

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: PAULO FERNANDO CRESPO DE ARAÚJO NETO, brasileiro, solteiro, motoboy autônomo, inscrito no RG 8.090.675, expedido por SDS/PE, CPF de nº. 083.723.784-01, residente e domiciliado na Rua São Bernardo, nº 10, Capibaribe, São Lourenço da Mata/PE, CEP 54.705-140.

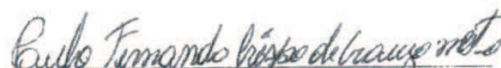
OUTORGADO: JULIANA DE ALBUQUERQUE MAGALHÃES, brasileira, solteira, advogada inscrita na OAB/PE sob o nº 22.820, com endereço profissional à Av. Fagundes Varela, 988, Sala 10, Jardim Atlântico, Olinda-PE, com endereço eletrônico jm_adv08@hotmail.com.

PODERES

Para representá-lo em juízo, conforme cláusula "ad judícia", conferindo-lhe amplos poderes para defendê-lo em qualquer juízo, instância ou Tribunal, outorgando-lhe poderes especiais para requerer, contestar, indicar provas e testemunhas, protestar, executar, desistir, renunciar ao direito sobre o qual se funda a ação, transigir, firmar acordos e compromissos, desarquivar processos, recorrer, acompanhar andamento de processo, apresentar contrarrazões, requerer e receber Alvará Judicial para dar quitação, pedir a justiça gratuita e assinar declaração de hipossuficiência econômica, em conformidade com a norma do art. 105 do NCPC/15, podendo ainda substabelecer em parte ou no todo, com ou sem reservas, hipótese em que comunicará aos outorgantes os poderes que ora são outorgados, sempre no interesse dos outorgantes.

DECLARAÇÃO DE POBREZA: declaro, firmado sob as penas das Leis 1060/50, que se encontra em estado de pobreza legal, não podendo arcar com as custas e demais despesas da presente demanda sem prejuízo do próprio sustento e de sua família.

Recife, 09 de Setembro 2019


Outorgante



TERMO DE RESPONSABILIDADE

EU, **PAULO FERNANDO CRESPO DE ARAUJO NETO**, brasileiro, solteiro, motoboy, inscrito no RG 8.090.675, expedido por SDS/PE, CPF de nº. 083.723.784-01, residente e domiciliado na Rua São Bernardo, nº 10, Capibaribe, São Lourenço da Mata/PE, CEP 54.705-140. Declaro para os devidos fins de direito que me responsabilizo por todas as informações, declarações prestadas e documentos apresentados para requerer a Indenização do Seguro Obrigatório DPVAT Judicialmente, visto que fui vítima de um acidente de trânsito, perante qualquer juízo e órgãos municipais, estaduais e federais, de total minha responsabilidade que estou ciente deste ato.

Obs: Esta Declaração é expressão da verdade, pelo qual me responsabilizo civil e criminalmente sob as penas da Lei - Art.299 do Código Penal Brasileiro.

E por estar de acordo com o que aqui foi narrado, firmo o presente em duas vias de igual teor.

RECIFE, 26 de Dezembro 2019

Paulo Fernando Crespo de Araujo Neto

Assinatura



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1107861655

PROIBIDO PLASTIFICAR
1107861655

PAULO FERNANDO CRESPO DE ARAUJO NETO

DOC IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF
8092675 SDS PE

CPF
083.723.784-01

DATA NASCIMENTO
20/03/1990

FILIAÇÃO
ANDRE CARLSON ALVES
SA BARRETO
ANA CARINA DA SILVA
ARAUJO

PERMISSÃO
ACC
CAT. HAB
AB

Nº REGISTRO
05162208072

VALIDADE
12/11/2020

1ª HABILITAÇÃO
17/03/2011

OBSERVAÇÕES
X

Paulo Fernando Crespo de Araujo Neto

LOCAL
RECIFE - PE

DATA EMISSÃO
13/11/2015

ASSINATURA DO EMISSOR
72114596484
PE069459657

DETRAN - PE (PERNAMBUCO)

EXCELSIOR SEGUROS
11 FEV. 2019
SEGURO DPVAT



Claro

FATURA DIGITAL.

VIVER O AGORA É DEIXAR O SEU DIA CADA VEZ MAIS PRÁTICO.

Cadastre-se agora para receber a sua Fatura Digital.

Acesse: minhaclaro.com.br



CTC RECIFE PE PL3

ANA CARINA DA SILVA ARAUJO

R SAO BERNARDO, 10, FR

CAPIBARIBE

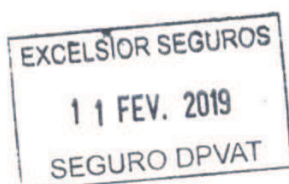
54705-140 SAO LOURENCO DA MATA PE

03702755



72 162 10573500340000033966830241018
POSTAGEM: 24/10/2018 VENCIMENTO: 08/11/2018

A conta da sua
TV por assinatura.



DATA: 29/08/19

HORA: 20:50

HISTÓRICO

1. IDENTIFICAÇÃO

NOME: Pablo Simão Cruz de Mayr Neto
IDADE: 28 REG: 123456789 SETOR: internista LEITO: 106

2. QUEIXA PRINCIPAL

HD: frat. Tubo Dreno

3. ANTECEDENTES PESSOAIS

Alergias () Quais? Não Tabagismo () Etilismo () Cardiopatia () Diabetes ()
HAS () Câncer () Doença Pulmonar () Depressão () Outros: NSE

EXAME FÍSICO

1. Estado Geral:

Bom () Regular (☒) Comprometido () Grave ()

2. Avaliação de Neurológica:

Nível de Consciência: Consciente (☒) Inconsciente () Orientado (☒) Desorientado () Torporoso () Agitado () Sedado ()
Pupilas: Isocóricas () Anisocóricas () Estrabismo () Midriase () Miose () Fotorreagente ()

3. Condição de locomoção:

Deambula (☒) Cadeira de rodas () acamado ()

4. Dieta

VO (☒) Aceita bem (☒) Não Aceita () Zero () SNG () SNE () GTT ()

5. Dieta

Integral () Não integral (☒) Normocorada (☒) Hipocorada () Ictéria () Anictérica (☒) Cianótica () Acianótica (☒) Sudoréica ()
Lesões (☒) Local: Wound Edemas () Local: Acesso venoso

6. Condições de Higiene.

Satisfatória (☒) Insatisfatória () Dependente da Enfermagem ()

7. Sistema Respiratório:

() Eupnéico (☒) Dispnéico () Taquipnéico () Bradipnéico () BAN () Tiragem () Ret. Fúrcula () Venturi ()
() Cateter Nasal l/m TQT () VNI () AVM () Modo Vent. FIO2 PIP PEEP

8. Sistema Digestório:

Abdome: plano () Globoso () Escavado () Flácido (☒) Distendido () Tenso () Ascítico ()
Doloroso à palpação: Sim () Não (☒) Visceromegalia: Sim () Não (☒)

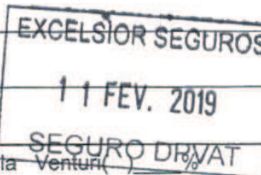
9 Eliminações Fisiológicas:

Evacuação: Presente (☒) Ausente () Tempo 2 dias
Diurese: Presente (☒) Ausente Espontânea () SVD () SVA () Cistostomia () Vol ml
Aspecto

10. SSVV:

PA: 100 x 60 mm/Hg P: 70 bpm FR: 18 rpm Sat O2: 97 % T: 36.5 °C HGT: 180 mg/dl

Diagnósticos de Enfermagem





Diagnósticos de Enfermagem	Evidenciado por:	Intervenções de Enfermagem
1. Eliminação Urinária Prejudicada.	() ITU () Retenção Urinária () Disúria () Incontinência () Urgência Urinária	() Descrever Características da Diurese () Estimular a Ingesta Hídrica () Medir Diurese () Outros: _____
2. Risco de Infecção.	Evidenciado por: () Pele Rompida (ex. escorão venoso) () Doença Crônica () Aumento da exposição a patógenos	() Registrar Temperatura 6 horas () Atentar para Sinais Flogísticos () Trocar AVP a cada 72 horas () Outros: _____
3. Dor Aguda.	Evidenciado por: () Gêmitos/Choro/Instabilidade () Expressão Facial () Relato Verbal de Dor	() Descrever Características da Dor () Manter em Posição Confortável () Registrar Alterações do Tônus Muscular () Outros: _____
4. Risco de Quedas.	Evidenciado por: () Ausência de Grades de Proteção () Mobilidade Física Prejudicada	() Levantar Grades de Proteção () Orientações aos Responsáveis () Outros: _____
5. Integridade da Pele Prejudicada.	Evidenciado por: () Rompimento da Superfície da Pele () Destruição de Camadas de Pele	() Manter Pele Hidratada () Atentar para Sinais de Infecção () Descrever Características do Edema () Registrar presença de infecção () Outros: _____
6. Mobilidade Física Prejudicada.	Evidenciado por: () Amplitude Limitada dos Movimentos () Movimentos Descontrolados	() Mudar o Decúbito () Manter Pele hidratada () Outros: _____
7. Padrão Respiratório Ineficaz.	Evidenciado por: () Ventilação-Minuto Diminuída () Uso da Musculatura Acessória	() Avaliar Permeabilidade das Vias Aéreas () Atentar para Fatores Contribuintes e/ou Causadores () Outros: _____
8. Risco de Sangramento.	Evidenciado por: () Distúrbios Gastrointestinais. () Função Hepática Prejudicada	() Monitorar Nível de Consciência () Realizar Curativos Compreensivos () Observar Perfusão Periférica () Outros: _____
9. Débito Cardíaco Diminuído.	Evidenciado por: () Alterações no ECG () Taquicardia () Arritmias () Síndromes Cromáticas	() Monitorar a FC e regularidade do Pulso () Insituir Manobras de SBV () Posicionar adequadamente no Leito () Observar sinais de oligúria () Outros: _____
10. Deglutição Prejudicada	Evidenciado por: () Ênfase () Refluxo Nasal () Engasgo () Dificuldade de Deglutar	() Avaliar Necessidade de Dieta por Sonda () Elevar Decúbito a 45° () Avaliar Aceitação da Dieta () Outros: _____
11. Instabilidade e Pressão Arterial: () Diminuindo () Aumentando	Evidenciado por: () Cefaleia () Sangramentos () Vertigem () Parestesia	() Alertar pressão arterial a cada _____ h () Manter decúbito no leito a _____ graus () Outros: _____
12. Glicemia Prejudicada: () Diminuindo () Aumentando	Evidenciado por: () Sudorese () Alteração do Nível de Consciência	() Alertar e registrar HGT a cada _____ h () Avaliar / observar nível de consciência () Outros: _____

ITU: INFECÇÃO DO TRATO URINÁRIO FR: FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA SBV: SUPORTE BÁSICO DE VIDA FC: FREQUÊNCIA CARDÍACA ECG: ELETROCARDIOGRAMA AVP: ACESSO VENOSO PERIFÉRICO

ENFERMEIRO / COREN: _____ TEC DE ENFERMAGEM COREN: _____

Assinado eletronicamente por: **Rafael**
COREN: 201.717
Enfermeiro

PACIENTE: Paula Peronato C. de Jesus REG: 5228
DATA: 21/08/18 HORA: 20:50 SETOR: Pronto LEITO: 61

1 - Estado Geral:

Bom () Regular (☒) Comprometido () Grave ()

1 - Nível de Consciência:

Consciente (☒) Inconsciente () Orientado (☒) Desorientado () Sonolento () Agitado () Sedado ()
Escala de coma de Glasgow: _____ pts

3 - Condição de locomoção:

Deambula (☒) Cadeira de rodas () Acamado ()

4 - Dieta:

Zero () VO (☒) SNG () SNE () GTT () SNG Aberta () Retorno

5 - Pele:

Íntegra () Não íntegra / Local (☒) Normocorada (☒) Hipocorada () Ictéria () Anictérica (☒)
Cianótica () Acianótica () Sudoréica () Hidratada (☒) Desidratada ()
Edema / Local () : _____ Acesso venoso MS

6 - Condições de Higiene

Satisfatória (☒) Insatisfatória () Dependente da Enfermagem

7 - Sistema Respiratório

Eupnéico (☒) Dispneico () Taquipnéico () Bradipnéico () Ban () Tiragem () Ret. Fúrcula ()
Cateter Nasal () l/m Venturi () % TQT () VNI () AVM () Modo Vent _____ FIO² _____ PIP _____
PEEP _____ TOT N° _____

8 - Sistema Digestório:

Abdome: plano () Globoso () Escavado () Flácido (☒) Distendido () Tenso () Ascítico ()
Doloroso à palpação: sim () não (☒)

9 - Eliminações Fisiológicas:

Evacuação: Presente (☒) Ausente () Tempo _____ dias
Diurese: Presente (☒) Ausente () Espontânea () SVD () SVA ()
Cistostomia () Vol _____ ml Aspecto _____

10 - SSVV:

PA: 14x80 mm/Hg P: _____ bpm Sat O2: 97 % T: 36.5 °C
HGT: _____ mg/dl

11 - Procedimentos Realizados / Observações

Recebera comente médico (cataplexia)


Amanda de Araújo Rangel
COREN - 301.777
Enfermeira

ENFERMEIRO/COREN: _____



PACIENTE: _____ REG: _____
DATA: ____/____/____ HORA: ____:____ SETOR: _____ LEITO: _____

1 - Estado Geral:

Bom () Regular () Comprometido () Grave ()

1 - Nível de Consciência:

Consciente () Inconsciente () Orientado () Desorientado () Sonolento () Agitado () Sedado ()
Escala de coma de Glasgow: _____ pts

3 - Condição de locomoção:

Deambula () Cadeira de rodas () Acamado ()

4 - Dieta:

Zero () VO () SNG () SNE () GTT () SNG Aberta () Retorno

5 - Pele:

Inteegra () Não íntegra / Local () : _____ Normocorada () Hipocorada () Ictéria () Anictérica ()
Cianótica () Acianótica () Sudoréico () Hidratada () Desidratado ()
Edema / Local () : _____ Acesso venoso _____

6 - Condições de Higiene

Satisfatória () Insatisfatória () Dependente da Enfermagem

7 - Sistema Respiratório

Eupnéico () Dispneico () Taquipnéico () Bradipnéico () Ban () Tiragem () Ret. Fúrcula ()
Cateter Nasal () ____ l/m Venturi () ____ % TQT () VNI () AVM () Modo Vent ____ FIO₂ ____ PIP ____
PEEP ____ TOT N° ____

8 - Sistema Digestório:

abdome: plano () Globoso () Escavado () Flácido () Distendido () Tenso () Ascítico ()
Doloroso à palpação: sim () não ()

9 - Eliminações Fisiológicas:

Vacuação: Presente () Ausente () Tempo ____ dias
Defecação: Presente () Ausente () Espontânea () SVD () SVA ()
Istostomia () Vol ____ ml Aspecto ____

10 - SSVV:

A: ____ mm/Hg P: ____ bpm Sat O₂: ____ % T: ____ °C
GT: ____ mg/dl

11 - Procedimentos Realizados / Observações

ENFERMEIRO/COREN: _____



UPA24H - UNID PRONTO ATEND CAXANGA

Regumo da Classificação de Risco - Protocolo UPA CAXANGA - (SUS BH)

Data e hora retirada da senha: 30/08/2018 18:50

	Nome Paciente:	PAULO FERNANDO CRESPO DE ARAUJO NETO
	Cód. Paciente:	
	Data de Nascimento:	20/03/1990
	Sexo:	Masculino
	Idade:	28
	Senha:	OR0065
	Convênio:	-
Atendimento:		
SAME:		

Período: 30/08/2018 19:18 - 30/08/2018 19:19

DANUTTA BRISSANTT SILVA - COREN: 260641 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - CLASSIFICAÇÃO

Prioridade:	URGÊNCIA
Cor:	AMARELO
Queixa Principal:	COLISAO MOTO-CARRO ,DOR EM JOELHO DIR
Observação:	HAS - DM - ALERGIA -
Fluxograma sintoma:	TRAUMA MODERADO
Discriminador(es):	- DOR MODERADA
Especialidade:	ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA
Sinais Vitais Lidos:	- P.A. SISTOLICA: 140.00 MM/HG - P.A.DISTOLICA: 80.00 MM/HG - TEMPERATURA(C): 36.50 C°

Acolhido(a) por: DANUTTA BRISSANTT SILVA - COREN: 260641 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 30/08/2018 19:19

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1





EVASÃO AS 22:00HS

Data do Atendimento: 30/08/2018

Hora: 19:22:30

PRONTUÁRIO: 445043

Colaborador: JANAINAJFC

Nº. Atendimento: 1208024

ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Setor / Serviço: CONSULTORIO MEDICO

Sexo: Masculino

Nome: PAULO FERNANDO CRESPO DE ARAUJO NETO

Data de Nascimento: 20/03/1990

Idade: 28 Anos, 5 Meses e 10 Dias

C.I.:

País ou responsáveis: ANA CARINA DA SILVA ARAUJO

Endereço: RUA SAO BERNARDO, 10 - CAPIBARIBE/ - 54705140

Cidade: SAO LOURENCO DA MATA Tel.: 81988112733 -

Hora do Atendimento: 19/35 Hs

Peso: Kg

UPA24h
UPA CAXANGÁ 24h
Soraya Santos
Aux. de Faturamento
Mat. 1610

Temperatura: °

OPD / HDA: Ruptura de tendão do mto ecm.
do mto RBRMA km Julio D.

EXAME FÍSICO:

Don A mobilizada - 120 VA
EXCELSEIOR SEGUROS
14 FEV. 2019
SEGURO DPVAT

DIAGNÓSTICO:

Fratura de fêmur tibial

TIPO:
ACCI:

CONDUTA NA EMERGÊNCIA / PRESCRIÇÃO

Adriano Guedes

Téc. Imobilização

Ortopédica

Matrícula: 1410

Pelo Sport Tudo!

TRAJETO DO JORRITO D. 120 VA
DIRTA LUMR.

EVOLUÇÃO NA EMERGÊNCIA:

TRATAMENTO INICIAL 3V 616h
DIRTINUMA IVA+AO 3V 616h
ELIXAN 407 IVA SE. 24124h
A SORA AMMURLE.

*Destino do Paciente: () Alta para casa () Ecaminamento ao Ambulatório () Internamento

() Transferência para outra Unidade () Óbito () Outro:

*Condição de Saúde do Paciente: () Melhorado () Inalterado () Piorado

Dr. Marcelo Correa
CRM: 19474
Traumato-Ortopedia

Médico - Carimbo e Assinatura





CUIDADOS SISTEMATIZADOS DE ENFERMAGEM TÉCNICO DE ENFERMAGEM			
Nome: _____		Registro: _____	
Clínica: _____		Enfermeira: _____	
Hipótese Diagnóstico: _____		Leito: _____	
Hora Admissão: _____		Data: ____/____/____	
PLANTÃO DIURNO			
Estado Geral	☐ Regular	☐ Grave	☐ Gravíssimo
Dieta	☐ VO	☐ SNG	☐ SNE ☐ SML ☐ SOG ☐ Dieta zero
Padrão Respiratório	☐ Espenico	☐ Taquipnéico	☐ Bradispnéico ☐ Dispnéico
Acesso Venoso	☐ Periférico	☐ Central	Local: _____
Curativo	☐ Sim	☐ Não	Local: _____
Drenos	☐ Sim	☐ Não	Local: _____
Evacuações	☐ Presente	☐ Ausente	Aspecto: _____
Diurese	☐ Presente ☐ SVD/SVA	☐ Ausente	Aspecto: _____
Observações: _____			
Técnico de Enfermagem: _____			
CUIDADOS SISTEMATIZADOS DE ENFERMAGEM TÉCNICO DE ENFERMAGEM			
Nome: <u>Paulo Fernando Cerezo do Anjo Neto</u>		Registro: <u>1205024</u>	
Clínica: <u>Ortopedia</u>		Enfermeira: <u>Amaral</u>	
Hipótese Diagnóstico: _____		Leito: <u>F-01</u>	
Hora Admissão: _____		Data: <u>30/09/18</u>	
PLANTÃO NOTURNO			
Estado Geral	☒ Regular	☐ Grave	☐ Gravíssimo
Dieta	☒ VO	☐ SNG	☐ SNE ☐ SML ☐ SOG ☐ Dieta zero
Padrão Respiratório	☒ Espenico	☐ Taquipnéico	☐ Bradispnéico ☐ Dispnéico
Acesso Venoso	☒ Periférico	☐ Central	Local: <u>MSE</u>
Curativo	☒ Sim	☒ Não	Local: _____
Drenos	☐ Sim	☒ Não	Local: _____
Evacuações	☐ Presente	☐ Ausente	Aspecto: _____
Diurese	☒ Presente ☐ SVD/SVA	☐ Ausente	Aspecto: _____
Observações: _____			
Técnico de Enfermagem: <u>EDA e Lydiane</u>			
Cuidados de Enfermagem: _____		Horário	Responsável
_____		_____	_____
_____		_____	_____
_____		_____	_____
_____		_____	_____

EXCELSIOR SEGUROS
11 FEV. 2019
SEGURO DPVAT



HORA	SINAIS VITAIS					OXIGENIOTERAPIA			CONTROLE						OUTROS	
7																
8																
9																
10																
11																
12																
13																
14																
15																
16																
17																
18																
Total																
19																
20																
21																
22																
23																
24																
1																
2																
3																
4																
5																
6																
Total																



ASL-0050553/19



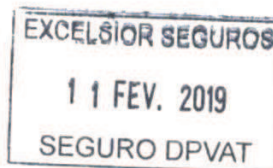
GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 006ª CIRCUNSCRIÇÃO - CORDEIRO - DP6ª CIRC DIM/2ª DESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 18E0096007123Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **28/11/2018** às **15:51**Complementa o BO Número: **18E0096007121****ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumados)** que aconteceu no dia **30/8/2018** no período da **Tarde**

Fato ocorrido no endereço: **BAIRRO DE IPUTINGA (BAIRRO), 1 - Bairro: IPUTINGA - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

SUSP (AUTOR \ AGENTE)
PAULO FERNANDO CRESPO DE ARAÚJO NETO (VITIMA)



Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): SUSP
VEICULO: (Produto de crime contra o patrimônio), que estava em posse do(a) Sr(a): PAULO FERNANDO CRESPO DE ARAÚJO NETO

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

PAULO FERNANDO CRESPO DE ARAÚJO NETO (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: ANA CARINA DA SILVA ARAÚJO Pai: ANDRÉ CARLOS ALVES SÁ BARRETO Data de Nascimento: 20/3/1990
Naturalidade: **RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **8090675/SDS/PE (RG), 08372378401 (CPF)** Estado Civil: **AMASIADO(A)** Escolaridade: **2º. GRAU INCOMPLETO** Telefones Celulares: **- 988112733**

Endereço Residencial: **BAIRRO DE CAPIBARIBE (BAIRRO), 10, RUA SÃO BERNARDO - CEP: 55000-000 - Bairro: CAPIBARIBE - SAO LOURENCO DA MATA/PERNAMBUCO/BRASIL**

SUSP (não presente ao plantão) - Sexo: Feminino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

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

VEÍCULO 01 (VEICULO), que estava em posse do(a) Sr(a): PAULO FERNANDO CRESPO DE ARAÚJO NETO

Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Quantidade: **0 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Descrição: **MODELO TWISTER, ANO 2008, PLACA KGP 7463, QUE ESTÁ NO NOME DA PESSOA DE AMICICLEI FRANCO DE SOUZA SILVA.**

28/11/2018 15:4



VEÍCULO 02 (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): **SUSP**, que estava em posse do(a) Sr(a): **SUSP**
Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMOVEI/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Quantidade: **0 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Complemento / Observação

INFORMOU A VÍTIMA QUE VINHA PILOTANDO A MOTOCICLETA SUPRACITADA, QUE ESTAVA SOB SUA RESPONSABILIDADE QUANDO, EM DETERMINADO MOMENTO, TEVE A MESMA ABALROADA POR UM VEÍCULO DE PLACA NÃO ANOTADA. SEGUNDO O MESMO, APÓS TER DADO CAUSA AO ACIDENTE, A CONDUTORA DO VEÍCULO EVADIU - SE DO LOCAL SEM, CONTUDO, ARCAR COM O ÔNUS DO OCORRIDO NEM REALIZAR O DEVIDO SOCORRO AO MESMO. DIANTE DE TAL FATO, A VÍTIMA VEIO A ESTA DP NOTICIAR O OCORRIDO E PEDIR AS PROVIDÊNCIAS LEGAIS CABÍVEIS.

Assinatura da(s) pessoa(s) presente nesta unidade policial

PAULO FERNANDO CRESPO DE ARAÚJO NETO
(VITIMA)

X Paulo Fernando Crespo de Araújo Neto

B.O. registrado por: **JORGE RICARDO FREITAS DOS SANTOS**

[Assinatura manuscrita]





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 07 de Maio de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190271799

Vítima: PAULO FERNANDO CRESPO DE ARAUJO NETO

Data do Acidente: 30/08/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: CARLOS ANTONIO MANGABEIRA FERREIRA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), PAULO FERNANDO CRESPO DE ARAUJO NETO

Informamos que o pagamento da indenização o Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 2.531,25

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um joelho 25%

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 25%) 18,75%

Valor a indenizar: 18,75% x 13.500,00 = R\$ 2.531,25

Recebedor: PAULO FERNANDO CRESPO DE ARAUJO NETO

Valor: R\$ 2.531,25

Banco: 104

Agência: 000000876

Conta: 00000112358-6

Tipo: CONTA POUPANÇA

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

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, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

