
Rio de Janeiro, 18 de Fevereiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190130085

Vítima: JOSE YAGO DE OLIVEIRA SOUSA

Data do Acidente: 04/12/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ANA CRISTINA SILVA SOUZA LOPES

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOSE YAGO DE OLIVEIRA SOUSA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

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

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 20 de Fevereiro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190130085 Vítima: JOSE YAGO DE OLIVEIRA SOUSA

Data do Acidente: 04/12/2018 Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ANA CRISTINA SILVA SOUZA LOPES

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), JOSE YAGO DE OLIVEIRA SOUSA

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Foi verificado que o dano pessoal evoluiu sem sequela definitiva, razão pela qual não foi caracterizada a invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores orientações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT
Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

☐ DABS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

Nome completo da vítima:

Nome completo:

Profissão:

Endereço:

Cidade:

Estado:

CEP:

E-mail:

Tel.(DDD):

Complimento:

RENDAS MENSAL:

☐ SEM RENDA ☒ RECURSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Itaú (341) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

☐ Bradesco (237) ☐ Banco do Brasil (001)

AGÊNCIA: CONTA: (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: CONTA: (Informar o dígito se existir)

Nome do BANCO:

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

DADOS CADASTRAIS

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O IML que atenda a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestação, caso discorde do seu conteúdo.

INVALIDEZ PERMANENTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Vivo

Grau de Parentesco com a vítima: ☐ Filho ☐ Filho adotado ☐ Filho adotado ☐ Filho adotado ☐ Filho adotado

MORTE

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte daqueles beneficiários que se apresentarem e provarem responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Local e Data:

Nome:

CPF:

(*) Assinatura de quem assina A RGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura

1º Nome:

CPF:

Assinatura

2º Nome:

CPF:

Assinatura

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU RGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
17/01/2019 - Autoatendimento - 14:42:42
225371231 0669

COMPROVANTE DE ENTREGA DE ENVELOPE
DEPOSITO EM CONTA CORRENTE - DINHEIRO

FAVORECIDO	JOSE YAGO OLIVEIRA SOUSA
AGENCIA:	2253-5
CONTA:	48.641-8
VALOR *	5,00
NR. ENVELOPE	2.019.355.771

* Acolhido em: 17/01/2019, na Agência 2253-5.

*VALOR SUJEITO A CONFERENCIA

Depositos realizados durante o expediente bancario serao conferidos e processados ate as 23h59 do mesmo dia. Apos o expediente bancario, aos sabados, domingos e feriados, ate as 23h59 do primeiro dia util subsequente.

Se houver divergencia no valor depositado, o envelope sera processado pelo valor apurado. Envelopes vazios nao serao abertos e permanecerao disponiveis por 60 dias na agencia onde foi depositado, para visualizacao.

Acompanhe o processamento do seu deposito nos canais BB na opcao "Consulta Envelope":
Aplicativo BB / www.bb.com.br / Caixa Eletronico
Central de atendimento BB: 4003-0148
(capitais e regioes metropolitanas)
ou 0800-729-0148 (demais localidades).

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

14 FEV. 2019



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

Impresso nº 201917794

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 491 - 82 / 2019

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**

Data / Hora da Comunicação: **08/01/2019 10:19:30**

Data / Hora da Ocorrência: **04/12/2018 12:30:00**

Endereço da Ocorrência: **TRIÂNGULO**

Complemento:

Bairro:

Município: **LIMOEIRO DO NORTE/CE**

Ponto de Referência: **BORRACHARIA BASTIÃO**



Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **JOSÉ YAGO DE OLIVEIRA SOUSA**

Nascimento: **06/07/1996** CPF: **070.673.753-98**

RG: **20079017007**

Orgão Emissor: **SSPDS**

UF: **CE**

Filiação: **IZABEL CRISTINA DE OLIVEIRA**

JOSÉ IRAM DE SOUSA

Endereço: **SITIO MARIA AUGUSTA DE OLIVEIRA, 325**

Bairro: **BOM JESUS DO CRUZEIRO**

Município: **LIMOEIRO DO NORTE/CE**

CEP:

País: **BRASIL**

Telefone: **(88) 9723-5092**

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **PMB8841** Uf: **CE** Município: **LIMOEIRO DO NORTE** Chassi: **9C2KD1000GR009078** Renavam: **1077620877** Tipo do Veículo: **MOTOCICLETA** Marca / Modelo: **HONDA/NXR 160 BROS** Ano Fabricação: **2015** Ano Modelo: **2016** Combustível: **GASOLINA** Cor: **PRETA** Proprietário: **JOSE IRAM DE SOUSA** Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **NORMAL**

Histórico

Informa o declarante que é pessoa habilitada e que sofreu acidente de trânsito, quando conduzia a Bros de placa PMB8841/CE, com sua mãe na garupa; que o declarante estava indo de sua casa, no Bom Jesus do Cruzeiro, em direção ao centro de Limoeiro, ocasião em que em frente a borracharia Bastião, colidiu de frente com outra moto pilotada por um homem desconhecido; que o declarante e sua mãe, logo em seguida ajudaram o outro acidentado e dirigiram-se para casa; que de acordo com a informação prestada pelo declarante o homem pilotava a moto na contramão, não conseguindo evitar o acidente quando o avistou; que após chegar em casa o declarante passou cerca de 20 minutos e foi para o hospital São Camilo, com um colega, dando entrada às 13h:49min do dia 04/12/2018; que o declarante foi vítima do acidente tendo sofrido lesões no pé esquerdo conforme os dados da sociedade beneficente São Camilo.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE LIMOEIRO DO NORTE

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

JOSE MARCOS MOURA DE OLIVEIRA - MAT.: 30100719

Jose Yago de Oliveira Sousa



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



Impresso nº 201917794

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 491 - 82 / 2019

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

João Vitor de Oliveira Sousa

VISTO DO DELEGADO(A) :

BRUNO ANTONIO DE SOUZA VARELA - MAT.: 19837319



21 JAN. 2019



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

Impresso nº 201917794

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 491 - 82 / 2019

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **08/01/2019 10:19:30**
Data / Hora da Ocorrência: **04/12/2018 12:30:00**
Endereço da Ocorrência: **TRIÂNGULO**
Complemento:
Bairro:
Ponto de Referência: **BORRACHARIA BASTIÃO**



03

Município: **LIMOEIRO DO NORTE/CE**

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **JOSÉ YAGO DE OLIVEIRA SOUSA**
Nascimento: **06/07/1996** CPF: **070.673.753-98**
RG: **20079017007** Orgão Emissor: **SSPDS**
Filiação: **IZABEL CRISTINA DE OLIVEIRA**
JOSÉ IRAM DE SOUSA
Endereço: **SITIO MARIA AUGUSTA DE OLIVEIRA, 325**
Bairro: **BOM JESUS DO CRUZEIRO**
Município: **LIMOEIRO DO NORTE/CE** CEP:
País: **BRASIL** Telefone: **(88) 9723-5092**

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **PMB8841** Uf: **CE** Município: **LIMOEIRO DO NORTE** Chassi: **9C2KD1000GR009078** Renavam: **1077620877** Tipo do Veículo: **MOTOCICLETA** Marca / Modelo: **HONDA/NXR 160 BROS** Ano: **2015** Ano Modelo: **2016** Combustível: **GASOLINA** Cor: **PRETA** Proprietário: **JOSE IRAM DE SOUSA** Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **NORMAL**

Histórico

Informa o declarante que é pessoa habilitada e que sofreu acidente de trânsito, quando conduzia a Bros de placa PMB8841/CE, com sua mãe na garupa; que o declarante estava indo de sua casa, no Bom Jesus do Cruzeiro, em direção ao centro de Limoeiro, ocasião em que em frente a borracharia Bastião, colidiu de frente com outra moto pilotada por um homem desconhecido; que o declarante e sua mãe, logo em seguida ajudaram o outro acidentado e dirigiram-se para casa; que de acordo com a informação prestada pelo declarante o homem pilotava a moto na contramão, não conseguindo evitar o acidente quando o avistou; que após chegar em casa o declarante passou cerca de 20 minutos e foi para o hospital São Camilo, com um colega, dando entrada às 13h:49min do dia 04/12/2018; que o declarante foi vítima do acidente tendo sofrido lesões no pé esquerdo conforme os dados da sociedade beneficente São Camilo.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE LIMOEIRO DO NORTE

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

JOSE MARCOS MOURA DE OLIVEIRA - MAT.: 30100719

Jose Yago de Oliveira Sousa



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



Impresso nº 201917794

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 491 - 82 / 2019

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: João Vitor de Oliveira Sousa

VISTO DO DELEGADO(A) : BRUNO ANTONIO DE SOUZA VARELA - MAT.: 19837319





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

Impresso nº 201917794

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 491 - 82 / 2019

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **08/01/2019 10:19:30**
Data / Hora da Ocorrência: **04/12/2018 12:30:00**
Endereço da Ocorrência: **TRIÂNGULO**
Complemento:
Bairro:
Município: **LIMOEIRO DO NORTE/CE**
Ponto de Referência: **BORRACHARIA BASTIÃO**



Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **JOSÉ YAGO DE OLIVEIRA SOUSA**
Nascimento: **06/07/1996** CPF: **070.673.753-98**
RG: **20079017007** Orgão Emissor: **SSPDS** UF: **CE**
Filiação: **IZABEL CRISTINA DE OLIVEIRA**
JOSÉ IRAM DE SOUSA
Endereço: **SITIO MARIA AUGUSTA DE OLIVEIRA, 325**
Bairro: **BOM JESUS DO CRUZEIRO**
Município: **LIMOEIRO DO NORTE/CE** CEP:
País: **BRASIL** Telefone: **(88) 9723-5092**

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: PMB8841 Uf: CE Município: LIMOEIRO DO NORTE Chassi: 9C2KD1000GR009078 Renavam: 1077620877 Tipo do Veículo: MOTOCICLETA Marca / Modelo: HONDA/NXR 160 BROS Ano Fabricação: 2015 Ano Modelo: 2016 Combustível: GASOLINA Cor: PRETA Proprietário: JOSE IRAM DE SOUSA Situação: NÃO INFORMADO Envolvimento: NORMAL

Histórico

Informa o declarante que é pessoa habilitada e que sofreu acidente de trânsito, quando conduzia a Bros de placa PMB8841/CE, com sua mãe na garupa; que o declarante estava indo de sua casa, no Bom Jesus do Cruzeiro, em direção ao centro de Limoeiro, ocasião em que em frente a borracharia Bastião, colidiu de frente com outra moto pilotada por um homem desconhecido; que o declarante e sua mãe, logo em seguida ajudaram o outro acidentado e dirigiram-se para casa; que de acordo com a informação prestada pelo declarante o homem pilotava a moto na contramão, não conseguindo evitar o acidente quando o avistou; que após chegar em casa o declarante passou cerca de 20 minutos e foi para o hospital São Camilo, com um colega, dando entrada às 13h:49min do dia 04/12/2018; que o declarante foi vítima do acidente tendo sofrido lesões no pé esquerdo conforme os dados da sociedade beneficente São Camilo.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE LIMOEIRO DO NORTE

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

JOSE MARCOS MOURA DE OLIVEIRA - MAT.: 30100719

Jose Yago de Oliveira Sousa



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



Impresso nº 201917794

BOLETIM DE Ocorrência Nº 491 - 82 / 2019

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

João Vago de Oliveira Sousa

VISTO DO DELEGADO(A) :

BRUNO ANTONIO DE SOUZA VARELA - MAT.: 19837319



Gula de atendimento - UNID. OBSERVAÇÃO 5 - URGÊNCIA

DADOS DO PACIENTE

Prontuário 087687	Atendimento 0001	Nome do Paciente JOSE YAGO DE OLIVEIRA SOUSA	CNS 898003002268471	Gula de Autorização
Documento(s) CPF: 070.673.753-98	Estado Civil Solteiro(a)	Sexo Masculino		
Data de Nascimento 08/07/1996	Local LIMOEIRO DO NORTE/CE	Idade 22 Ano(s)		
Pat JOSE IRAM DE SOUSA	Mãe IZABEL CRISTINA DE OLIVEIRA			
Endereço RUA MARIA AGUSTA DE OLIVEIRA, 325	Bairro BOM JESUS DO CR	CEP 62930-000	Município LIMOEIRO DO NORTE	UF CE
Telefone 88997235092				
Profissão	Empresa	Cônjuge		
Responsável IZABEL CRISTINA DE OLIVEIRA	CPF do Responsável	Endereço RUA MARIA AGUSTA DE OLIVEIRA, 325	Município LIMOEIRO DO NORTE	UF CE

DADOS DO ATENDIMENTO

Data Atendimento 04/12/2018	Hora 13:08	Convênio SUS	Matrícula	CID
Profissional de Atendimento GABRIELA CARVALHO LAGE DANTAS	CRM/UF 19072/CE	Tipo Atendimento CONSULTA CLINICA		
Indicador de Atendimento	Funcionário RAFAELA KAENNY LEITAO BRITO VIEIRA			

Observação				
Sala	Data/Hora Liberação 04/12/2018 13:49	14:18	Tipo de Saldo Alta	

Sinais Vitais				
Peso (kg)	Altura (cm)	T (°C)	P (bpm)	R (mpm)
PA (mmHg)	116 X 99	Oximetria (%)	Glicemia (mg/dL)	

Classificação de Risco

Classificação de Risco: VERDE Data e Hora: 04/12/2018 13:24

Responsável pela Classificação: CONCEIÇÃO DELNE FRE

Relatório:

Paciente comparece a unidade referindo colisão de moto.

Apresenta dor e edema em pé esquerdo.

Nega HAS, DM e alergia medicamentosa.

Yara Rêgo da Costa de Melo
Coord. do Atendimento
12-12-18

Motivo do Atendimento e Sumário de Atendimento (Histórico, Diagnóstico, Exames Solicitados e Conduta)

04/12/2018 13:49:02h Responsável: GABRIELA CARVALHO LAGE DANTAS CRM-CE 19072

PACIENTE VÍTIMA DE COLISÃO MOTOXMOTO APRESENTA, DOR, EDEMA E RETRIÇÃO DE MOVIMENTO EM PÉ DESQUERDO INICIADO APÓS TRAUMA. SEM ALERGIA MEDCIAMENTOSA.

HD: TRAUMA EM PÉ

CD: SOL RX + ANALGESIA

Paciente levou RX
e José Yago de Oliveira Sousa

Althoez

Rx: fratura em 1/3 distal do 5º
metatarsiano do pé esquerdo

CD - 8 Insistir CRL

Imobilizar MIE

Althoez

03 ANTUM 603mm 15C

04 - 603mm 15C

21 JAN. 2019

GABRIELA CARVALHO LAGE DANTAS - CRM: 19072

Assinatura Paciente/Responsável
Responsável: IZABEL CRISTINA DE OLIVEIRA



Sistema Único de Saúde - SUS / Ceará

FICHA DE REFERÊNCIA

Idade de Origem: _____

Distrito Sanitário: _____ Município: _____

Nome: José Yago de Oliveira Sousa Prontuário Nº _____

Sexo: M ☐ F ☒ Idade: _____ Ocupação: _____

Endereço: _____ Bairro: _____

Motivo do Encaminhamento: _____

Paciente vítima de acidente automobilístico, apresentando fratura em 1/3 distal de 5º metacarpo -

Resultado de Exames: _____

marco à esquerda.

Conduta já Realizada: _____

Imobilização + Analgesia

Impressão Diagnóstica: fx metacarpo CID: _____

Alto _____

Assinatura do Encaminhante - Nº Registro

Função

Data

Hora

Agendamento

Encaminhamento para atendimento: Ambulatorial ☐ Hospitalar ☐ Auxílio Diagnóstico ☐

Especialidade: Ortopedia Profissional: _____

Idade de Saúde: _____ Data ____/____/____ Hora ____

FICHA DE CONTRA - REFERÊNCIA (*)

Nome: _____ Sexo: M ☐ F ☐ Idade: _____

Idade de Referência: _____

Município: _____ Prontuário Nº _____ Alta ____/____/____

Resumo Clínico: _____

Resultado de Exames: _____

Diagnóstico: _____ CID: _____

Conduta Realizada: _____

21 JAN. 2019

Proposta de Conduta para Seguimento: _____

O problema justificou a referência? ☐ SIM ☐ NÃO

O motivo da referência coincide com o diagnóstico? ☐ SIM ☐ NÃO

Nome: JOSE YAGO DE OLIVEIRA SOUSA
Nasc.: 06/07/1996
Médico:

Idade: 22 anos
Convênio:
Registro: 14816

RADIOGRAFIA DO PÉ ESQUERDO

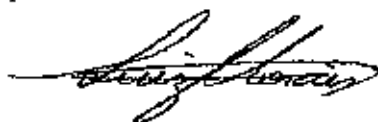
Controle de tratamento de fratura no terço distal do 5º metatarsiano.

Espaços articulares preservados.

Partes moles focalizadas de aspecto radiográfico habitual.

21 JAN. 2019

Laudado em 04/01/2019 por :



Dr. Luiz de Matos de Moraes Silva
CRM-MG 8910

ICP Assinado digitalmente por LUIZ DE MATOS DE MORAIS SILVA:22890807649
Dados: 2018-01-04 17:48:42 Z, Brasil
Código de Verificação: 5c295b4e220e3017db373287



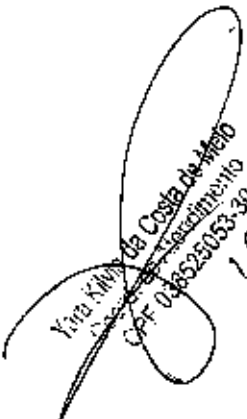
Pag.
1

Prescrição: 0001 Paciente: JOSE YAGO DE OLIVEIRA SOUSA
Data de Nascimento: 06/07/1998 Nome da Mãe: IZABEL CRISTINA DE OLIVEIRA
Data: 04/12/2018 Hora: 13:48 Profissional Resp.: GABRIELA CARVALHO LAGE DANTAS
Convênio: SUS Setor: UNID. OBSERVAÇÃO 5 - URGÊNCIA
Tipo de Atendimento: CONSULTA CLINICA

Prontuário: 087667/0001
Sexo: Masculino
CRM: 19072
Data de Atendimento: 04/12/2018

Prescrição	Dosagem	Via	Frequência	Aprazamento
01. RX PÉ AP E OBLÍQUA ESQUERDO				
02. CETOPROFENO 50MG/ML-2ML-IM amp	01fa	I.M.		
03. DEXAMETASONA 4MG/ML 2.5 ML-IV/IM amp	01fa	I.M.		


RESPONSÁVEL: GABRIELA CARVALHO LAGE DANTAS - CRM-CE 19072


Yara Killy da Costa de Melo
CRM-CE 19072
CPF: 046525053-30
12.12.18

21 JAN. 2019



Sistema Único de Saúde - SUS / Ceará

FICHA DE REFERÊNCIA

Idade de Origem: _____

Distrito Sanitário: _____ Município: _____

Nome: José Yago de Oliveira Sousa Prontuário Nº _____

Sexo: M ☐ F ☐ Idade: _____ Ocupação: _____

Endereço: _____ Bairro: _____

Motivo do Encaminhamento:

Paciente vítima de acidente automobilístico, com
apresentando fratura em 1/3 distal de 5ª metacarpo -
resultado de Exames:
na mão esquerda.

Conduta já Realizada:

Imobilização + Analgesia

Impressão Diagnóstica: fx metacarpo CID: _____

Alto _____

Assinatura do Encaminhante - Nº Registro

Função

Data

Hora

Agendamento

Encaminhamento para atendimento: Ambulatorial ☐ Hospitalar ☐ Auxílio Diagnóstico ☐

Especialidade: Traumatologia Profissional: _____

Idade de Saúde: _____ Data ____/____/____ Hora ____

FICHA DE CONTRA - REFERÊNCIA (*)

Nome: _____ Sexo: M ☐ F ☐ Idade: _____

Idade de Referência: _____

Município: _____ Prontuário Nº _____ Alta ____/____/____

Assumo Clínico:

Resultado de Exames:

Diagnóstico: _____ CID: _____

Conduta Realizada: _____

Postura de Conduta para Seguimento:

O problema justificou a referência?

O motivo da referência coincide com o diagnóstico?

☐ SIM

☐ SIM

☐ NÃO

☐ NÃO

14 FEB 2019

Nome: JOSE YAGO DE OLIVEIRA SOUSA
Nasc.: 06/07/1996
Médico:

Idade: 22 anos
Convênio:
Registro: 14816

RADIOGRAFIA DO PÉ ESQUERDO

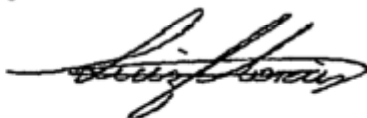
Controle de tratamento de fratura no terço distal do 5º metatarsiano.

Espaços articulares preservados.

Partes moles focalizadas de aspecto radiográfico habitual.

14 FEV. 2019

Laudado em 04/01/2019 por :



Dr. Luiz de Matos de Moraes Silva
CRM MG 8910

 Assinado digitalmente por LUIZ DE MATOS DE MORAIS SILVA:22890807649
Dados: 2019-01-04 17:43:42 Z, Brasil
Código de Verificação: 5c2f9b4e220c3017eb373087



Pag.
1

SOCIEDADE BENEFICENTE SAO CAMILO
HOSPITAL SAO RAIMUNDO
Prescrição Médica

Impressão: 04/12/2018 13:49

Página 1

v2018033

Prescrição: 0001

Paciente: JOSE YAGO DE OLIVEIRA SOUSA

Prontuário: 087687/0001

Data de Nascimento: 06/07/1996

Nome da Mãe: IZABEL CRISTINA DE OLIVEIRA

Sexo: Masculino

Data: 04/12/2018 Hora: 13:49

Profissional Resp.: GABRIELA CARVALHO LAGE DANTAS

CRM: 19072

Convênio: SUS

Setor: UNID. OBSERVAÇÃO 5 - URGÊNCIA

Data de Atendimento: 04/12/2018

Tipo de Atendimento: CONSULTA CLINICA

Prescrição	Dosagem	Via	Frequência	Aprazamento
01. RX PÉ AP E OBLÍQUA ESQUERDO				
02. CETOPROFENO 50MG/ML-2ML-IM amp	01fa	I.M.		14:40h
03. DEXAMETASONA 4MG/ML 2,5 ML-IV/IM amp	01fa	I.M.		


RESPONSÁVEL: GABRIELA CARVALHO LAGE DANTAS - CRM-CE 19072


Yara Klivia da Costa de Melo
CRM-CE 19072
CPF: 046525053-30
12.12.18

14 FEV. 2019

Guia de atendimento - UNID. OBSERVAÇÃO 5 - URGÊNCIA

DADOS DO PACIENTE

Prontuário 087687	Atendimento 0001	Nome do Paciente JOSE YAGO DE OLIVEIRA SOUSA	CNS 898003002268471	Guia de Autorização
Documento(s) CPF: 070.673.753-98		Estado Civil Solteiro(a)	Sexo Masculino	
Data de Nascimento 06/07/1996	Local LIMOEIRO DO NORTE/CE	Idade 22 Ano(s)		
Pai JOSE IRAM DE SOUSA		Mãe IZABEL CRISTINA DE OLIVEIRA		
Endereço RUA MARIA AGUSTA DE OLIVEIRA, 325	Bairro BOM JESUS DO CR	CEP 62930-000	Município LIMOEIRO DO NORTE	UF CE
Profissão	Empresa	Cônjugo		
Responsável IZABEL CRISTINA DE OLIVEIRA	CPF do Responsável	Endereço RUA MARIA AGUSTA DE OLIVEIRA, 325	Município LIMOEIRO DO NORTE	UF CE

DADOS DO ATENDIMENTO

Data Atendimento 04/12/2018	Hora 13:08	Convênio SUS	Matrícula	CID
Profissional de Atendimento GABRIELA CARVALHO LAGE DANTAS		CRM/UF 19072/CE	Tipo Atendimento CONSULTA CLINICA	
Indicador de Acidente		Funcionário RAFAELA KAENNY LEITAO BRITO VIEIRA		

Observação

Sala	Data/Hora Liberação 04/12/2018 13:49	Tipo de Saída Alta
------	---	-----------------------

Sinais Vitais							
Peso (kg)	Altura (cm)	T (°C)	P (bpm)	R (rpm)	PA (mmHg)	Oximetria (%)	Glicemia (mg/dL)
					116 X 99		

Classificação de Risco

Classificação de Risco: VERDE Data e Hora: 04/12/2018 13:24

Responsável pela Classificação: CONCEIÇÃO DELNE FRE

Relatório:

Paciente comparece a unidade referindo colisão de moto.

Apresenta dor e edema em pé esquerdo.

Nega HAS, DM e alergia medicamentosa.

Motivo do Atendimento e Sumário de Atendimento (Histórico, Diagnóstico, Exames Solicitados e Conduta)

04/12/2018 13:49:02h Responsável: GABRIELA CARVALHO LAGE DANTAS CRM-CE 19072

PACIENTE VÍTIMA DE COLISÃO MOTOXMOTO APRESENTA, DOR, EDEMA E RETRIÇÃO DE MOVIMENTO EM PÉ DESQUERDO INICIADO APÓS TRAUMA.

SEM ALERGIA MEDCIAMENTOSA.

HD: TRAUMA EM PÉ

CD: SOL RX + ANALGESIA

Alhozeiro

*Paciente levou RX.
x José Yago de Oliveira Sousa
Rx: fratura em 1/3 distal de 5º
metacarpo do pé esquerdo*

CD: 8 Insuflar CRL

Imobilizar MIE

03 ANTOUR 600mg 15cm

04 - Capon 15cm

Alhozeiro

x José Yago de Oliveira Sousa
Assinatura Paciente/Responsável
Responsável: IZABEL CRISTINA DE OLI

GABRIELA CARVALHO LAGE DANTAS - CRM: 19072

28 FEV. 2019



Sistema Único de Saúde - SUS / Ceará

FICHA DE REFERÊNCIA

Idade de Origem: _____

Distrito Sanitário: _____ Município: _____

Nome: José Yago de Oliveira Sousa Prontuário N° _____

Sexo: M ☐ F ☐ Idade: _____ Ocupação: _____

Endereço: _____ Bairro: _____

Motivo do Encaminhamento:

Paciente vítima de acidente automobilístico,
apresentando fratura em 1/3 distal de 5º metacarpo -

Resultado de Exames: Radiografia da esquerda.

Conduta já Realizada:

Imobilização + Analgesia

Impressão Diagnóstica: Fx metacarpo CID: _____

Alto Assinatura do Encaminhante - N° Registro _____ Função _____ Data 04/12/18 Hora _____

Agendamento

Encaminhamento para atendimento: Ambulatorial ☐ Hospitalar ☐ Auxílio Diagnóstico ☐

Especialidade: Traumatologia Profissional: _____

Idade de Saúde: _____ Data ____/____/____ Hora ____

FICHA DE CONTRA - REFERÊNCIA (*)

Nome: _____ Sexo: M ☐ F ☐ Idade: _____

Idade de Referência: _____

Município: _____ Prontuário N° _____ Alta ____/____/____

Resumo Clínico:

Resultado de Exames:

Diagnóstico: _____ CID: _____

Conduta Realizada: _____

Proposta de Conduta para Seguimento:

28 FEV. 2019

O problema justificou a referência?

O motivo da referência coincide com o diagnóstico?

☐ SIM

☐ NÃO

☐ SIM

☐ NÃO

Nome: JOSE YAGO DE OLIVEIRA SOUSA
Nasc.: 06/07/1996
Médico:

Idade: 22 anos
Convênio:
Registro: 14816

RADIOGRAFIA DO PÉ ESQUERDO

Controle de tratamento de fratura no terço distal do 5º metatarsiano.

Espaços articulares preservados.

Partes moles focalizadas de aspecto radiográfico habitual.

Laudado em 04/01/2019 por :



Dr. Luiz de Matos de Moraes Silva
CRM MG 8910

 Assinado digitalmente por LUIZ DE MATOS DE MORAIS SILVA:22890807649
Data: 2019-01-04 17:43:42 Z, Brasil
Código de Verificação: 5c2f5b4e220c3017eb373087

28 FEV. 2019

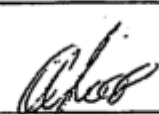


Pág.
1

Prescrição: 0001 Paciente: JOSE YAGO DE OLIVEIRA SOUSA
Data de Nascimento: 06/07/1996 Nome da Mãe: IZABEL CRISTINA DE OLIVEIRA
Data: 04/12/2018 Hora: 13:49 Profissional Resp.: GABRIELA CARVALHO LAGE DANTAS
Convênio: SUS Setor: UNID. OBSERVAÇÃO 5 - URGÊNCIA
Tipo de Atendimento: CONSULTA CLINICA

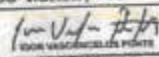
Prontuário: 087687/0001
Sexo: Masculino
CRM: 19072
Data de Atendimento: 04/12/2018

Prescrição	Dosagem	Via	Frequência	Aprazamento
01. RX PÉ AP E OBLÍQUA ESQUERDO				
02. CETOPROFENO 50MG/ML-2ML-IM amp	01fa	I.M.		14:40h
03. DEXAMETASONA 4MG/ML 2,5 ML-IV/IM amp	01fa	I.M.		


RESPONSÁVEL: GABRIELA CARVALHO LAGE DANTAS - CRM-CE 19072


Yara Kiny de Costa de Melo
CRM-CE 19072
12.12.18

28 FEV. 2019

 REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CIDADES DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO CARTEIRA NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO  CE	
NOME JOSE YAGO DE OLIVEIRA SOUSA	
	DOC IDENTIDADE / ORG EMISOR DE 20079017007 SSPS CE
	CPF 070.673.753-98
	DATA NASCIMENTO 06/07/1996
	FUNÇÃO JOSE IRAM DE SOUSA IZABEL CRISTINA DE OLIVEIRA
PÉSSIMO ACC CATAR	AD
Nº REGISTRO 06939427899	VIGÊNCIA 22/09/2021
1ª EMISSÃO 23/10/2017	
OBSERVAÇÃO: SEM OBSERVAÇÃO;	
 ASSINATURA DO PORTADOR LOCAL LIMOEIRO DO NORTE, CE DATA EMISSÃO 14/11/2018	
 ASSINATURA DO EMISSOR 61331844930 CE167628461	
 CEARÁ 	

21 JAN. 2019

PROIBIDO PLASTIFICAR

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
PERÍCIA FORENSE DO ESTADO DO CEARÁ
COORDENADORIA DE IDENTIFICAÇÃO JERONALÉ PEREIRA BOMMEZAS



Carteira de Identidade

Nome: Ana Cristina Silva Souza Lopes

Matrícula do Titular

Polegar Direito



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO CIVIL 2003099029869

DATA DE EMISSÃO 11/09/2015

NOME: ANA CRISTINA SILVA SOUZA LOPES

RAZÃO: JACINTO VIDAL DE SOUZA

MARIA DO SOCORRO DA SILVA

NATURALIDADE: LIMOEIRO DO NORTE - CE

DATA DE NASCIMENTO: 13/02/1987

DOC. GREGES

CERT. CASAMENTO - CARTÓRIO: REGISTRO CIVIL TERMO: 7027 FOLHA: 26

LIVRO: 016 LIMOEIRO DO NORTE - CE

CPF: 018.733.253-39

2 VIA

Assinatura do Diretor

LEI N 7.110 DE 29/08/83

P.: 156

21 JAN. 2019

 REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS REAIS DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO CARTEIRA NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO  CE	
VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 1663785301 	
NOME JOSE YAGO DE OLIVEIRA SOUSA DOC. IDENTIFIC. / ORG. EMISSOR 20079017007 SSPS CE	
CPF 070.673.753-98 DATA NASCIMENTO 06/07/1996	
FUNÇÃO JOSE IRAM DE SOUSA TEAREL CRISTINA DE OLIVEIRA MUNICÍPIO ACC CEARA 29	
1º REGISTRO 06939427899 VALIDADEZ 22/09/2021 1ª RENOVACÃO 23/10/2017	
OBSERVAÇÃO SEM OBSERVAÇÃO; Assinatura do Titular JOSE YAGO DE OLIVEIRA SOUSA LOCAL LIMOEIRO DO NORTE, CE DATA EMISSÃO 14/11/2018	
Assinatura do Emissor 61331844930 CE167628461 CEARA	

14 FEV. 2019

PROIBIDO PLASTIFICAR

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
PERÍCIA FORENSE DO ESTADO DO CEARÁ
COORDENADORIA DE IDENTIFICAÇÃO HUMANA E PERÍCIAS LUCRATIVAS



Assinatura do Titular
Ama Cristina Silva Souza Lopes

Polegar Direito



CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

RESISTÊNCIA GERAL 2003099029869

DATA DE EXPIRAÇÃO 11/09/2015

MODE
AMA CRISTINA SILVA SOUZA LOPES

PALEÇO
JACINTO VIDAL DE SOUZA

NATURALIDADE
MARIA DO SOCORRO DA SILVA

LOCALIDADE
LIMOEIRO DO NORTE - CE

DATA DE NASCIMENTO 13/02/1987

DOC. CIVIL
CER. CASAMENTO - CARTÓRIO: REGISTRO CIVIL TERMO: 7027 FOLHA: 260

CPF 018.733.253-39

2 VÍTA

AC 84. 13. 17

LEI Nº 7.116 DE 20/06/83

P. : 156

4 FEB. 2019

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÁFICO
 CARTÃO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO

NOME
 JOSE YAGO DE OLIVEIRA SOUSA

DOC. IDENTIFIC. / OBL. EMITIR EM
 20079017007 SSPS CE

CPF
 070.673.753-98 DATA NASCIMENTO
 06/07/1996

TÍTULO
 JOSE IRAM DE SOUSA
 TEAREL CRISTINA DE OLIVEIRA

PRIMEIRO
 ACC
 CEARÁ

1º REGISTRO
 06939427899

VALIDADE
 22/09/2021

1ª EMISSÃO
 23/10/2017

OBSERVAÇÃO
 SEM OBSERVAÇÃO;

ASSINATURA DO PORTADOR
 José Yago de Oliveira Sousa

LOCAL
 LIMOEIRO DO NORTE, CE

DATA DE EMISSÃO
 14/11/2018

ASSINATURA DO EMISSOR
 61331844930
 CE167628461

CEARÁ

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
 1668785301

PROIBIDO PLASTIFICAR
 1663785301

28 FEV. 2019

PROIBIDO PLASTIFICAR

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA FORENSE DO ESTADO DO CEARÁ
COORDENADORIA DE IDENTIFICAÇÃO HUMANA E PRODUÇÃO BIOMÉTRICAS



Polegar Direito

Ama Cristina Silva Lopes
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO 2003099029869

DATA DE EXPIRAÇÃO 11/09/2015

NOME AMA CRISTINA SILVA SOUZA LOPES

RELACÃO JACINTO VIDAL DE SOUZA

MARIA DO SOCORRO DA SILVA

DATA DE NASCIMENTO 13/02/1987

PROF. ORIENTA LIMOIRO DO NORTE - CE

CEST. CASAMENTO : CARTÓRIO: REGISTRO CIVIL TERMO: 7027 FOLHA: 26

CV 018.733.253-39

2 VIA

105.84.14.17

LEI Nº 7.119 DE 29/08/83

P.: 156

28 FEV. 2019

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190130085 **Cidade:** Limoeiro do Norte **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE YAGO DE OLIVEIRA SOUSA **Data do acidente:** 04/12/2018 **Seguradora:** MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 18/02/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE TERÇO DISTAL DO 5º METATARSO DO PÉ ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR.
ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: EM TODOS OS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190130085 **Cidade:** Limoeiro do Norte **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE YAGO DE OLIVEIRA SOUSA **Data do acidente:** 04/12/2018 **Seguradora:** MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 18/02/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EM 1/3 DO 5º METATARSO DO PÉ ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: EM TODOS OS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

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

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0055220/19

Vítima: JOSE YAGO DE OLIVEIRA SOUSA

CPF: 070.673.753-98

Seguradora: MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

Data do acidente: 04/12/2018

Titular do CPF: JOSE YAGO DE OLIVEIRA SOUSA

CPF de: Próprio

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

ANA CRISTINA SILVA SOUZA LOPES : 018.733.253-39

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

JOSE YAGO DE OLIVEIRA SOUSA : 070.673.753-98

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.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 14/02/2019
Nome: ANA CRISTINA SILVA SOUZA LOPES
CPF: 018.733.253-39

ANA CRISTINA SILVA SOUZA LOPES

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 14/02/2019
Nome: JOAO CAIO OLIVEIRA DA SILVA
CPF: 001.023.383-02

JOAO CAIO OLIVEIRA DA SILVA