



Número: **0003604-34.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção A da 4ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **23/01/2020**

Valor da causa: **R\$ 7.762,50**

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
JOSE AUGUSTO DE SOUZA OLIVEIRA (AUTOR)		VIVIANE EVANGELISTA DE SOUZA ALVES (ADVOGADO)	
MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S/A (REU)		RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO)	
PAULO FERNANDO BEZERRA DE MENEZES FILHO (PERITO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
77372 263	22/03/2021 16:09	Microsoft Word - 2698741_MANIFESTACAO_LAUDO	Petição em PDF



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 4ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE RECIFE/PE

Processo n.º 00036043420208172001

MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S.A., empresas seguradoras previamente qualificadas nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada, por seus advogados que esta subscreve, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **JOSE AUGUSTO DE SOUZA OLIVEIRA**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem mui respeitosamente, à presença de V. Ex.ª, em cumprimento ao referido despacho de fls., expor para ao final requerer o que se segue:

DO LAUDO PERICIAL

Trata-se de caso em que o Autor alega ser vítima de acidente automobilístico, resultando em invalidez permanente.

Inicialmente, a parte ré informa que para realização de qualquer pagamento administrativo por Seguro DPVAT concernente à cobertura por invalidez permanente, as vítimas são submetidas à avaliação médica criteriosa com o escopo de ser apurado o *quantum* indenizatório devido em decorrência da lesão suportada pela vítima, nos termos da lei 6.194/74.

Frisa-se que aludido exame é realizado por profissional imparcial e tecnicamente competente, obedecendo os estritos limites da legislação aplicável.

Deste modo, a Ré procedeu com o pagamento da verba indenitária na monta de R\$ 1.687,50 (um mil e seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos), valor este correspondente ao percentual da invalidez parcial e permanente apresentada pela parte Autora em sede administrativa.

Nesse sentido, foi nomeado perito por esse d. juízo, e posteriormente as partes intimadas a apresentaram quesitos, a fim de se verificar qual o grau da suposta Invalidez da parte autora.

Não é crível que com os avanços da medicina, os tratamentos realizados na parte autora serviram para agravar a doença e não oportunizaram uma melhora ou, no mínimo, a manutenção da lesão apurada na esfera administrativa.

É certo que o julgador não está adstrito à conclusão contida no laudo pericial, mas a simples leitura do mesmo demonstra que a r. Perito não buscou comprovar o suposto agravamento da lesão, somente limitando-se a responder os quesitos apresentados de maneira simplista e sem qualquer fundamentação.



Pelo exposto, a parte ré impugna o laudo pericial produzido, requerendo que seja afastada a conclusão pericial, devendo ser levado em consideração o conjunto fático-probatório dos autos, sobretudo os documentos médicos acostados na exordial, que demonstram a ausência de agravamento da lesão capaz de gerar complementação indenizatória, sendo os pedidos autorais julgados improcedentes.

Caso não seja esse o entendimento de Vossa Excelência, requer a produção de nova prova pericial, nos termos dos art. 480 do CPC.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

RECIFE, 18 de março de 2021.

JOÃO BARBOSA
OAB/PE 4246

ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELO JUNIOR
30225 - OAB/PE

Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020
www.joaobarbosaadvass.com.br





22/03/2021

Número: **0003604-34.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção A da 4ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **23/01/2020**

Valor da causa: **R\$ 7.762,50**

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
JOSE AUGUSTO DE SOUZA OLIVEIRA (AUTOR)		VIVIANE EVANGELISTA DE SOUZA ALVES (ADVOGADO)	
MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S/A (REU)		RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO)	
PAULO FERNANDO BEZERRA DE MENEZES FILHO (PERITO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
77372 264	22/03/2021 16:09	ANEXO 1	Outros (Documento)



Secretaria
de Saúde



PERNAMBUCO
ESTADO DO ESTADO

GESTÃO
IMIP
HOSPITALAR

Resumo de Alta Hospitalar

PACIENTE: JOSE AUGUSTO DE SOUZA OLIVEIRA

REGISTRO: 24395

24

DATA ADMISSÃO: 20/01/2017

DATA ALTA: 24/01/2017

Documentação médica - hospitalar



1) Diagnósticos Definidos:

FRATURA TIBIA E FIBULA-E

2) Conduta/ Procedimentos Realizados:

SINTESE COM TIBIA E FIBULA-E

3) Prescrição Para Domicílio: Em anexo

4) Informações Complementares:

- 1) MANTER MEMBRO ELEVADO DURANTE REPOUSO
- 2) FAZER COM FREQUÊNCIA MOVIMENTOS DE FLEXÃO E EXTENSÃO JOELHO, QUADRIL E TORNOZELO
- 3) DEAMBULAR COM AUXÍLIO DE MULETAS AXILARES (CARGA LIVRE SOBRE O MEMBRO OPERADO)
- 4) PISAR COM O MEMBRO OPERADO
- 5) RETIRAR PONTOS COM 15 DIAS
- 6) RETORNO AO AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA EM 02 SEMANAS

ARUANA SEGUROS

31 JUL 2017

Programação Após Alta:

Ambulatório de Egresso Sim (X)
Não ()

Data da Consulta: 04/02/2017

Encaixe no Ambulatório de ortopedia [Gerente]

08:00

Assinatura do Médico e Carimbo

Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco - SES/PE
Fundação Professor Martiniano Fernandes - IMIP Hospitalar
Hospital Metropolitano Sul - Dom Helder Câmara
Rodovia BR 101 Sul - Km 95, CEP 54.510-000
Cabo de Santo Agostinho - PE



(81) 3183 0149

Telefone para marcar consulta de
retorno ambulatorial no HDH.



AUDITORIA MEDICA
COMUNICAÇÃO INTERNA 02/2017

Cabo de Santo Agostinho 11 de fevereiro de 2017

Sra. Maria Rivânia Correia de Brito
Coordenadora do SAME do Hospital Dom Helder.

Chegando a minhas mãos informação de que o paciente José Augusto de Souza Oliveira reclamou de erros de informação na identificação do prontuário apresentado como seu. Inclusive apresentando documento pertinente e respondendo que nunca viera a este hospital anteriormente, e o sistema mostrava atendimentos e internações em 2011. iniciei investigação a respeito, cujo resultado seguido de providências narro abaixo.

No dia 20 de janeiro de 2017, o paciente José Augusto de Souza Oliveira foi atendido na emergência e internado para tratamento traumatológico por fratura em tíbia esquerda. Ao fazer pedido de cópia de seu prontuário, informou que a identificação estava incorreta e, indagado, disse que jamais viera a este hospital antes e que não fizera tratamento de fratura de membro superior. Chegando a mim tais informações, e vendo que o prontuário a ele imputado fora aberto em 2011, sendo registrado um atendimento em novembro daquele ano, tive acesso aos documentos pertinentes e constatei que as informações ali postas diziam respeito a um paciente totalmente diferente, Azeclino Leão de Araújo Júnior. Ao comparar as informações, vi que o mesmo prontuário agora estava com nome do paciente, data de nascimento e nome da mãe coincidentes com os do reclamante, e todos os outros dados, inclusive endereço, RG e cartão SUS, pertenciam ao paciente anteriormente registrado para esse prontuário.

Diante de tal constatação, e não havendo outro prontuário aberto para o paciente reclamante, resolvi abrir um registro novo para o mesmo, corrigindo o prontuário anterior com as informações impressas existentes no mesmo, uma vez que o sistema não guarda memória das modificações.

Há, no entanto, a necessidade de transferência, no sistema, para esse novo prontuário, das informações dos atendimentos 355237 e 355278, que se encontram erradamente no registro 24395. Tal alteração, se possível, só é permitida a outro nível de intervenção.

Solicito, pois, de V. Sa. que providencie tal modificação, e leve o caso a instância superior.

Em minhas investigações, notei também que a alteração errada tem o logia de NEICYCCO, servidora que fez modificação semelhante cuja informação consta na C. I. 61/2017, desta Auditoria

Atenciosamente,

Paula de Araújo de Andrade Almeida
CREMEPE 3035.
Médico Auditor.

Recebido em
13/02/17
Rivânia

Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco - SES / PE
Fundação Professor Martiniano Fernandes - IMIP Hospitalar
Hospital Metropolitano Sul - Dom Helder Câmara
Rodovia BR 101 Sul - KM 28, CEP: 54.510-000
Cabo de Santo Agostinho - PE

ARUANA SEGUROS

31 JUL 2017





HOSPITAL METROPOLITANO DOM HELDER CAMARA



FICHA DE INTERNAÇÃO DO PACIENTE

Atendimento do Paciente: 355278

Data e Hora do Atendimento: 21/01/2017 00:09

Usuário do Atendimento: NEICYCCO

Convênio: SUS - INTERNACAO

Nome do Paciente: JOSE AUGUSTO DE SOUZA OLIVEIRA

Prontuário: 84886

Nome da Mãe: MARIA HELENA DE SOUZA DE OLIVEIRA ✓ Nome do Pai: AURELIANO LEAO DE RAUJO

Data do Nascimento: 04/10/1992 ✓ Idade: 24 anos Sexo: MASCULINO

Estado Civil: SOLTEIRO RG: 8053442

SDS PE Data Emissão: 03/08/2017

CPF: Certidão de Nascimento:

Data Emissão:

Naturalidade: PALMARES

Escolaridade: MEDIO (2º GRAU) INCOMPLETO

Carteira Nacional SUS: 898000534112775

Ocupação Habitual: ESTUDANTE

Endereço: RUA LAURO PAIVA

296 CENTRO

Cidade: PALMARES

PE CEP: 55540000

Fone: 988495913

DADOS DO ATENDIMENTO

Região: BOMBEIRO

Médico: JACIEL SOARES DE OLIVEIRA

CRM: 17728

Especialidade: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Acomodação: SALA VERDE/AMARELA - TRAUMA

Leito: LEITO 10

HDH - Hospital Dom Helder Câmara
Ass: Paula Souza
Faturamento: SAME
Em: 30 JAN 2017

TERMO DE RESPONSABILIDADE

Autorizo a internação do paciente acima mencionado no HOSPITAL DOM HELDER CAMARA, bem como os tratamentos clínicos e cirúrgicos (intervenção cirúrgica, anestésias, transfusões, exames de sangue, ou qualquer outro tipo de exame médico laboratorial) que se fizerem necessários para o diagnóstico, tratamento, cura e o bem estar do paciente.

Sala de Santo Agostinho, 21/01/2017

Assinatura e R.G. do Responsável: _____

SUMÁRIO DE ALTA

Condições de Alta: _____

Diagnóstico: _____

Procedimento: _____

Data em: _____ Hora: _____

Médico e C.R.M.: _____

Responsável pela retirada do paciente - Nome: _____

Assinatura e R.G.: _____

ARUANA SEGUROS

31 JUL 2017



HISTÓRIA CLÍNICA

90390
Raulo Carneiro
CPF: 181.029.064-53
CREMEPE 2035

Identificação

Nome: José Augusto de Souza Registro: 24285 Nº Atendimento: _____
Idade: _____ Sexo: _____ Estado Civil: _____ Cor: _____ Acompanhante: () Sim () Não
Clínica: _____ Enfermeira: _____ Leito: _____ Ocupação: _____

Queixa Principal e Duração: Dor no dorso

História da Doença

paciente relata dor no dorso de
modo leve e intermitente em pé e sentado

Exatidão Sintomatológica

Dor local

ARUANA SEGUROS
31 JUL 2017



TRIAGEM DE RISCO NUTRICIONAL – NRS 2002

Paciente: gost. Augusto de S. Oliveira
 Peso Atual: 89 kg Peso Habitual: 89 kg Altura: 1,76 m Idade: 24

Data: 23/01/14

Registro: 54395
 Leito: 402.4

90790
 PAULO CARVALHO
 CPF: 030.059.08-5
 CREMEPE 202

Parte 1 – Triagem Inicial

Paciente apresenta IMC < 20,5?	SIM	NÃO
Houve Perda de Peso nos Últimos 3 meses?		X
Houve Redução na Ingestão de alimentos na última semana?		X
Paciente apresenta doença grave, está em mau estado geral ou UTI?		X

SIM: Se a resposta for "sim" para qualquer uma das questões, o Nutricionista deverá continuar a preencher a parte 2.
 NÃO: Se a resposta for "não" para todas as questões, reavalie o paciente semanalmente.

Se o paciente tiver indicação de cirurgia de grande porte, deve-se considerar Terapia Nutricional para evitar riscos associados. Continue e preencha a parte 2.

Parte 2 – Triagem do Risco Nutricional

Estado Nutricional		Gravidade da doença (Efeito do estresse metabólico no aumento das necessidades nutricionais)	
Ausente (Pontuação 0)	Estado Nutricional Normal	Ausente (Pontuação 0)	Necessidades Nutricionais Normais
Leve (Pontuação 1)	Perda de peso >5% em 3 meses ou ; ingestão alimentar abaixo de 50-75% da necessidade normal na semana anterior.	Leve (Pontuação 1)	Fratura de Quadril; Pacientes crônicos com complicações agudas: Cirrose, doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC); Diabetes; Câncer; Hemodiálise crônica.
Moderado (Pontuação 2)	Perda de peso >5% em 2 meses ou ; IMC 18,5-20,5 + condição geral comprometida ou ; ingestão alimentar entre 25-60% da necessidade normal na semana anterior.	Moderado (Pontuação 2)	Cirurgia abdominal de grande porte; Acidente vascular cerebral (AVC); Pneumonia grave; Doenças malignas hematológicas (leucemias e linfomas).
Grave (Pontuação 3)	Perda de peso >5% em 1 mês (>15% em 3 meses) ou IMC <18,5+ condição geral comprometida ou ; ingestão alimentar entre 0-25% da necessidade normal na semana anterior.	Grave (Pontuação 3)	Trauma Craniano; Transplante de medula óssea; Pacientes em cuidados intensivos (APACHE >10).

Pontuação (Estado nutricional) + Pontuação (gravidade da doença) = Escore total = 00 *man Arumayus*

ARLIANA SEGURO

31 JUL 2017

Para calcular o escore total: A. Encontre o escore (de 0 a 3) para o estado nutricional e para a gravidade da doença (escolher apenas a variável de maior gravidade); B. Some os dois escores para obter o escore total; C. Se o paciente apresentar idade > ou igual a 70 anos, adicione 1 ponto ao escore total para ajustar a fragilidade dos idosos.

Escore total > ou igual a 3: O paciente está em risco nutricional e a TN deve ser iniciada.

Escore total < 3: No momento, o paciente não apresenta risco nutricional e deve ser reavaliado semanalmente. Porém, se o paciente tiver indicação de cirurgia de grande porte, deve-se considerar terapia nutricional para evitar riscos associados.

Pontuação = 1: A necessidade protéica está aumentada, mas o déficit protéico pode ser recuperado pela alimentação oral ou pelo uso de suplementos, na maior parte dos casos.

Pontuação = 2 A necessidade protéica está substancialmente aumentada e o déficit protéico pode ser recuperado na maior parte dos casos com o uso de suplementos orais / dieta enteral.

Pontuação = 3 A necessidade protéica está substancialmente aumentada e não pode ser recuperada somente pelo uso de suplementos orais / dieta enteral.

Nutritional Risk Screening – NRS é baseada em estudos clínicos randomizados e recomendada pelo Guideline da ESPEN para o âmbito hospitalar

*Kondrup J, Allison SP, Elia M, Veltara B, Plauth M, Educational and Clinical Practice Committee, European Society for Parenteral and Enteral Nutrition (ESPEN). ESPEN guidelines for nutrition screening 2002. Clin Nutr 2003;22(4):415-21. *European Society for Parenteral and Enteral Nutrition. Questionário traduzido e utilizado pelo nutricionista Mariana Rastan.

HOSPITAL METROPOLITANO DOM HELDER CAMARA
MV 2000 - Sistema de Centro Cirúrgico e Obstétrico
Ficha de Cirurgia Descritiva

Página.: 0001
Data.: 21/01/2017
Hora.: 11:53

Aviso de Cirurgia : 29743

Paciente : ~~21305~~

Convênio Atend. : 7

Leito : 623

Dt. Início : 21/01/2017 11:02

Dt. Fim : 21/01/2017 11:52

Sala : 0002

SALA 02

JOSE AUGUSTO DE SOUZA OLIVEIRA

SUS - INTERNACAO

LEITO 10

Atendimento : 355278

Carreira :

Idade : 24 Anos

Id Pré-Operatório :

Id Pós-Operatório :

Procedimento: 0408050500

Convênio: 001

Anestesia: 05

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIÁFISE DA TÍBIA (PRINCIPAL)
SUS - INTERNACAO
RAQUI ANESTESIA

CIRURGIAO
ANESTESISTA

16548 MARCELO HENRIQUE DE MELO LUNA MACHADO
5083 GRACA MARIZA COUTO RIBEIRO PESSOA

Descrição Cirúrgica :

FRATURA OSSOS DA PERNA ESQUERDA
CIRURGIA PROPOSTA: OSTEOSINTESE COM HIM DE TIBIA
CIRURGIAO: MARCELO MACHADO
ANESTESISTA: GRACA

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

1. PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL SOB ANESTESIA
2. LAVAGEM DO MIE COM PVPI DEGERMANTE E SF0,9 %
3. ANTISSEPSIA E APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS
4. INCISÃO MEDIANA JOELHO ESQUERDO
5. PASSAGEM DE FRESA , COLOCAÇÃO DE FIO GUIA , FRESAGEM DE CANAL MEDULAR
6. COLOCAÇÃO DE HASTE MEDULAR NUMERO 38 SOB FLUOSCÓPIA
7. BLOQUEIOS DISTAIS A MÃO LIVRE SOB CONTROLE FLUOROSCÓPICO COM DOIS PARAFUSOS DISTAIS
8. BLOQUEIO PROXIMAL COM UM PARAFUSO PROXIMAL DINAMICO
9. LAVAGEM COM SF 0,9 %
10. SUTURA TENDÃO PATELAR , SUBCUTANEO E PELE
11. SUTURA DE PELE
12. CURATIVO

nDH - Hospital Dom Helder Cam
Ana Paula Souza
Faturamento / SAME
Em: 31 JAN 2017

Achados Cirúrgicos:

Descrição Complementar

Dr. Marcelo Machado
Ortopedia/Traumatologia
CRM 16548

DR(A) : MARCELO HENRIQUE DE MELO LUNA MACHA
CRM : 16548

ARUANA SEGUROS
31 JUL 2017

HOSPITAL METROPOLITANO SUL - DOM HELDER CAMARA





HOSPITAL
DOM HELDER CÂMARA



FICHA DE ANESTESIA

Data:

21.01.17

Paciente

JOSE AUGUSTO DE SOUZA OLIVEIRA

Sexo

M

Idade

74

Nome do Anestesiologista

DR. CARLA A. R. M. T. P.

Nome do Cirurgião

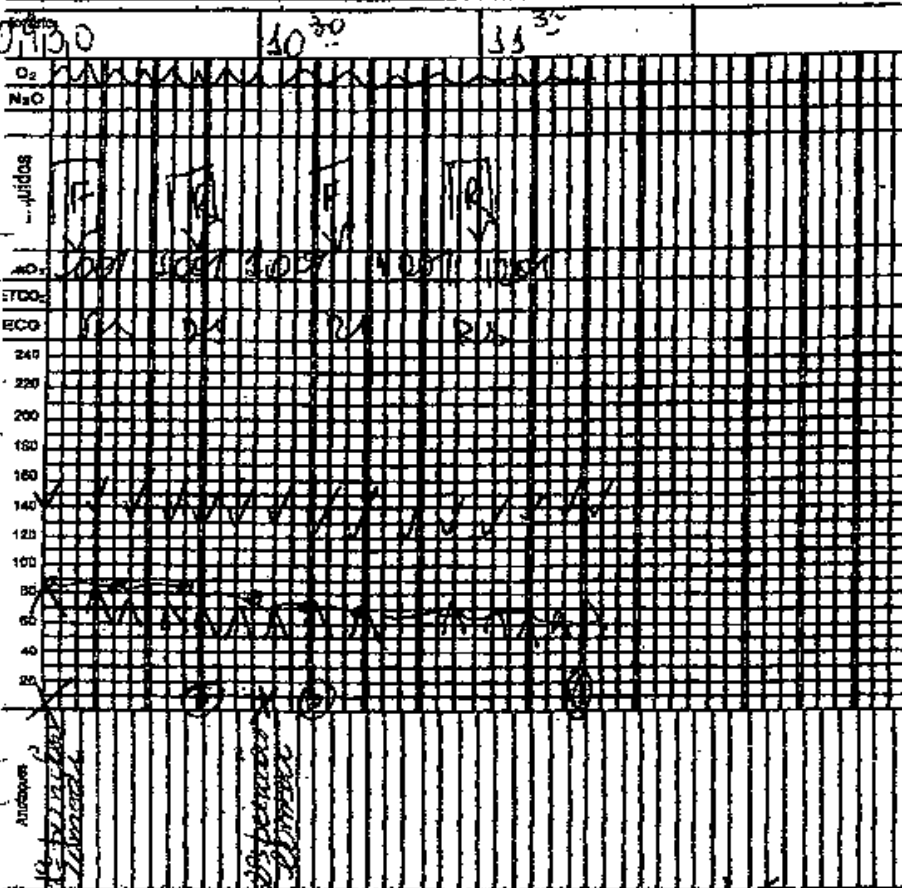
HAROLDO MACHADO

Urgência

Urgência

Não

Trat. cirúrgico de fratura da tíbia esquerda



Drogas Usadas	Quantidade
bupivacaína	14ml
clonitazina	80g
cefazolin	2g
fentanil	50g
hidroxicloroquina	3g
lexapro	10g
insulina	8g

Técnica Anestésica
Paciente anestesiado
pulso mecânico
pulso ag 30
ICK claro
paciente sedado
sedado

- Monitorização
- ☒ Cerebral
 - ☒ Oxiímetro
 - ☒ PPI
 - ☐ Sonda Vesical
 - ☐ Capnógrafo
 - ☐ ECG, Pre-Cardial
 - ☐ Curv
 - ☐ ECG
 - ☐ Temperatura
 - ☐ Oxim. Genz.
 - ☐ Pressões Gasos
 - ☐ PVC
 - ☐ Balizador de Músculo
 - ☐ Urina Aterial
 - ☐ Volume RPP Plus

- Estimulação
- ☒ Acústico
 - ☐ Bolusado
 - ☐ Infusão
 - ☒ SPPA
 - ☐ Apn. Vent.
 - ☐ Um
 - ☐ Reforço

Observações: 1º punção lombar não foi a
tutoria, punção mecânica feita
a 2ª punção que ocorreu sem
inconvenientes e ficou satisfatória
ref.

ARUANA SEGUROS
31 JUL 2017



THE PATIENT'S BOOK



HOSPITAL DON HILDER CAMARA



GERENÇA DE ENFERMAGEM
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM - CENTRO CIRURGICO

90792

1 - IDENTIFICACAO:
Nome: JOAO AUGUSTO Data: 21/07/17 Hora: 9:30 Registro: 24378
Convênio: _____ Local: _____ Sexo: _____ Estado: _____

2 - SOFTE MEDICAL:
Cirurgião: Dr. Marcelo M. Mendes Anestesiologista: Dr. ...
1º Auxiliar: _____ 2º Auxiliar: _____ Instrução: .../...

3 - DADOS DA CIRURGIA:
Cirurgia: _____ Início: 09:30 Término: 17:50
Anestesia: Local Início: 09:30 Término: _____

4 - PRE-OPERATORIO:
Estado Geral: () Bom () Regular () Grave
Nível de Consciência: () Orientado () Consciente () Somnolento () Coma
Respiração: () Espontânea () Ventilada () Intubado
Tônus: () Bom () Regular () Grave
Classe no CC: 01 (ou outro) _____

5 - TRANS-OPERATORIO:
Posição: Frontal () Lateral () Dorsal () Ventral () Ginecologia ()
de Sangue: () Laboratório () Endoscopia () Pequena Cirurgia ()
6 - EQUIPAMENTOS:
Linha do Pulso () Monitor Cardíaco () ECG () Bomba CEC () Aspirador ()
Máquina Térmica () Monitor Ultrassom () Anestesiômetro () Monitor SPO2 () Capnógrafo ()
Máquina Eletrolítica () Local de Ponto ()
Carro de Anestesia () Hipertensão () Intubação () Nº ()
AD. Vício () Coluna de Infusão ()
Origem () Início () Término ()
Paciente () Início () Término ()
Classe Cirúrgica () Início () Término ()
Cirurgião: _____

7 - PROCEDIMENTOS:
Classe Cirúrgica: Sim () Não ()
Estado Geral de Paciente: Sim () Não ()
Técnica (Tipo e local): Sim () Não ()
Cirurgião (Tipo e local): Sim () Não ()
8 - MEDICACAO: MATERIALS USADOS:
ANESTESIA: .../... CIRURGIA: _____
9 - OBSERVAÇÕES:
10 - PÓS-OPERATORIO IMEDIATO:
Paciente: .../... Estado: .../... Exatidão: .../... Transfusão: .../...
Dor: .../... Hemorragia: .../... S. Intensiva: .../... UPR: .../... SPT: .../... Apr: .../... Estado: .../...
Data: _____ Hora: _____ Referência: _____ Cirurgião: .../...

ARUANA SEGUROS
31 JUL 2017



PACIENTE:	VIA AUGUSTO			DATA:	27/07/2017		
ORIENTAÇÃO:	DO. NUBELIO MORAES			AUXILIAR:			
ANESTESISTA:	DO. BRUNO			ANESTESIA:	RUGUE		
CIRURGIÃO:				CONSERVAÇÃO DO SANGUE:			
ESTRUMENTADOR:	VIA			CORREN:	70796		
CIRCUITANTE:	RUGUE			HORÁRIO INICIAL:	HORÁRIO FINAL:		
ENFERMEIRA:	RUGUE						

DESCRIÇÃO MATERIAL USADO EM SALA			
13x4,5	2007	2008	40x12
CARDIOPLEGICA	STIMUPLEX	RAGUE 35	RAGUE 27
CREPE 10CM	CREPE 15CM	CREPE 20CM	CREPE 30CM
GESSADA 10CM	GESSADA 15CM	GESSADA 20CM	
TRAQUEOST 7,0	TRAQUEOST 7,5	TRAQUEOST 8,0	TRAQUEOST 8,5
TRAQUEOST 9,0			
NASAL	CENTRAL PVC	EPIDURAL 16	SUBCLAVIA 16
EPIDURAL 17	JELCO 14	JELCO 18	JELCO 18
JELCO 20	JELCO 22	JELCO 24	
CLIP 100	CLIP 200	CLIP 300	CLIP 400
ADAPTIC	KERLIX	PURLON	TELA MARLEX
BOMBA	BOMBA FOTO	FRANGUE	PISTO MACRO
20CM	22CM	24CM	26CM
ESTURO 11	ESTURO 12	ESTURO 16	ESTURO 20
ESTURO 22	ESTURO 24	DERMATOCRO 6	
LUVA 7,0	LUVA 7,5	LUVA 8,0	LUVA 8,5
1ML	5ML	10ML	15ML
20ML	50ML	100ML	150ML
VENTAL CIRURG	EL COLOSTOMA	COMPRESSAS	GAPA PYVIDIO
COLET ABERTO	COLET FECHADO	CONDICAO 2VAS	CONDICAO 4VAS
ELETRODOS	FILTRO UNIDIF	GAZES	GELFOAM
GT CIRURGICO	LATEX	TORNEIRA 2VAS	PRESENY UTERO
SCALP 21	22	TRANSOFIX	TRANSPRENDÃO

DESCRIÇÃO MATERIAL USADO EM SALA			
KHER 8	KHER 10	KHER 12	KHER 14
KHER 16	SUCCAO 3,2	SUCCAO 4,8	SUCCAO 6,4
BLAKER 18FR	BLAKER 24FR	TORAX 20	TORAX 25
TORAX 30	TORAX 35	TORAX 40	TORAX 45
ENTERAL 10	ENTERAL 12		
ASPIRAÇÃO 10	ENDOTRAC 2,0	ENDOTRAC 2,5	ENDOTRAC 3,0
ENDOTRAC 3,5	ENDOTRAC 4,0	ENDOTRAC 4,5	ENDOTRAC 5,0
ENDOTRAC 5,5	ENDOTRAC 6,0	ENDOTRAC 6,5	ENDOTRAC 7,0
ENDOTRAC 7,5	ENDOTRAC 8,0	ENDOTRAC 8,5	ENDOTRAC 9,0
FOLEY 2VAS 14	FOLEY 2VAS 16	FOLEY 2VAS 18	FOLEY 2VAS 20
FOLEY 2VAS 22	FOLEY 2VAS 24	FOLEY 2VAS 26	FOLEY 2VAS 28
FOLEY 2VAS 30	FOLEY 2VAS 32	FOLEY 2VAS 34	FOLEY 2VAS 36
NASO 10	NASO 12	NASO 14	NASO 16
NASO 18	NASO 20	NASO 22	URETRAL 4
URETRAL 6	URETRAL 8	URETRAL 10	URETRAL 12
URETRAL 14	URETRAL 16	URETRAL 18	URETRAL 20
ALGODÃO 0	ALGODÃO 2-0	ALGODÃO 3-0	FTA GARDIACA
CRONADO 0	CRONADO 1	CRONADO 2-0	CRONADO 3-0
CRONADO 4-0	SEMPLES 2-0	SEMPLES 3-0	SEMPLES 4-0
SEMPLES 5-0	NYLON 2-0	NYLON 3-0	NYLON 4-0
NYLON 5-0	NYLON 6-0	NYLON 8-0	NYLON 9-0
NYLON 10-0	POLIESTER 2	POLIESTER 3-0	POLIESTER 4-0
POLIESTER 6-0	POLIESTER 8	PROLENE 0	PROLENE 1
PROLENE 2-0	PROLENE 3-0	PROLENE 4-0	PROLENE 6-0
VICRYL 0	VICRYL 1	VICRYL 2-0	VICRYL 3-0
VICRYL 4-0	CERA PROSSO	MANGAPASSO	VALVEROT
BEDA 2-0	BEDA 3-0	MONOCRYL 2-0	MONOCRYL 4-0
SUPROCEL 3078	ACO 1	ACO 4	ACO 6

ARUANA SEGUROS

31 JUL 2017



90790
Paulo Camelo
030.058.064-53
CREMEPE 3055

identificação

Nome: Dr. Augusto Data: 21/07/17 Registro: 24555
Convênio: SUS Leito: _____ Hora: _____

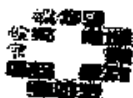
Equipe médica:

Argão: Dr. Augusto 1º auxiliar: _____
Testista: Dr. Augusto Instrumentador: Paulo
Plante: Paulo

INSTRUMENTAL	VALIDADE	INDICADOR
CAPOTE CO FUNDACAO PROFESSOR MARTINIANO FERNA BLOCO CIRURGICO LOTE: 12207 VAPOR TECIDO EST: 18/01/2017 VAL: 27/01/2017 GUSTAVO RAMOS CRPPE-2700	MOTOR DE CHAVE FUNDACAO PROFESSOR MARTINIANO FERNA CME LOTE: 12204 PLASMA EST: 18/01/2017 VAL: 27/01/2017 GUSTAVO RAMOS CRPPE-2700 WWW.FUNDACAOPEF.FM.FR	SCIOS FUNDACAO PROFESSOR MARTINIANO FERNA BLOCO CIRURGICO LOTE: 12186 PLASMA EST: 18/01/2017 VAL: 27/01/2017 GUSTAVO RAMOS CRPPE-2700
BALCO MIA FUNDACAO PROFESSOR MARTINIANO FERNA BLOCO CIRURGICO LOTE: 12174 VAPOR TECIDO EST: 18/01/2017 VAL: 27/01/2017 GUSTAVO RAMOS CRPPE-2700 WWW.FUNDACAOPEF.FM.FR	CHASTE BLOCUEADA DE 12184 PRISME FUNDACAO PROFESSOR MARTINIANO FERNA BLOCO CIRURGICO LOTE: 12184 VAPOR TECIDO EST: 18/01/2017 VAL: 27/01/2017 GUSTAVO RAMOS CRPPE-2700 WWW.FUNDACAOPEF.FM.FR	CUBA REDONDA FUNDACAO PROFESSOR MARTINIANO FERNA BLOCO CIRURGICO LOTE: 12181 VAPOR 13PC EST: 18/01/2017 VAL: 27/01/2017
LAP CIRURGICO FUNDACAO PROFESSOR MARTINIANO FERNA BLOCO CIRURGICO LOTE: 12172 VAPOR TECIDO EST: 18/01/2017 VAL: 27/01/2017 GUSTAVO RAMOS CRPPE-2700 WWW.FUNDACAOPEF.FM.FR	LAP CIRURGICO FUNDACAO PROFESSOR MARTINIANO FERNA BLOCO CIRURGICO LOTE: 12173 VAPOR TECIDO EST: 18/01/2017 VAL: 27/01/2017 GUSTAVO RAMOS CRPPE-2700 WWW.FUNDACAOPEF.FM.FR	CAMPO SUPERFICIAL FUNDACAO PROFESSOR MARTINIANO FERNA CME LOTE: 12177 VAPOR 13PC EST: 18/01/2017 VAL: 27/01/2017 GUSTAVO RAMOS CRPPE-2700
CANETA BISTURI FUNDACAO PROFESSOR MARTINIANO FERNA BLOCO CIRURGICO LOTE: 12184 VAPOR 13PC EST: 18/01/2017 VAL: 27/01/2017 GUSTAVO RAMOS CRPPE-2700 WWW.FUNDACAOPEF.FM.FR	101 AMBISTEMA FUNDACAO PROFESSOR MARTINIANO FERNA BLOCO CIRURGICO LOTE: 12184 VAPOR 13PC EST: 18/01/2017 VAL: 27/01/2017 GUSTAVO RAMOS CRPPE-2700 WWW.FUNDACAOPEF.FM.FR	ATAJURA 1000 FUNDACAO PROFESSOR MARTINIANO FERNA BLOCO CIRURGICO LOTE: 12186 VAPOR 13PC EST: 18/01/2017 VAL: 27/01/2017 GUSTAVO RAMOS CRPPE-2700
PUNHO DE FORD FUNDACAO PROFESSOR MARTINIANO FERNA BLOCO CIRURGICO LOTE: 12184 VAPOR 13PC EST: 18/01/2017 VAL: 27/01/2017 GUSTAVO RAMOS CRPPE-2700 WWW.FUNDACAOPEF.FM.FR	LAP CIRURGICO FUNDACAO PROFESSOR MARTINIANO FERNA CME LOTE: 12186 VAPOR TECIDO EST: 18/01/2017 VAL: 27/01/2017 GUSTAVO RAMOS CRPPE-2700 WWW.FUNDACAOPEF.FM.FR	ATAJURA 1000 FUNDACAO PROFESSOR MARTINIANO FERNA BLOCO CIRURGICO LOTE: 12186 VAPOR 13PC EST: 18/01/2017 VAL: 27/01/2017 GUSTAVO RAMOS CRPPE-2700
CAPOTE CO FUNDACAO PROFESSOR MARTINIANO FERNA CME LOTE: 12186 VAPOR TECIDO EST: 18/01/2017 VAL: 27/01/2017 GUSTAVO RAMOS CRPPE-2700 WWW.FUNDACAOPEF.FM.FR	ATAJURA 1000 FUNDACAO PROFESSOR MARTINIANO FERNA BLOCO CIRURGICO LOTE: 12186 VAPOR 13PC EST: 18/01/2017 VAL: 27/01/2017 GUSTAVO RAMOS CRPPE-2700	ATAJURA 1000 FUNDACAO PROFESSOR MARTINIANO FERNA BLOCO CIRURGICO LOTE: 12186 VAPOR 13PC EST: 18/01/2017 VAL: 27/01/2017 GUSTAVO RAMOS CRPPE-2700

ARUANA SEGUROS
31 JUL 2017





**HOSPITAL
DOM HELDER**



**GESTÃO
IMIP
HOSPITALAR**

1. Identificação

Nome: Jose Augusto data: 21/01/17 Hora: 15h Registro: 26.770
Leito de origem: 404-02 Leito da SRPA: 02

70770
Paulo Camelo
CPF: 030.030.030
CREMEPE 3005

2. Procedimento cirúrgico

Cirurgia: _____
Tipo de anestesia: Raqui
Equip: Dr Marcelo Malhado Anestesiista: Dr Graça

3. Admissão

Estado geral: () Bom (☒) Regular () Torporoso () Grave*
Respiração: (☒) Espontânea () Assistida não invasiva () Entubado () Traqueostomizado
Sonda: () JSVD () JSNG () SNE
Acesso Venoso Periférico: () Não (☒) Sim Onde: MSA
Acesso Venoso Central: (☒) Não () Sim Onde: _____
Drenos: (☒) Não () Sim Onde: _____
Sinais vitais: PA: 127x73 mmHg FR: 20 /min FC: 59 p/min SaPO2: 100%
Glasgow: _____

4. Monitorização

SSVV/ Horário	15'	30'	60'	1:30 h	2:00h	3:00h
PA	127x73	129x69	135x76			
FR						
FC	59	75	72			
SaPO2	98%	98%	100%			
Glasgow						

5. Intercorrências/observações:

6. Alta da SRPA

Sinais vitais: PA: _____ FC: _____ FR: _____ SaPO2: _____ Glasgow: _____

Destino: () Enfermaria () UTI () Emergência () Ambulatório () Residência

Data: 21/01/17 Horário: 15h Responsável pelo encaminhamento: _____

Alta da SRPA pelo médico: 5083

ARUANA SEGUROS

31 JUL 2017





SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - SAE
BLOCO CIRÚRGICO

90790



Nome: JOSE AUGUSTO DE SOUZA

Registro: 21395

Procedimento cirúrgico: TOT HO. CIRCUN. F. NAT.

Data: 21/01/17

DIAGNÓSTICO

Ansiedade (E)

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

HORÁRIOS

1. Ansiedade ()

- () Encorajar verbalização dos sentimentos e medos
- () Proporcionar apoio emocional
- () Dar informação ao paciente e familiares
- () Outros

2. Ventilação prejudicada (X)

- () Manter decúbito elevado
- () Aspirar vias aéreas superiores de ___/___h
- () Ensinar o paciente a tossir de forma eficaz
- () Manter o paciente em posição de Fowler
- (X) Anotar horário/valor de queda da saturação, FC e FR
- (X) Instalar (X) manter (X) Anotar oximetria de pulso
- () Outros

3. Padrão de eliminação urinária

() Diminuído () Aumentado

- () Registrar frequência, volume e aspecto da diurese de ___/___h
- () Estimular eliminação por meios físicos (ligar torneira, compressas frias no abdômen).
- () Colocar o paciente em posição de Fowler
- () Orientar o aumento da ingestão hídrica, se não houver restrição
- () Registrar se: () Dor ao urinar () Abaulamento em região suprapúbica () Ausência de diurese espontânea
- () Outros

4. Dor (X)

Local: _____

() Leve () Moderada () Severa

- (X) Verificar qual posição adequada do paciente no pós anestésico
- (X) Avaliar a localização e a intensidade da dor
- (X) Reavaliar a dor após 30 min. Da administração da medicação
- (X) Identificar fatores desencadeantes da dor
- (X) Registrar características e intensidade da dor
- () Outros

5. Integridade tissular prejudicada (X)

- (X) Descrever características da lesão
- (X) Realizar curativo de 21/21h
- () Realizar mudança de decúbito de ___/___h
- () Medir débito de dreno de ___/___h
- () Manter curativo oclusivo por ___h
- () Outros

6. Sangramento ()

Local: _____

() Leve () Moderado () Severo

- () Aferir pressão arterial de ___/___h
- () Manter decúbito: _____
- () Realizar curativo compressivo
- () Outros

7. Imobilidade no leito prejudicada ()

- () Pinçar dreno ao transportar paciente
- () Avaliar mobilização do dreno (Tractionado)
- () Manter repouso no leito em posição: _____

ARUANA SEGUROS

31 JUL 2017





Hospital Metropolitano Sul Dom Helder Câmara
IMP Hospitalar
CNPJ: 09.039.744/0008-98

Fundação Professor Martiniano Fernandes
IMP HOSPITALAR
CNPJ: 09.039.744/0001-94

HOSPITAL DOM HELDER CAMARA

FUND. MARTINIANO FERNANDES CHECKLIST DE CIRURGIA SEGURA

Registro: 90253
Nome: JOSE AUGUSTO DE SOUZA OLIVEIRA
Mãe: MARIA HELENA DE SOUZA DE OLIVEIRA
End.: RUA LAURO PAIVA
Enferm.: LEITO 10

Atendimento: 355278
Leito: 623

DL Cad: 13/11/2011
Dt. Nasc: 4/10/1992
Bairro: CENTRO
Cidade: PALMARES
CNS: 898000534112775

ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA

- ☒ Confirmação sobre o paciente
- Identificação do paciente
 - Local da cirurgia a ser feita
 - Procedimento a ser realizado
 - Consentimento informado realizado

- ☒ Sítio cirúrgico do lado correto / ou não se aplica
- ☒ Checagem do equipamento anestésico
- ☒ Oxímetro de pulso instalado e funcionando

O paciente tem alguma alergia?

- ☒ Não
- ☐ Sim

Há risco de via aérea difícil / broncoaspiração?

- ☒ Não
- ☐ Sim e há equipamento disponível

Há risco de perda sanguínea > 500ml (7ml/kg em crianças)?

- ☒ Não
- ☐ Sim e há equipamento disponível

ANTES DE INICIAR A CIRURGIA

- ☐ Todos os profissionais da equipe confirmam seus nomes e profissões
- ☐ O cirurgião, o anestesista e a enfermagem verbalmente confirmam
- Identificação do paciente
 - Local da cirurgia a ser feita
 - Procedimento a ser realizado

Antecipação de eventos críticos:

- ☐ Revisão do cirurgião: Há passos críticos na cirurgia? **NÃO**
- Qual sua duração estimada? Há possíveis perdas sanguíneas? **± 1h30min, NÃO**

- ☐ Revisão do anestesista: Há alguma preocupação em relação ao paciente? **NÃO**

- ☐ Revisão da enfermagem: Houve correta esterilização do instrumental cirúrgico? **Sim**

O antibiótico profilático foi dado nos últimos 60 minutos?

- ☒ Sim **cifazolina 200**
- ☐ Não se aplica

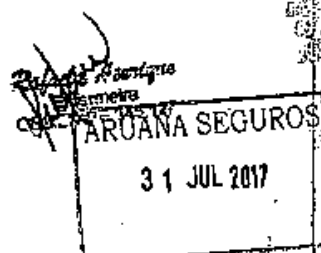
Exames de imagem estão disponíveis?

- ☒ Sim **Rx**
- ☐ Não se aplica

ANTES DO PACIENTE SAIR DA SALA CIRÚRGICA

A enfermeira confirma verbalmente com a equipe:

- ☐ Nome do procedimento realizado **HO. cirur. Fract. tibia (E)**
- ☐ A contagem de compressas, instrumentos e agulhas está correta (ou não se aplica) **Sim**
- ☐ Biópsias estão identificadas com o nome do paciente **NÃO**
- ☐ Houve algum problema com equipamentos que devem ser resolvido **NÃO**
- ☐ O cirurgião, o anestesista e a enfermagem analisam os pontos mais importantes na recuperação pós-anestésica e pós-operatória desse paciente **Sim**





HOSPITAL
DOM HELDER CÂMARA



EVOLUÇÃO CLÍNICA

Nome:

João Augusto

Registro:

90790
Paulo Camelo
CPF: 030.033.154-53
CREMEPE 3035

Clínica:

Enfermaria:

Lado:

Data/Hora	
21/01/17	Paciente com ECR, com sinais de desidratação, suprateno disto VD, PUP. Que não foi eliminado a pontuação. Segue na Unidade de supervisão. Admitido a partir na 13 anos de idade.
21/01/17	# Exame físico Paciente letárgico em PRG, com fronte e orientado. Afebril. Tórax, normal. DTV. 03 em PD. NEGA HAS, DUE, SI ALERGIA. Sinais
21/01/17	Paciente admitido na UO. Condiciona, com a avaliação médica. Na UO, DTV. 03 em, Sinais e Sinais. Sinais e Sinais, DTV. 6 - AIT. UO, Sinais e Sinais.
	Dr. Mary Pereira Siqueira de Souza Enfermeira CONCREME 402.203
22/01/17	Paciente admitido na UO. Condiciona, com sinais e Sinais. Sinais e Sinais, DTV. Sinais e Sinais.

ARUANA SEGUROS

31 JUL 2017



VALOR EM TÍTULOS

100.000,00

8.600.129

JOSE AUGUSTO DE SOUZA OLIVEIRA >>

JOSE ARISTARCO GOMES DE OLIVEIRA >>

MARIA HELENA DE SOUZA DE OLIVEIRA >>

RIBEIRÃO - PE

04/10/1992

002437 31 RIBEIRÃO PE >>

000.002.274-77

Documentos de Identificação



1024993036

1024993036

JOSE AUGUSTO DE SOUZA OLIVEIRA

JOSE ARISTARCO GOMES DE OLIVEIRA

MARIA HELENA DE SOUZA DE OLIVEIRA

RIBEIRÃO - PE

04/10/1992

002437 31 RIBEIRÃO PE >>

000.002.274-77

JOSE AUGUSTO DE SOUZA OLIVEIRA

JOSE ARISTARCO GOMES DE OLIVEIRA

MARIA HELENA DE SOUZA DE OLIVEIRA

RIBEIRÃO - PE

04/10/1992

002437 31 RIBEIRÃO PE >>

000.002.274-77

ARUANA SEGUROS

31 JUL 2017



está obrigada a usá-la, para prevenir acidentes e evitar danos materiais e pessoais.

Mantenha-se sempre em guarda perante as máquinas nos diversos lugares.

Para a máquina quando tiver que contatá-la ou ligá-la, habilite-se a trabalhar protegido contra os acidentes. Use equipamento de proteção adequada e demais dispositivos.

Conheça o manuseio dos extintores e demais dispositivos de combate ao fogo existentes em seu local de trabalho.

Verifique a necessidade de usá-los a qualquer momento.

Se você não tiver conhecimento das regras de segurança da CIPA e de suas atribuições, procure o médico imediato, se você for vítima de um acidente, imediatamente.

As máquinas não representam nenhum perigo, mas você deve respeitá-las.

Atente-se às recomendações dos membros da CIPA e de seus representantes.

Se você não tiver conhecimento das regras de segurança da CIPA e de suas atribuições, procure o médico imediato, se você for vítima de um acidente, imediatamente.



MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO
CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

Número **018689** Série **000095**

José Augusto de Souza OLIVEIRA
 ASSINATURA DO PORTADOR



ARUANA SEGUROS
 31 JUL 2017



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 0.317.129 DATA DE EXPEDIÇÃO 14/12/2016

NOME << LUCAS VINÍCIUS MAIA SEPULVEDA >>

FILIAÇÃO << MIGUEL ANGEL SEPULVEDA MORALES >>
<< SANDRA MARA MANGABEIRA MAIA >>

NATURALIDADE PETROLINA - PE DATA DE NASCIMENTO 25/07/1989

DIG. ORIGEM << CIN.7591 L.A-142 F.172 CART.SEDE PETROLINA PE 11.07.2007 >>

CNPJ 076711374-60

ASSINADO DIRETOR

LEI Nº 7.118 DE 29/08/03

116036231412130524-7292212

Documentos de Identificação



CARTÃO DE IDENTIDADE

ASSINADO DIRETOR

ESTADO DE PERNAMBUCO

SECRETARIA DE JUSTIÇA SOCIAL

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO E REGISTRO

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

EC-1

ARUANA SEGUROS

31 JUL 2017



IDENTIFICAÇÃO

VITIMA JOSE AUGUSTO DE SOUZA OLIVEIRA
 DATA DO ACIDENTE 20.01.17 CPF DA VITIMA 100.682.374-77
 PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO Foras Linhas para Seguradora
 QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR () VITIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM
 A VITIMA É JOSE AUGUSTO DE SOUZA OLIVEIRA
 ENDEREÇO DO PORTADOR R. João Alencar Cabral
 Nº 32 COMPLEMENTO SALA 12 BAIRRO 4ª. Atlântico
 CIDADE Ouro UF PE CEP 53440-290
 E-MAIL _____ TELEFONE (81) 3011 3224

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- ☒ REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
☒ CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☒ CPF DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☒ LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
☒ ATUA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VITIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL) QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA
☒ BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☒ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
☒ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFI-
 OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTI-
 DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
 OSS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VITIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- () REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
 () CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA
 DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () CPF DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O
 TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () COMPROVANTES (ORIGINALS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUINTAS
 () NOTAS FISCAIS (ORIGINALS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA
 SIMPLES E LEGÍVEL)
 () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA
 (ORIGINAL)
 () AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE
 CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO
 DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU
 DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
 OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VITIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- VALORES DE INDENIZAÇÃO
 - MORTE = R\$ 11.500,00
 - INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 11.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE
 DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
 - DESPESAS MÉDICAS (QUANTO) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR
 VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.

PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO E DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO
 COMPLETA

COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS
 LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
 PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSAR: WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE
 0800 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

JA 31/07/2017ENTIDADE B. 317.129

SIGNATURA

RESPONSÁVEL PELA REPRESENTAÇÃO DA SEGURADORA

DATA 31 JUL 2017

NOME

ASSINATURA

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

MINISTÉRIO DA JUSTIÇA

DETRAN-PE
CONSULTA DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO VIA INTERNET

VIA _____ CÔD. RENAVAM _____ R.T.B. _____ EXERCÍCIO _____
AAA ***** PAAA APAA

NOME / ENDEREÇO

CPF / CGC _____ PLACA _____
***** PGR1128

PLACA ANTERIOR/UF _____ CHASSI _____
9C2KD0540DR155751

ESPÉCIE TIPO _____ COMBUSTÍVEL _____
PAS MOTOCICLETA ALCO/GASOL

MARCA/ MODELO _____ ANO FAB _____ ANO MOD _____
HONDA/NXR150 BROS ESD 2013 2013

CAP / POT / CIL _____ CATEGORIA _____ COR PREDOMINANTE _____
2/0/148 PARTIC VERMELHA

I COTA ÚNICA (R\$) _____ VENC. COTA ÚNICA _____ VENC. COTAS _____
P FAIXA LPVA _____ PARCELAMENTO / COTAS _____
V *****
A 3 x 0.00 2° *****
3° *****

PRÊMIO LÍQUIDO (R\$) _____ ISOE _____ PRÊMIO TOTAL (R\$) _____ DATA DE PAGAMENTO _____

OBSERVAÇÕES _____

RESTRIÇÕES:

AL. FID. ADM CONS NAC HONDA LTDA
RESTRICAO ADM CD 01 - MEDIA MONTA

Baixa do gravame autorizado pelo Sistema Nacional de Gravames. Agende a vistoria e posterior atendimento do veículo para realização do serviço de Baixa de Gravame apresentando CRV original, fotocópias da identidade e CPF, comprovantes de pagamentos de taxas e multas, se houver. Não sendo o proprietário, apresentar a procuração dentro das normas existentes.

No caso de Leasing, antes dos passos anteriores, siga as orientações do Banco/Financeira, bem como, obtenha os documentos para realizar a Transferência de Propriedade do Veículo.

VEÍCULO ATENDE A RESOLUÇÃO 372/2011 CONTRAN - PLACAS REFLETIVAS

RECIFE LOCAL DATA
VIA INTERNET

ARUANA SEGUROS

31 JUL 2017

Selo com o Selo de Identificação
 Ribeirão-PE
 REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 ESTADO DE PERNAMBUCO
 CARTÓRIO OFÍCIO ÚNICO RIBEIRÃO PE
 Rua João Pessoa, 537 - Centro | Fone (81) 36711418
 Autentica presente cópia conforme o original. Dou
 Ribeirão, 28/08/2017
 Cristiana de Oliveira Santos Marcelino - 24 Substit
 Ao Cartório: R\$ 2,99 - TSM: R\$ 0,66 - FERC: R\$ 0,00
 - Total: R\$ 3,65 - cartorioideribeira@hotmail.com
 Selo digital: 0073791.1T007201701.02576
 Confira a autenticidade em: www.jus.br/interdigit

07R-47
 ESTADO DE PERNAMBUCO
 CATEGORIA DE IDENTIDADE
 Cristiana Maria da Silva

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
 Nº 7.543.970
 DATA 28/02/2015
 << CRISTIANE MARIA DA SILVA >>
 << SEVERINO MANOEL DA SILVA >>
 << MARIA DO CARMO DA CONCEIÇÃO >>
 FEIRA NOVA - PE
 23/12/1985
 NOVA-PE 18.09.1987
 078.790.684-06

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 ESTADO DE PERNAMBUCO
 CARTÓRIO OFÍCIO ÚNICO RIBEIRÃO PE
 Rua João Pessoa, 537 - Centro | Fone (81) 36711418
 Autentica presente cópia conforme o original. Dou
 Ribeirão, 29/08/2017
 Cristiana de Oliveira Santos Marcelino - 24 Substit
 Ao Cartório: R\$ 2,99 - TSM: R\$ 0,66 - FERC: R\$ 0,00
 - Total: R\$ 3,65 - cartorioideribeira@hotmail.com
 Selo digital: 0073791.AST07201701.02577
 Confira a autenticidade em: www.jus.br/interdigit

Outros



ARUANA SEGUROS
 27 SET 2017



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170425958 **Cidade:** Ribeirão **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE AUGUSTO DE SOUZA **Data do acidente:** 20/01/2017 **Seguradora:** BRASIL VEICULOS CIA DE SEGUROS
OLIVEIRA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 06/10/2017

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMA NO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO

Resultados terapêuticos: DEPENDE DE PERÍCIA MÉDICA

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: OS DADOS INFORMADOS NO SINISTRO, SÃO INSUFICIENTES PARA QUE SE FAÇA UMA ANÁLISE SEGURA DE POSSÍVEIS SEQUELAS

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

AMORIM E MATTOS SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS LT

Nome do médico: DORIAN BRAGA SARAIVA

CRM do médico: 52.32571-1

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170425958 **Cidade:** Ribeirão **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE AUGUSTO DE SOUZA **Data do acidente:** 20/01/2017 **Seguradora:** BRASIL VEICULOS CIA DE SEGUROS
OLIVEIRA

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DOS OSSOS DA PERNA ESQUERDA

Descrição do exame médico pericial: DEFICIT FUNCIONAL EM TORNOZELO ESQUERDO GRAU MÉDIO

Resultados terapêuticos: VITIMA SUBMETIDA A TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DOS OSSOS DA PERNA ESQUERDA COM HASTE INTRAMEDULAR APRESENTANDO CONSOLIDAÇÃO. REALIZOU FISIOTERAPIA. DIMINUIÇÃO NA AMPLITUDE DE FLEXO-EXTENSÃO DO TORNOZELO ESQUERDO COM LINFEDEMA

Sequelas permanentes: APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO TORNOZELO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 18/10/2017

Conduta mantida:

Observações: OBS - MANTIDO ENQUADRAMENTO DO MÉDICO EXAMINADOR

Médico examinador: THIAGO PEDRO DE ARAUJO ALVES

CRM do médico: 18568

UF do CRM do médico: PE

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 completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

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:



PROCURAÇÃO PARTICULAR

PRODUTOS



Outorgante: JOSE AUGUSTO DE SOUZA OLIVEIRA
RG/CNH/CTPS: 8.600.129 CPF: 100.682.276-77
End: RUA SESC COTR. ALIO, 144, CENTRO, RIBEIRÃO - PE

Outorgado: LUCAS VINÍCIUS MATA SERRAQUEIRA
RG/CNH/CTPS: 8.317.129 CPF: 076.711.376-80
End: RUA PEDRO ALVARES CABRAL, 32, JARDIM ATLÂNTICO - OLINDA - PE

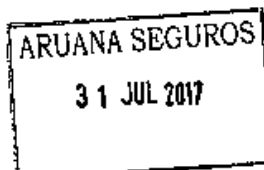
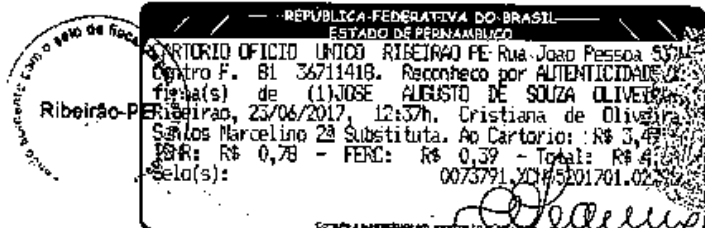
Nomeio meu bastante procurador o **outorgado** acima citado com poderes especificos para resolver todas as questões administrativas referentes ao **SEGURO DPVAT**, que figura como vítima:

JOSE AUGUSTO DE SOUZA OLIVEIRA.

Ribeirão, 23 de Junho de 2017.

Cartório
Jus
Jus
Jus

Jose Augusto de Souza Oliveira
(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)



Rio de Janeiro, 11 de Agosto de 2017

Carta nº: 11468774

A/C: JOSE AUGUSTO DE SOUZA OLIVEIRA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170425958 ASL-0294054/17
Vitima: JOSE AUGUSTO DE SOUZA OLIVEIRA
Data Acidente: 20/01/2017
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: LUCAS VINICIUS MAIA SEPULVEDA

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site www.seguradoralider.com.br, ou ligue para a SAC DPVAT 0800 022 12 04.

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

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

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

ATENÇÃO:

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 01927/01928 - carta_01



Rio de Janeiro, 11 de Agosto de 2017

Carta nº: 11468775

A/C: JOSE AUGUSTO DE SOUZA OLIVEIRA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170425958 ASL-0294054/17
Vítima: JOSE AUGUSTO DE SOUZA OLIVEIRA
Data Acidente: 20/01/2017
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: LUCAS VINICIUS MAIA SEPULVEDA

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **31/07/2017** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **20/01/2017**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Declaração do Proprietário do Veículo não conclusivo

Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na **ARUANA SEGUROS S/A** onde o aviso de sinistro foi registrado.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental.

NÃO PERCA TEMPO!

PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 01311/01312 - carta_03



Rio de Janeiro, 06 de Outubro de 2017

Carta nº: 11773328

A/C: JOSE AUGUSTO DE SOUZA OLIVEIRA

Sinistro: 3170425958 ASL-0294054/17
Vítima: JOSE AUGUSTO DE SOUZA OLIVEIRA
Data Acidente: 20/01/2017
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: LUCAS VINICIUS MAIA SEPULVEDA

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

Em relação sinistro acima referenciado, comunicamos que após análise da documentação apresentada, foi detectada a necessidade de informações complementares, razão pela qual está sendo interrompido o prazo regulamentar para o pagamento da indenização.

Pedimos aguardar novo pronunciamento o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as averiguações cabíveis.

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

ATENÇÃO:

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00657/00658 - carta_02

00060329



Rio de Janeiro, 26 de Outubro de 2017

Carta nº: 11869283

A/C: JOSE AUGUSTO DE SOUZA OLIVEIRA

Sinistro: 3170425958 ASL-0294054/17
Vitima: JOSE AUGUSTO DE SOUZA OLIVEIRA
Data Acidente: 20/01/2017
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: LUCAS VINICIUS MAIA SEPULVEDA

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: JOSE AUGUSTO DE SOUZA OLIVEIRA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000004753

Conta: 000004989-9

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	1.687,50

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

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 =	R\$	1.687,50
---	-----	----------

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

Pag. 01277/01278 - carta_15R



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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Sinistro: 3170425958 - 1
Nome do(a) Examinado(a): JOSE AUGUSTO DE SOUZA OLIVEIRA
Endereço do(a) Examinado(a): RUA SESC CENTENARIO nº 144 - CENTRO - RIBEIRAO/PE
Identificação - Órgão Emissor/UF/Número: RG 8600129 - SSP
Data local do exame: 18/10/2017 CARUARU/PE

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)

FRATURA DOS OSSOS DA PERNA ESQUERDA

a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação?

☒ SIM

☐ NÃO

b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico?

☒ SIM

☐ NÃO

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicação.

VITIMA SUBMETIDA A TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DOS OSSOS DA PERNA ESQUERDA COM HASTE INTRAMEDULAR APRESENTANDO CONSOLIDAÇÃO. REALIZOU FISIOTERAPIA.DIMINUIÇÃO NA AMPLITUDE DE FLEXO-EXTENSÃO DO TORNOZELO ESQUERDO COM LINFEDEMA

III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)?

☒ SIM

☐ NÃO

Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

DEFICIT FUNCIONAL EM TORNOZELO ESQUERDO GRAU MÉDIO

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

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

☐ Vítima em tratamento

☐ 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

☐ Exame não permite conclusão

Vide motivo do impedimento no campo das observações

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

Região Corporal(Sequela)

TORNOZELO ESQUERDO

☐ 10% ☐ 25% ☒ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela)

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela)

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela)

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações(*)

☐ Total = "100% da IS"

V. Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valorização do dano corporal.

MANTIDO ENQUADRAMENTO DO MÉDICO EXAMINADOR -

Local e data de realização do exame médico legal:

PE - CARUARU, 18/10/2017

Médico Perito: THIAGO PEDRO DE ARAUJO ALVES CRM:18568/PE


Dr. Thiago Pedro de A. Alves
MÉDICO
CRM 18568

Assinatura do perito Examinador - CRM



Autorização de pagamento



AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO _____

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

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

EU, JOSE AUGUSTO DE SOUZA OLIVEIRA

PORTADOR(A) DO RG Nº B.600.129 EXPEDIDO POR Eds EM 10/05/12 E

CPF 100682271-77 / CNPJ 000000000-0000-00, PROFISSÃO Gerente

E RENDA MENSAL DE R\$ 700,00 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO

SEGURO DPVAT DA VÍTIMA JOSE AUGUSTO DE SOUZA OLIVEIRA, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO

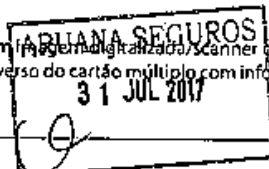
DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

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

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

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional;
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL, operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

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



PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

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

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

Nº do BANCO 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 1753 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 1989-9

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

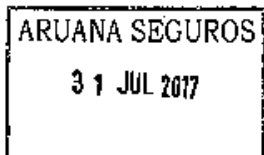
Ribeirão Preto, 21 de 07 de 17
LOCAL E DATA

Jose Augusto de Souza Oliveira
ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

ATENÇÃO

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







GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 071ª CIRCUNSCRIÇÃO - RIBEIRÃO -
DP71ªCIRC DINTER1/13ªDESEC

Boletim de ocorrência



ARUANA SEGUROS

31 JUL 2017

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **17E0161000791**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **17/06/2017** às
09:50

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)
que aconteceu no dia **20/1/2017** às **17:15**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE CABO DE SANTO AGOSTINHO**
(MUNICÍPIO), 01, BR-101, MERCÊS - Bairro: CENTRO - CABO DE SANTO
AGOSTINHO/PERNAMBUCO/BRASIL
Local do Fato: **RODOVIA FEDERAL**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

ISRAEL CAETANO DA SILVA (AUTOR / AGENTE)
CRISTIANE MARIA DA SILVA (OUTRO)
JOSÉ AUGUSTO DE SOUZA OLIVEIRA (VITIMA)
JOSÉ SEVERINO DA SILVA (VITIMA)



Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a):
ISRAEL CAETANO DA SILVA
VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a):
JOSÉ SEVERINO DA SILVA

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

JOSÉ SEVERINO DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: MARIA DO
CARMO DA CONCEIÇÃO Data de Nascimento: 11/10/1988 Naturalidade: ESCADA /
PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 8360466/9D8/PE (RG), 09570216429 (CPF) Estado
Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 2º. GRAU COMPLETO Profissão: SERVENTE Telefones
Celulares:
- 957020698

Endereço Residencial: MUNICÍPIO DE AMARAJO, 1 - CEP: 0 - Bairro: DEMARCAÇÃO -
AMARAJO/PERNAMBUCO/BRASIL

JOSÉ AUGUSTO DE SOUZA OLIVEIRA (presente ao plantão) - Sexo:
Masculino Mãe: MARIA HELENA DE SOUZA DE OLIVEIRA Pai: JOSÉ ARISTARCO GOMES
DE OLIVEIRA Data de Nascimento: 4/10/1962 Naturalidade: RIBEIRÃO / PERNAMBUCO /
BRASIL Documentos: 8000129/9D8/PE (RG) Estado Civil: CASADO(A) Escolaridade: 2º. GRAU
COMPLETO Profissão: SERVENTE Telefones Celulares:
- 954282634

17/06/2017 09:47



Endereço Residencial: **RUA SESQUECENTENARIO, 144 - CEP: 0 - Bairro: CENTRO - RIBEIRAO/PERNAMBUCO/BRASIL**

CRISTIANE MARIA DA SILVA (não presente no plantão) - Sexo: **Feminino** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

ISRAEL CAETANO DA SILVA (não presente no plantão) - Sexo: **Masculino** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

HONDA/NXR150 BROS ESD (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **CRISTIANE MARIA DA SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **JOSÉ SEVERINO DA SILVA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/NXR150 BROS** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **01 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **DDH1128** (PERNAMBUCO/RIBEIRAO) Renavam: **527750276** Chassi: **902KD00400R145781**
Ano Fabricação/Modelo: **2013/2013** Combustível: **ALCO/GASOL**

FIAT/UNO MILLE ECONOMY (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **ISRAEL CAETANO DA SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **ISRAEL CAETANO DA SILVA**
Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMOVEI/FIAT/UNO** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **01 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **KHV0660** (PERNAMBUCO/CABO DE SANTO AGOSTINHO) Renavam: **880325237** Chassi: **5B015622A902080G**
Ano Fabricação/Modelo: **2008/2008** Combustível: **ALCO/GASOL**

Complemento / Observação

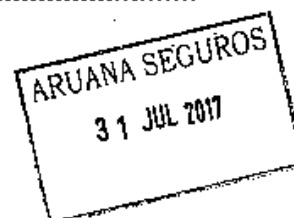
O SENHOR JOSE SEVERINO INFORMOU VINHA PILOTANDO SUA MOTO QUANDO O AUTOMÓVEL, ACIMA DESCRITO, O QUAL ERA CONDUZIDO PELO SENHOR ISRAEL, BATEU NA TRASEIRA DA MOTO DERRUBANDO O SENHOR JOSÉ SEVERINO E O SENHOR JOSÉ AUGUSTO QUE OCUPAVA GARUPA DA MOTOCICLETA. DE ACORDO COM FICHA HOSPITALAR APRESENTADA O SENHOR JOSE AUGUSTO DEU ENTRADA NO HOSPITAL DON HELDER EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE, TENDO SOFRIDO FRATURA NA TÍBIA E FÍBULA, DA PERNA ESQUERDA; SEM OUTROS FERIMENTOS PELO CORPO (ARRANHÕES E CONTUSÕES), JÁ O SENHOR JOSE CÍCERO INFORMA QUE SOFREU APENAS ESCORIAÇÕES. AS VITIMAS INFORMAM A POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL ESTEVE NO LOCAL CONFORME OCORRÊNCIA N° 1706358801. ESTE REGISTRO É FEITO NESTA CIDADE EM FACE DA VITIMA, SENHOR JOSE AUGUSTO, NELA RESIDIR, E, MEDIANTE APRESENTAÇÃO DA DOCUMENTAÇÃO REFERENTE A SUA ENTRADA HOSPITALAR.

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

JOSÉ SEVERINO DA SILVA
(VITIMA)

JOSÉ AUGUSTO DE SOUZA OLIVEIRA
(VITIMA)

B.O. registrado por: **VALTER HENRIQUE DO CARMO SILVA** - Matrícula: **310741-7**



17/06/2017 09:47



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, JOSE AUGUSTO DE SOUZA OLIVEIRA

portador da carteira de identidade nº 8.600.129 e inscrito no CPF/MF sob o nº 100.682.279-77

residente e domiciliado na Rua SEEC CENTENÁRIO, 144, CENTRO

Cidade RIBEIRÃO, Estado PE, 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:

Declaração de Inexistência do IML



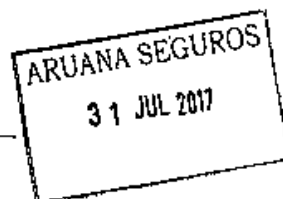
- ☒ Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
☐ O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
☐ O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (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.

RIBEIRÃO - PE 21/07/17

Local e data



Jose Augusto de Souza Oliveira
Assinatura do declarante

Assinatura do representante legal





SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DE PERNAMBUCO

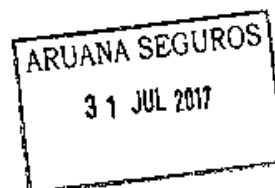
CERTIDÃO

Certidão nº 2017APH000340 Div. Op.

Com fulcro no art. 5º XXXIV, letra "b" da Constituição Federal Brasileira, venho por meio de solicitação feita pelo(a) Sr(ª). JOSE A. DE SOUZA OLIVEIRA, 24 anos, BRASILEIRO(a), CASADO(a), RG nº 8600129 SDSPE, inscrito(a) na Receita Federal sob o CPF nº 100.682.274-77, residente à RUA SESC CENTENÁRIO, nº 144, , CENTRO, RIBEIRAO-PE, certificar que este Grupamento de Bombeiros de Atendimento Pré-Hospitalar atendeu a uma ocorrência no dia 20/01/2017, por volta das 17:38 hs, no endereço: BR 101, S/N, CHARNECA CABO-PE, referente a um(a) COLISÃO MOTO X CARRO, envolvendo FIAT UNO VERMELHO - KHV 0950 - ISRAEL CAETANO DA SILVA E HONDA BROS VERMELHA - PGR 1128 - JOSÉ AUGUSTO DE SOUZA OLIVEIRA, no(a) qual fora vitimado(a) o(a) Sr(ª) JOSÉ AUGUSTO DE SOUZA OLIVEIRA, inscrito sob o CPF nº 100.682.274-77 e Registro Geral ° 8600129, atendido(a) pela Unidade Tática de Resgate do Grupamento de Bombeiros de Atendimento Pré-Hospitalar, comandada pelo(a) SD FLÁVIO. Foi transportado(a) para o HOSPITAL DOM HÉLDER. Registrado(a) com o prontuário nº 24395. Os registros desta Certidão foram extraídos dos arquivos da Divisão de Operações / GBAPH.

Posição em 20/02/2017

A autenticidade desta certidão deve ser confirmada através do portal do Corpo de Bombeiros, no site <http://www.cbm.pe.gov.br/>, consultar protocolo nº 2017APH000340



Av. João de Barros, 399 - Boa Vista - Recife/PE - CEP 50050-180

Fone: (81) 3182-9126 / CNPJ: 00.358.773/0001-44



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: 20/10/2017

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE AUGUSTO DE SOUZA OLIVEIRA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 04753

CONTA: 000000004989-9

Nr. da Autenticação B6FBA0E8EB9402FD



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Comprovante de residência



Eu, JOSE AUGUSTO DE SOUZA OLIVEIRA

RG nº B. 600. 129, data de expedição 10/05/12, Órgão SDS/PE

CPF 100. 682. 274-77, Venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro(Rua/Avenida/Prça)	<u>RUA SESC CENTENARIO</u>
Número	<u>144</u>
Apto/Complemento	
BAIRRO	<u>CENTRO</u>
CIDADE	<u>RIBEIRÃO</u>
ESTADO	<u>PE</u>
CEP	
Telefone de Contato	<u>(81) 3011-3224</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

RIBEIRÃO - PE 21/07/17

Local e data

Jose Augusto de Souza Oliveira
Assinatura do declarante

Assinatura do representante legal

ARUANA SEGUROS

31 JUL 2017





PREVIDÊNCIA SOCIAL
INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL



026697



JOSE AUGUSTO DE SOUSA OLIVEIRA
RUA SESC CENTENARIO 144
CENTRO
RIBEIRAO PE
55520-000



5013196987406700000002669730040417

ARUANA SEGUROS

31 JUL 2017



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Comprovante de residência



Eu, LUCAS VINÍCIUS MATA SEPOLVEDA

RG/CNH/CTPS nº 8.317.129, data de expedição 19/12/16, Órgão

SDS - PE, CPF 076.711.375-80, Venho perante a este instrumento declarar que

não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo,

em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

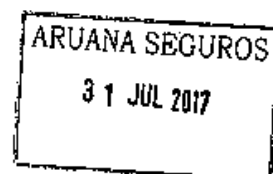
Logradouro(Rua/Avenida/Praça)	<u>RUA PEDRO ALVARES CABRAL</u>
Número	<u>32</u>
Apto/Complemento	
BAIRRO	<u>JARDIM ATLANTICO</u>
CIDADE	<u>OLINDA</u>
ESTADO	<u>PE</u>
CEP	<u>53140-290</u>
Telefone de Contato	<u>(81)3011-3225</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

OLINDA PE 21/07/17
Local e data

Assinatura do declarante

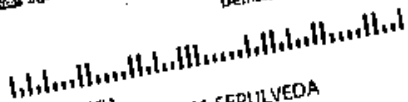
Assinatura do representante legal



CAIXA VISA

Fatura Mensal

Número do Cartão:
459360XXXXXX1186
Atendimento a Clientes: 40049009
Demais Localidades: 0800 9409009



CICRÉCSE DE FILS
LUCAS VINICIUS MAIA SEPULVEDA 32
PEDRO ALVARES CABRAL
JARDIM ATLANTIC
53140-290 OLINDA - PE

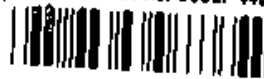


7211307021 98602 21000082211 30 080816
Vencimento: 14/08/2016 Postagem: 08/08/16 Emissão: 02/08/2016

Encargos

ARUANA SEGUROS
31 JUL 2017





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

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações e documentos requisitados neste formulário não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

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

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu LUCAS VINÍCIUS MOTA SEBULINA, portador(a) do

RG nº 8.317.129, expedido por SOSP/PE, em

19/12/16, CPF/CNPJ nº 076.711.374-80,

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

AUGUSTO DE SOUZA OLIVEIRA do sinistro de DPVAT da natureza INVALIDEZ

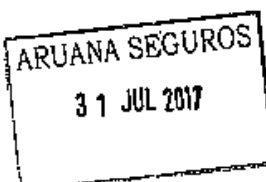
da vítima JOSE AUGUSTO DE SOUZA OLIVEIRA, e conforme

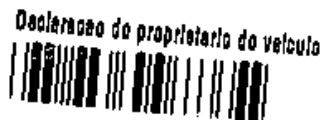
determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

Profissão: NÃO INFORMA Renda Mensal: R\$ NÃO INFORMA

Documentos comprobatórios: NÃO INFORMA.


ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO





Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, JOSE SEVERINO DA SILVA,
RG nº 8.360.454, data de expedição 06/08/07,
Órgão SDS, portador do CPF nº 095402154-29, com
domicílio na cidade de AMARAJI, no Estado de
PERNAMBUCO, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
DEMARCAÇÃO, nº _____,

complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima JOSE AUGUSTO DE SOUSA cujo o condutor era
JOSE SEVERINO DA SILVA.

Veículo: MOTOCICLETA

Modelo: BLOSS

Ano: 2013

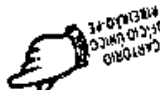
Placa: AGR 1128

Chassi: 9CZKD0540DR155+51

Data do Acidente: 20/01/17

Local e Data: CABO DE SANTO AGOSTINHO 20/01/17

JOSE SEVERINO DA SILVA
Assinatura do Declarante

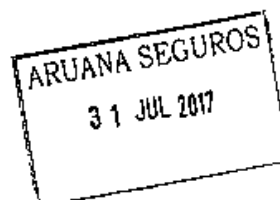


JOSE SEVERINO DA SILVA

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



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
ESTADO DE PERNAMBUCO
CARTÓRIO OFICIAL ÚNICO RIBEIRÃO PE Rua João Pessoa 53
Centro F. 81 36711418. Reconheço por AUTENTICIDADE
firmas) de (1) JOSE SEVERINO DA SILVA, Ribeirão
23/06/2017, 10:30h. Cristina Maria de Sousa Sal
Escrevente Autorizada. Ao Cartório: R\$ 3,49 - TST
R\$ 0,78 - FERC: R\$ 0,39 - Total: R\$ 4,66 (seis)
0073791.VTU05201701.02778



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, CRISTIANE MARIA DA SILVA,
RG nº 7.543.970, data de expedição 28/02/2015
Órgão SDS/PE, portador do CPF nº 078.790.684-06, com
domicílio na cidade de AMARAJI, no Estado de
PERNAMBUCO, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
ENGENHO DE MARIA COTA, nº SIN,
complemento CASA, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima JOSE AUGUSTO DE SOUZA OLIVEIRA, cujo o condutor era
JOSE AUGUSTO DE SOUZA OLIVEIRA.
Veículo: PAS MOTOCICLETA
Modelo: HONDA NKR 150 BROS ESP
Ano: 2013/2013
Placa: PER - 1128
Chassi: 9CZ KD056088 153 791
Data do Acidente: 20/11/17
Local e Data: Ribeirão, 28 de Agosto de 2017.

CARTÓRIO
OFÍCIO ÚNICO
RIBEIRÃO, PE

Cristiane maria da Silva
Assinatura do Declarante

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

com o selo de fiscalização

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
ESTADO DE PERNAMBUCO

CARTÓRIO OFÍCIO ÚNICO RIBEIRÃO, PE Rua João Pessoa
Cartão F. nº 56711418/ Reconhecido por AUTENTICAÇÃO
Firma(s) de: CRISTIANE MARIA DA SILVA, Ribeirão
28/08/2017 - 10:34h. Cristiane de Oliveira Souza
Martelino 2ª Substituta. Ao Cartório: R\$ 3,49 - R\$
R\$ 0,78 - FEEC: R\$ 0,39 - Total: R\$ 4,66 Selo
0073791-VML07201701-02575

Declaração do proprietário do veí



ARUANA SEGUROS

27 SET 2017

