

Nome: MARCOS VINICIUS OLIVEIRA DE BRITO
Reg.: 545631 Pront.: 1113487
Sexo: Masculino Dt. Nasc.: 29/01/1996
Conv.: RETAGUARDA GETULIO

Alta: 23/11/2017 08:00
Santa Casa
R. São João, 150 - São João - Belo Horizonte - MG
Fone: (61) 3013-1000 (0800 010 1000)
Site: www.santasacasa.org.br

Idade: 21
Admissão: 21/11/2017 17:34

Alta: 23/11/2017 08:00

Admissão:

PACIENTE COM FRATURA DA BASE DO 4o E 5o METACARPOS ESQ POR TRAUMA

Evolução / Conduta:

SUBMETIDO A FIXAÇÃO CIRURGICA



Diagnóstico:

Principal S82.4 FRATURAS MÚLTIPLAS DE OSSOS METACARPÍANOS

Internação:

Unidade	Admissão	Alta/Transferência	Tempo
ENFERMARIA SÃO LUIZ	21/11/2017 17:34	23/11/2017 08:00	2 dia(s)

Orientação:

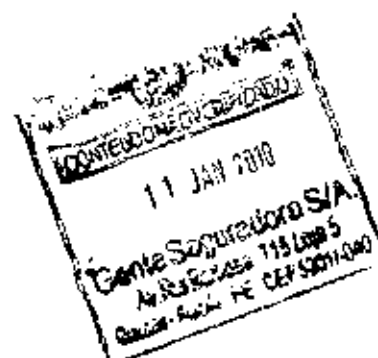
- 1) RETORNO PARA REVISÃO QUINTA-FEIRA 07/12/2017, AS 07:00H (MARCAR ANTES);
- 2) NÃO NECESSITA TROCA DE CURATIVO, APENAS NA REVISÃO CIRURGICA;
- 3) MOVIMENTAR LIVREMENTE OS DEMAIS DEDOS;
- 4) QUALQUER PROBLEMA COM A CIRURGIA, PROCURAR ATENDIMENTO EM UPB;
- 5) REALIZAR RAIOS-X NO DIA DA ALTA OU ATÉ 3 DIAS ANTES DA CONSULTA DE REVISÃO.

Condição de Alta: Melhorado

Tipo de Alta: Médica

Médico Responsável: Dr. LEONARDO PINHEIRO CARVALHO
CRM: 17884

LOTERIA DE SORTEIO
DE 1000 PRÊMIOS
DE 1000 PRÊMIOS





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADANIAS
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTÃO NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME
MARCOS VINÍCIUS OLIVEIRA DE BRITO

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR (UF)
3415303 SEM PE

CPF
115.782.094-80

DATA NASCIMENTO
23/03/1994

PLACAO
MARCOS ANTONIO
OLIVEIRA DE BRITO
JOSYNA MARIA DA
CONCEIÇÃO

FORMAÇÃO
ACZ **OUT. NAC.**
AZ

PP. PRESTADO
06357723448

VALIDADE
16/01/2020

VALIDAÇÃO
04/08/2015

Observações

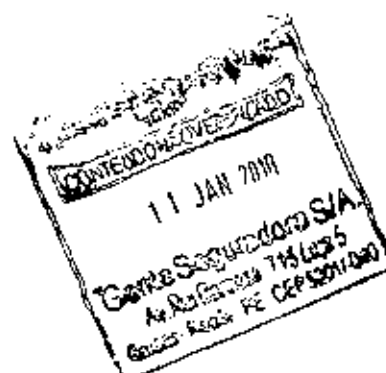
Notificação sobre o gado

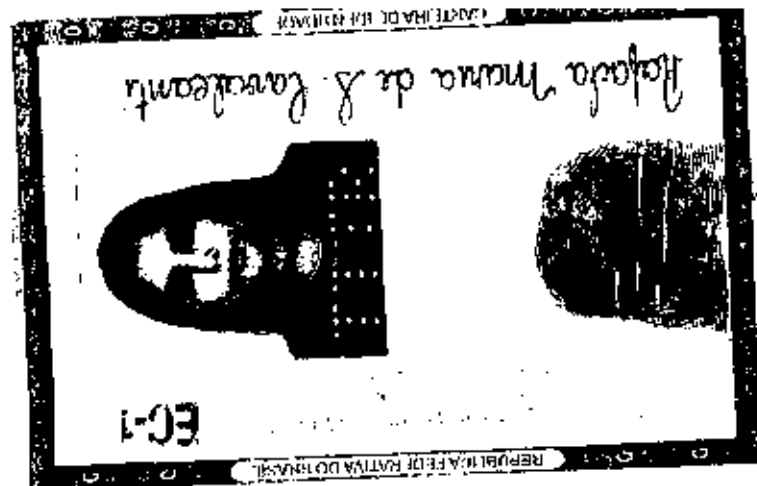
LOCAL
RECIFE - PE

DATA EMISSÃO
10/06/2016

79455484460
98073193910

DETRAN - PE (PERNAMBUCO)





7.788.638 10/02/2014

<< RAFAELA MARIA DE SANTANA CAVALCANTI >>

<< JOSÉ MANOEL DE SANTANA >>

<< MARIA CECI DE OLIVEIRA SANTANA >>

VICÊNCIA - PE 24/12/1986

<< 0760340155 2013 2 00015 037
0004944 10 VICÊNCIA PE >>

086.005.684-80

LEI Nº 7.160 DE 1983





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PE Nº 013434986765
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
1 273269500 ***** 2017
ROSENILDO BATISTA DE SOUZA

RECIFE-PE
990.772.234-34 2E25250

***** /PE 95E2BN7HBB030296

CAR /CAMINHONETE/C ABERTA DIESEL
HYUNDAI/HB HDB 2010 2011

1.681/93CV/2476 PARTIC PRATA

IPVA 2017 QUITADO 1 *****

P 2 *****

A 1 *****

SEGURO PAGO

SEM RESERVA

RECIFE-PE 28/07/17

Charles Andrews Sousa Ribeiro
Diretor Presidente DETRAN/PE

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS FISCAL CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

PE Nº 013434986765 BILHETE DE SEGURO DPVAT
ROSENILDO BATISTA DE SOUZA

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.segurosdpvat.com.br
0800 030 0204

RECIFE-PE 28/07/17

990.772.234-34 2E25250

HYUNDAI/HB HDB

1.681/93CV/2476 PARTIC PRATA

PREMIO TARIFARIO

SEGURO PAGO

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.245.908/0001-04

DESTAQUE E GUARDE O BILHETE DPVAT. ELE NÃO É DE PERTINÊNCIA OBRIGATORIA.



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180031682 **Cidade:** Buenos Aires **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARCOS VINICIUS OLIVEIRA DE BRITO **Data do acidente:** 19/11/2017 **Seguradora:** ARUANA SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 25/01/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: Fratura de base do 4º e 5º metacarpos esquerdo submetido a tratamento cirúrgico de fixação

Resultados terapêuticos: Não há como definir ou predizer com acurácia a existência de limitação funcional permanente e insusceptível a terapêutica a partir da documentação fornecida.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Não definido

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares: Sinistro indefinido, com menos de 90 dias, sem prognóstico.

Observações:

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00

PRESTADOR

IBMES INST.BRAS DE MEDICINA ESPEC.EM SEGUROS LTDA

Nome do médico: CARLOS MIRANDA CHAGAS

CRM do médico: 52.34765-8

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180031682 **Cidade:** Buenos Aires **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARCOS VINICIUS OLIVEIRA DE BRITO **Data do acidente:** 19/11/2017 **Seguradora:** ARUANA SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 14/02/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: Fratura de base do 4º e 5º metacarpos esquerdo submetido a tratamento cirúrgico de fixação

Resultados terapêuticos: Não há como definir ou prever a existência de limitação funcional permanente e insusceptível a terapêutica, a partir da documentação fornecida.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: Encaminhado para Perícia Médica para melhor esclarecimento das sequelas definitivas que tenham persistido após o término do tratamento.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00

PRESTADOR

IBMES INST.BRAS DE MEDICINA ESPEC.EM SEGUROS LTDA

Nome do médico: CARLOS MIRANDA CHAGAS

CRM do médico: 52.34765-8

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180031682 **Cidade:** Buenos Aires **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARCOS VINICIUS OLIVEIRA DE BRITO **Data do acidente:** 19/11/2017 **Seguradora:** ARUANA SEGUROS S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DO 4º E 5º METACARPOS DA MÃO ESQUERDA

Descrição do exame médico pericial: DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DE MÃO ESQUERDA

Resultados terapêuticos: PACIENTE FOI ATENDIDO NO DIA 19/11/2017 COM DIAGNÓSTICO DE FRATURA DO 4º E 5º METACARPOS DA MÃO ESQUERDA. O MESMO FOI SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO NO DIA 22/11/2017 PARA FIXAÇÃO DE FRATURAS COM USO DE 3 FIOS DE KIRSCHNER. RECEBEU ALTA HOSPITALAR APÓS UM PERÍODO DE 48 HORAS COM IMOBILIZAÇÃO TIPO TALA LUVA POR UM PERÍODO DE 45 DIAS. FOI ACOMPANHADO EM CARÁTER AMBULATORIAL E NO MOMENTO ENCONTRA-SE EM ALTA ORTOPÉDICA. APRESENTA DIMINUIÇÃO DA MOBILIDADE GLOBAL DO 4º E 5º RAIOS PRINCIPALMENTE DURANTE A EXTENSÃO DO 4º E 5º DEDOS CORRESPONDENTES, ENCURTAMENTO RELATIVO DE APROXIMADAMENTE 5 MM, AUMENTO DE VOLUME A CUSTAS DE PARTES ÓSSEAS (2+/4+), DÉFICIT DE FORÇA FLEXORA DO 4º E 5º QUIRODÁCTILOS COM DIMINUIÇÃO DA FORÇA DE PREENSÃO PALMAR GRAU I.

Sequelas permanentes: APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DA MÃO ESQUERDA.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 19/02/2018

Conduta mantida:

Observações: REVISOR MANTEVE ENQUADRAMENTO E VALORAÇÃO DO MÉDICO EXAMINADOR.

Médico examinador: TIAGO MARTINS FORMIGA

CRM do médico: 8085

UF do CRM do médico: PB

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de uma das mãos	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

PRESTADOR

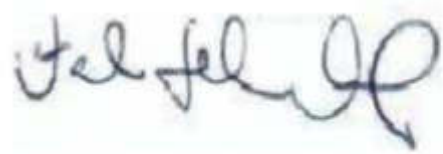
CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

Médico revisor: FABIO S SELERI FERNANDES

CRM do médico: 52.63021-7

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:





INSTRUMENTO PARTICULAR DE PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: MARCOS VINICIUS OLIVEIRA DE BRITO, Portador do documento de identidade nº 9415303, expedido por SDS/PE, inscrito no CPF sob o nº 115.782.094-80, residente no Engenho Crimeia, s/n, Zona Rural, Buenos Aires/PE.

OUTORGADO: RAFAELA MARIA DE SANTANA CAVALCANTI, brasileira, casada, portadora do documento de identidade nº 7.788.638 SDS/PE, inscrito no CPF sob o nº 086.005.684-80, residente na cidade de Buenos Aires/PE.

PODERES: Poderes específicos para propor, solicitar, acompanhar, providenciar, requerer, cancelar e dar entrada junto a Seguradora conveniada a Seguradora Líder, a fim de indenização de Seguro DPVAT, Morte, Invalidez permanente, Total ou Parcial e/ou Despesas Médicas – Hospitalares. Como também qualquer documento que julgue necessário aos interesses do OUTORGANTE ou de seus dependentes em Hospitais. Podendo também assinar FORMULARIO DE AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO.

Local e Data: Buenos Aires/PE., 19 de Dezembro de 2017.

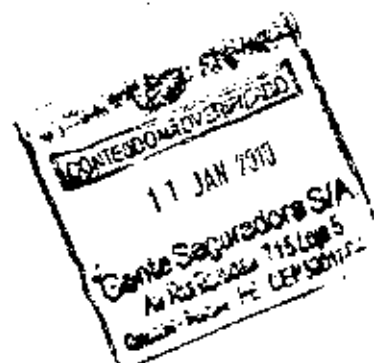


Outorgante: Marcos Vinicius Oliveira de Brito

www.cartorio.pe.br

CARTÓRIO DE REGISTRO CIVIL E NOTAS DE BUENOS AIRES - PE
Rua João Evangelista, Nº 1 - Centro - CEP: 55.845-000 - Fone: (011) 3647-1092

Reconheço por AUTENTICIDADE a firma indicada de:
MARCOS VINICIUS OLIVEIRA DE BRITO
que confere c/ o padrão rep. nesta serventia. Dou fé.
Buenos Aires, 19/12/2017. Em Teste da verdade
Vr R\$ 4,66 Alberto Carlos Vasconcelos - Titular
At Selo 0076794, GTC07201701.91836



Rio de Janeiro, 22 de Janeiro de 2018

Aos Cuidados de: **MARCOS VINICIUS OLIVEIRA DE BRITO**

Nº Sinistro: **3180031682**

Vitima: **MARCOS VINICIUS OLIVEIRA DE BRITO**

Data do Acidente: **19/11/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **RAFAELA MARIA DE SANTANA CAVALCANTI**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180031682**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 dias, a partir do recebimento pela seguradora de toda a documentação necessária**.

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 12271830



Rio de Janeiro, 25 de Janeiro de 2018

Aos Cuidados de: **MARCOS VINICIUS OLIVEIRA DE BRITO**
Nº Sinistro: **3180031682**
Vitima: **MARCOS VINICIUS OLIVEIRA DE BRITO**
Data do Acidente: **19/11/2017**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **RAFAELA MARIA DE SANTANA CAVALCANTI**

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180031682**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **GENTE SEGURADORA S/A**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 14 de Fevereiro de 2018

Aos Cuidados de: **MARCOS VINICIUS OLIVEIRA DE BRITO**

Sinistro: **3180031682**
Vítima: **MARCOS VINICIUS OLIVEIRA DE BRITO**
Data do Acidente: **19/11/2017**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **RAFAELA MARIA DE SANTANA CAVALCANTI**

Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3180031682** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Rio de Janeiro, 28 de Fevereiro de 2018

Carta nº: 12441075

A/C: MARCOS VINICIUS OLIVEIRA DE BRITO

Nº Sinistro: 3180031682
Vítima: MARCOS VINICIUS OLIVEIRA DE BRITO
Data do Acidente: 19/11/2017
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: RAFAELA MARIA DE SANTANA CAVALCANTI

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: MARCOS VINICIUS OLIVEIRA DE BRITO

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 104

Agência: 000000054

Conta: 0000030774-9

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

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

Dano Pessoal: Perda funcional completa de uma das mãos 70%

Graduação: Em grau leve 25%

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Sinistro: **3180031682**
Nome do(a) Examinado(a): **MARCOS VINICIUS OLIVEIRA DE BRITO**
Endereço do(a) Examinado(a): **ENGENHO CRIMEIA nº SN - ZONA RURAL - BUENOS AIRES/PE**
Identificação - Órgão Emissor/UF/Número: **RG 9415303 - SSP**
Data e local do acidente: **19/11/2017 BUENOS AIRES/PE**
Data e local do exame: **19/02/2018 GOIANA/PE**

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

FRATURA DO 4º E 5º METACARPOS DA MÃO ESQUERDA

II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

PACIENTE FOI ATENDIDO NO DIA 19/11/2017 COM DIAGNÓSTICO DE FRATURA DO 4º E 5º METACARPOS DA MÃO ESQUERDA. O MESMO FOI SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO NO DIA 22/11/2017 PARA FIXAÇÃO DE FRATURAS COM USO DE 3 FIOS DE KIRSCHNER. RECEBEU ALTA HOSPITALAR APÓS UM PERÍODO DE 48 HORAS COM IMOBILIZAÇÃO TIPO TALA LUVA POR UM PERÍODO DE 45 DIAS. FOI ACOMPANHADO EM CARÁTER AMBULATORIAL E NO MOMENTO ENCONTRA-SE EM ALTA ORTOPÉDICA.

III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

APRESENTA DIMINUIÇÃO DA MOBILIDADE GLOBAL DO 4º E 5º RAIOS PRINCIPALMENTE DURANTE A EXTENSÃO DO 4º E 5º DEDOS CORRESPONDENTES, ENCURTAMENTO RELATIVO DE APROXIMADAMENTE 5 MM, AUMENTO DE VOLUME A CUSTAS DE PARTES ÓSSEAS (2+/4+), DÉFICIT DE FORÇA FLEXORA DO 4º E 5º QUIRODÁCTILOS COM DIMINUIÇÃO DA FORÇA DE PRENSÃO PALMAR GRAU I.

IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

☒ SIM ☐ NÃO

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais suscetível a qualquer medida terapêutica)?

☒ SIM ☐ NÃO

VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DE MÃO ESQUERDA

Caso a resposta do item V seja “Não”, concluir utilizando apenas as opções no item VII “a”. Caso a resposta seja “Sim”, valorar o dano permanente no item VII “b”.

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

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

☐ Vítima em tratamento

☐ Sem sequela permanente

Esta avaliação médica deve ser repetida em _____ dias

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

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

Região Corporal(Sequela): **MÃO ESQUERDA**

Região Corporal(Sequela):

☐ 10% ☒ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela):

Região Corporal(Sequela):

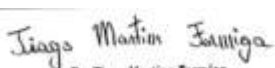
☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

VIII.* Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal.

REVISOR MANTEVE ENQUADRAMENTO E VALORAÇÃO DO MÉDICO EXAMINADOR. -

Médico Perito: TIAGO MARTINS FORMIGA CRM:24411/PE


Dr. Tiago Martins Formiga
Ortopedia e Traumatologia
8085 CRM-PE / 24411 CRM-PE
TEOT 14830

Assinatura do(a) Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com nome e CRM



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

115.382.094-80

Nome completo da vítima

Marcos Vinicius O. de Melo

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo Marcos Vinicius Oliveira de Melo		CPF titular da conta 115.382.094-80	Profissão
Endereço Bomfim Príncipe		Número S/N	Complemento
Bairro Zona Rural	Cidade Bomfim Aires	Estado PE	CEP 55845-000
Email		Telefone (DDD) (81) 9-9543-3419	

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR <input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00		<input type="checkbox"/> SEM RENDA <input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00		<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00 <input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00		<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00 <input type="checkbox"/> R\$ 10.001,00 ATÉ R\$ 100.000,00	
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo, Assinale uma opção) <input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341) <input type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)							
AGÊNCIA NRO. 0054 (Informar dígito se existir)		D/V 00030374 (Informar dígito se existir)		CONTA NRO. 9 (Informar dígito se existir)		D/V 9 (Informar dígito se existir)	
<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Somente para os bancos abaixo) BANCO Nome AGÊNCIA NRO. (Informar dígito se existir)				NRO. 115382094 (Informar dígito se existir)			

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Bomfim Aires, 04 de Janeiro de 2018
Local e Data

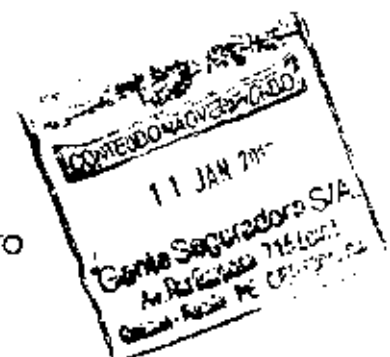
Assinatura do Beneficiário

Assinatura do Representante Legal

CAIXA ECONOMICA FEDERAL

18/12/2017 HORA: 12:37:12
DATA EFETIVACAO: 18/12
CONVENIO: 000636150
OPERADOR: Gleici

AGENCIA: 0054
CONTA: 013.00030774-9
NOME: MARCOS V O DE BRITO



415845



**GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 058ª CIRCUNSCRIÇÃO - BUENOS AIRES
DP58ªCIRC DINTER1/11ªDESEC**

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 17E0146000408



Documento em Transmissão

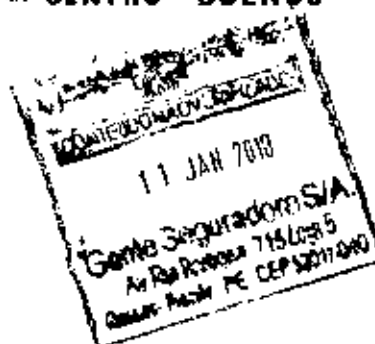
Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 19/12/2017 às
11:33

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)
que aconteceu no dia 19/11/2017 às 06:00

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE BUENOS AIRES, 1, O FATO
OCORREU NA ESTRADA DE TERRA PLENAGEM DO ENGENHO CLIMÉIA,
S/N ZONA RURAL DE BUENOS AIRES-PE - Bairros: CENTRO - BUENOS
AIRES/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

**DESCONHECIDOS (AUTOR (AGENTE)
ROSENILDO BATISTA DE SOUZA (OUTRO)
MARCOS VINÍCIOS OLIVEIRA DE BRITO (VÍTIMA)**



Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

**VEÍCULO: (citado na descrição da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a):
MARCOS VINÍCIOS OLIVEIRA DE BRITO**

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

**DESCONHECIDOS (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe:
DESCONHECIDO Data de Nascimento: 1/1/1980 Naturalidade: NÃO INFORMADO /
PERNAMBUCO / BRASIL Estado Civil: DESCONHECIDO Escolaridade: DESCONHECIDO
Endereço Residencial: MUNICÍPIO DE BUENOS AIRES, 1 - CEP: 55000-000 - Bairros: CENTRO
- BUENOS AIRES/PERNAMBUCO/BRASIL**

**MARCOS VINÍCIOS OLIVEIRA DE BRITO (presente ao plantão) - Sexo:
Masculino Mãe: JOSEFA MARIA DA CONCEIÇÃO Pai: MARCOS ANTÔNIO OLIVEIRA DE
BRITO Data de Nascimento: 29/1/1998 Naturalidade: BUENOS AIRES / PERNAMBUCO /
BRASIL Documentos: 5416303/3DS/PE (RG) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 2ª. GRAU
COMPLETO Profissão: SERRALHEIRO Telefones Celulares:
- 993755562**

**Endereço Residencial: MUNICÍPIO DE BUENOS AIRES, 1, A VÍTIMA RESIDE NO ENGENHO
CLIMÉIA, S/N ZONA RURAL DE BUENOS AIRES-PE - CEP: 55000-000 - Bairros: CENTRO -**

BUENOS AIRES/PERNAMBUCO/BRASIL

ROSENILDO BATISTA DE SOUZA (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mês desconhecido Data de Nascimento: 17/11/1968 Naturalidade: **NÃO INFORMADO** / **PERNAMBUCO / BRASIL** Estado Civil: **DESCONHECIDO** Escolaridade: **DESCONHECIDO** Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE BUENOS AIRES, 1 - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - BUENOS AIRES/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

AUTOMÓVEL (VEÍCULO) de propriedade do(s) Sr(s) **ROSENILDO BATISTA DE SOUZA**, que estava em posse do(s) Sr(s) **MARCOS VINÍCIOS OLIVEIRA DE BRITO** Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMÓVEL HYUNDAI/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não** Cor: **PRATA** - Quantidade: **1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

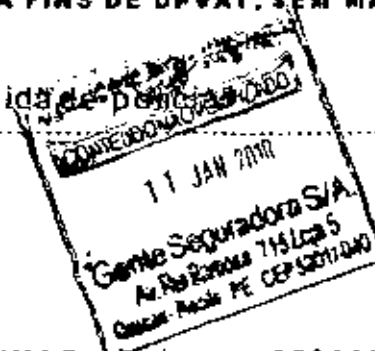
Placa: **PE28368** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: **273265688** Chassi: **05PZEN7HPBB430296**
Ano Fabricação/Modelo: **2010/2011** Combustível: **DIESEL**
Descrição: **CAR/CAMINHONETE/C ABERTA DIESEL, MARCA : HYUNDAI/HR HDEPRAT**

Complemento / Observação

COMPARECEU HOJE NESTA DELEGACIA DE POLÍCIA, O SR. MARCOS VINÍCIOS OLIVEIRA DE BRITO, INFORMANDO QUE FOI VÍTIMA DE UM ACIDENTE DE TRÂNSITO. SEGUNDO O MESMO NO DIA 10/11/2017 POR VOLTA DAS 06:00H, VOLTAVA PARA SUA RESIDÊNCIA DIRIGINDO O VEÍCULO NESTE BOLETIM DE OCORRÊNCIA JÁ DESCRITO E QUANDO SE APROXIMAVA DO ENGENHO CRIMEIA, SN, ZONA RURAL DESTA MUNICÍPIO, AO TENTAR REALIZAR UM CURVA COMO A ESTRADA ERA DE TERRA PLENAGEM ACABOU PERDENDO O CONTROLE DO REFERIDO VEÍCULO E O CARRO ACABOU BATENDO EM UMA BARREIRA E APÓS RODAR DESCONTROLADAMENTE ACABOU CAINDO EM UM BARRANCO E CAPOTOU, DIZ A VÍTIMA QUE ENQUANTO O VEÍCULO CAPOTAVA SUA MÃO EM DETERMINADO MOMENTO ULTRAPASSOU A JANELA DA PORTA DO MOTORISTA E A CABINE ACABOU PASSANDO POR CIMA, EM SEGUIDA DIZ A VÍTIMA QUE FOI SOCORRIDO POR SEU IRMÃO PARA A UNIDADE HOSPITALAR LOCAL E LÁ CHEGANDO FOI ATENDIDA PELO MÉDICO DE PLANTÃO DR. RAFAEL AZEVEDO CRM-11.263 E APÓS ESTABILIZADO FOI REMOVIDO PARA O HOSPITAL GETÚLIO VARGAS NA CIDADE DO RECIFE ONDE APÓS SER SUBMETIDO A RAIO-X FOI CONSTATADO DUAS FRATURAS EM SEUS DEDOS DA MÃO ESQUERDA, SENDO UMA FRATURA NO DEDO ANELAR DA MÃO ESQUERDA E A OUTRA FRATURA NO DEDO MÍDIO TAMBÉM DA MÃO ESQUERDA, DIZ A VÍTIMA QUE TRÊS DIAS DEPOIS FOI NOVAMENTE REMOVIDO PARA A SANTA CASA DA MISERICÓRDIA, ONDE FOI CIRURGIADO RECEBENDO TRÊS FIOS DE FERRO NA MÃO. DIANTE DOS FATOS A VÍTIMA SOLICITA O REGISTRO DA OCORRÊNCIA PARA FINS DE DPVAT, SEM MAIS NADA DIGNO DE REGISTRO ENCERRO ESTE BOE.

Assinatura da(s) pessoa(s) presente nesta unidade de Polícia

Marcos Vinicius Oliveira de Brito
MARCOS VINÍCIOS OLIVEIRA DE BRITO
(VÍTIMA)



B.O. registrado por: **EVERALDO LUIZ DA SILVA JÚNIOR** - Matrícula: 272839-7

Everaldo L. da S. Júnior
Everaldo L. da S. Júnior
Comissário de Polícia
Matr.: 272.839-7

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML



Eu, Marcel Vinícius Oliveira de Melo portador da carteira de identidade nº 94153032 e inscrito no CPF/MF sob o nº 115.782.094-80 residente e domiciliado na R. Queneia s/n, Zona Rural Cidade Buenos Aires Estado Pernambuco declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

☒ Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou

() O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

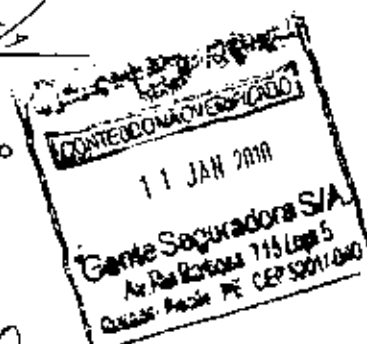
() O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

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

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

Marcel Vinícius Oliveira de Melo

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação



Buenos Aires 04 de Janeiro de 2018

Local e data

BOLETIM DE EMERGÊNCIA

05:02

No. Ocorrência:

Nome: Marcos Vinícius O. de Brito Idade: 29/01/96 Sexo: M Est. Civil: S
 Endereço: Av. J. Brimley CEP:
 Cidade: C. Aires - PE Bairro: Zona Rural Nac:
 Documento: CNS: Sisprenatal: Tel.:
 Mãe: Joselyne M. de Brito Pai: Marcos O. de Brito
 Profissão: Responsável:

Últimas Ocorrências

Data: 19/11/2017 Nº Ocorrência: Motivo do atendimento: Queda de Espetroscópio / Queda



RECONSULTA

Urgência () Não Urgência () Emergência () Acidente Trabalho () Acidente Trânsito ()

Horário	P.A.	Pulso	Peso	Assinatura
20:50h				

Sinais / Diagnóstico

LUXAÇÃO / FRACTURA RUMAO

Tratamento

OPINIONA 50mg 1 AMP + 200ml

05:02
Sin

Rafael Azevedo
Médico
CRM-PB 11.263

Exames complementares

Impressão diagnóstica

CID

Resultado da saída:

Residência ☐ Internado ☐

Justificativa:

Recomendado:

Removido:

Bit:

h m do dia

Data saída:

Hora saída:

<input type="checkbox"/> CURATIVO <input type="checkbox"/> NEBULIZAÇÃO		ADM MEDICAMENTO: <input type="checkbox"/> BÁSICO <input type="checkbox"/> ESP <input type="checkbox"/> RETIRADA DE PONTO	TÉCNICO / COREN MÉDICO / CRM HORÁRIO:
Consultas / Atendimento Médico: <input type="checkbox"/> urgência básica <input type="checkbox"/> urgência especializada <input type="checkbox"/> observação básica <input type="checkbox"/> observação especializada			
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	TÉCNICO / CONSELHO 11 JAN Centro de Diagnóstico S/A Av. R. B. de S. 1315 Caixa Postal 11.263	HORÁRIO	

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 22/02/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MARCOS VINICIUS OLIVEIRA DE BRITO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00054

CONTA: 000000030774-9

Nr. da Autenticação 916AC349F48D8DC6



Torre Social de Energia Elétrica Citada pela Lei 10433 de 2002

Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, 506 Vinte e Nove, Recife, Pernambuco - CEP 51050-000
CNPJ 02.024.833/0001-80 - Ins. Est. 302543-97 - www.celpe.com.br



00015

INFORMAÇÕES
JOSEFAMARIA (NOME E SOBRENOME)

12/2017

CPE 174 582 588-92

1702 200070

BT RESIDENCIAL
RESIDENCIAL

1702 200070

1702 200070

1702 200070

1702 200070

1702 200070

1702 200070

1702 200070

1702 200070

1702 200070

1702 200070

1702 200070

1702 200070

1702 200070

1702 200070

1702 200070

1702 200070

1702 200070

1702 200070

1702 200070

1702 200070

1702 200070

1702 200070

1702 200070

1702 200070

1702 200070

1702 200070

1702 200070

1702 200070

1702 200070

1702 200070

1702 200070

1702 200070

1702 200070

1702 200070

1702 200070

1702 200070

1702 200070

1702 200070

1702 200070

1702 200070

1702 200070

1702 200070

1702 200070

1702 200070

1702 200070

1702 200070

1702 200070

1702 200070

1702 200070

1702 200070

1702 200070

1702 200070

1702 200070

1702 200070

1702 200070

1702 200070

1702 200070

1702 200070

1702 200070

1702 200070

1702 200070

1702 200070

1702 200070

1702 200070

1702 200070

1702 200070

1702 200070

1702 200070

1702 200070

1702 200070

1702 200070

1702 200070

1702 200070

1702 200070

1702 200070

1702 200070

1702 200070

1702 200070

1702 200070

1702 200070

4005418076 12/2017

19/12/2017 09/01/2018

TOTAL A PAGAR (R\$) 68,47

Consumo (kWh)
Acréscimo Bandeira VERMELHA
Contribuição Automação Faturas
Multas por atraso - NF 007643316 - 02/10/17
Multas por atraso - NF 007643316 - 02/10/17
Multas por atraso - NF 007643316 - 02/10/17
Multas por atraso - NF 007643316 - 02/10/17
Automação GPM - NF 007643316 - 02/10/17
Automação GPM - NF 007643316 - 02/10/17

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL
Consumo (kWh)	174,58	0,33	57,51
Acréscimo Bandeira VERMELHA	1	0,00	0,00
Contribuição Automação Faturas	1	0,00	0,00
Multa por atraso - NF 007643316 - 02/10/17	1	0,00	0,00
Multa por atraso - NF 007643316 - 02/10/17	1	0,00	0,00
Multa por atraso - NF 007643316 - 02/10/17	1	0,00	0,00
Multa por atraso - NF 007643316 - 02/10/17	1	0,00	0,00
Automação GPM - NF 007643316 - 02/10/17	1	0,00	0,00
Automação GPM - NF 007643316 - 02/10/17	1	0,00	0,00
TOTAL			68,47

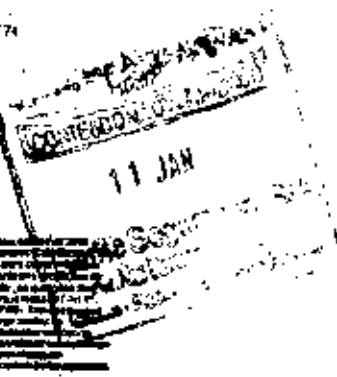
TOTAL DA FATURA

68,47

PERÍODO	Tipo da Fatura	Anterior	Atual	Valor	Valor	Valor	Valor	Valor	Valor
01/12/17	01	1014001	743000	1014001	743000	1014001	743000	1014001	743000

PERÍODO	Tipo da Fatura	Anterior	Atual	Valor	Valor	Valor	Valor	Valor	Valor
01/12/17	01	1014001	743000	1014001	743000	1014001	743000	1014001	743000
02/12/17	01	1014001	743000	1014001	743000	1014001	743000	1014001	743000
03/12/17	01	1014001	743000	1014001	743000	1014001	743000	1014001	743000
04/12/17	01	1014001	743000	1014001	743000	1014001	743000	1014001	743000
05/12/17	01	1014001	743000	1014001	743000	1014001	743000	1014001	743000
06/12/17	01	1014001	743000	1014001	743000	1014001	743000	1014001	743000
07/12/17	01	1014001	743000	1014001	743000	1014001	743000	1014001	743000
08/12/17	01	1014001	743000	1014001	743000	1014001	743000	1014001	743000
09/12/17	01	1014001	743000	1014001	743000	1014001	743000	1014001	743000
10/12/17	01	1014001	743000	1014001	743000	1014001	743000	1014001	743000
11/12/17	01	1014001	743000	1014001	743000	1014001	743000	1014001	743000
12/12/17	01	1014001	743000	1014001	743000	1014001	743000	1014001	743000
01/01/18	01	1014001	743000	1014001	743000	1014001	743000	1014001	743000

Selecione o tipo de fatura para a qual deseja emitir a fatura. Se não houver opção, a fatura será emitida automaticamente. Para mais informações, consulte o site da Celpe ou o telefone 0800 12 34567.



PERÍODO	Tipo da Fatura	Anterior	Atual	Valor	Valor	Valor	Valor	Valor	Valor
01/12/17	01	1014001	743000	1014001	743000	1014001	743000	1014001	743000



Terço Social de Energia Elétrica: Grátis pelo 10433, de 24h/24h
NÚMERO SOCIAL - FATURA - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA
Concessionária Energética do Pernambuco
Av. João de Barros, 11, Boa Vista, Recife, Pernambuco - CEP 50060-00
CNPJ 17.433.822/0001-00 | Cont. Ext. 0003663-82 | www.celp.com.br

ENDOS DO CLIENTE
SEVIRNA DANILAU DE FARIAS

ENDREDO DA UNIDADE GERAL
RLA ATSE, EMILIANO 1 A

CPF 038 580 142,94

CENTRO BIENOS AIRES
BIENOS AIRES PE
55845-000

CLASSIFICAÇÃO
B3 COMERCIAL
OUTROS SERVIÇOS DE ENTIDADES MONETARIAS

CÓDIGO DE ENTREGA	2658845019	FECHA DE ENTREGA	17/2017
FECHA DE VENCIMIENTO	30/11/2017	FECHA DE RECEPCIÓN DE LA ENTREGA	23/12/2017

APR 25 1978	UNICA	25712017
APR 25 1978	UNICA	25712017

TOTAL & PAID (74)	48.00
-------------------	-------

Endereço: Rua ...
 Avenida ...
 Cep: ...
 Cidade: ...
 Estado: ...
 País: ...
 Telefone: ...
 E-mail: ...
 Site: ...

DATE	TIME	LOCATION	WIND DIRECTION	WIND SPEED	SEA STATE	TEMPERATURE	HUMIDITY	PRESSURE	VISIBILITY	CLOUDS	REMARKS
01/08/68	09:00										
01/08/68	10:00										
01/08/68	11:00										
01/08/68	12:00										
01/08/68	13:00										
01/08/68	14:00										
01/08/68	15:00										
01/08/68	16:00										
01/08/68	17:00										
01/08/68	18:00										
01/08/68	19:00										
01/08/68	20:00										
01/08/68	21:00										
01/08/68	22:00										
01/08/68	23:00										
01/08/68	00:00										
01/08/68	01:00										
01/08/68	02:00										
01/08/68	03:00										
01/08/68	04:00										
01/08/68	05:00										
01/08/68	06:00										
01/08/68	07:00										
01/08/68	08:00										
01/08/68	09:00										
01/08/68	10:00										
01/08/68	11:00										
01/08/68	12:00										
01/08/68	13:00										
01/08/68	14:00										
01/08/68	15:00										
01/08/68	16:00										
01/08/68	17:00										
01/08/68	18:00										
01/08/68	19:00										
01/08/68	20:00										
01/08/68	21:00										
01/08/68	22:00										
01/08/68	23:00										
01/08/68	00:00										
01/08/68	01:00										
01/08/68	02:00										
01/08/68	03:00										
01/08/68	04:00										
01/08/68	05:00										
01/08/68	06:00										
01/08/68	07:00										
01/08/68	08:00										
01/08/68	09:00										
01/08/68	10:00										
01/08/68	11:00										
01/08/68	12:00										
01/08/68	13:00										
01/08/68	14:00										
01/08/68	15:00										
01/08/68	16:00										
01/08/68	17:00										
01/08/68	18:00										
01/08/68	19:00										
01/08/68	20:00										
01/08/68	21:00										
01/08/68	22:00										
01/08/68	23:00										
01/08/68	00:00										
01/08/68	01:00										
01/08/68	02:00										
01/08/68	03:00										
01/08/68	04:00										
01/08/68	05:00										
01/08/68	06:00										
01/08/68	07:00										
01/08/68	08:00										
01/08/68	09:00										
01/08/68	10:00										
01/08/68	11:00										
01/08/68	12:00										
01/08/68	13:00										
01/08/68	14:00										
01/08/68	15:00										
01/08/68	16:00										
01/08/68	17:00										
01/08/68	18:00										
01/08/68	19:00										
01/08/68	20:00										
01/08/68	21:00										
01/08/68	22:00										
01/08/68	23:00										
01/08/68	00:00										
01/08/68	01:00										
01/08/68	02:00										
01/08/68	03:00										
01/08/68	04:00										
01/08/68	05:00										
01/08/68	06:00										
01/08/68	07:00										
01/08/68	08:00										
01/08/68	09:00										
01/08/68	10:00										
01/08/68	11:00										
01/08/68	12:00										
01/08/68	13:00										
01/08/68	14:00										
01/08/68	15:00										
01/08/68	16:00										
01/08/68	17:00										
01/08/68	18:00										
01/08/68	19:00										
01/08/68	20:00										
01/08/68	21:00										
01/08/68	22:00										
01/08/68	23:00										
01/08/68	00:00										
01/08/68	01:00										
01/08/68	02:00										
01/08/68	03:00										
01/08/68	04:00										
01/08/68	05:00										
01/08/68	06:00										
01/08/68	07:00										
01/08/68	08:00										
01/08/68	09:00										
01/08/68	10:00										
01/08/68	11:00										
01/08/68	12:00										
01/08/68	13:00										
01/08/68	14:00										
01/08/68	15:00										
01/08/68	16:00										
01/08/68	17:00										
01/08/68	18:00										
01/08/68	19:00										
01/08/68	20:00										
01/08/68	21:00										
01/08/68	22:00										
01/08/68	23:00										
01/08/68	00:00										
01/08/68	01:00										
01/08/68	02:00										
01/08/68	03:00										
01/08/68	04:00										
01/08/68	05:00										
01/08/68	06:00										
01/08/68	07:00										
01/08/68	08:00										
01/08/68	09:00										
01/08/68	10:00										
01/08/68	11:00										
01/08/68	12:00										
01/08/68	13:00										
01/08/68	14:00										
01/08/68	15:00										
01/08/68	16:00										
01/08/68	17:00										
01/08/68	18:00										
01/08/68	19:00										
01/08/68	20:00										
01/08/68	21:00										
01/08/68	22:00										
01/08/68	23:00										
01/08/68	00:00										
01/08/68	01:00										
01/08/68	02:00										
01/08/68	03:00										
01/08/68	04:00										
01/08/68	05:00										
01/08/68	06:00										
01/08/68	07:00										
01/08/68	08:00										
01/08/68	09:00										
01/08/68	10:00										
01/08/68	11:00										
01/08/68	12:00										
01/08/68	13:00										
01/08/68	14:00										
01/08/68	15:00										
01/08/68	16:00										
01/08/68	17:00										
01/08/68	18:00										
01/08/68	19:00										
01/08/68	20:00										
01/08/68	21:00										
01/08/68	22:00										
01/08/68	23:00										
01/08/68	00:00										

TOTAL DA FATURA

420

[illegible][illegible]

THE UNIVERSITY OF CHICAGO PRESS

INFORMAZIONE IMPORTANTE

[illegible]

REVENUE AND EXPENDITURE STATEMENT FOR THE YEAR 1977					TOTAL REVENUE	
REVENUE	EXPENDITURE	NET REVENUE	EXPENDITURE	NET REVENUE	TOTAL REVENUE	
100	100	0	100	100	100	
200	200	0	200	200	200	
300	300	0	300	300	300	
400	400	0	400	400	400	
500	500	0	500	500	500	
600	600	0	600	600	600	
700	700	0	700	700	700	
800	800	0	800	800	800	
900	900	0	900	900	900	
1000	1000	0	1000	1000	1000	
1100	1100	0	1100	1100	1100	
1200	1200	0	1200	1200	1200	
1300	1300	0	1300	1300	1300	
1400	1400	0	1400	1400	1400	
1500	1500	0	1500	1500	1500	
1600	1600	0	1600	1600	1600	
1700	1700	0	1700	1700	1700	
1800	1800	0	1800	1800	1800	
1900	1900	0	1900	1900	1900	
2000	2000	0	2000	2000	2000	
2100	2100	0	2100	2100	2100	
2200	2200	0	2200	2200	2200	
2300	2300	0	2300	2300	2300	
2400	2400	0	2400	2400	2400	
2500	2500	0	2500	2500	2500	
2600	2600	0	2600	2600	2600	
2700	2700	0	2700	2700	2700	
2800	2800	0	2800	2800	2800	
2900	2900	0	2900	2900	2900	
3000	3000	0	3000	3000	3000	
3100	3100	0	3100	3100	3100	
3200	3200	0	3200	3200	3200	
3300	3300	0	3300	3300	3300	
3400	3400	0	3400	3400	3400	
3500	3500	0	3500	3500	3500	
3600	3600	0	3600	3600	3600	
3700	3700	0	3700	3700	3700	
3800	3800	0	3800	3800	3800	
3900	3900	0	3900	3900	3900	
4000	4000	0	4000	4000	4000	
4100	4100	0	4100	4100	4100	
4200	4200	0	4200	4200	4200	
4300	4300	0	4300	4300	4300	
4400	4400	0	4400	4400	4400	
4500	4500	0	4500	4500	4500	
4600	4600	0	4600	4600	4600	
4700	4700	0	4700	4700	4700	
4800	4800	0	4800	4800	4800	
4900	4900	0	4900	4900	4900	
5000	5000	0	5000	5000	5000	
5100	5100	0	5100	5100	5100	
5200	5200	0	5200	5200	5200	
5300	5300	0	5300	5300	5300	
5400	5400	0	5400	5400	5400	
5500	5500	0	5500	5500	5500	
5600	5600	0	5600	5600	5600	
5700	5700	0	5700	5700	5700	
5800	5800	0	5800	5800	5800	
5900	5900	0	5900	5900	5900	
6000	6000	0	6000	6000	6000	
6100	6100	0	6100	6100	6100	
6200	6200	0	6200	6200	6200	
6300	6300	0	6300	6300	6300	