

Rio de Janeiro, 28 de Julho de 2015

Carta nº: 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.

Atenciosamente,

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.

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, ou ligue para o SAC DPVAT 0800 022 12 04.

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

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

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

ATENÇÃO:

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



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.

Atenciosamente,

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.

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
Vítima: 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, 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, não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

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

ATENÇÃO:

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

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

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
Vítima: 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, 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, não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

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

ATENÇÃO:

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

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

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
Vítima: 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, 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, não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

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

ATENÇÃO:

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

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

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.

ATENÇÃO:

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 10 de 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.

ATENÇÃO:

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 04 de Abril de 2017

Carta nº: 10778026

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.: 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.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 04 de Abril de 2017

Carta nº: 10778026

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.: 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
---	-----	-----------

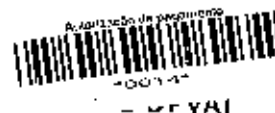
NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

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

PORTADOR(A) DO RG Nº 2007592226-0 EXPEDIDO POR SSP-CE EM ____/____/____ F

CPF 039089473-44 / CNPJ 0000000000-000000-00, PROFISSÃO _____

E RENDA MENSAL DE R\$ _____ (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA 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, COMER ou LTDA normalmente ao final do nome do titular;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for o titular;
- Conta tipo FÁCIL e/ou com limite de movimentação financeira mensal;
- Qualquer conta da CEF se **não** for apresentado algum documento do banco indicando que não existem quaisquer impedimentos para fins de depósito de indenização de DPVAT;
 - Para este banco (CEF), a conta corrente pode ser identificada com cópia simples rasurada de folha de cheque como comprovante de dados bancários do titular.
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta;
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SisdPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Conta **não pertencente** à vítima/beneficiário.

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

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

Os bancos BRADESCO, ITAÚ e SANTANDER disponibilizam, em consulta simples no site, informações sobre a titularidade 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 POUPANÇA para fins de DPVAT sem ônus para o requerente. Carta de abertura disponível no endereço eletrônico: www.dpvatsegurodotransito.com.br

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

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

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

Nº do BANCO _____ 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.

de _____ de _____
LOCAL E DATA

Jota Junior Amorim de Lima

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

João Batista de Lima

SEGURADORA

05 JUL 2016

05 JUL 2016

05 JUL 2016

05 JUL 2016

05 JUL 2016

05 JUL 2016

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago aos legítimos beneficiários, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na Lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.

09/06/2016 - BANCO DO BRASIL - 14.09.13
115778820 0141

OUIDORIA BB 0800 729 5678
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

=====

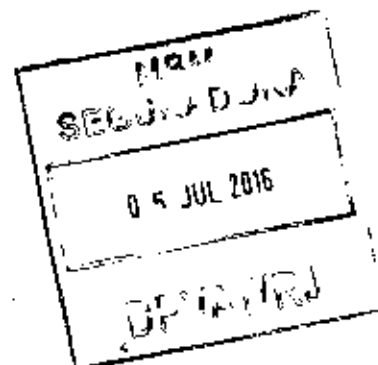
VALOR TOTAL 1,00

**** TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOTA JUNIOR AMORIM DE LIMA	
AGENCIA: 3881-4	CONTA: 19.131-0
VARIACAO DA POUPANCA	51
NR. DOCUMENTO	223.881.510.019.131
=====	
NR. AUTENTICACAO	9.870.939.380.9EA.A60

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 *T19*



CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

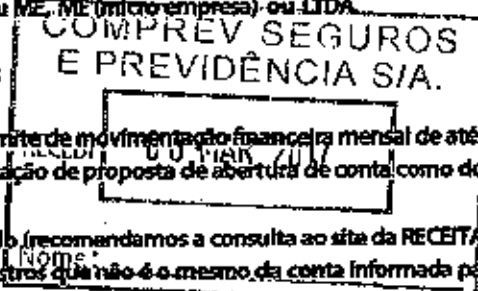
Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do beneficiário da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, JOTA JUNIOR AMORIM DE LIMA
 PORTADOR(A) DO RG Nº 2007592226-0 EXPEDIDO POR SSPDS-CE EM 29/08/11 E
 CPF 079089473-99 CNPJ 000000000-00000000, PROFISSÃO ESTUDANTE
 E RENDA MENSAL DE R\$ 3000 (*) 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 ABAIXO PRESTADAS.

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

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

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



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

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

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

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

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

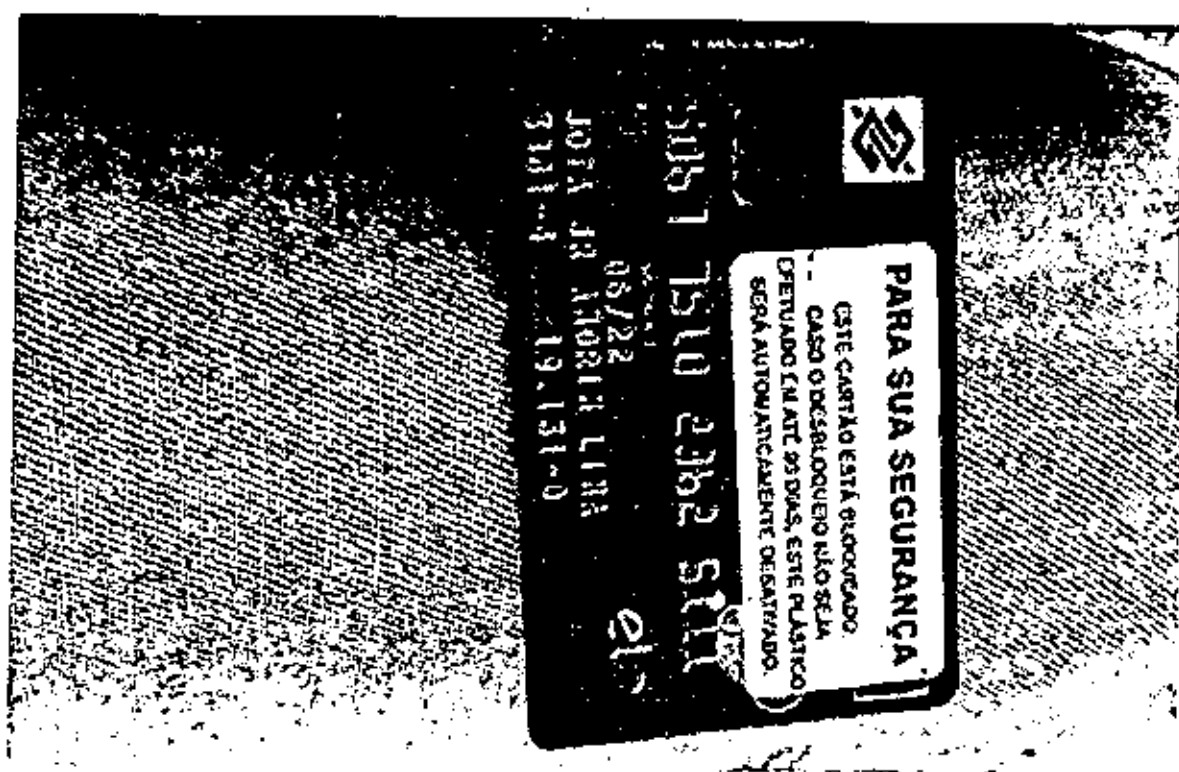
DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

ITAREMA/CE, 22 de FEVEREIRO de 2017.
 LOCAL E DATA

João Batista de Lima
Jota Junior Amorim DE Lima
 ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

1 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 médicas-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.



COMPREV SEGUROS
E PREVIDÊNCIA S/A.

RECEBI

06 MAR 2017

Nome: _____



Seguradora Líder - DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

DOCUMENTO 1 *T19*



CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

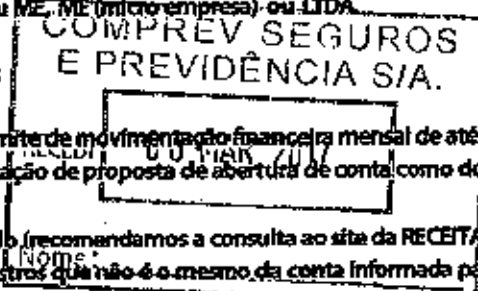
Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do beneficiário da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, JOTA JUNIOR AMORIM DE LIMA
 PORTADOR(A) DO RG Nº 2007592226-0 EXPEDIDO POR SSPDS-CE EM 29/08/11 E
 CPF 079089473-99 CNPJ 000000000-00000000, PROFISSÃO ESTUDANTE
 E RENDA MENSAL DE R\$ 3000 (*) 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 ABAIXO PRESTADAS.

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

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

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



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

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

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

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

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

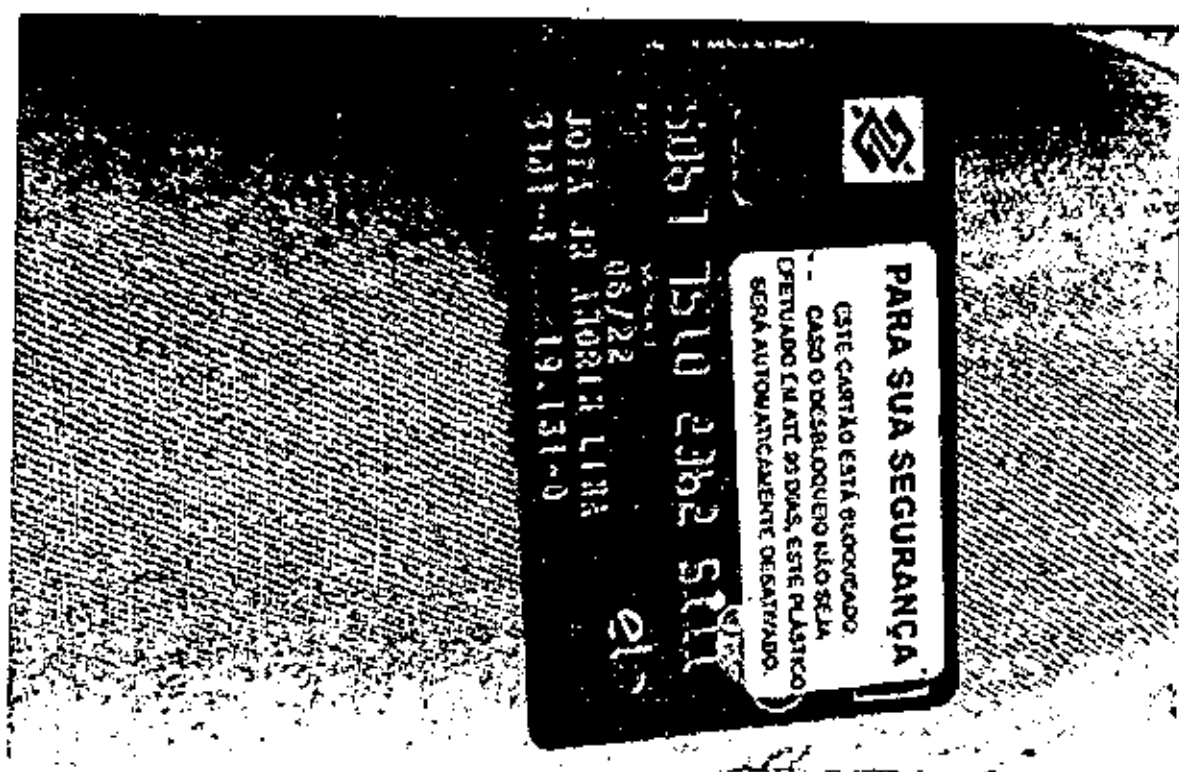
DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

ITAREMA/CE, 22 de FEVEREIRO de 2017.
 LOCAL E DATA

João Batista de Lima
Jota Junior Amorim DE Lima
 ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médicas-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.



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 Nº 581 - 1415 / 2015

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRANSITO**
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:

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: **HYO4972**, RENAVAL: **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:

DELEGACIA DESTINO: **DELEGACIA MUNICIPAL DE SOBRAL**

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO:

ALEXANDRE GEORGE DE FREITAS - MAT. 15534075

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: **João Batista de**

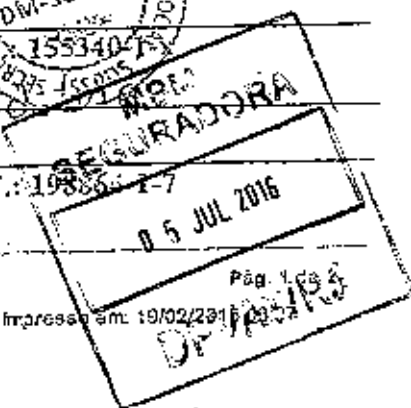
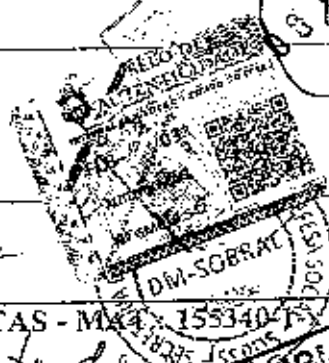
VISTO DO DELEGADO(A):

MARCIO LUIZ DE MELO FERREIRA - MAT. 19886417

DELEGACIA MUNICIPAL DE SOBRAL

Impressão em: 19/02/2015 15:29:20

Dr. **FRANCISCO**





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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 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 "T19"

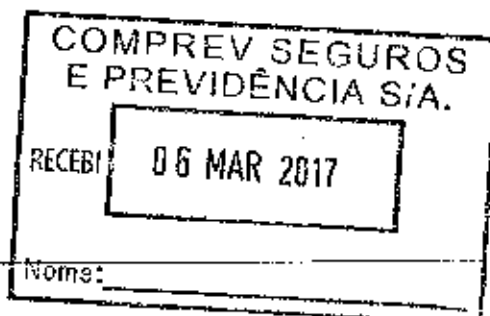


Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **JOTA JUNIOR AMORIM DE LIMA**
Nascimento: **07/07/1998**
RG: **20075922260** 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: HYO4972, 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:

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE SOBRAL

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO:

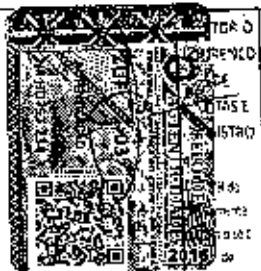
ALEXANDRE GEORGE DE FREITAS - MAT.: 155340-1

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: **João Batista de Lima**

VISTO DO DELEGADO(A):

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

DELEGACIA MUNICIPAL DE SOBRAL



Autêntico para fins de cópia
reprográfica da original que me foi apresentada
em Cartório pela parte interessada.
Dou fe.
Catunda

Em (estímulo) de verdade

MARIA ANITA DE SOUSA AZEVEDO

Titular

ANGELA CRISTINA DE S. FERREIRA

Exc. Substituto

Pág. 1 de 2

Impresso em: 19/02/2015 03:37

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML



Eu, João 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 Pq. Oriente, Cidade Itarema, 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 Legal, 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.

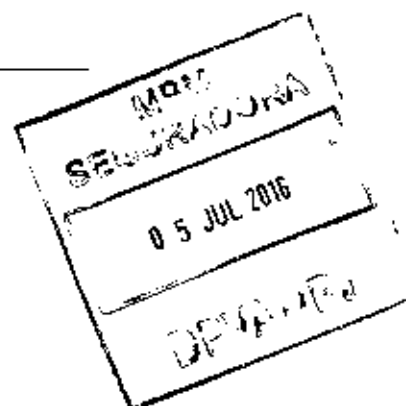
Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

X JOÃO 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 POVÃO DO 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 invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

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

DOCUMENTO 3 "T39"



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

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



RELATÓRIO DE ALTA

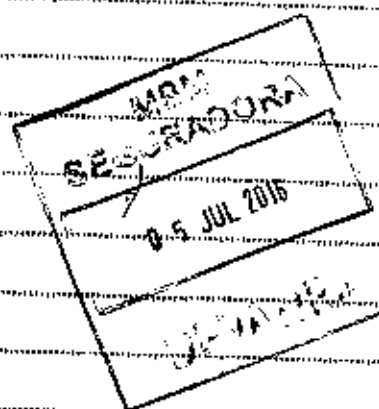


NOME: João Júnior Amorim de Lima IDADE: 16 anos
Nº DO PRONTUÁRIO: 835399 ENFERMARIA: 126 LEITO: 1439 CLÍNICA São José
PERÍODO DE INTERNAÇÃO: 09/01/15 a 24/01/15

RESUMO DA HISTÓRIA CLÍNICA:

Paciente vítima de acidente de motocicleta, deu entrada com quadro de extensa lesão anal. Foi submetido a desbridamento, logo a um procedimento cirúrgico no qual foi realizado desbridamento e sutura perianal, além de colostomia de sigmóide sem intercorrências.

EXAMES REALIZADOS:



136 00000307



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 ☐

PSF de origem: ORIENTE ACS: MARIA D.N.: 07/07/98
Nome: JOTA JUNIOR ALMEIDA DE LIMA Idade: 16 A Sexo: ☒ Masculino ☐ Feminino
Filiação: JOTA B. DE LIMA E MARIA ROZILDA SANTOS ALMEIDA
Endereço: ORIENTE Bairro: ZONA RURAL
Identidade: 20257226-0 Data de Exp.: 29/08/14 CPF: 0160 08104115 Fone: 0160 08104115
Registro de Nascimento: 20107 Livro: A-18 Folhas: 170V CNS: 201022013360003
Horário de chegada: 22:46 hs Data: 08/01/17 Recepcionista: NAEUSON

ATENDIMENTO DE ENFERMAGEM:

SSVV: PA 110 x 60 mmHg Tem. 36.0 °C Pulso 80 bpm FR 18 mrpm Peso 50 kg SpO₂ 96 %
sin. Aux./Tec. De Enfermagem/carimbo: 0160 08104115 Horário: 22:46 hs Glicemia: 100 mg/dL

Procurou o PSF de sua área?

☐ SIM e ☐ Encaminhado ☐ Não tinha ficha
☐ Não tinha médico ☐ Posto estava fechado
☐ Não resolveu o problema ☐ Outros
☐ NÃO porque ☐ acha que não resolve ☐ é longe de casa
☐ Não tinha atendimento ☐ Outros

QUEIXA PRINCIPAL:

HDA: COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

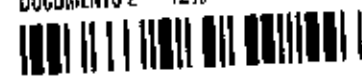
DIAGNÓSTICO DE ENFERMEGEM:

CONDUTA DE ENFERMAGEM:

ENCAMINHAMENTO:

ASSINATURA ENFERMEIRO (A)/COREN: Nome:

DOCUMENTO 2 "T24"



CÓPIA

ATENDIMENTO MÉDICO:

HDA: Oriente vítima de queda de moto, com lesão em esp, com náuseas em todo corpo e laceração peroneal após cair em escombros.

DIAGNÓSTICO:

CONDUTA INDICADA:

MEDICAÇÃO: 5F0.91 - 500mg + 5G51 - 250mg

EXAMES SOLICITADOS:

Ass. Médico CRM 22592

Tauane
22-09-17



Autenticação para os devidos fins a ser registrada na original que me foi em Cartório pela parte interessada.
Deu fe. 22-09-17
Em testemunha
Tabata

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 200459220, data de expedição / / Órgão SSP/PE

CPF nº 079.082.443-44 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>Parque do Azeite</u>
Número	<u>510</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>Caruaru</u>
Cidade	<u>Estância</u>
Estado	<u>Goia</u>
CEP	<u>62590-000</u>
Telefone de Contato	<u>(88) 3641-4448</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: PE, 24.07.15

Assinatura do Declarante: Jota Junior Amorim de Lima
X José Batista de Lima

SECCION DONA
05 JUL 2016
DEPARTAMENTO



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, JOTA JUNIOR AMORIM DE LIMARG nº 2007592226-0 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>S/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.João Batista de LimaAssinatura do Declarante: JOTA JUNIOR AMORIM DE LIMA

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

Nº DO CLIENTE
2405373-2
 Para aplicar nos medidores, colar o nº acima
 sempre que entrar em contato conosco.

A Tarifa Social de Energia Elétrica
 foi criada pela Lei nº 10.438
 de 20 de abril de 2002
 Companhia Energética de Ceará
 Rua Padre Vitorino, 120
 CEP 60735-040 | Fortaleza - CE
 CNPJ 07042251/0001-70 | CGF 00.105.6683



CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B (SÉRIE B-4) Nº 456359245
Rota 23 35065 B2 020800 - 5 **Data de Emissão** 08/12/2016
Nome JOAO BATISTA DE LIMA
End. Postal PV ORIENTE 00000
 CARVOEIRO - ITAREMA - 62590000
Medidor 10640172 **Posto** 0000 0000
Classe 04-RURAL MONOFASICO **Fator de Potência** 0,00
RG/CPF/CNPJ 00000000000211270891 **CGF**
Norma de Resposta

DATAS
 Mês de Referência: Dez/2016
 Data de Apresentação: 08/12/2016
 Próximo Vencimento: 06/01/2017

ÍNDICE DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO
 Veja a legenda no verso desta conta.
 Condição: BOM ACHOU II
 Mês: Dez/2016
 BEE: 31,39

ÍNDICE DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO
 Condição: BOM ACHOU II
 Mês: Dez/2016
 BEE: 31,39

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL
 Base da Cálculo (R\$): 150,00
 Alíquota: 15,00%
 Valor do Imposto: 22,50

REPERIÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO
 Let. Anual Let. Anterior 1500 1500 1,00
 Cons. Incl. Cons. Excl. Tarifa (R\$) Valor (R\$)
 1500 1500 1,00 1500 1500 1,00 1500 1500 1,00

VALOR CONSUMO DO MES 183,62
JUROS DO MES 0,07

VENCIMENTO 05/01/2017 **TOTAL A PAGAR (R\$)** 183,69

COMPOSIÇÃO DO VALOR DO CONSUMO
 Energia 150,00
 Transmissão 15,00
 Distribuição 15,00
 Outros 15,00
 Total 183,62

ÍNDICE DE CONSUMO
 1500 1500 1,00 1500 1500 1,00 1500 1500 1,00

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÕES DE CO₂ (kg/mWh)
 Condição: BOM ACHOU II
 Mês: Dez/2016
 BEE: 31,39

INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO

Condição: BOM ACHOU II
 Mês: Dez/2016
 BEE: 31,39

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 895.346.703-9 com

domicílio na cidade de Itarema, no Estado de

Ceará, onde residio na (Rua/Avenida/Estrada)

Pv. Oriente, nº SIN,

complemento centro, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

mentionado 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: HYO4972

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
SOLICITANTE

Reconheço a(s) Firma(s) de
FRANCISCO FERNANDO
SANTANA GREGGUELE

2 - 2 - 1 - 2

Dou fé Itarema-CE, 22 / 01 / 2016

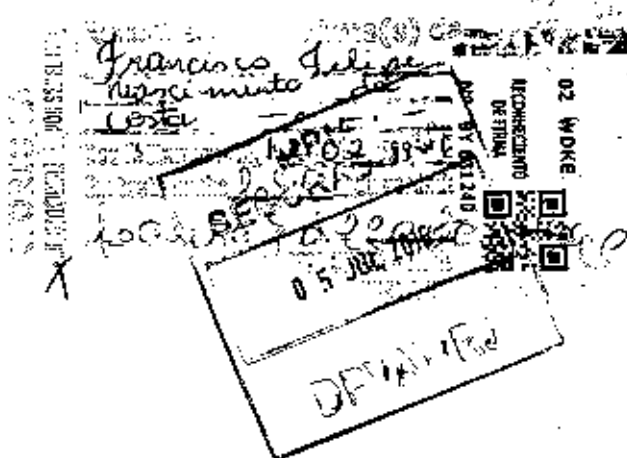
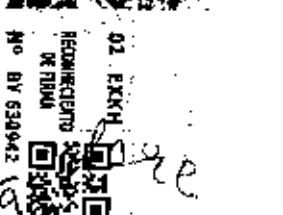
Em testemunho da da verdade

Leaura da Costa

Laura Eduardo de Cassia Costa - Titular

Mary Cláudia Costa Roque - S' INSTITUI

VALIDO SOMENTE
COM SELO
DE CIDADANIA





Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, FRANCISCO FERNANDO SANTANA GRIGORIORG nº 98010178652 data de expedição 26/10/12Órgão 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 5/Ncomplemento _____, 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 FELIX cujo o condutor era FELIPE

Veículo: MOTOCICLO
 Modelo: HONDA CG 150 TITAN ES
 Ano: 2007
 Placa: HYD-4972-CE
 Chassi: 9CZKC08507R056499
 Data do Acidente: 08-01-2015
 Local e Data: ITAREMA-CE

Francisco Fernando Santana Grigorio
 Assinatura do Declarante

João Batista da Lima
JOTA JUNIOR AMORIM DE LIMA

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



CARTÓRIO LOURENÇO
 C. DA DEF. P. DA Q. DA VIDA. E PREVID. S/A.
 V. DA DEF. P. DA Q. DA VIDA. E PREVID. S/A.

Recebi em nome de João Batista da Lima
João Batista da Lima
 Catunda-CE 27/02/17
 Em testemunho _____ da verdade
 MARIA ANITA DE SOUSA AZEVEDO
 Titular
 ANGELA CRISTINA DE S. FERREIRA
 Esc. Substituta

COMPREV SEGUROS
E PREVIDÊNCIA S/A.

RECEBI

06 MAR 2017

Nome: _____

136 00000307



GOVERNO MUNICIPAL DE ITAREMA
SECRETARIA DA SAÚDE

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

Hospital Municipal Natércia Rios



SAÚDE
Saúde para Todos

REGISTRO DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL EMERGENCIAL

Classificação de risco ☐

PSF de origem: ORIENTE ACS: MARIA D.N.: 07/07/98
Nome: JOTA JUNIOR ANDRIM DE LIMA Idade: 16 A Sexo: (x) Masculino () Feminino
Filiação: JOSÉ R. DE LIMA E MARIA ROZILDA SANTOS ANDRIM
Endereço: ORIENTE Bairro: ZONA RURAL
Identidade: 20759226-0 Data de Exp.: 29/08/14 CPF: 0160 08104145 Fone: 0160 08104145
Registro de Nascimento: 20107 Livro: A-18 Folhas: 1701 CNS: 201 0220 1336 0003
Horário de chegada: 22:46 hs Data: 08/07/15 Recepcionista: NAELSON

ATENDIMENTO DE ENFERMAGEM:

SSV: PA 110 x 60 mmHg Tem. 36.6 °C Pulso 86 bpm FR 18 mrpm Peso 56 kg SpO₂ 96 %
Assin. Aux./Tec. De Enfermagem/carimbo: 0160 08104145 Horário: 22:46 hs Glicemia: 100 mg/dL

Procurou o PSF de sua área?

SIM a () Encaminhado () Não tinha ficha
() Não tinha médico () Posto estava fechado
() Não resolveu o problema () Outros
NÃO porque () acha que não resolve () é longe de casa
() Não tinha atendimento () Outros

QUEIXA PRINCIPAL:

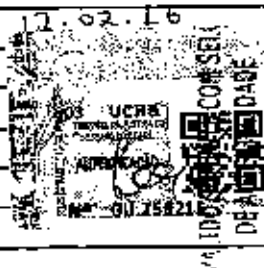
HDA: 12.02.16

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, DOUFE

Laura Eduardo de Cássia Costa - Titular

Carla Claudia Costa Roque - Substitua

ATENDIMENTO MÉDICO:

HDA: 12.02.16
Acidente vítima de queda de moto, com lesões em corpo, com náuseas em toda corpo e locomoção periclitada após cair em edimentos.

DIAGNÓSTICO:

CONDUTA INDICADA:

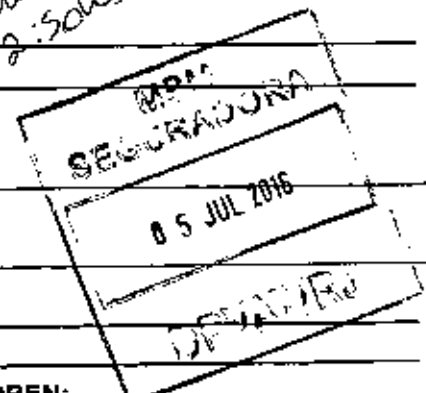
MEDICAÇÃO: 5F091-500mg + 5G51-250mg ✓

EXAMES SOLICITADOS:

Carla E.S. de Alexandria
Médico
CRM 2692

ASS. Médico CRM

Taiara
22:50hs



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

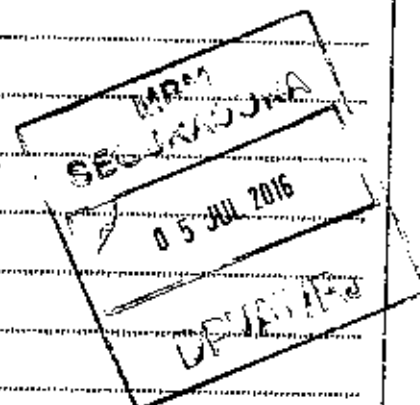


NOME: Jota Júnior Amorim de Lima IDADE: 16 anos
Nº DO PRONTUÁRIO: 835399 ENFERMARIA: 126 LEITO: 1439 CLÍNICA: São José
PERÍODO DE INTERNAÇÃO: 09/03/15 a 34/03/15

RESUMO DA HISTÓRIA CLÍNICA:

Paciente vítima de acidente de motocicleta, deu entrada com quaco de extema lesão anal. Foi submetido a desbridamento, dige, a um procedimento cirúrgico no qual foi realizado desbridamento e sutura perianal, além de colostomia de sigmóide sem intercorrências.

EXAMES REALIZADOS:



TERAPEUTICA UTILIZADA: • Desbridamento cirurgico +
sutura da região perianal
• Colectomia de sigmóide sem al
• Oxacilina + clindamicina +
Ciprofloxacina por 5 dias.

DIAGNÓSTICO FINAL

- Lesão anal extensa

CONDIÇÕES DE ALTA:

☒ Melhorado

☐ Curado

☐ Encaminhado ao Ambulatório

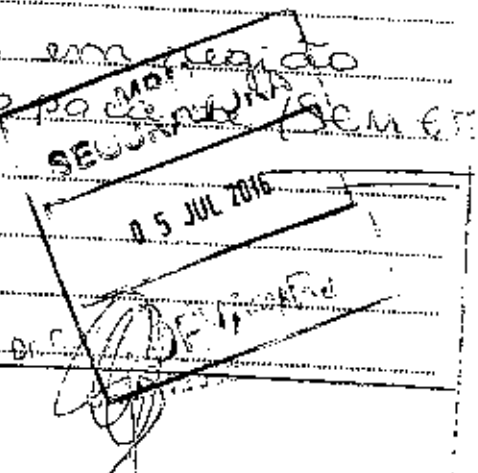
Retorno / /

RECOMENDAÇÕES:

- Retornar para o ambulatório de cirur-
gia do dra Cristina com 30 dias

- Tomar medicações prescritas em folha
anexa

Retirar pontos de sutura em
perianal em PSF responsável pelo



Sobral, 14 de Janeiro de 15



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

LEITOS DE OBSERVAÇÃO

Paciente: Jose Luis Amador de Lima Matricula: _____ Reg: _____

Paciente: _____	Queixas: _____
Diagnóstico: <u>Doença de Paget-Brewster</u>	_____

DATA	PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIO	HORA	OBSERVAÇÃO DE ENFERMAGEM
11/01/56	1) Dieta 3/4s			Paciente admitido nesta
	2) X 09h 1000 L 14h 67			serviço de emergência
	3) Dexamet 10 mg em 6/6h sup			adulta vítima de acidente
	4) Bromazepam 2 mg em 3/6h 3/4			de trânsito apresentando este
	5) DM + G66			trauma pelo corpo sendo
				do sistema musculoesquelético
				lesão na região anal
				exame neurológico
				Sob o cuidado de
			08.06	Excluído com internamento
				de 7 dias para 2.04.07

Carimbo e Assinatura do Chefe do Centro (COREN)

O DE TRAUMA

- ☐ TCE ☐ ABDOMINAL ☐ TORÁCICO ☐ ORTOPÉDICO ☐ POLITRAUMA
☐ ESPANCAMENTO ☐ MÃE: ☐ OUTROS ☐ VIOLÊNCIA SEXUAL
☐ PAI ☐ PADASTRO ☐ DESCONHEC

HORA DO ATENDIMENTO MÉDICO

HDA DO MÉDICO:

Porta 15m Interior de Unidade de Pronto Socorro

CONDUTA: *Medicação, observação*

DIAGNÓSTICO: *trauma*

Ass. Médico CRM

MOTIVO DO ATENDIMENTO

- ☐ CLÍNICO ☐ CARDIOLÓGICO ☐ NEUROLÓGICO ☐ OFTALMOLÓGICO
☐ CIRÚRGICO ☐ TRAUMAT. ORTOPÉDICO ☐ OTORRINO ☐ ODONTOLÓGICO
☐ TENTATIVA DE SUICÍDIO ☐ OUTROS

DESTINO DO ATENDIMENTO: ☐ CONSULTA

- ☐ COM MEDICAÇÃO
☐ SEM MEDICAÇÃO

- ☐ ALTA COMPLEXIDADE
☐ INTERNAÇÃO

- ☐ CLÍNICO ☐ CIRÚRGICO

OBSERVAÇÃO: DESTINO

- ☐ INTERIOR ☐ CLÍNICO ☐ CIRÚRGICO
☐ OUTRA
☐ TRANSFERÊNCIA ☐ HOSPITAL DE ORIGEM ☐ OUTROS

ASSINATURA DO PACIENTE

Hora:

GOVERNO MUNICIPAL DE ITAREMA
SECRETARIA DE SAÚDE

FICHA DE REFERENCIA



Unidade de Origem: _____
 Distrito Sanitário: _____ Município: Itarema
 Nome: João Júnior Amorim de Lima Prontuário Nº: _____
 Sexo: ☒ M ☐ F Data de Nascimento: 07/07/88 Ocupação: Estudante
 Endereço: Oriente - Itarema Bairro: _____

Ativo do Encaminhamento: Colostomia por perfuração intestinal (acidental) - 503
menor.

Resultado de Exames: _____

Conduta já Realizada: Cirurgia (colostomia)

Impressão Diagnóstica: Colostomia por perfuração intestinal (Acidental)
22/04/15 11:00h
 Assinatura do Encaminhante - Nº. Registro _____ Função _____ Data _____ Hora _____

AGENDAMENTO

Encaminhamento para Atendimento: Ambulatorial ☐ Hospitalar ☐ Auxílio Diagnóstico ☐
 Procedimento: _____ Profissional: Cirurgia
 Unidade de Referência: Ponte Base de Sobral Data: 22/04/15 Hora: 11:00h

FICHA DE CONTRA - REFERÊNCIA (*)

Unidade de Referência: _____
 Município: _____ Prontuário Nº: _____ Alta: 1 1

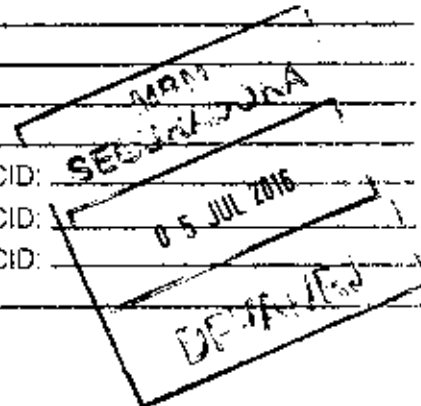
Resumo Clínico / Cirúrgico: _____

Resultado de Exames: _____

 Diagnóstico Principal: _____ CID: _____
 Secundário 1: _____ CID: _____
 Secundário 2: _____ CID: _____

Proposta de Conduta para seguimento: _____

O Problema Justificou a Referência? Sim ☐ Não ☐ O Motivo de Referência Coincide com o Diagnóstico? Sim ☐ Não ☐





SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SOBRAL

Filiada à Confederação das Misericórdias do Brasil




RECEITUÁRIO MÉDICO - Ambulatório

P1 Jota Júnior Amorim
de Lima

À secretaria de Saúde de
Itarema,

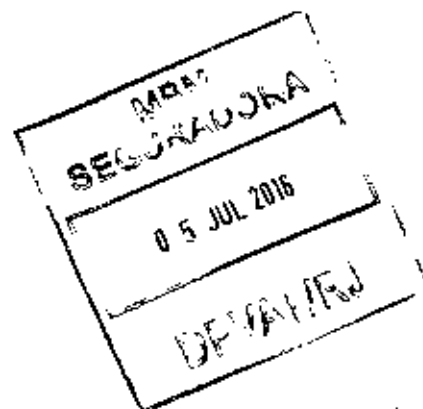
O paciente acima, vítima de
acidente de motocicleta, evoluiu
com lesão anal externa, sendo
realizada colostomia, necesi-
tando de doação de bolsas
de colostomia.


Dr. George F. Sales
Médico
CRM 12830

Sobral, 14/04/15

cd. 1983

Rua Antonio 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

Pate 16 anos, sofreu acidente de
motocicleta há cerca de 03 meses
e necessita de ficha de referência
p/ retorno el médico cirurgião em
Sobral. Unidade de Saúde que atua
para pde encontra-se temporariamente
el médico.

DATA: 07 / 04 / 15

Suelen Duarte Brandão
Enfermeira
COREN - PE 373.257

Assinatura: [assinatura]





SANTA CASA
DE MISERICÓRDIA
DE SOBRAL

RELATÓRIO DE ALTA

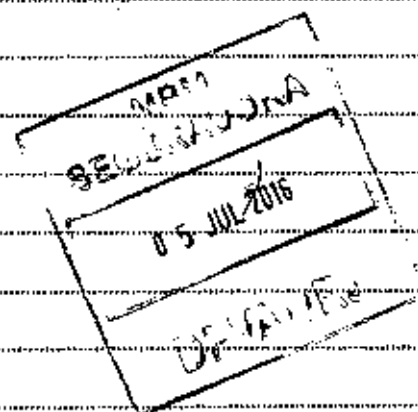


Nome: João Júnior Amorim de Lima IDADE: 16 anos
Nº DO PRONTUÁRIO: 835399 ENFERMARIA: 126 LEITO: 1439 CLÍNICA: São José
PERÍODO DE INTERNAÇÃO: 09/01/15 a 14/01/15

RESUMO DA HISTÓRIA CLÍNICA:

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

EXAMES REALIZADOS:



TERAPEUTICA UTILIZADA: • Desbridamento cirurgico +
sutura da região perianal
• Colectomia de sigmóide em alça
• Oxacilina + clindamicina +
ciprofloxacina por 5 dias.

DIAGNÓSTICO FINAL - lesão anal externa

CONDIÇÕES DE ALTA:

☒ Melhorado ☐ Curado ☐ Encaminhado ao Ambulatório

Retorno / /

RECOMENDAÇÕES:

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

Sobral, 14 de janeiro de 15

Carimbo / Ass. Médico

HORÁRIO DE TÉRMINO DO ATENDIMENTO: _____:_____:_____ hs

MARIA ANITA DE SOUSA ADEVEDO
Tutor
ANGELA CRISTINA DES. FERREIRA
Esc. Substitutos

Dr. Arthur 19.02.15



RELATÓRIO DE ALTA

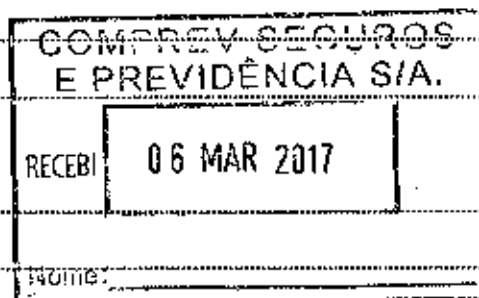


NOME: Jota Júnior Amorim de Lima IDADE: 16 anos
Nº DO PRONTUÁRIO: 835399 ENFERMARIA: 126 LEITO: 1439 CLÍNICA: São José
PERÍODO DE INTERNAÇÃO: 09/01/15 a 14/01/15

RESUMO DA HISTÓRIA CLÍNICA:

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

EXAMES REALIZADOS:



Autencas para as cópias de 22/01/17 a 22/01/17
reprográficas da original que foi apresentada
em Cartório pela parte interessada.
Data de: 22/01/17
Entenda-se: 22/01/17
Em testemunha da verdade:
A Teste
MARIA ANITA DI SOUSA AZEVEDO
Ttular
ANGELA CHRISTINA DE J. FERREIRA
Esc. Substituta

TERAPEUTICA UTILIZADA: • Desbridamento cirúrgico +
sutura da região perianal
• Colostomia de sigmóide em alça
• Oxociclina + clindamicina +
ciprofloxacina por 5 dias.

DIAGNÓSTICO FINAL - lesão anal extensa

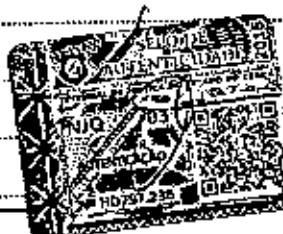
CONDIÇÕES DE ALTA:

☒ Melhorado. ☐ Curado ☐ Encaminhado ao Ambulatório Retorno 1/1

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 FEE)



CARTÓRIO
LOURENÇO
de
NOTAS
REGISTRO

Autentico para os devidos fins e apresento cópia
reproduzida da original que me foi apresentada

Uma Cópia desta parte interessada

Doulo,

Carimbo de

Em testemunho

A Testada

de

de

de

de

de

de

de

MARIA ANITA DE SOUSA AZEVEDO
Titular
ANALEA CHRISTINA DE S. FERREIRA
Esc. Substituta

Carimbo / Ass. Médico

Sobral, 14 de janeiro de 15

NOME: Sota Junior Anderson 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 masculino, sofreu acidente de trânsito em 09/01/2015 com fraturas múltiplas e lesões graves. Realizou procedimentos cirúrgicos com debridamento e sutura perianal e redução de fraturas com intervenções cirúrgicas. Com evolução satisfatória da lesão anal, podendo reabilitar o trânsito da Ana. Contudo, optou por não realizar procedimentos cirúrgicos devido à não realização de colonoscopia pré-operatória pelo paciente. Paciente recebeu alta hospitalar sob orientação de retornar ao ambulatório de Dr. Emerson Andrade após realização de colonoscopia. Pós-colonoscopia pré-operatória não foi realizada, motivo de alta prévia.

COMPREV SEGUROS
E PREVIDÊNCIA S/A.

RECEBI: 05 MAR 2017

Nome: _____

EXAMES REALIZADOS:

(21/03/2016)

- Hemograma: HB = 15,1 ; Ht = 44,6 ; Lc = 12,470 ; Plaqu = 206.000
- Ure = 0,91 ; Ur = 23 ; Creat = 0,2 ; Ca = 9,4 ; K = 4,6 ; Na = 143 ; Hg = 1,4
- Sangue = CEP = 16" ; T.P.A = 40"



OTOR O
GUERU
DE
TOMIS
REGISTRO
19 de
Santo
Ano de
19
19

Autentico para os devidos fins a presente cópia
manuscrita da original, que me foi apresentada
em Cartório pela parte interessada.
Onde, 22.03.17
Cartório-CE.
Em testemunho da verdade

MARIA ANTÔNIO SOUSA AZEVEDO
Títular

ANGELA CLIMÊNIA DE S. FERREIRA
Esc. Substituta

PEUTICA UTILIZADA: Lactapurga ; Manitol ; Clister ; Bismopiridina ;

Opiorona ; Ranitidina

DIAGNÓSTICO FINAL

Colúmetomia

CONDIÇÕES DE ALTA:

☐ Melhorado ☐ Curado ☐ Encaminhado ao Ambulatório Retorno / /

RECOMENDAÇÕES:

1º Retorno no ambulatório de Urologia de Dr. Emerson de
Azevedo Andrade após realização de laparoscopia, digestão
intussuscepta por laparoscopia

Sobral, 27 de maio de 2016

Carimbo / Ass. Médico

Dr. Robson Gamas
MÉDICO
CRM-EC: 15875



GOVERNO MUNICIPAL DE ITAREMA
SECRETARIA DA SAÚDE
FICHA DE REFERÊNCIA



Unidade de Origem: Oriente

Distrito Sanitário: _____

Município: Itarema

Nome: Tata Junior Amorim de Lima Pront. Nº: _____
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: _____

Assinatura do Encaminhante - Nº Registro

Função

15/09/15

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 Nº: _____ Alta: ____/____/____

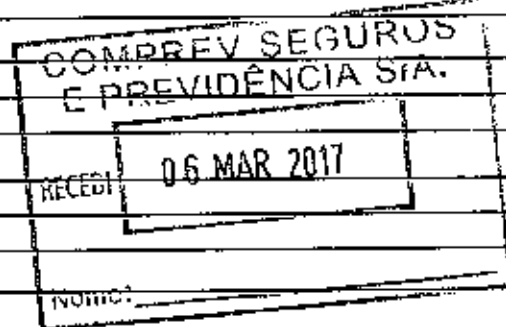
Resumo Clínico / Cirúrgico: _____

Resultado de Exames: _____

Diagnóstico Principal: _____

Secundário 1: _____

Secundário 2: _____



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



SANTA CASA
DE MISERICÓRDIA
DE SOBRAL
CNPJ 07.818.313/0001-09

Filiada à Confederação das Misericórdias do Brasil

SANTA CASA
DE MISERICÓRDIA
DE SOBRAL
CNPJ 07.818.313/0001-09

RECEITUÁRIO MÉDICO - Ambulatório

P/ Zota Junior Amorim de
Lima

Solicito ~~atendimento~~ ^{atendimento} ~~especial~~ ^{especial}

ambulatorio de urgência
geral, após 60 dias de

avaliação

em 19/02/15

Mostrar consulta

Dr. George N. M. M. 1100
CEM 12690

~~Dr. George N. M. M. 1100~~
~~CEM 12690~~

Rua Antonio Crisóstomo de Melo, 949 - Centro - Sobral - Ceará - CEP: 62.010-550

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

CNPJ: 07.818.313/0001-09 - CGF: 06.327.262-0 - Gerenciado Filantrópico - Proc. 242.442/74

COMPREV SEGUROS
E PREVIDÊNCIA S/A.

RECEBI

06 MAR 2017

Nome:



SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SOBRAL

Filiada à Confederação das Misericórdias do Brasil



RECEITUÁRIO MÉDICO - Ambulatório

LICAR DA ZALOGA

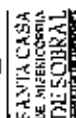
06 MAR 2017 09:53
CENTRO DE ATENDIMENTO
DE ATENDIMENTO

Rua Antonio 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



SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SOBRAL

Filiada à Confederação das Misericórdias do Brasil



RECEITUÁRIO MÉDICO - Ambulatório

Associação dos
Colostomizados

COMPREV SEGUROS
E PREVIDÊNCIA S/A.

RECEBI

06 MAR 2017

Nome:

Cóp. 1983

Rua Antonio 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: Oriente
NOME: Foto Juvie de Lima
RECEITUÁRIO

Político

Rx de Juvie PA
c/laude

Int- Pré-operatório

[Signature]
Assinatura - CRM

DATA: 09/09/17

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

UNIDADE DE SAÚDE: Oriente
NOME: Foto Juvie de Lima
RECEITUÁRIO

Político

E. C. G. c/laude

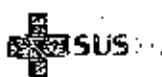
Int- Pré-operatório

[Signature]
Assinatura - CRM

DATA: 09/09/17



GOVERNO MUNICIPAL DE ITAREMA
SECRETARIA DA SAÚDE - SUS



UNIDADE DE SAÚDE:

Oriente

NOME:

RECEITUÁRIO

João Junior A. da Lima

por:

- Hemograma completo 18.00

- Coagulação 35.00

DATA:

09 / 11 / 15

Dr. Edson Roberto Crato
CRM 23061/16

Assinatura - CRM

COMPREV SEGUROS
E PREVIDÊNCIA S/A.

RECEBI

06 MAR 2017

Nome:

Servindo saúde 24h
E-mail: servimed@hotmail.com

VERITE SE A: 3

DEBIT E-SE A. —————

Loja 1 - Av. Dr. José Arimatéia Monte e Silva, 144

(próx. a linha férrea) - Campo dos Velhos

Phone: (88) 3611.2563

Loja 2 - Rua Cel. Albuquerque, 1473 - Santa Casa

(prox. a emergência) - Sobral-Ce - Fone: (88) 3111.2563

DEBITE-SE A:

END..

FONE:

Cat.:

REFERÊNCIA:

REFERÊNCIA:		Com.	Vi. Unit	Vi. Total
Quant.	Discriminação dos Produtos			
10	BOLSA DE COLOSTOMIA 7 DIAS		25,00	250,00
Subtotal/CE. 1910512016			TOTAL R\$	250,00

ENTREGUE POR

RECEBIDO POR

**Entrega en sólo 24h**

E-mail: ajaymodi@hotmail.com

Loja 1 - Av. Dr. José Arimatéia Monte e Silva, 144

(próx. a linha férrea) - Campo dos Velhos

Fone: (88) 3611.2563

Loja 2 - Rua Cel. Albuquerque, 1473 - Santa Casa

Loja 2 - Rua Cel. Albuquerque, 1473 - Santa Cruz
(prox. a emergência) - Sobral-Ce - Fone: (88) 3111.2563

DEBITE-SE A:

END.

FONE:

Cell:

REFERÊNCIAS

REFERENCIA:		Vi. Unit	Vi. Total
Quant	Discriminação dos Produtos		
03	GOLSA DE COLOSTOMIA 7 RIAS	R\$	75.00
)
TOTAL R\$			75.00

ENTREGUE POR

RECEBIDO POR

COMPREV SEGUROS
E PREVIDÊNCIA S/A.

RECEIVED

06 MAR 2017

Nome:

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

PLANO ECONOMICO 3.5
RECIBO VALOR: R\$100,00
Recebemos de: JOTA JUNIOR AMORIM DE LIMA
Matr: 835399- Atende: 4291075- Contas: 742359
Medico: ANA CRISTINA FILZA DE ALBUQUERQUE
A importancia de: R\$ 100,00
(CEM REAIS)
Referente a:
CONSULTA ELETIVA EM CONSULTORIO
Responsavel: DIANA MARIA TA
DATA/HORA :11/10/2015 - 06:37:43 Ficha: 2

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

COMPREV SEGUROS
E PREVIDENCIA S/A.

RECEBI 06 MAR 2017

Nome: _____

150 407750
COMPLEXO DOM WALFRIDO
C.N.P.J.: 07.818.313/0008-77
RECIBO DE PAGAMENTO

PLANO ECONOMICO
RECIBO VALOR: R\$200,00
Recebemos de: JOTA JUNIOR AMORIM DE LIMA
Matr: 835399- Atende: 4216504- Contas: 745478
Medico: ANA CRISTINA FILZA DE ALBUQUERQUE
A importancia de: R\$ 100,00
(CEM REAIS)
Referente a:
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
estarei sujeito a presenca de estudantes durante
medico nesta instituicao.

JOTA JUNIOR AMORIM DE LIMA

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

PLANO ECONOMICO
RECIBO VALOR: R\$100,00
Recebemos de: JOTA JUNIOR AMORIM DE LIMA
Matr: 835399- Atende: 4133578- Contas: 725599
Medico: ANA CRISTINA FILZA DE ALBUQUERQUE
A importancia de: R\$ 100,00
(CEM REAIS)
Referente a:
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 presenca de estudantes durante o
medico nesta instituicao.

JOTA JUNIOR AMORIM DE LIMA

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2007592226-0 DATA DE EXPEDIÇÃO 29/08/2011

NOME JOTA JÚNIOR AMORIM DE LIMA

FILIAÇÃO JOÃO BATISTA DE LIMA

MARIA ROZILDA SANTOS AMORIM

NATURALIDADE ACARAÚ - CE DATA DE NASCIMENTO 07/07/1998

DOZ. DICIMEN

CERT. NASCIMENTO - CARTÓRIO: 1 OFÍCIO VERBO: 20107 FOLHA: 170 V

LIVRO: A 18 ITAREMA - CE

CPF

ASSINATURA DO DIRETOR

P. 128

2 VTA

LEI Nº 7.116 DE 20.08.03



	<p align="center">SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SOBRAL</p>
<p align="center">CARTÃO DE IDENTIFICAÇÃO</p>	


ATEN: 4003117 D1. Atensão: 09/01/2015 - 09/15
 Reg. 143123456789 D1 Nasc: 07/07/1998
 Nome: JOTA JUNIOR AMERIN DE LIMA
 End.: OESTE 6
 Zona Rural: ITAHERA-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: 3112.0548 - 3112.0595
 Santa Casa: (88) 3112.0548 - 3112.0595

[illegible]

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

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2807592225-0 DATA DE EMISSÃO 29/08/2011

NOME: JOTA JÚNIOR AMORIM DE LIMA
FILIAÇÃO: JOÃO BATISTA DE LIMA
MÁRIA ROZILDA SANTOS AMORIM

AUTORIDADE: ACARÁ - CE DATA DE NASCIMENTO: 07/07/1998

DOC. ORDEM: CERT. NASCIMENTO - CARTÓRIO: 1 OFÍCIO TERMO: 20107 FOLHA: 170 V
LIVRO: A 18 ITAREMA - CE

LEI Nº 7.116 DE 29/06/93 P.: 128

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
PESQUISA FORENSE DO ESTADO DO CEARÁ
COORDENADORIA DE IDENTIFICAÇÃO FÍSICA E FÍSICA BIOMÉTRICA

Polícia Dfesa

Jota Junior Amorim de Lima.

CARTEIRA DE IDENTIDADE

CÓDIGO DE CONTROLE
2C97.B936.5667.2ED9

A autenticidade deste comprovante deverá ser confirmada na internet, no endereço
www.receita.fazenda.gov.br

Comprovante emitido pela
Secretaria da Receita Federal do Brasil
às 14:33:56 de 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

DOCUMENTO 6 "76%"

RECEBI 06 MAR 2017

Nome: _____

CONTATO: Paulo Feijão
(88) 99211-4404

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADIAS

DETRAN - CE Nº. 9245794674
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

MA - 01 Cód. RENAVAN - 016729346 D.A.T.R.C. - 000000000 EXERCÍCIO - 2012

NOME - FCO FERNANDO SANTANA GREGÓRIO
Nº do documento - 89534570391
ITAREMA - ACE

CPF / CNPJ - 89534570391 PLACA - HVD4972/CE

PLACA ANT. / IP - ACE CHASSI - 9C2K008507R006499

ESPECIE TIPO - PAS/MOTOCICLO COMBUSTÍVEL - GASOLINA

MARCA / MODELO - HONDA/CG 150 TITAN ES ANO FAB. - 2007 ANO MOD. - 2007

CAR. / POT. / CIL. - 2F/149CC CATEGORIA - PARTIC. COR PREDOMINANTE - VERMELHA

COTA ÚNICA - 123,33 VENC. COTA ÚNICA - 22/03/2012 VENC. COTAS - 22/03/2012

FAIXA I.P.V.A. - 4.15 PARCELAMENTO / COTAS - 1.06

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) - 123,33 IOF (R\$) - 1,06 PRÊMIO TOTAL (R\$) - 124,39 DATA DE PAGAMENTO - 22/03/2012

OBSERVAÇÕES -

CE Nº. 9245794674 BILHETE DE SEGURO DPVAT

EXERCÍCIO - 2012

CPF / CNPJ - 89534570391 PLACA - HVD4972

BILHETE DE SEGURO DPVAT

CE Nº. 9245794674 EXERCÍCIO - 2012 DATA EMISSÃO - 08/04/2012

MA - 01 Cód. RENAVAN - 016729346 D.A.T.R.C. - 000000000 EXERCÍCIO - 2012

NOME - FCO FERNANDO SANTANA GREGÓRIO

CPF / CNPJ - 89534570391 PLACA - HVD4972

CHASSI - 9C2K008507R006499

PRÊMIO TARIFÁRIO

FAIXA I.P.V.A. - 4.15 IOF (R\$) - 1,06 PRÊMIO TOTAL (R\$) - 124,39 DATA DE PAGAMENTO - 22/03/2012


OBSERVAÇÕES -

Seguradora Líder dos Consórcios
do Seguro DPVAT S/A
CNPJ - 09.948.688/0001-11

DETRAN - CE
Nº 9245794674
08/04/2012



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder das
Comércio de 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 médico-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 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

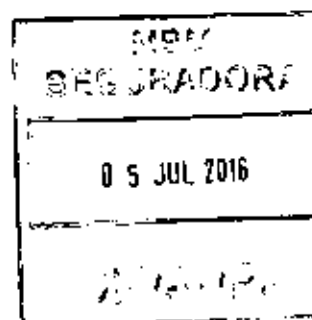
Data: 05/07/2016
Nome: JOTA JUNIOR AMORIM DE LIMA
CPF/CNPJ: 079.089.473-44

Responsável pelo recebimento na seguradora

Data: 05/07/2016
Nome: Marcelo Pereira da Silva
CPF: 007.091.040-57

JOTA JUNIOR AMORIM DE LIMA

Marcelo Pereira da Silva



MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal

CNPJ - CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

Nome: FRANCISCO FERNANDO SANTANA BATISTO

Nº de Inscrição: 895348703-91

Data de Nascimento: 10/06/81

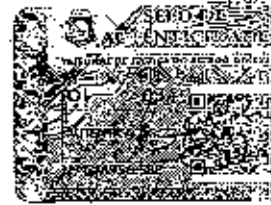


A presente cópia fotostática confere com o original exibido nestas notas: Dou fe. Itarema/CE, 01/07/2015 11:04:16 LAURA EDUARDO DE CASSIA COSTA Válido somente com selo de Autenticidade: QM956589

Laura de Cassia

A presente cópia fotostática confere com o original exibido nestas notas: Dou fe. Itarema/CE, 01/07/2015 11:04:19 LAURA EDUARDO DE CASSIA COSTA Válido somente com selo de Autenticidade: QM956589

Laura de Cassia



RECEITA MUNICIPAL DE ITAREMA/CE

RECEITA MUNICIPAL DE ITAREMA/CE

emitida em 01/07/2015

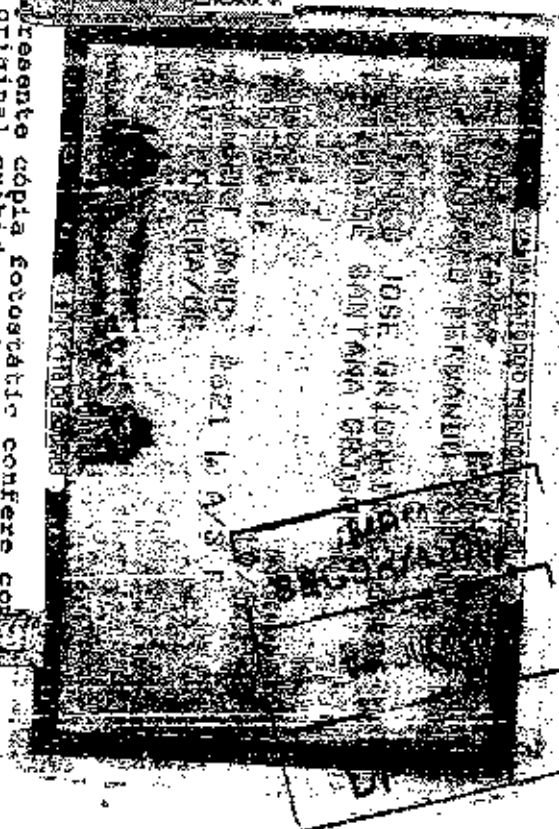
Valor: R\$ 100,00

Descrição: CONTRIBUIÇÃO DE IMPOSTO DE RENDIMENTO

Assinado digitalmente por: LAURA EDUARDO DE CASSIA COSTA

A presente cópia fotostática confere com o original exibido nestas notas: Dou fe. Itarema/CE, 01/07/2015 11:04:25 LAURA EDUARDO DE CASSIA COSTA Válido somente com selo de Autenticidade: QM956589

Laura de Cassia



A presente cópia fotostática confere com o original exibido nestas notas: Dou fe. Itarema/CE, 01/07/2015 11:04:22 LAURA EDUARDO DE CASSIA COSTA Válido somente com selo de Autenticidade: QM956589

Laura de Cassia

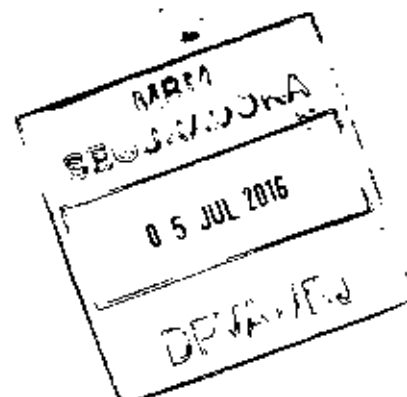
REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CIDADES DEPARTAMENTO NACIONAL DE HABITAÇÃO CARTERA NACIONAL DE HABILITAÇÃO	
NOME MARIA DE FATIMA SILVA CHAVES	
DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR UF 2006028035187 SSP CE	
CPE 930.536.573-68	DATA NASCIMENTO 02/08/1969
FILIAÇÃO ANTONIO RODRIGUES VIEIRA MARIA DO SOCORRO SILVA VIEIRA	
PERMISSÃO <input type="checkbox"/>	ACC <input type="checkbox"/>
CALHAIA <input checked="" type="checkbox"/>	
Nº REGISTRO 05408400698	VALIDADE 09/05/2016
1ª HABILITAÇÃO 24/01/2012	
OBSERVAÇÕES A EXERCE ATIV. REMUNERADA	
Assinatura do Portador <i>Maria de Fátima Silva Chaves</i>	
LOCAL TIANGUA, CE	DATA EMISSÃO 08/03/2013
Assinatura do Defensor <i>[Assinatura]</i> 75009971420 CE134115704	
DECRETO Nº 1.474/2012	

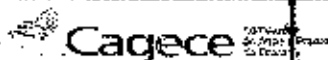
VÁLIDA EM TODO
 O TERRITÓRIO NACIONAL

737480738

PROIBIDA PLASTIFICAÇÃO
 E FOLHEAMENTO

737480738





Fatura Normal
2ª Via

1707279-4

Nome:
MARIA DE FATIMA S CHAVES

CPF/CNPJ do Cliente:
930.536.573-68

Endereço:
TR VER MANOEL FROTA, 920, CENTRO

Hid: A11F036063

Cidade:
TIANGUA

Cep:
62.320-000

Data Leitura:
13/07/2015

Leitura Atual:
626

Leitura Anterior:
602

Endereço de Entrega da Fatura:

010.003.00.130.00.0105.0000.2

07/2015

15/07/2015

RESIDENCIAL 001 COMERCIAL 000 INDUSTRIAL 000 PÚBLICA 000

Mês/Ano	Água (m³)	Esgoto (m³)
JUL/2014	22	17
AGO/2014	29	23
SET/2014	24	19
OUT/2014	29	23
NOV/2014	22	17
DEZ/2014	20	16
JAN/2015	23	18
FEV/2015	20	16
MAR/2015	19	15
ABR/2015	19	15
MAY/2015	20	16
JUN/2015	16	12
JUL/2015	16	14

05/08/2015

67,68

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA CLIENTE



Fatura Normal
2ª Via

1707279-4

Nome:
MARIA DE FATIMA S CHAVES

CPF/CNPJ do Cliente:
930.536.573-68

Endereço:
TR VER MANOEL FROTA, 920, CENTRO

Hid: A11F036063

Cidade:
TIANGUA

Cep:
62.320-000

010.003.00.130.00.0105.0000.2

05/08/2015

67,68

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA CLIENTE

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



MARIA
SEGURADORA

05 JUL 2016

OPERAÇÕES

DECLARAÇÃO

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

A Circular SUSEP¹ 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 COAF².

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

² 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 2000028035187, expedido por SSP-CE, em

____/____/____, CPF/CNPJ nº 930.836.573-68,

na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário (a) gata

Júnior Amarim de Lima do sinistro de DPVAT da natureza Invalidez

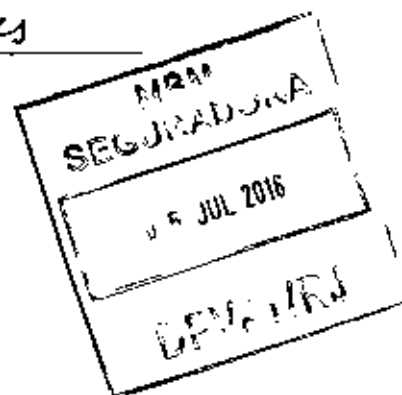
da vítima gata Júnior Amarim de Lima, e conforme

determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

Profissão: Empresária Renda Mensal: R\$ 3.000

Documentos comprobatórios: Uscuval

Mª de Fátima Silva Chaves
ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO



**ATO CONSTITUTIVO DE EMPRESA INDIVIDUAL DE RESPONSABILIDADE LIMITADA -
EIRELE**

FL. 01

Pelo presente instrumento, MARIA DE FATIMA 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 SEGUNDA 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

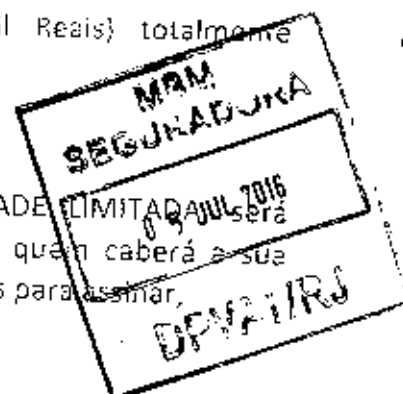
A empresa iniciará suas atividades em 07 de Novembro de 2012 e seu prazo de duração é indeterminado.

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 será administrada pelo titular **MARIA DE FÁTIMA SILVA CHAVES**, a qual caberá a sua representação ativa e passiva, judicial e extrajudicial, com poderes para assinar,



Maria de Fatima 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-estatau.

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 assina 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 personalidade jurídica, de acordo com a legislação em vigor.

Fortaleza-CE, 07 DE NOVEMBRO de 2012

Maria de Fátima Silva Chaves

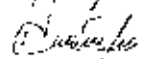
MARIA DE FÁTIMA SILVA CHAVES


Michely Moreira Barros
ADVOGADA
OAB/CE Nº 28.939
CPF 838.934.403-30



JUNTA COMERCIAL DO ESTADO DO CEARÁ -SEDE
CERTIFICADO O REGISTRO EM 19/12/2012 SOB Nº 23900012092
Protocolo: 12/132552-6, DE 12/12/2012

MARIA DE FÁTIMA SILVA CHAVES


CARLOS HENRIQUE MOREIRA
Secretário-Geral

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

Mª de Fatima Silva Chaves


Assinatura

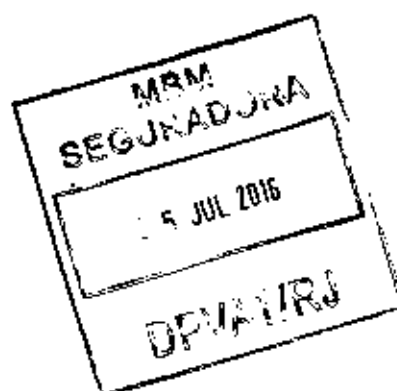
Nome MARIA DE FATIMA DA SILVA CHAVES

CPF 930.536.573-68

Endereço RUA VEREADOR MANOEL FROTA 539

Cidade TIANGUA

 Ref. 128 PAPELARIA FALCÃO (021) 717-5254 / 717-8673 Fax 717-5781 Niterói RJ CGC 30.072.672



VALORES E DADOS GERAIS DO TITULAR NACIONAL

REGISTRO: 2112708-91 DATA DE EXPEDIÇÃO: 25-1-91

NOME: João Batista de Lima
 Francisco Xavier de Lima
 Francisco Sousa de Lima

Assinatura: 19/12/1971

NATURALIDADE: DATA DE NASCIMENTO: 19/12/1971

Cart. Nasc. / 2.302.1.113.Fls. 79-7

Assinatura do titular

ASSINATURA DO QUEIXOSO

LEI Nº 2.116 DE 20/2/63

MPM
 SEG. JUN. 2016
 15 JUL 2016
 DEPARTAMENTO

CARTILHA DE IDENTIDADE

João Batista de Lima

F-80

MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal

Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número: 430.958.523-04

Nome: JOÃO BATISTA DE LIMA

Nascimento: 19/12/1971

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO



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\$: _____

Vítima : Toto Junior Almeida Lima Nascimento ____/____/____

CPF: ____/____/____

Reclamante - Vítima () Beneficiário () Procurador ()

Beneficiário: _____ CPF/CGC: ____/____/____

Endereço: _____

Bairro: _____

Cidade: _____

Estado: _____

CEP: _____

TEL: () _____

Procurador: _____ CPF/CGC: ____/____/____

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 _____

Vítima:

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

Complemento de Processo () Envio de Processo Novo ()

Número do Processo: _____

CE
Local / Data

[Assinatura]
Assinatura





Seguradora Líder - DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS

ID

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA Fátima Lúcia de Oliveira
 DATA DO ACIDENTE 08.01.15 CPF DA VÍTIMA 049.089.473-44
 PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO _____
 QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR ☒ VÍTIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM A VÍTIMA É _____
 ENDEREÇO DO PORTADOR R. Lourenço
 Nº 51 COMPLEMENTO _____ BAIRRO Carvalho
 CIDADE Itaboraí UF CE CEP 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 COMPROVE 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, TAIS 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 DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
 OBS: 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, TAIS 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, ACESSSE 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 *T896*



CARTÃO DE IDENTIDADE	
João Batista de Lima	
I-60	
REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL	

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
2112703-91	DATA DE EMISSÃO 25-1-91
João Batista de Lima	
Francisco Xavier de Lima	
Francisca Sousa de Lima	
Acarau-CE.	19/12/1.971.
NATURALIDADE	DATA DE NASCIMENTO
Cart. Masc. 42.302. Lv. 113. Fls. 79-V	
Cartório de Registro Civil	
ASSINATURA DO REGISTRANTE	
LEI Nº 1.166 DE 22.07.63	

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
8957.4485.B75D.0E9D

A autenticidade deste comprovante deverá ser confirmada na Internet, no endereço
www.receita.fazenda.gov.br

Comprovante emitido pela
Secretaria da Receita Federal do Brasil
às 08:40:25 do dia 27/12/2012 (hora e data de Brasília)
dígito verificador: 00

COMPRA E PREVIDENTE

RECEBI

06 MAR 2017

Nome:

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 MINISTÉRIO DAS CIDADES
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE IMIGRAÇÃO
 CARTEIRA NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO

FRANCISCO FERNANDO SANTANA GRIGÓRIO

DOCUMENTO: 98010178632 SSP CE

CPF: 895.346.703-91 DATA NASCIMENTO: 10/05/1981

PAÍS DE ORIGEM: CÍRILLO JOSE GRIGÓRIO

MARIA DE FÁTIMA DE SANTANA GRIGÓRIO

ESTADO CIVIL: CASADO

PROFISSÃO: ENFERMEIRO

ENDEREÇO: RUA ...

CIDADE: FORTALEZA, CE

DATA EMISSÃO: 26/10/2008

34571841

CEI 32005

DEPARTAMENTO NACIONAL DE IMIGRAÇÃO

VALIDA EM TODOS OS TERRITÓRIOS NACIONAIS 631363408

631363408

PRÉ-SOLDADO PLASTIFICADO

COMPREV SEGUROS
 E PREVIDÊNCIA S/A.

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
		Total	10 %	R\$ 1.350,00

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 médico pericial: AO EXAME PRESENÇA DE BOLSA DE COLOSTOMIA A ESQUERDA.

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
Total			75 %	R\$ 10.125,00

PRESTADOR

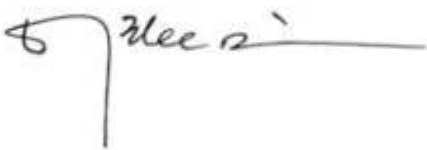
ACE GESTÃO DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: OTELO CORRÊA DOS SANTOS FILHO

CRM do médico: 52.18145-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



**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

() "Exame não permite conclusão"

Vide motivo do impedimento no campo das observações

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

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

Região Corporal (Sequela):

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