA INDIVIDUAL DE RESPONSABILIDADE LIMITADA, a qual será regida pelas cláusulas e condições seguintes, observando, nas omissões, as regras previstas para a sociedade limitada.

CLÁUSULA PRIMEIRA

A presente EMPRESA INDIVIDUAL DE RESPONSABILIDADE LIMITADA, girará sob o nome empresarial de M DE F. S CHAVES CONSTRUÇÕES EIRELI, com sede A Rua Presidente Dutra 2, 920, Centro, na cidade de Tianguá-CE, CEP 62320-000, podendo a qualquer tempo, a critério de seu titular, abrir ou fechar filiais ou outras dependências em qualquer parte do território nacional.

CLÁUSULA SEUNDA A EIRELI terá por objetivo e finalidade, a Construção de edifícios (residenciais, comerciais e de serviços), Instalações e Manutenção elétrica, Instalação hidráulica e sanitária, Serviços de pintura de edifícios em geral e obra de alvenaria, Obra de urbanização, Ruas, Praças e calçadas e Rosso. Atividade de Limpeza Pública Obras de irrigação, Obras de Terraplanagem, Perfuração e construção de poços de água, Locação de veículos Leves e pesados, Pavimentação Asfáltica. Construção e reforma de açudes e barragens, Obra de paisagismo, Manutenção, Construção e distribuição de rede elétrica rural e urbana de alta e baixa tensão.

CLÁUSULA TERCEIRA

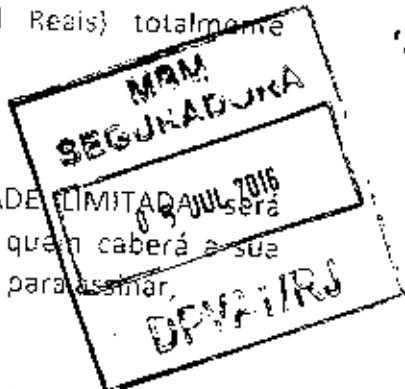
A empresa iniciará suas atividades em 07 de Novembro de 2012 e seu prazo de duração é indeterminado.

CLÁUSULA QUARTA

O capital é de R\$ 80.000,00 (Oitenta Mil Reais) totalmente integralizado, neste ato, em moeda corrente do país.

CLÁUSULA QUINTA

A EMPRESA INDIVIDUAL DE RESPONSABILIDADE LIMITADA, administrada pelo titular MARIA DE FÁTIMA SILVA CHAVES, a quem caberá a sua representaçãoativa e passiva, judicial e extrajudicial, com poderes para assinar,



Maria de Fátima Silva Chaves

ATO CONSTITUTIVO DE EMPRESA INDIVIDUAL DE RESPONSABILIDADE LIMITADA -  
EIRELI

FL. 02

representar perante a terceiro e qualquer repartição pública, ou quaisquer autoridades federais, estaduais ou municipais, bem como autarquias, sociedade de economia mista e para-estatais.

CLÁUSULA SEXTA

O exercício será encerrado em 31 de Dezembro.

CLÁUSULA SÉTIMA

Declara o titular da EIRELI, para os devidos fins e efeitos de direito, que o mesmo não participa de nenhuma outra pessoa jurídica dessa modalidade.

CLÁUSULA OITAVA

O Administrador DECLARA sob as penas da Lei que não está impedido, por lei especial, e nem condenado ou que se encontra sob os efeitos de condenação, que o proíba de exercer a administração desta EIRELI.

Pela exatidão daquilo acima estipulado, o titular assinou o presente instrumento em 3(três) vias de igual teor e forma, que será levado a registro perante a JUNTA COMERCIAL DO ESTADO DO CEARÁ, o competente, para que a mesma adquira sua validade jurídica, de acordo com a legislação em vigor.

Porto Alegre, 07 de NOVEMBRO de 2012

Maria de Fátima Silva Chaves

MARIA DE FÁTIMA SILVA CHAVES



JUNTA COMERCIAL DO ESTADO DO CEARÁ -SEDE  
CERTIFICO O REGISTRO EM: 19/12/2012 SOE Nº: 23600012082  
Protocolo: 121132532-6, DE 12/12/2012

Nº 02 X 02 consultas

*Daniela Moreira Barros*  
DANIELA MOREIRA MOREIRA,  
SECRETÁRIO-GERAL

*Michelly Moreira Barros*  
Michelly Moreira Barros  
ADVOGADA  
CRAM Nº 26.939  
CPF 838.934.403-30

# Recibo de PRÓ - LABORE

Valor Bruto	R\$ 3.000,00
Instituto	R\$ 173,66
I. Renda	R\$ 69,30
69,30	R\$ _____
Líquido Recebido	R\$ 2.757,04

Recebi de M DE F. S. CHAVES CONSTRUÇÕES EIRELI

a importância de R\$ 2.757,04 ( DOIS MIL SETECENTOS E CINQUENTA E SETE REAIS E QUATRO CENTAVOS )

referente ao meu Pró-Labore do mês de JUNHO de 2015 com os descontos exigidos por lei.

Declaro, outrossim, que o meu salário-base para fins de desconto das contribuições ao INSS é o equivalente a \_\_\_\_\_ Salários-Mínimos Regionais que corresponde a R\$ 1.576,00 ( UM MIL QUINHENTOS E SETENTA E SEIS REAIS )

Para maior clareza e devidos fins de direito firmo o presente.

M DE F S CHAVES CONSTRUÇÕES EIRELI  
CNPJ: 17.339.497/0001-70  
Rua Presidente Dutra 2, Nº 920  
Centro - Tianguá - Ceará

TIANGUA-CE, 03 DE JULHO DE 2015

Local e Data

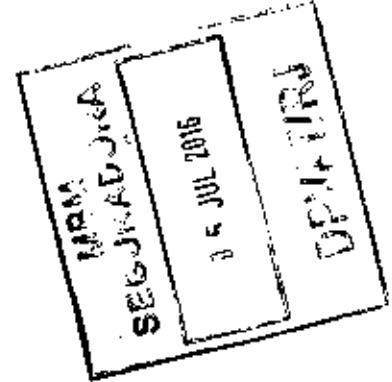
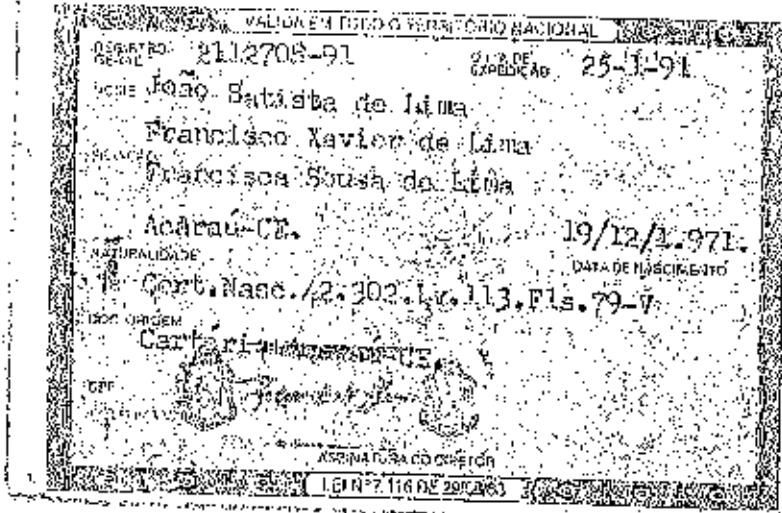
Maria de fatima silva chaves  
Assinatura

Nome MARIA DE FATIMA DA SILVA CHAVES CPF 930.536.573-68

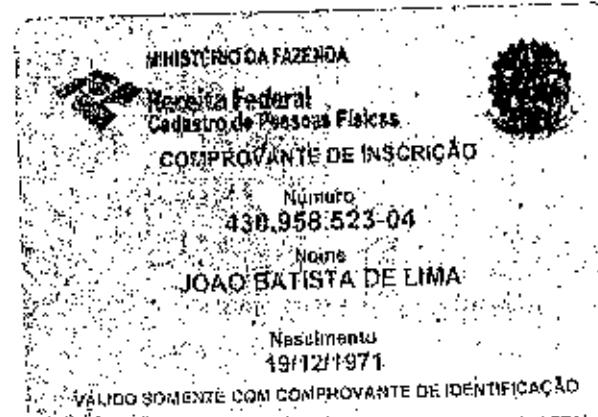
Endereço RUA VEREADOR MANOEL FROTA 539 Cidade TIANGUA

 Ref. 128 PAPELARIA FALCÃO (021) 717-5254 / 717-6673 Fax 717-6781 Niterói RJ CGC 30.072.672





F-80



Seguro  
DPVAT

O MBM está ao seu lado  
para garantir este direito.

## AVISO DE SINISTRO DPVAT

**Tipo de Sinistro - Morte ( )      Invalidez ( )      DAMS ( ) - Seguradora : MBM - 6084**

**Valor da Indenização - R\$:** \_\_\_\_\_

**Vitima:** Tote Turner Anemia de fúme Nascimento / /

**CPF:** \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

**Reclamante - Vitima ( ) Beneficiário ( ) Procurador ( )**

**Beneficiário:** \_\_\_\_\_ **CPF/CGC:** \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

**Endereço:**

**Bairro:**

**Cidade:**

**Estado:**

**CEP:**

**TEL: ( )**

**Procurador:** \_\_\_\_\_ **CPF/CCC:** \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

**Endereço:**

**Bairro:**

**Cidade:**

**Estado:**

**CEP:**

**TEL: ( )**

**Dados da Ocorrência**

**Data do Sinistro /Fato:** \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

**Data do Boletim /Registro:** \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

**Estado da ocorrência:**

**Veíc. Identificado**  
( ) sim ( ) não

**Placa**  
\_\_\_\_\_

**Tipo de Veículo**  
\_\_\_\_\_

**Vitima:**

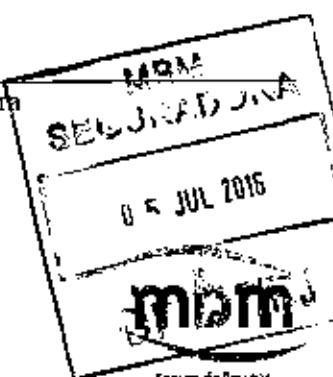
- 1 -- Transportado ( )  
2 -- Não transportado ( )  
3 - Motorista ( )

**Complemento de Processo ( ) Envio de Processo Novo ( )**

**Número do Processo:**

Ce  
\_\_\_\_\_  
**Local / Data**

**Assinatura**





Seguradora Líder - DPVAT

## SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS **ID**

## IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA Fábio Henrique Ferreira de Souza  
 DATA DO ACIDENTE 08.01.15 CPF DA VÍTIMA 079.039.473-44

## PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR  VÍTIMA  REPRESENTANTE LEGAL, CUIJO PARANESCO COM

A VÍTIMA É \_\_\_\_\_

ENDERECO DO PORTADOR Rua Henrique FerreiraNº 510 COMPLEMENTO \_\_\_\_\_BAIRRO CorvozinhoCIDADE ItararéUF SCCEP 62590-000

E-MAIL \_\_\_\_\_

TELEFONE (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

## DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- REGISTRO DE Ocorrência expedido pela autoridade policial (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE CONFIRME A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA
- BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

## DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
  - CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
  - COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- DBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

## DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- REGISTRO DE Ocorrência expedido pela autoridade policial (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
- NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

## DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
  - CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
  - COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

## INFORMAÇÕES IMPORTANTES

## VALORES DE INDENIZAÇÃO

- MORTE = R\$ 13.500,00
- INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
- DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.

- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA
- COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
- PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSE [WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR](http://WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR) OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

## PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA \_\_\_\_\_

IDENTIDADE \_\_\_\_\_

ASSINATURA \_\_\_\_\_

## RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA \_\_\_\_\_

NOME \_\_\_\_\_

ASSINATURA \_\_\_\_\_

DOCUMENTO 8 \* T8%



*João Batista de Lima*

**VALIDAENTO NO TERRITÓRIO NACIONAL E INTERNACIONAL**

Nº 2112703-91 EXPRAZO 25-1-91

João Batista de Lima  
Francisco Xavier de Lima  
Francisca Souza de Lima  
Acaraú-CE 19/12/1.971.  
NASCIMENTO DATA DE EMISSÃO  
Cert. Nasc. 42.332.IV.113.Fls.79-V  
CARTÓRIO

I-60

RECEITA FEDERAL DO BRASIL LEI N° 7.166 DE 22.09.83

MINISTÉRIO DA FAZENDA  
Receita Federal  
Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número  
**430.958.523-04**

Nome  
**JOAO BATISTA DE LIMA**

Nascimento  
**19/12/1971**

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

CÓDIGO DE CONTROLE  
**8957.8485.B75D.0E9D**

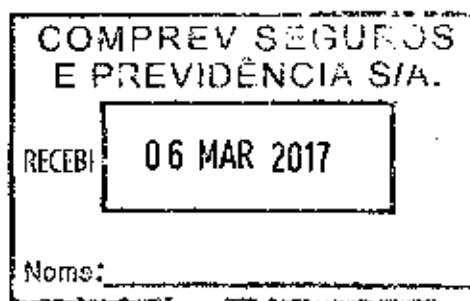
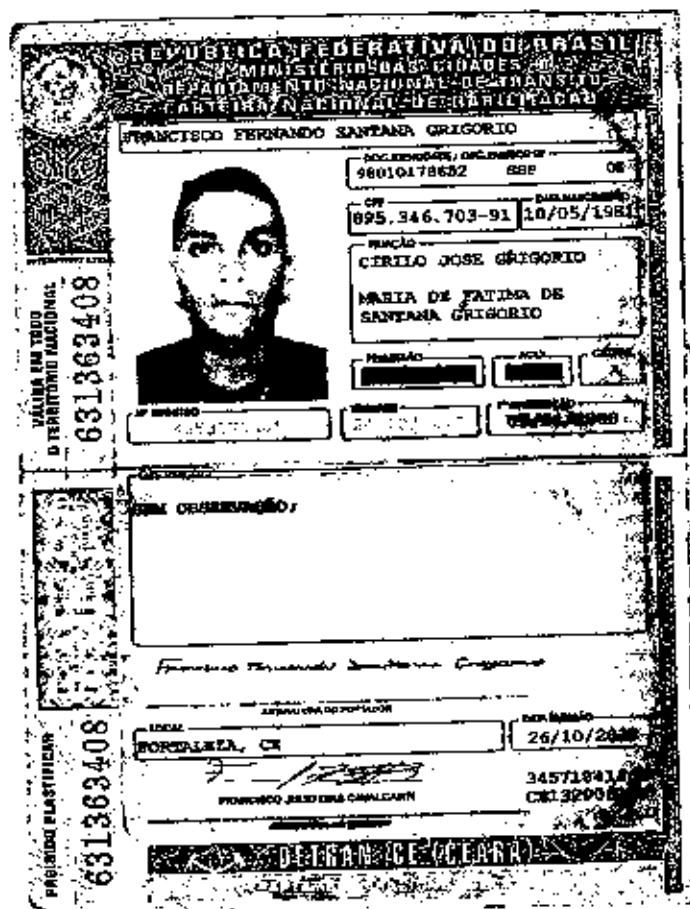
A autenticidade deste comprovante deverá ser confirmada na Internet, no endereço  
[www.receita.fazenda.gov.br](http://www.receita.fazenda.gov.br)

Comprovante emitido pela  
Secretaria da Receita Federal do Brasil  
as 08:40:26 do dia 27/12/2012 (hora e data de Brasília)  
dígito verificador: 00

COMPRE  
E PREVIDE

RECEBI **06 MAR 2017**

Nome: \_\_\_\_\_



# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3170128173      **Cidade:** Itarema      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JOTA JUNIOR AMORIM DE LIMA      **Data do acidente:** 08/01/2015      **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 10/03/2017

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** TRAUMA NO ABDOME

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO COM COLOSTOMIA DE SIGMOIDE

**Sequelas permanentes:** DEBILIDADE FUNCIONAL DIGESTIVA

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** ABDOME 10%

**Documentos complementares:**

**Observações:**

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Lesões de órgãos e estruturas abdominais cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
		<b>Total</b>	<b>10 %</b>	<b>R\$ 1.350,00</b>

## PRESTADOR

AMORIM E MATTOS SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS LT

**Nome do médico:** PAULO ARTUR DE ARAUJO AMORIM

**CRM do médico:** 52.86271-1

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**

# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3170128173      **Cidade:** Itarema      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JOTA JUNIOR AMORIM DE LIMA      **Data do acidente:** 08/01/2015      **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** TRAUMA PERINEAL EXtenso COM LESÃO ANO RETAL

**Descrição do exame** AO EXAME PRESENÇA DE BOLSA DE COLOSTOMIA A ESQUERDA.  
médico pericial:

**Resultados terapêuticos:** TRAUMA PERINEAL EXtenso COM LESÃO ANAL. REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO COM RECONSTRUÇÃO DO ANUS E REALIZAÇÃO DE COLOSTOMIA.

**Sequelas permanentes:** Colostomia definitiva

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 24/03/2017

**Conduta mantida:**

**Observações:**

**Médico examinador:** Joao Paulo Tavares Linhares

**CRM do médico:** 9892

**UF do CRM do médico:** CE

## 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
Lesões de órgãos e estruturas abdominais cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau intenso - 75 %	75%	R\$ 10.125,00
		<b>Total</b>	<b>75 %</b>	<b>R\$ 10.125,00</b>

## PRESTADOR

ACE GESTÃO DE SAÚDE LTDA

**Médico revisor:** OTELO CORRÊA DOS SANTOS FILHO

**CRM do médico:** 52.18145-0

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**

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

---

**Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo**

Nome do(a) Examinado(a): **JOTA JUNIOR AMORIM DE LIMA** Sinistro: **3170128173** Data: **08/01/2015**

Endereço do(a) Examinado(a): **PV ORIENTE, sn - CARVOEIRO - Itarema - CE - CEP 62590000**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [ **SSP /CE** ] **20075922260**

Data local do exame: [ **24/03/2017** ] **Sobral** [ **CE** ]

**Resultado da Avaliação Médica**

I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)  
**TRAUMA PERINEAL EXTENSO COM LESÃO ANO RETAL. AO EXAME PRESENÇA DE BOLSA DE COLOSTOMIA A ESQUERDA.**

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

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

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

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

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações.  
**TRAUMA PERINEAL EXTENSO COM LESÃO ANAL. REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO COM RECONSTRUÇÃO DO ANUS E REALIZAÇÃO DE COLOSTOMIA.**

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

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

**Colostomia definitiva**

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

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

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

( ) "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em \_\_\_ dias

( ) "Sem sequela permanente" (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):

**Estruturas abdominais**

% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve

( ) 50% médio ( **X** ) 75% intensa ( ) 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve

( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve

( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve

( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

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

( ) Total = "100% da IS"

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

Joao Paulo Tavares Linhares - CRM: 9892 - CE