



Número: **0834816-82.2017.8.20.5001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM**

Órgão julgador: **23ª Vara Cível da Comarca de Natal - DPVAT**

Última distribuição : **18/12/2018**

Valor da causa: **R\$ 13.500,00**

Assuntos: **Seguro obrigatório - DPVAT**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
MIGUEL HUGO DE SOUSA (AUTOR)	JONATAS NEVES MARINHO DA COSTA (ADVOGADO)
PORTO SEGURO COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS (RÉU)	

Documentos

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
11702 835	04/08/2017 18:21	<u>DOC ADM MIGUEL</u>	Outros documentos
11702 837	04/08/2017 18:21	<u>rg</u>	Outros documentos
11702 841	04/08/2017 18:21	<u>documentos medicos</u>	Outros documentos
11702 854	04/08/2017 18:21	<u>procuração</u>	Procuração
11702 859	04/08/2017 18:21	<u>declaração de insuficiencia financeira</u>	Outros documentos
11702 843	04/08/2017 18:21	<u>comprovante de residencia</u>	Outros documentos
11702 848	04/08/2017 18:21	<u>BO</u>	Outros documentos



()

Buscar no site

Seguro DPVAT

Acompanhe o Processo de Indenização

Nova Consulta

Todos os documentos apresentados, não importando o ponto de atendimento escolhido para a entrega, são encaminhados a uma seguradora autorizada do Seguro DPVAT. Após ser analisada, a documentação é disponibilizada para parecer final da Seguradora Líder-DPVAT, administradora do Seguro DPVAT. O prazo para emissão do parecer final é de 30 dias a contar da data de entrega da documentação completa.

SINISTRO 3170370087 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA MIGUEL HUGO DE SOUZA

COBERTURA Invalidez

SEGURADORA RESPONSÁVEL PELO SINISTRO TERRA DO SOL ADMINISTRADORA E CORRETORA DE SEGUROS LTDA - ME

BENEFICIÁRIO MIGUEL HUGO DE SOUZA

CPF/CNPJ: 52273059434

Posição em 04-08-2017 18:02:10

Pagamento creditado ao beneficiário de acordo com os dados informados na autorização de pagamento.

Data do Pagamento Valor da Indenizacao Juros e Correção Valor Total

21/07/2017	R\$ 3.375,00	R\$ 0,00	R\$ 3.375,00
------------	--------------	----------	--------------

ACESSIBILIDADE



[\(/Pages/Acessibilidade.aspx\)](#)



[\(/Pages/Atalhos-de-Teclado.aspx\)](#)

A

A

A



COMO PEDIR INDENIZAÇÃO

Documentos Despesas Médicas [\(/Pages/Documentacao-Despesas-Medicas.aspx\)](#)

Documentos Invalidez Permanente [\(/Pages/Documentacao-Invalidez-Permanente.aspx\)](#)

Documento Morte [\(/Pages/Documentacao-Morte.aspx\)](#)

Dicas Indispensáveis [\(/Pages/Dicas-Indispensaveis-Para-Pedir-a-Indenizacao.aspx\)](#)



PAGUE SEGURO

Como Pagar [\(/Pages/Pague-Seguro.aspx\)](#)

Consulta a Pagamentos Efetuados [\(/Pages/Consulta-a-Pagamentos-Efetuados.aspx\)](#)

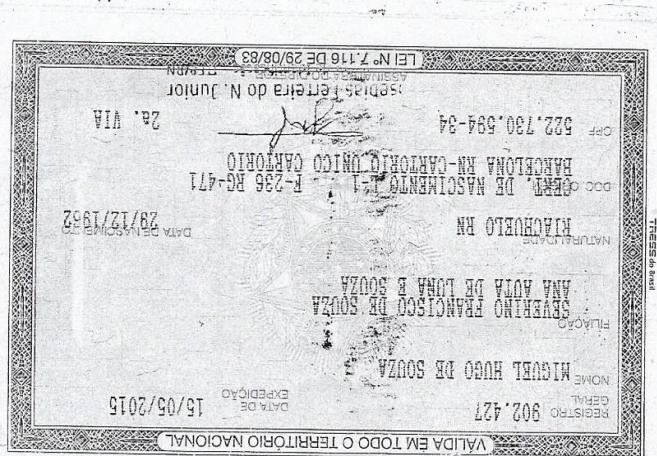
Informações Gerais [\(/Pages/Informacoes-Gerais-Sobre-o-Pagamento.aspx\)](#)



ACOMPANHE O PROCESSO



Clique aqui para saber sobre o andamento do seu pedido de indenização. (/Pages/Acompanhe-o-Processo-de-Indenizacao.aspx)



F14 129.002/0001-90

INSTITUTO DE OPTOPEDE DE NATAL

R. São Domingos, 225, Canto

CEP 59 104-110

Natal-RN

Miguel Hugo de Souza

LAVRO

Váciante com 4 molsas de
poliuretano e fixação
de tecido, com ressecção
em 1/2, com fixação de
músculo sobrilo em tecido

Aguarde 30 dias de cicatrização
clínica da cicória e fixação
para posterior retirada da
placa de tecido

Dr. Aranha C. de Lara Jr.
Ortopedista e Traumatologista
CRM 17659 - CROF 1676

Placa num 1069
Só Linda Sera Líthio Mídeo
Ponto CID = 582

30/03/17

Dr. Oswald C. de Carvalho Jr.
Ortopedista e Traumatologista
CRM 2859 - RJ 311-1676



SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE PÚBLICA
HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL



BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA
CIRURGIA GERAL

PACIENTE **MIGUEL HUGO DE SOUZA**
DATA DE ENTRADA **24/10/2016** HORA **16:35** N° BAA **213984**

IDADE **53** SEXO **M** ETNIA **-**
CAPTÃO SUS **-** ESTADO **-**
CIVIL **CIVIL**
CPF **522.730.594-34** RG **64654654 - SSP**
NOME DA MÃE **ANA AUTA DE LUNA E SOUZA**
NOME DO PAI **-**
NASCIMENTO **29/12/1962** NATURALIDADE **Natal-RN**
ELEFONE **(84) 8701-5269** PROFISSÃO **-**
RUA/AV. **Rua Presidente Sarmento**
COMPLEMENTO **SEM DOCUMENTOS SUS** N° **1958**
CEP **59037-400** BAIRRO **Alecrim**
ORIGEM **Outra** MOTIVO **Consulta de urgência / Outros**
ACID. DE TRABALHO **Não** USUÁRIO **Nicolas**

HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO (ALEGADA)

Paciente vítima de cobra mato + cobra, tropeza pelo SPMU sob protocolo, foge e usa de capacete, não perde de consciência, não sente náuseas. Refere dor em pé D.

EXAME FÍSICO (PRIMÁRIO)

- A Vios vários ferimentos. Sem cunhaliza
- B Empaixado em ombro
- C Estável hemodinamicamente
- D Glasgow 15. Sem déficits locais
- E Escongadas em tórax D, deformidade em tornozelo D.

OUTRAS OBSERVAÇÕES

Tórax, abdome e pelve estivers.

HORA	PRESSÃO ARTERIAL	DOR	TEMP.	FREQ. RESPIRATÓRIA	FREQ. CARDÍACA	GLASGOW	RTS-SCORE FINAL
	240x120			22	96		
DIAGNÓSTICO INICIAL	Fratura de perna D?				CID		

Copyright © 2016 Sistema Amazing | (84) 99613-4442

16/10/16 17:00

GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE

Secretaria de Saúde Pública

Hospital Monsenhor Walfredo Gurgel/SAME

AV. SENADOR SALGADO FILHO, S/Nº - TIROL - NATAL/RN - CEP: 59015-380 TEL: 232 - 7530 FAX: 232 - 7603

Termo de Responsabilidade.

Eu, Mariozinho de Oliveira De Souza

CPF: 41399988449 Identidade 0717078

Residência: BL. BERNARDO VIEIRAS 3013

Lagos Seus

Cidade: NATAL

Assumo toda responsabilidade por tira o Usuário(a).

MIGUEL HUGO SOUZA

Sem Autorização Médica.

Ass. miguel hugo souza

Natal, 24/10/16

08/05/12
ASSEGURADA

ALGORITMO PI SUPORTE BÁSICO DE VIDA: 1- AVALIE A RESPONSIVIDADE DA VITIMA; 2- PEÇA A VITIMA A OUTRA PESSOA (IGUQUE 192 QUANDO ESTIVER FORA DE HOSPITAL) E PEÇA UM DESFIBRILADOR/DEA; 3- ABARATA AEREA; 4- AVALIE RESPIRAÇÃO (VER, OUVER, SENTIR); 5- SE APENAS, APLIQUE 2 VENTILAÇÕES DE RESGADE (DISPOSITIVO DE RESGADE: 6- AVALIE USO CAROTÍDEO OU FENESTRAL (BRANGUÁ) 7- AVALIE USO CAROTÍDEO OU FENESTRAL (BRANGUÁ); 8- DEA DISPONIVEL, ANALISE O RITMO; 9- RITMO CHOCÁVEL: APLIQUE 1 CHOQUE 360 J (100 J DEA BIFASICO); E REINICIE RCR; 10- RITMO NÃO CHOCÁVEL: REINICIE RCP (30:2); 11- AVALIE A VITIMA; 12- COLOQUE A VITIMA EM POSIÇÃO DE RECUPERAÇÃO; 13- COLOQUE A VITIMA SE MERA, 14- COLOQUE A VITIMA SE MERA, 15- COLOQUE A VITIMA SE MERA.

ATENDIMENTO ESPECIALIZADO 1: *Intubado*

ANAMNESE

*for d fx a fraca sente
em febre d febre comite
a nível subnorma et leva se*

EXAME FÍSICO

verme

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA

EXAMES COMPLEMENTARES: (RADIOLOGIA E IMAGEM)***

LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

OUTROS

CONDUTA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)

- 1) Tela tope
2) voltar - txa
3) Decolor - txa
4) se p ta cintura*

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

Assinatura e Carimbo do Responsável

Assinatura e Carimbo do Responsável

* CASO O ESPAÇO DESTINADO PARA EXAMES SEJA INSUFICIENTE, UTILIZE IMPRESSOS PRÓPRIOS DO HOSPITAL: REDUÇÃO DE EXAMES, FOLHA DE PRESCRIÇÃO E ANEXE O BOLETIM.

ELEMENTOS DA ESCALA DE COMA GLASGOW	
Abertura Ocular (AO)	
Olhos se abrem espontaneamente.	4
Olhos se abrem ao comando verbal. (Não confundir com o despertar de uma pessoa adormecida, se assim for marque 4, se não 3.)	3
Olhos se abrem por estímulo doloroso	2
Olhos não se abrem.	1
Melhor resposta verbal (MRV)	
Orientado (Responde corretamente a perguntas sobre seu nome, idade, onde está, etc, o porquê, a data e etc.)	5
Confuso (Responde às perguntas corretamente, mas há alguma desorientação e confusão)	4
Palavras inapropriadas (Fala aleatória, mas sem troca conversacional.)	3
Sons ininteligíveis. (Gemendo sem articular palavras.)	2
Ausente.	1
Melhor resposta motora (MRM)	
Obedece a ordens verbais. (Faz coisas simples quando lhe é ordenado.)	6
Localiza estímulo doloroso.	5
Retirada inespecífica a dor.	4
Padrão flexo à dor (Decorticação).	3
Padrão extensor à dor (Descerbração).	2
Sem resposta motora.	1
Total	

**ESCALA DE TRIAGEM DO TRAUMA REVISADA - RTS	
DISCRIMINADOR	PONTUAÇÃO
	13 - 150 = 4
	9 - 120 = 3
	6 - 80 = 2
	4 - 50 = 1
	30 = 0
	10 - 290 = 4
	>290 = 3
	6 - 90 = 2
	1 - 50 = 1
	00 = 0
	>900 = 4
	76-890 = 3
	50-570 = 2
	1-490 = 1
	00 = 00

CLASSIFICAÇÃO DO TCE (ATLS 2005)*

03 - 08=grave (necessidade de intubação imediata);
09- 3= moderado;
14-15=leve

* Referência: TEASDALE G., JENNET, B. Assessmed of coma and impaired consciousness. A practical scale. Lancet 1974;2:81-84

** A escala proposta aplica-se a pacientes conscientes e que conseguem falar com idade superior a 3 anos. No Escala Qualitativa de sobrevida para pacientes de trauma fechado.

Referência: Adaptado de Champion H.R., Sacco W.J., Copes, et al; A revision of the Trauma score, J. Trauma 29(5) 624, 1989.

SEM DOR	LEVE	Moderada	Intensa	Pior Possível
0	1	2	3	4

ORIENTAÇÃO TEÓRICA

EXAME FÍSICO (SECUNDÁRIO)	
A	
B	
C	
D	
E	

SE PRECISAR DE MAIS ESPAÇO, FAÇA UMA FOLHA ADITIVA E ASSINE ABAIXO. NÃO APENAS OLHE, FAÇA.

USAR O ESPAÇO DESTINADO PARA EXAMES SEJA INSUFICIENTE, UTILIZE IMPRESSOS FONTE 10MM.

A (ALERGIAS): Nege
 M (MEDICAÇÃO EM USO): Nege
 P (PATOLOGIAS E CIRURGIAS PRÉVIAS): _____
 L (LÍQUIDOS E ALIMENTOS INGERIDOS): _____

A (AMBIENTE E EVENTOS DO TRAUMA): _____

V (PASSADO VACINAL): Desconhece

EXAMES COMPLEMENTARES: (RADIOLOGIA E IMAGEM)***

Raios-X de tórax AP
 II de perna D AP e perfil
 II de pé D AP e perfil

José Janil de Sousa Jr.
 MR-Cirurgia Geral
 CRM/RN 8364

LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

OUTROS

CONDUTA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)

Rx de dor no s/ alterações
relacionadas ao fumo
fto cb

Gustavo T.L. Santos
 Cirurgião Geral
 CRM-RN 6006

ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM

Assinatura e Carimbo do Responsável

Assinatura e Carimbo do Responsável

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE

ESPECIALISTA 1: <u>Ortoped</u>	HORA: <u>16:45</u>	DATA: <u>29/10/16</u>
ESPECIALISTA 2:	HORA:	DATA:
ESPECIALISTA 3:	HORA:	DATA:

José Janil de Sousa Jr.
 MR-Cirurgia Geral
 CRM/RN 8364

MÉDICO (CARIMBO)

Assinatura do boleto de atendimento produz uma ação em saúde mais qualificada, um serviço hospitalar com registros mais fidedignos e protege o profissional de saúde, contribua para a melhoria da assistência no atendimento.

ATENDIMENTO ESPECIALIZADO 2:	
ANAMNESE	
EXAME FÍSICO	
IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA	
EXAMES COMPLEMENTARES: (RADIOLOGIA E IMAGEM)***	LABORATÓRIO
OUTROS	
CONDUTA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM
Assinatura e Carimbo do Responsável	
Assinatura e Carimbo do Responsável	
DESTINO DO PACIENTE: Nº do Boletim de Atendimento:	
INTERNAMENTO NA CLÍNICA: <i>Ortopedia</i> DATA: 26/10/18 HORA: 17:10h	
SAÍDA: DATA: / / HORA: / /	
Decisão Médica <input type="checkbox"/> À Revelia <input type="checkbox"/> Transferido para: <i>25/10/18</i>	
ÓBITO: DATA: / / HORA: / /	
Entregue à família com Atestado <input type="checkbox"/> S.V.O. <input type="checkbox"/> I.T.E.P. <input type="checkbox"/>	
Médico (Carimbo) <i>Dr. Rodolfo Cabral</i> CRM: 3146 / SBOT 14525	
Destacar nessa linha e entregar ao paciente após a sua liberação	
DESTINO DO PACIENTE: Nº do Boletim de Atendimento:	
INTERNAMENTO NA CLÍNICA: DATA: / / HORA: / /	
SAÍDA: DATA: / / HORA: / /	
Decisão Médica <input type="checkbox"/> À Revelia <input type="checkbox"/> Transferido para: / /	
ÓBITO: DATA: / / HORA: / /	
Entregue à família com Atestado <input type="checkbox"/> S.V.O. <input type="checkbox"/> I.T.E.P. <input type="checkbox"/>	

DESTACAR



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: Miguel Hugo de Souza, portador(a) da cédula de identidade RG 902427, inscrito (a) no CPF/MF sob o nº. 522.730.594.34, residente e domiciliado (a) no endereço Rua: Presidente Tancredo Fernandes, 1958, Alecrim
Natal / RN;

OUTORGADO: JONATAS NEVES MARINHO DA COSTA, RG 07010121 37, CPF: 816.001.435-04, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/BA sob o nº 25.893, com endereços profissionais na Av. Almirante Alexandrino de Alencar, nº. 750, Alecrim, CEP 59031-350, Natal - Rio Grande do Norte.

PODERES: Para o foro em geral e repartições públicas, na forma do art. 38 do Código de Processo Civil e art. 5º, § 2º, da Lei nº 8906, de 4 de julho de 1994, com cláusula “ad extra” e “ad judicia”, bem como PODERES ESPECÍFICOS para: receber citação, confessar, reconhecer a procedência do pedido, transigir, desistir, receber valores e alvarás, receber, sacar e endossar cheques nominativos, dar quitação, celebrar acordos e firmar compromisso, podendo praticar atos em qualquer juízo ou fora dele, em qualquer instância ou tribunal, inclusive repartições públicas administrativas e municipais, estaduais e federais como autor ou réu, em conjunto ou isoladamente, independentemente da ordem de nomeação, podendo ainda substabelecer esta, com ou sem iguais poderes e tudo mais praticar para o fiel cumprimento deste mandato por prazo indeterminado.

Natal, 24 de julho de 2014.

Miguel Hugo de Souza

OUTORGANTE

DECLARAÇÃO DE INSUFICIÊNCIA FINANCEIRA

Declaro para todos os fins e efeitos que, no momento, não disponho de recursos econômicos para custear quaisquer despesas processuais tanto de custas processuais, depósito recursal e honorários sem prejuízo do meu sustento e da minha família, posto que encontro-me desprovido de recursos para tal desiderato nos termos do Art. 1º da lei 7.115/83 de 29 de Agosto de 1983, da lei 1.060/50 e legislação pertinente, responsabilizando-me pelos termos dessa declaração.

Sendo a expressão da verdade, firmo a presente declaração, sob as penas da lei.

Natal, 24 de julho de 20 14

2 mil 175 de Reais

AUTOR: Miguel Hugo da Paixão

CPF: 522-430.594-34.



COMPANHIA DE ÁGUAS E ESGOTOS DO RIO GRANDE DO NORTE
Avenida Senador Salgado Filho, 1555, Tirol, CEP 59015-000
CNPJ: 08.334.385/0001-35 / INSC. Estadual: 20055.426-3
Admin. Central (84) 3232-4432 / Ouvidoria: (84) 3232-4562

ESCRITÓRIO DE ATENDIMENTO
ESTRADA DA LARANJEIRA, 1777 - BLOCO 01 - BLOCO 01
CEP 59015-000
08000-840195
84115

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA/ESGOTO E SERVIÇOS

IMPRESSO EM 13/01/2017 AS 07:57:43 MATRÍCULA: MÊS/ANO

DADOS DO CLIENTE

1742826

01/2017

GENUINO DE SOUSA MENINO
RUA PRES SARMENTO, N 1958 - ALECRIM NATAL RN 59000-000

INSCRIÇÃO	ROTA	SEQ.ROTA	RESIDENCIAL	COMERCIAL	INDUSTRIAL	PÚBLICO
145.000.010.0650.000	1	40				

HIDRÔMETRO SITUAÇÃO ÁGUA SITUAÇÃO ESGOTO

Y12N018522

LIGADO

LIGADO

CONSUMO ÁGUA (M³): 13

DATA LEITURA: 13/01/2017

LEIT. ATUAL: 1258

LEIT. ANT.: 1245

DIAS CONSUMO: 30

HISTÓRICO DE CONSUMO

REF	CONSUMO	REF	CONSUMO	REF	CONSUMO	MÉDIA
12/2016 17	10/2016 25	08/2016 19	20			
11/2016 23	09/2016 19	07/2016 17				

DESCRICAÇÃO

ÁGUA

RES ENTRE 50 E 100M 1 UNIDADE(S)	CONSUMO	TOTAL(R\$)
ATE 10 M ³ - 35,01 POR UNIDADE	10 M ³	35,01
11 M ³ A 15 M ³ - R\$ 3,90 POR M ³	3 M ³	11,70
ESGOTO		
70,0% DO VALOR DE ÁGUA		32,70

TRIBUTOS	BASE DE CÁLCULO	PERCENTUAL(%)	VALOR DO IMPOSTO
PIS	79,41	1,65	1,31
COFINS	79,41	7,6	6,04

VENCIMENTO: TOTAL A PAGAR:

24/01/2017 79,41

O ACIDENTE DE TRABALHO PODE CEIFAR VIDAS OU PROVOCAR SEQUELAS IRREVERSÍVEIS. OBSERVE AS REGRAS DE SEGURANÇA.
DECLARAMOS NÃO EXISTIR DÉBITOS DE FATURAS DE 2016 - LET 12007/09

MONITORAMENTO MENSAL DA QUALIDADE DA ÁGUA DISTRIBUÍDA

Parâmetros	Turbidez	PH	Colif. Totais	Cloro Residual Livre	Nitrato (como N)
VMP e Recomendações	≤ 5,0 uT	6,0 a 9,5	% de Ausência	0,2 a 2,0 mg/L	≤ 10,0 mg/L
Valores Obtidos					

82690000000 9 79410006145 4 00174282601 7 01201700003 0



MATRÍCULA	MÊS/ANO	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
1742826	01/2017	24/01/2017	79,41



COMPROVANTE DA CAERN



Governo do Estado do Rio Grande do Norte
Secretaria de Estado da Segurança Pública e da Defesa Social
Polícia Civil
Delegacia Eletrônica



BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Unidade Policial: DELEGACIA ESPECIALIZADA DE ACIDENTES DE VEÍCULOS
Endereço: RUA: ESPLANADA SILVA JARDIM, 2, RIBEIRA, NATAL

1. IDENTIFICAÇÃO DO BOLETIM

1.1 Protocolo: J2017031000180
1.3 Tipo: LESÃO CORPORAL ACIDENTE RODOVIÁRIO - C/HOMEM
1.2 Data de Expedição: 31/05/2017 16:39:55
1.4 Ligou CIOSP: Não

2. DADOS DO LOCAL DO FATO

2.1 Data/Hora do Fato: 24/10/2016 14:48:00
2.3 Fato: Consumado
2.4 Meio(s) empregado(s): Veículo
2.6 Tipo do local: Via Pública
2.8 Número: 00
2.10 Complemento:
2.12 Bairro: QUINTAS
2.14 Estado: RIO GRANDE DO NORTE
2.2 Autoria: Desconhecida
2.4 Flagrante: Não
2.7 Logradouro: AVENIDA DR MARIO NEGOCIO
2.9 CEP:
2.11 Ponto de Referência: PRÓXIMO AO SALÃO DE CABELEIREIRO
2.13 Cidade: NATAL

3. DADOS PESSOAIS DO COMUNICANTE (PESSOA FÍSICA)

3.1 Nome Completo: MIGUEL HUGO DE SOUZA
3.3 Etnia: Parda
3.5 Mãe: ANA AUTA DE LUNA E SOUZA
3.7 Sexo: MASCULINO
3.9 CPF: 52273059434
3.11 Nacionalidade:
3.13 Profissão: AUTONOMO
3.15 Telefone(s): 84 986357864
3.17 Número: 1958
3.19 Bairro: ALECRIM
3.21 Estado: RIO GRANDE DO NORTE
3.2 Estado civil: Solteiro(a)
3.4 Pai: SEVERINO FRANCISCO DE SOUZA
3.6 Data de Nascimento: 29/12/1962
3.8 RG: 902427 - Itep/RN
3.10 Passaporte:
3.12 Naturalidade: RIACHUELO RN
3.14 E-Mail:
3.16 Logradouro: RUA PRESIDENTE SARMENTO
3.18 CEP:
3.20 Cidade: NATAL

4. DADOS PESSOAIS DA(S) VÍTIMA(S)

4.1.1 O DECLARANTE É A PRÓPRIA VÍTIMA

5. DADOS PESSOAIS DO(S) ACUSADO(S) (NÃO FORAM INCLUIDOS ACUSADOS)

6. DADOS PESSOAIS DA(S) TESTEMUNHA(S) (NÃO FORAM INCLUIDAS TESTEMUNHAS)

7. VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S)

7.1.1 Segurado: Não
7.1.3 Chassi: 9C2KC1550AR054881
7.1.5 Placa: MZK5301
7.1.7 Marca: HONDA
7.1.9 Ano do Modelo: 2010
7.1.11 Cor do veículo: PRETA
7.1.13 Nota Fiscal:
7.1.15 Nome do proprietário: GERALDO MARTINS DELGADO FILHO
7.1.17 Nome do condutor: MIGUEL HUGO DE SOUZA
7.1.18 Observações:
7.1.2 Seguradora:
7.1.4 Renavam: 00196161169
7.1.6 Estado:
7.1.8 Modelo: CG 150 FAN ESI
7.1.10 Ano de Fabricação: 2010
7.1.12 Tipo do veículo: MOTOCICLETA
7.1.14 Número do Motor:
7.1.16 Vínculo com a
Ocorrência:

8. DADOS DA OCORRÊNCIA

9. DOS FATOS

9.1 Histórico

COMUNICANTE INFORMA QUE NA DATA, HORA E LOCAL ACIMA MENCIONADO, CONDUZIA A MOTOCICLETA QUANDO NÃO VIU UM VEÍCULO QUEBRADO NA VIA SINALIZADO POR UM TRIÂNGULO, COLIDINDO COM ESTE E SOFREU UMA Queda. FOI SOCORRIDO PELO SAMU SOB A OCORRÊNCIA N° 125398/1 E LEVADO AO HOSPITAL CONFORME BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGENCIA N° 213984 . ORIUNDO DO HOSPITAL WALFREDO GURGEL

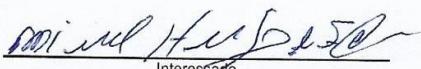
9.2 Informações do CIOSP

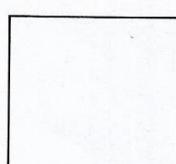
10. COMPLEMENTOS (ESSE BOLETIM NÃO FOI COMPLEMENTADO)

11. DECLARAÇÃO

O(s) declarante(s), sob as penas da Lei, confirmam que as informações aqui registradas são verdadeiras.
Data 31/05/2017 16:39:55


Policia


Interessado



Polegar direito

Atendimento: 2072122 - VANESSA MESQUITA DE OLIVEIRA
Impresso por: 2072122 - VANESSA MESQUITA DE OLIVEIRA em 31/05/2017 16:40:10

FINAL DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA