

Rio de Janeiro, 22 de Agosto de 2017

Carta nº: 11524526

A/C: VERIONALDO FRANCISCO DOS SANTOS

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170452160 ASL-0314602/17

Vitima: VERIONALDO FRANCISCO DOS SANTOS

Data Acidente: 05/12/2016

Natureza: INVALIDEZ

Procurador:

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **14/08/2017** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **05/12/2016**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Autorização de pagamento não conclusivo
- Comprovante de residência não conclusivo
- Boletim de ocorrência não conclusivo
- Declaração de Inexistência de IML não conclusivo
- 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 **COMPREV SEGURADORA 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



Rio de Janeiro, 22 de Agosto de 2017

Carta nº: 11524730

A/C: VERIONALDO FRANCISCO DOS SANTOS

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170452160 ASL-0314602/17
Vítima: VERIONALDO FRANCISCO DOS SANTOS
Data Acidente: 05/12/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

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 COMPREV SEGURADORA S/A onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 08 de Novembro de 2017

Carta nº: 11929027

A/C: VERIONALDO FRANCISCO DOS SANTOS

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170452160 ASL-0314602/17

Vitima: VERIONALDO FRANCISCO DOS SANTOS

Data Acidente: 05/12/2016

Natureza: INVALIDEZ

Procurador:

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **31/10/2017** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **05/12/2016**. 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 **COMPREV SEGURADORA 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



Rio de Janeiro, 17 de Janeiro de 2018

Aos Cuidados de: VERIONALDO FRANCISCO DOS SANTOS

Nº Sinistro: 3170452160

Vitima: VERIONALDO FRANCISCO DOS SANTOS

Data do Acidente: 05/12/2016

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3170452160**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Boletim de ocorrência não conclusivo

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 12251716



Rio de Janeiro, 02 de Abril de 2018

Aos Cuidados de: VERIONALDO FRANCISCO DOS SANTOS
Nº Sinistro: 3170452160
Vitima: VERIONALDO FRANCISCO DOS SANTOS
Data do Acidente: 05/12/2016
Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3170452160**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Boletim de ocorrência não conclusivo

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 11 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: VERIONALDO FRANCISCO DOS SANTOS

Nº Sinistro: 3170452160

Vitima: VERIONALDO FRANCISCO DOS SANTOS

Data do Acidente: 05/12/2016

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NEGATIVA TÉCNICA - SEM SEQUELAS

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no seu pedido de indenização (sinistro número **3170452160**), esclarecemos que não foram identificadas sequelas permanentes em razão do acidente ocorrido em **05/12/2016**. Por esse motivo, o seu pedido de indenização foi **negado**.

Qualquer dúvida, é só ir até o nosso site **www.seguradoralider.com.br**, ou ligue através do telefone **0800 022 12 04** (ligação gratuita) ou **0800 022 12 06** que atende apenas aos deficientes auditivos e de fala. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



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, Venilton do Nascimento F. dos Santos
 PORTADOR(A) DO RG Nº 0906268184 EXPEDIDO POR SSP-BA EM 06/05/08 E
 CPF 004365085-00 / CNPJ 0000000000-0000-00, PROFISSÃO _____
 E RENDA MENSAL DE R\$ 300,00 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO
 SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Venilton F. dos Santos, 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 SÍSDPVAT 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 imagem 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) 99-96 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 10050-0

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.

Osqueir B de Agosto de 17 X 
 LOCAL E DATA _____ 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.

Loterias CAIXA

CAIXA ECONOMICA FEDERAL

SAC 0800 725 0101
OUVIDORIA 0800 725 7474

216-343149665-4

04/AGO/2017

HORA DE 10:45:28

LOT: 15.24749-4

TERM: 056001

LOCALIDADE: BUIQUE

RG, VINCULADA: 4996

CONTROLE: 216988372

DEPÓSITO EM DINHEIRO

4996 013 00010050-0

VERONALDO FRANCISCO DOS SANTOS

VALOR

:

100,00

ESTE RECIBO É VÁLIDO COMO
COMPROVANTE DE DEPÓSITO

216-343149665-4

1ª VIA

Loterias CAIXA

Loterias CAIXA

14 AGO 2017

Cartório Único da Comarca de Buíque

Praça Nano Camelo, 57

Buíque - Pernambuco

Autorização de pagamento



TRASLADO.....1º

LIVRO.....E-177

FLS.....65

ESCRITURA PÚBLICA DECLARATÓRIA, COMO TUDO ABAIXO SE DECLARA:

S

AIBAM

quantos esta escritura pública virem

UNIAO PREVIDENCIAL DO BRASIL

31-OUT-2017

PROTOCOLADO

que aos 19 (dezenove) dias do mês de Outubro do ano 2017 (dois mil e dezessete), nesta cidade de Buíque, estado de Pernambuco, em meu Cartório à Praça Nano Camelo, nº 57, compareceram perante mim Tabelião, como outorgante declarante: **VERIONALDO FRANCISCO DOS SANTOS**, brasileiro, solteiro, agricultor, residente e domiciliado na Travessa Cecília Modesto, nº 14 - Centro desta cidade, portador da Cédula de Identidade RG nº 09062681 84, SSP/BA, expedida em 06/05/2008 e com o CPF nº 024.365.085-00; reconhecidos como os próprios por mim Tabelião, do que dou fé. E, pela mesma me foi dito sob as penas do Art. 299 do Cod. Proc. Penal, que sua renda mensal é de R\$: 937,00 (novecentos e trinta e sete reais), na qualidade de beneficiário do valor referente à indenização/reembolso do seguro DPVAT, autoriza a seguradora líder dos consórcios do seguro DPVAT a efetuar o crédito de acordo com as informações seguintes: para crédito em conta poupança nº do banco 104, nº da agência 4996 OP. 013 e nº da conta 10050-0; declara ainda que a conta mencionada é de sua titularidade; uma vez efetuado o pagamento da indenização de acordo com as informações descritas, reconhece o recebimento e dá como quitado o valor da referida indenização; Declaro ainda que não há estabelecimento do IML no município de minha residência; 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 previa concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo. Assim o disseram e me pediram que lavrasse-lhes esta, a qual foi lida por mim Tabelião perante os mesmos, que acharam-na conforme e reciprocamente assinam, responsabilizando-se civil e penalmente de acordo com a legislação atual, pelos efeitos que esta venha a produzir. Dou fé. Assina a rogo do (a) outorgante por ser analfabeto(a), o(a) qual deixa uma impressão digital do polegar direito neste original. **MARIA DAS DORES EDITE DA SILVA**, portadora da Cédula de Identidade RG nº 6213418 SSP/PE e com o CPF nº 045.348.744-05. Dou fé. Assino e Subscribo. SELO: 0150649.IYB10201701.00628. GUIA SICASE: 0007800318. Em testº da verdade. O Tabelião Público do Cartório Único da Comarca de Buíque.

Eduardo José de Freitas Neto
Substituto



Maria das Dores Edite da Silva

CARTÓRIO ÚNICO DA COMARCA DE BUIQUE
PRACA NANO CAMELO, Nº 57
CENTRO - BUIQUE/PE

A rogo do outorgante

Cartório Único da Comarca de Buíque

Praça Nano Camelo, 57

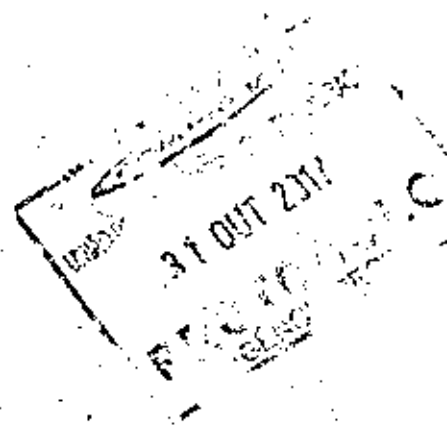
Buíque - Pernambuco

TESTEMUNHAS:

x Euzene Costa da Silva

Silvano Gomes da Silva

CARTÓRIO ÚNICO DA COMARCA DE BUIQUE
END: PC. NANO CAMELO, Nº 57
CENTRO - BUIQUE/PE
CEP: 56520-000



AAC 0335159



Boletim de ocorrência



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLICIA DA 157ª CIRCUNSCRIÇÃO - BUIQUE -
DP157ªCIRC DINTER2/19ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **17E0247000042**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **11/01/2017** às
11:48

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)
que aconteceu no dia **6/12/2016** às **18:00**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE BUIQUE, 1, SÍTIO CAMPINHOS -
PE-278 - Bairro: CENTRO - BUIQUE/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **RODOVIA ESTADUAL**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

VERONALDO FRANCISCO DOS SANTOS (AUTOR AGENTE);
MARIA DAS DORES EDITE DA SILVA (NOTICIANTE);
JADIVAN ANDRADE DA SILVA (OUTRO);
VERONALDO FRANCISCO DOS SANTOS (VÍTIMA);

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a):
DESCONHECIDO
VEÍCULO: (Não envolvido no local do fato), que estava em posse do(a) Sr(a):
JADIVAN ANDRADE DA SILVA

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

MARIA DAS DORES EDITE DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Feminino Mãe:
EDITE ALAÍDE DA SILVA Pai: JOSÉ FÉLIX DA SILVA Data de Nascimento: 13/3/1981
Naturalidade: ARCOVERDE / PERNAMBUCO / BRASIL Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade:
1º GRAU INCOMPLETO Profissão: AGRICULTOR(A)
Endereço Residencial: MUNICÍPIO DE BUIQUE, 14, TRAV. CECÍLIA MODESTO DE
ALBUQUERQUE - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - BUIQUE/PERNAMBUCO/BRASIL

JADIVAN ANDRADE DA SILVA (não presente ao plantão) - Sexo:
Masculino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

VERONALDO FRANCISCO DOS SANTOS (presente ao plantão) - Sexo:
Masculino Mãe: VERALUCIA DOS SANTOS Pai: AUGUSTO FRANCISCO DOS SANTOS Data
de Nascimento: 27/1975 Naturalidade: JEREMIABO / EMILIA / BRASIL

DESCONHECIDO (não presente no plantão) - Sexo: **Desconhecido** Naturalidade: **NÃO INFORMADO** - **PERMANECER** / **BRASIL**

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

MOTOCICLETA (VEICULO), que estava em posse do(a) Sr(a): **JADIVAN ANDRADE DA SILVA**

Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/MXR150 BROS** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **LAZANJA** - Quantidade: **(UNIDADE)**

Doc. **0764283** (PARAIBA/NÃO INFORMADO) Chassi: **9C2MD0550CR511059**
Ano Fabricação/Modelo: **2011/2012** Combustível: **ALCOOL/GASOL**
Código: **MXR 150 BROS ES**

AUTOMÓVEL (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**
Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMOVEL/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Complemento / Observação

A **NOTICIANTE** COMPARECEU A ESTA DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL PARA DECLARAR QUE SEU ESPOSO FOI VITIMA DE ACIDENTE DE TRANSITO NESTE MUNICIPIO DE SOQUE. DISSE QUE SEU ESPOSO ESTAVA NA GARUPA DA MOTO CONDUZIDA POR "JADIVAN" O QUAL SEGUIA SENTIDO ARCOVERDE BUIQUE QUANDO NAS IMEDIAÇÕES DOS CAMPINHOS UM VEÍCULO NÃO IDENTIFICADO QUE VINHA NO SENTIDO CONTRARIO COLIDIU LATERALMENTE COM A MOTO, QUE A VÍTIMA CAIU DA GARUPA E SOFREU LESÃO NO JOELHO DIREITO, QUE FOI SOCORRIDO PARA O HOSPITAL REGIONAL DE ARCOVERDE PARA ATENDIMENTO MÉDICO.

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

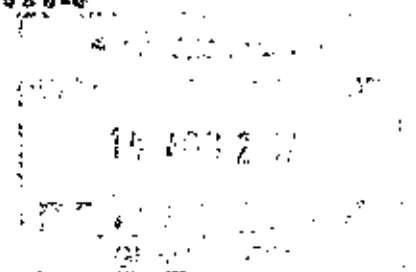
Maria das Dores Edite da Silva

MARIA DAS DORES EDITE DA SILVA
(NOTICIANTE)

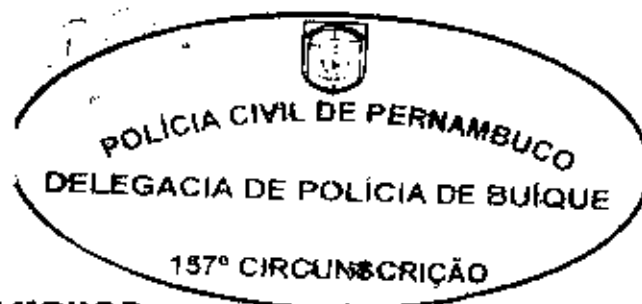
VERONALDO FRANCISCO DOS SANTOS
(VITIMA)



B.O. registrado por: **FABIANO MACHADO VIEIRA** - Matrícula: **316080-6**



Boletim de ocorrência



**GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 157ª CIRCUNSCRIÇÃO - BUIQUE -
DP157ªCIRC DINTER2/19ªDESEC**

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 18E0247000258

**Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 02/03/2018 às
12:27**

Complementa o BO Número: 17E0247001104

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)
que aconteceu no dia 5/12/2016 às 18:00**

**Fato ocorrido no endereço: MUNICÍPIO DE BUIQUE, 1, SÍTIO CAMPINHOS -
PE-279 - Bairro: CENTRO - BUIQUE/PERNAMBUCO/BRASIL
Local do Fato: RODOVIA ESTADUAL**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

**DESCONHECIDO (AUTOR / AGENTE)
MARIA DAS DORES EDITE DA SILVA (NOTICIANTE)
JADIVAN ANDRADE DA SILVA(CONDUTOR DA MOTO) (OUTRO)
ANTÔNIO DAMIÃO BEZERRA(PROPRIETÁRIO DA MOTO) (OUTRO)
VERONALDO FRANCISCO DOS SANTOS (VÍTIMA)**

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

**VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a):
DESCONHECIDO
VEÍCULO: (Prova colhida no local do fato) , que estava em posse do(a) Sr(a):
JADIVAN ANDRADE DA SILVA(CONDUTOR DA MOTO)**

COMPREV SEGUROS E

22 MAR 2018

PROTOCOLO

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

**MARIA DAS DORES EDITE DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Feminino Mãe:
EDITE ALAÍDE DA SILVA Pai: JOSÉ FÉLIX DA SILVA Data de Nascimento: 12/2/1954
Naturalidade: ARCOVERDE / PERNAMBUCO / BRASIL Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade:
1ª. GRAU INCOMPLETO Profissão: AGRICULTOR(A)
Endereço Residencial: MUNICÍPIO DE BUIQUE, 14, TRAV. GÉCILIA MODESTO DE
ALBUQUERQUE - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - BUIQUE/PERNAMBUCO/BRASIL**

**JADIVAN ANDRADE DA SILVA(CONDUTOR DA MOTO) (não presente ao plantão)
- Sexo: Masculino Mãe: MARIA APARECIDA DE LIMA Pai: JESUALDO ANDRADE DA SILVA
Data de Nascimento: 22/10/1979 Naturalidade: AGUAS BELAS / PERNAMBUCO /
BRASIL Documentos: 24803/MTPE (RG), 02852705443 (CPF) Estado Civil: CASADO(A)**

Educação: 2º. GRAU COMPLETO Profissão: AGRICULTOR(A)
Endereço Residencial: MUNICIPIO DE BUIQUE, 17, RUA APOLONIO CURSINO DOS ANJOS -
CEP: 56520000 - Bairro: CENTRO - BUIQUE/PERNAMBUCO/BRASIL, TERMINAL
RODOVIÁRIO

VERIONALDO FRANCISCO DOS SANTOS (presente ao plantão) - Sexo:
Masculino Mãe: VERALUCIA DOS SANTOS Pai: AUGUSTO FRANCISCO DOS SANTOS Data
de Nascimento: 8/7/1978 Naturalidade: JEREMOABO / BAHIA / BRASIL

DESCONHECIDO (não presente ao plantão) - Sexo: Desconhecido Naturalidade: NÃO
INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

ANTÔNIO DAMIÃO BEZERRA (PROPRIETÁRIO DA MOTO) (não presente ao
plantão) - Sexo: Masculino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

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

MOTOCICLETA (VEICULO), que estava em posse do(a) Sr(a): JADIVAN ANDRADE DA
SILVA (CONDUTOR DA MOTO)

Categoria/Marca/Modelo: MOTOCICLETA/HONDA/NXR150 BROS Objeto apreendido: Não
Cor: LARANJA - Quantidade: 1 (UNIDADE)

Placa: OFG4258 (PARAIBANÃO INFORMADO) Chassi: BC2KD0558CR511955
Ano Fabricação/Modelo: 2011/2012 Combustível: ALCO/BASOL
Descrição: NXR 150 BROS ES

AUTOMÓVEL (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): DESCONHECIDO, que estava em
posse do(a) Sr(a): DESCONHECIDO
Categoria/Marca/Modelo: AUTOMÓVEL/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO Objeto apreendido:
Não
Quantidade: 1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)

22 MAR 2018

Complemento / Observação

A NOTICIANTE COMPRESENTE A ESTA DELEGACIA DE POLICIA CIVIL PARA
COMUNICAR QUE SEU ESPOSO FOI VITIMA DE ACIDENTE DE TRANSITO NESTE
MUNICIPIO DE BUIQUE. DISSSE QUE SEU ESPOSO ESTAVA NA GARUPA DA MOTO
CONDUZIDA POR "JADIVAN" O QUAL SEGUIA SENTIDO ARCOVERDE BUIQUE QUANDO
NAS IMEDIAÇÕES DOS CAMPINHOS UM VEICULO NÃO IDENTIFICADO QUE VINHA NO
SENTIDO CONTRARIO COLIDIU LATERALMENTE COM A MOTO, QUE A VITIMA CAIU DA
GARUPA E SOFREU LESÃO NO JOELHO DIREITO, QUE FOI SOCORRIDO PARA O
HOSPITAL REGIONAL DE ARCOVERDE PARA ATENDIMENTO MEDICO. OBS: A
NOTICIANTE "MARIA DAS DORES EDITE DA SILVA" VEIO ATÉ ESTA DELEGACIA NA
DATA DE HOJE (10/03/2018) PARA INFORMAR O NOME DO PROPRIETÁRIO DA
MOTOCICLETA RELACIONADA NESTE BO. OBS: JADIVAN ANDRADE DA SILVA
COMPRESENTE A ESTA DELEGACIA DE POLICIA CIVIL NA DATA DE HOJE (10/03/2018)
PARA INFORMAR QUE DE FATO CONDUZIA A MOTOCICLETA DE PLACA OFG-4258
ENVOLVIDA NO REFERIDO ACIDENTE OCORRIDO NAS IMEDIAÇÕES DOS CAMPINHOS,
E QUE A VITIMA VERIONALDO FRANCISCO DOS SANTOS DE FATO CAIU DA MOTO E
LESIONOU O JOELHO DIREITO, SENDO SOCORRIDO AO HOSPITAL REGIONAL DE
ARCOVERDE PARA ATENDIMENTO MEDICO.

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

MARIA DAS DORES EDITE DA SILVA x Maria das Dores Edite da Silva
(NOTICIANTE)

VERIONALDO FRANCISCO DOS SANTOS

A ROGER

Jadivan Andrade da Silva.

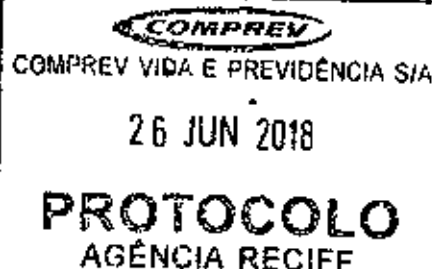
02
02/03/18, 12:15

B.O. registrado por: **FABIANO WACHADO VIEIRA** - Matrícula: 315528-8

Protocollo

1. 10. 1940

Boletim de ocorrência



**GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 157ª CIRCUNSCRIÇÃO - BUIQUE - DP157ªCIRC DINTER2/19ªDESEC**

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 18E0247000258

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **02/03/2018** às **12:27**

Complementa o BO Número: **17E0247001104**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumados), que aconteceu no dia **5/12/2016** às **18:00**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE BUIQUE, 1, SÍTIO CAMPINHOS - PE-270 - Bairro: CENTRO - BUIQUE/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **RODOVIA ESTADUAL**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR/AGENTE)
MARIA DAS DORES EDITE DA SILVA (NOTICIANTE)
JADIVAN ANDRADE DA SILVA (CONDUTOR DA MOTO) (OUTRO)
ANTÔNIO DAMIÃO BEZERRA (PROPRIETÁRIO DA MOTO) (OUTRO)
VERIONALDO FRANCISCO DOS SANTOS (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**
VEÍCULO: (Prova colhida no local do fato), que estava em posse do(a) Sr(a): **JADIVAN ANDRADE DA SILVA (CONDUTOR DA MOTO)**

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

MARIA DAS DORES EDITE DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: **Feminino** Mãe: **EDITE ALAÍDE DA SILVA** Pai: **JOSÉ FÉLIX DA SILVA** Data de Nascimento: **13/3/1981** Naturalidade: **ARCOVERDE / PERNAMBUCO / BRASIL** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **AGRICULTOR(A)**
Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE BUIQUE, 14, TRAV. CECÍLIA MODESTO DE ALBUQUERQUE - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - BUIQUE/PERNAMBUCO/BRASIL**

JADIVAN ANDRADE DA SILVA (CONDUTOR DA MOTO) (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **MARIA APARECIDA DE LIMA** Pai: **JESUALDO ANDRADE DA SILVA** Data de Nascimento: **21/10/1979** Naturalidade: **AGUAS BELAS / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **24693/MT/PE (RG), 03852708443 (CPF)** Estado Civil: **CASADO(A)** Escolaridade: **2º. GRAU COMPLETO** Profissão: **AGRICULTOR(A)**
Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE BUIQUE, 17, RUA APOLONIO CURSINO DOS ANJOS - CEP: 56520000 - Bairro: CENTRO - BUIQUE/PERNAMBUCO/BRASIL, TERMINAL RODOVIÁRIO**

VERIONALDO FRANCISCO DOS SANTOS (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **VERALUCIA DOS SANTOS** Pai: **AUGUSTO FRANCISCO DOS SANTOS** Data de Nascimento: **8/7/1979** Naturalidade: **JEREMOABO / BAHIA / BRASIL**

DESCONHECIDO (não presente ao plantão) - Sexo: **Desconhecido** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

ANTÔNIO DAMIÃO BEZERRA (PROPRIETÁRIO DA MOTO) (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

MOTOCICLETA (VEICULO), que estava em posse do(a) Sr(a): **JADIVAN ANDRADE DA SILVA(CONDUTOR DA MOTO)**

Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/NXR150 BROS** Objeto apreendido: **Não**

Cor: **LARANJA** - Quantidade: **0 (UNIDADE)**

Placa: **OFG4289** (PARA/BA/NÃO INFORMADO) Chassi: **BC2KD0550CR511959**

Ano Fabricação/Modelo: **2011/2012** Combustível: **ALCO/GASOL**

Descrição: **NXR 150 BROS ES**

AUTOMÓVEL (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**, que estava em posse do(a) Sr(a):

DESCONHECIDO

Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMOVEL/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**

Quantidade: **0 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Complemento / Observação

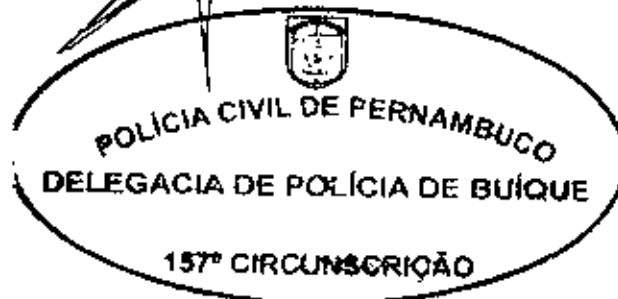
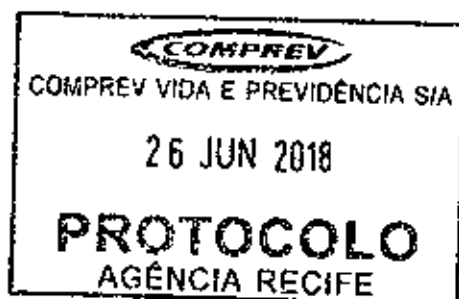
A NOTICIANTE COMPARECEU A ESTA DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL PARA COMUNICAR QUE SEU ESPOSO FOI VÍTIMA DE ACIDENTE DE TRANSITO NESTE MUNICÍPIO DE BUIQUE. DISSE QUE SEU ESPOSO ESTAVA NA GARUPA DA MOTO CONDUZIDA POR "JADIVAN" O QUAL SEGUIA SENTIDO ARCOVERDE BUIQUE QUANDO NAS IMEDIAÇÕES DOS CAMPINHOS UM VEÍCULO NÃO IDENTIFICADO QUE VINHA NO SENTIDO CONTRÁRIO COLIDIU LATERALMENTE COM A MOTO, QUE A VÍTIMA CAIU DA GARUPA E SOFREU LESÃO NO JOELHO DIREITO, QUE FOI SOCORRIDO PARA O HOSPITAL REGIONAL DE ARCOVERDE PARA ATENDIMENTO MÉDICO. OBS: A NOTICIANTE "MARIA DAS DORES EDITE DA SILVA" VEIO ATÉ ESTA DELEGACIA NA DATA DE HOJE (10/10/2017) PARA INFORMAR O NOME DO PROPRIETÁRIO DA MOTOCICLETA RELACIONADA NESTE BO. OBS: JADIVAN ANDRADE DA SILVA COMPARECEU A ESTA DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL NA DATA DE HOJE (02/03/2018) PARA INFORMAR QUE DE FATO CONDUZIA A MOTOCICLETA DE PLACA OFG-4289 ENVOLVIDA NO REFERIDO ACIDENTE OCORRIDO NAS IMEDIAÇÕES DOS CAMPINHOS, E QUE A VÍTIMA VERONALDO FRANCISCO DOS SANTOS DE FATO CAIU DA MOTO E LESIONOU O JOELHO DIREITO, SENDO SOCORRIDO AO HOSPITAL REGIONAL DE ARCOVERDE PARA ATENDIMENTO MÉDICO.

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

MARIA DAS DORES EDITE DA SILVA
(NOTICIANTE)

VERONALDO FRANCISCO DOS SANTOS
(VÍTIMA)

Jadivan Andrade da Silva (NOTICIANTE).
B.O. registrado por: **FABIANO MACHADO VIEIRA** - Matrícula: **319980-0**





Eu, Venâncio Francisco dos Santos, portador da carteira de identidade nº 09062681-84 e inscrito no CPF/MF sob o nº 084.265.085-00, residente e domiciliado na rua Cecília Modesto de Albuquerque nº 14, Cidade Beaçu, Estado Pernambuco, declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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

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

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

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

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

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

Beaçu 03/08/17

Local e data

AUSENCIA DO IML

Cartório Único da Comarca de Buíque

Praça Nano Camelo, 57

Buíque - Pernambuco

TRASLADO.....1º

LIVRO.....E-177

FLS.....65

Declaração de Inexistência de IML



ESCRITURA PÚBLICA DECLARATÓRIA, COMO TUDO ABAIXO SE DECLARA:

31 OUT 2017

PROTOCOLO
AGÊNCIA REGISTRO

S A I B A M quantos esta escritura pública virem

que aos 19 (dezenove) dias do mês de Outubro do ano 2017 (dois mil e dezessete), nesta cidade de Buíque, estado de Pernambuco, em meu Cartório à Praça Nano Camelo, nº 57, compareceram perante mim Tabelião, como outorgante declarante: **VERIONALDO FRANCISCO DOS SANTOS**, brasileiro, solteiro, agricultor, residente e domiciliado na Travessa Cecília Modesto, nº 14 – Centro desta cidade, portador da Cédula de Identidade RG nº 09062681 84 SSP/BA, expedida em 06/05/2008 e com o CPF nº 024.365.085-00; reconhecidos como os próprios por mim Tabelião, do que dou fé. E, pela mesma me foi dito sob as penas do Art. 299 do Cod. Proc. Penal, que sua renda mensal é de R\$: 937,00 (novecentos e trinta e sete reais), na qualidade de beneficiário do valor referente à indenização/reembolso do seguro DPVAT, autoriza a seguradora líder dos consórcios do seguro DPVAT a efetuar o crédito de acordo com as informações seguintes: para crédito em conta poupança nº do banco 104, nº da agência 4996 OP. 013 e nº da conta 10050-0, declara ainda que a conta mencionada é de sua titularidade, uma vez efetuado o pagamento da indenização de acordo com as informações descritas, reconhece o recebimento e dá como quitado o valor da referida indenização; Declaro ainda que não há estabelecimento do IML no município de minha residência; 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 previa concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo. Assim o disseram e me pediram que lavrasse-lhes esta, a qual foi lida por mim Tabelião perante os mesmos, que acharam-na conforme e reciprocamente assinam, responsabilizando-se civil e penalmente de acordo com a legislação atual, pelos efeitos que esta venha a produzir. Dou fé. Assina a rogo do (a) outorgante por ser analfabeto(a), o(a) qual deixa uma impressão digital do polegar direito neste original. **MARIA DAS DORES EDITE DA SILVA**, portadora da Cédula de Identidade RG nº 6213448 SSP/PE e com o CPF nº 045.348.744-05. Dou fé. Assino e Subcrevo. SELO: 0150649.IYB10201701.00628. GUIA SICASE: 0007800318. Em testº da verdade. O Tabelião Público do Cartório Único da Comarca de Buíque.

Eduardo José de Freitas Neto
Substituto



Maria das Dores Edite da Silva

A rogo do outorgante

CARTÓRIO ÚNICO DA COMARCA DE BUIQUE
END: PÇ. NANO CAMELO, Nº 57
CENTRO - BUIQUE/PE
CEP: 55670-000

Cartório Único da Comarca de Buíque

Praça Nano Camelo, 57

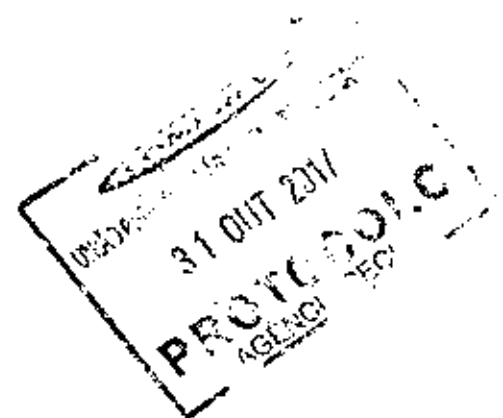
Buíque - Pernambuco

TESTEMUNHAS:

x Elaine Leite da Silva

Silvana Gomes da Silva

CARTÓRIO ÚNICO DA COMARCA DE BUIQUE
END: PÇ. NANO CAMELO, Nº 57
CENTRO - BUIQUE/PE
CEP: 56520-000



AAC 0335159



Comprovação de ato declaratório



SETOR DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

FICHA DE ATENDIMENTO DE ENFERMAGEM

CLASSIFICAÇÃO VERMELHO AMARELO VERDE AZUL

NOME: Venomado Francisco (NOME SOCIAL) IDADE: 32 anos

LAÇÃO / QUEIXA:

Victima de acidente de moto, lesões em membros superiores e inferiores com M.T.D. GBS presentes e sinais de vida.

PROCEDÊNCIA

ORIGEM: VIA PÚBLICA TRABALHO UNIDADE DE SAÚDE

DOENÇAS PREEXISTENTES: nenhuma

INTOLERÂNCIA/ALERGIA: nenhuma

PARÂMETROS

CONSCIENTE	P	R	T	SpO2	HGT	GLASGOW	PESO
CONSCIENTE	LEVE			MODERADA		GRAVE	

IDENTIFICADOR DE TRABALHO () SIM (X) NÃO

CONSCIENTE	ORIENTADO	DESCONTO	ANSIOSO	CALMO
CONSCIENTE	TORPOROSO	COMATOSO	NÃO ATENDE VOZ DE COMANDO	

TAQUICARDIA	BRADICARDIA
DISPNEIA AOS ESFORÇOS	DISPNEIA P. NOTURNA
ROSE	SUDORESE

DOR TORÁCICA

ENSADA MODERADA LEVE

RAÇÃO DA DOR LOCALIZAÇÃO

IRRADIAÇÃO DA DOR

COLO E BRAÇO D ABDOME ESCÁPULA MANDÍBULA TÓRAX POSTERIOR

DOR PRESENTE

REPOUSO AOS ESFORÇOS QUANDO RESPIRA

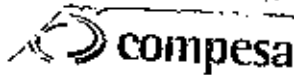
EDEMA DE MMII	EDEMA DE FACE	EDEMA OUTROS
DM MSD	DM MSE	DM MID
DM MIE		

05/12/16

[Handwritten signature]

Assinatura e carimbo

Comprovante de residencia



CNPJ 09.769.035/0001-64
INSC. EST. Nº 18.1.001.00143

ATENDIMENTO: RUA DR MANGEL BORBA - NUM. - 00010 - CENTRO BUI
QUE PE 56520-000

DADOS DO CLIENTE		MATRICULA: 4089154 Dez/2016	
JOSE MANDIM SOBRINHO		TV CECILIA MODESTO DE ALBUQUERQUE, A. 00014 - - CENTRO BUIQUE	
PE 56520-000		INSCRICAO: 026-810-400-0010-264 GRUPO: 3 DEB-AUTOMATICO: 004089154	
SITUACAO AGUA		SITUACAO ELETRO	
LIGADO	POTENCIAL	RESIDEN	COMERCIAL INDUSTRIAL PUBLICA
HIDROMETRO	DATA LEIT. ANTERIOR	DATA LEIT. ATUAL	TIPO DE CONSUMO (IVE)
A12F049451	11/11/2016	02/01/2017	ESTIMADO
AGUA: LEIT ANT: 181 CONSUMO: 12 LEIT ATU: 193 LEIT FAT: 193			
HISTORICO DE CONSUMO			
REFERENCIA CONSUMO			
11/2016	05		
10/2016	11		
09/2016	04		
08/2016	04		
07/2016	01		
06/2016	04		
MEDIA:	05		
OPR.: (1) COLIFORME TOTAIS AUSENCIA 95% DAS AMOSTRAS EXAMINADAS (2) OS PARAMETROS COLIFORMES TOTAIS, ESCHERICHIA COLI E CLORO RESIDUAL SAO INDICADORES DAS CONDICAOES SANITARIAS DA AGUA (3) OS PARAMETROS COR E TURBIDEZ SAO INDICADORES DAS CONDICAOES ASSOCIADAS AO ASPECTO VISUAL DA AGUA			
Qualidade de Agua: www.compesa.com.br			
DESCRICAO DOS SERVICOS		CONSUMO	TOTAL (R\$)
AGUA			
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)			
ATE 10 M3 - 37,25 POR UNIDADE			37,25
11 M3 A 20 M3 - R\$ 4,27 POR M3			8,54
MULTA P/IMPONTUALIDADE 11/2016			0,74
PAGO			
INSC. COFIN 45,29 1,65 7,00 0,75 5,48			

VENCIMENTO: 15/01/2017

TOTAL A PAGAR: 46,53

MENSAGEM:

Cartório Único da Comarca de Buíque

Praça Nano Camelo, 57

Buíque - Pernambuco

Comprovante de residência



TRASLADO.....1º

LIVRO.....E-177

FLS.....65

ESCRITURA PÚBLICA DECLARATÓRIA, COMO TUDO ABAIXO SE DECLARA:

UNIÃO PROTEÇÃO CIVIL DO BRASIL

31 OUT. 2017

S

AIBAM

PROTOCOLC

quãntos esta escritura pública virem

que aos 19 (dezenove) dias do mês de Outubro do ano 2017 (dois mil e dezessete), nesta cidade de Buíque, estado de Pernambuco, em meu Cartório à Praça Nano Camelo, nº 57, compareceram perante mim Tabelião, como outorgante declarante: **VERIONALDO FRANCISCO DOS SANTOS**, brasileiro, solteiro, agricultor, residente e domiciliado na Travessa Cecília Modesto, nº 14 – Centro desta cidade, portador da Cédula de Identidade RG nº 09062681-84, SSP/BA, expedida em 06/05/2008 e com o CPF nº 024.365.085-00; reconhecidos como os próprios por mim Tabelião, do que dou fé. E, pela mesma me foi dito sob as penas do Art. 299 do Cod. Proc. Penal, que sua renda mensal é de R\$: 937,00 (novecentos e trinta e sete reais), na qualidade de beneficiário do valor referente à indenização/reembolso do seguro DPVAT, autoriza a seguradora líder dos consórcios do seguro DPVAT a efetuar o crédito de acordo com as informações seguintes: para crédito em conta poupança nº do banco 104, nº da agência 4996 OP. 013 e nº da conta 10050-0; declara ainda que a conta mencionada é de sua titularidade, uma vez efetuado o pagamento da indenização de acordo com as informações descritas, reconhece o recebimento e dá como quitado o valor da referida indenização; Declaro ainda que não há estabelecimento do IML no município de minha residência; 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 previa concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugna-la, caso discorde do seu conteúdo. Assim o disseram e me pediram que lavrassse-lhes esta, a qual foi lida por mim Tabelião perante os mesmos, que acharam-na conforme e reciprocamente assinam, responsabilizando-se civil e penalmente de acordo com a legislação atual, pelos efeitos que esta venha a produzir. Dou fé. Assina a rogo do (a) outorgante por ser analfabeto(a), o(a) qual deixa uma impressão digital do polegar direito neste original. MARIA DAS DORES EDITE DA SILVA, portadora da Cédula de Identidade RG nº 6213448 SSP/PE e com o CPF nº 045.348.744-05. Dou fé. Assino e Subscrovo. SELO: 0150649.IYB10201701.00628. GUIA SICASE: 0007800318. Em testº da verdade. O Tabelião Público do Cartório Único da Comarca de Buíque.

Eduardo José de Freitas Neto
Substituto

+ Maria das Dores Edite da Silva

CARTÓRIO ÚNICO DA COMARCA DE BUIQUE
PRACÇA NANO CAMELO, Nº 57
END. PG. NANO CAMELO, Nº 57
CENTRO - BUIQUE/PE

A rogo do outorgante

Cartório Único da Comarca de Buíque

Praça Nano Camelo, 57

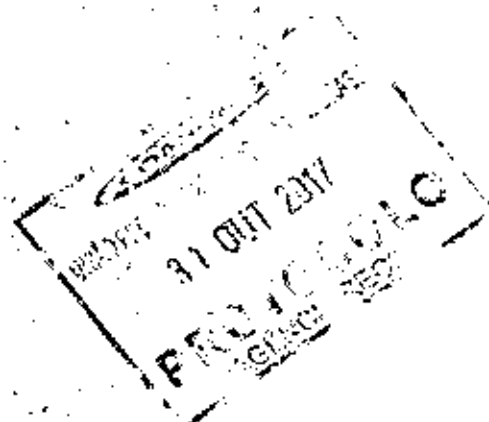
Buíque - Pernambuco

TESTEMUNHAS:

x Euzene Leite da Silva

Silvano James da Silva

CARTÓRIO ÚNICO DA COMARCA DE BUIQUE
END: PÇ. NANO CAMELO, Nº 57
CENTRO - BUIQUE/PE
CEP: 55520-000



AAC 0335159

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Jadivam Andrade da Silva,
RG nº 94693, data de expedição 26/05/2004,
Órgão MT-PE, portador do CPF nº 028.527.084-43, com
domicílio na cidade de Buique, no Estado de
Pernambuco, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Rua Afelonia Gomes dos Santos, nº 12,
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 Ubiratan Francisco da Silva, cujo o condutor era
Jadivam Andrade da Silva.

Veículo: Motocicleta
Modelo: Honda / NXR 150 BROS
Ano: 2011/2012
Placa: OFG-4289 / PB
Chassi: 9C2K0550CRS11959
Data do Acidente: 05/12/16
Local e Data: Buique

 Jadivam Andrade da Silva.
Assinatura do Declarante

Jadivam Andrade da Silva.
Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

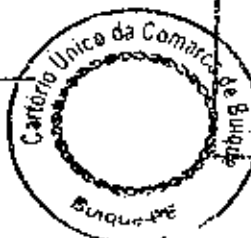
 **CARTÓRIO ÚNICO DA COMARCA DE BUIQUE - PE**
Hugo Sarmiento Eadelho - Tabelião/Oficial

Reconheço por SEMELHANÇA/1 firma(s) de: (1) JADIVAM ANDRADE
DA SILVA
Dou fe. Buique, 18/12/2017.
Em Testemunho _____ da verdade.

LASARO CRISTIANO SOUTO DA COSTA - SUBSTITUTO
Selo(s): 0150649.SPR11201701.01319

Consente autenticidade em: www.tjpe.jus.br/petitoria

Lasaro Cristiano Souto da Costa
Substituto



COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA

09 JAN 2018

PROTOCOLO

Declaração do proprietário do veículo



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE
PERNAMBUCO
VI GERES - ARCOVERDE
HOSPITAL REGIONAL ROY DE BARROS CORREIA

SETOR DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO



FICHA DE ATENDIMENTO DE ENFERMAGEM

CLASSIFICAÇÃO VERMELHO AMARELO VERDE AZUL

NOME: Venisonaldo Francisco (NOME SOCIAL) IDADE: 37 anos

QUEIXA / QUEIXA:

Vítima de acidente de moto há 3 horas
com lesões e ferimentos no M.I.D. 83% percento
surdo e mudo.

PROCEDÊNCIA

ORIGEM: VIA PÚBLICA TRABALHO UNIDADE DE SAÚDE

DOENÇAS PREEXISTENTES: nao sabe

INTOLERÂNCIA/ALERGIA: nao sabe

PARÂMETROS

	P	R	T	sPo2	HGT	GLASGOW	PESO
GRAU DE RISCO	LEVE			MODERADA		GRAVE	

IDENTIFICANTE DE TRABALHO () SIM (X) NÃO

CONSCIENTE ORIENTADO DESCRIENTADO ANSIOSO CALMO
CONSCIENTE TORPOROSO COMATOSO NÃO ATENDE VOZ DE COMANDO

TAQUICARDIA	BRADICARDIA
DISPNEIA AOS ESFORÇOS	DISPNEIA P. NOTURNA
NOSE	SUDORESE

DOR TORÁCICA

INTENSIDADE DA DOR: MODERADA LEVE

IRRADIAÇÃO DA DOR

LOCALIZAÇÃO: BRAÇO D. ABDOME ESCÁPULA MANDÍBULA TÓRAX POSTERIOR

DOR PRESENTE

REPOUSO AOS ESFORÇOS QUANDO RESPIRA

EDEMA DE MMII	EDEMA DE FACE	EDEMA OUTROS
DM MSD	DM MSE	DM MID DM MIE
XOGRAMA	<u>Do Encefalopatia</u>	

a 05/12/16

Assinatura e carimbo

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE
PERNAMBUCO
VI GERES - ARCOVERDE
HOSPITAL REGIONAL RUY DE BARROS CORREIA

SETOR DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA



FICHA DE ATENDIMENTO DE EMERGÊNCIA/URGÊNCIA

IS

ID. Procedimento	CBO	IDADE	FICHA NO. 111
			Data: 05/12/16
			HORA DE ENTRADA: 19:03

OME: Veronice da Graça dos Santos

08/10/79 SEXO: F PROFISSÃO: ESTADO CIVIL:

IAÇÃO:

CPF: CN/FLS/LIV.

DEREÇO: Rua Nazário Góes NO. 48 BAIRRO: Centro

INÍCIO: Buquê UF: PE TEL. NATURAL: Jaramacó BA

OMPANHANTE

IPONSÁVEL PELO PREENCHIMENTO DA FICHA: Srta

ENTE DE TRABALHO () SIM () NÃO

ATENÇÃO MÉDICA

FC	P	R	T	HGT	PESO
NICO:	CIRÚRGICO:	ORTOPÉDICO:	PEDIÁTRICO:		

EIXA PRINCIPAL: ALERTA DE 400 AS 01 HORAS

SEM VÔMITOS SEM DIARREIA

Paciente acordado, cooperativo

sem - 15 dor (RO 1/3 distal Pênis)

ME FÍSICO: Exame físico normal - Sinais 3.0

doença coxa / tornozelo - entenda com

doença - a glútea pura com alic

ÓTESE DIAGNÓSTICA: to coxo - coxo MID

to - partes met

ICITAÇÃO DE EXAMES: Exame físico / Rastreamento

ORA	PRESCRIÇÃO MÉDICA	CONDUTA / 2º	HORÁRIO DE MEDICAÇÃO
	* Spt - / propranolol - EC		
	* Filatril 10mg		
	10mg / EC		
	* Atenolol 50mg		
	10mg / EC		
	* Captopril 150mg / g - EC		
	* Ust 300mg		
	* Tex 1000x / crânio / joelhos (D)		
	* Osteomielite		


 Dr. Verônica S.S.
 Médico Plantonista
 CRM 13097

Data-HORA	PA	P	R	T	HGT	SPO2
EX - 10/01/20	120/80	70	100	36,5	1,70	98
10/01/20	120/80	70	100	36,5	1,70	98
10/01/20	120/80	70	100	36,5	1,70	98

→ TRANSFERIDO P/ ~~INTERNO~~

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO

~~Infarto~~

CONDIÇÕES DE ALTA

DATA	HORA	CURADO	TRANSFERIDO	INTERNADO
------	------	--------	-------------	-----------

MOTIVO DA ALTA:

Assinatura e carimbo do Médico



ORA	PRESCRIÇÃO MÉDICA	CONDUTA	HORÁRIO DE MEDICAÇÃO
	Spt - / 100mg - EC		
	FLATIL - 10mg		
	Amx	EC	
	Medrona (Solu)	EC	
	CEPHALOSPORIN / 3 - EC		
	CDT 300mg		
	TCX 1000x / 1000 / 1000 (1)		
	Observação		

Medico Plantonista
CRM 13097

Data-HORA	PA	P	R	T	HGT	SPO2
Ex - 1000mg / 1000 / 1000						
1000mg / 1000 / 1000						
1000mg / 1000 / 1000						

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO

CONDICÕES DE ALTA

DATA	HORA	CURADO	TRANSFERIDO	INTERNADO
MOTIVO DA ALTA:				

Assinatura e carimbo do Médico



Sistema
Único de
Saúde

Ministério
da
Saúde

Secretaria
da Saúde
Pernambuco



LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL JESUS PEQUENINO

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

Problema: 2017.04.0005

2 - CNES

2344254

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

898 003439761667

6 - SIS PRENATAL

7 - SENNA/REGULAÇÃO

8 - Nº DO PRONTUÁRIO

273563

112347

9 - NOME DO PACIENTE

Deionaldo Francisco dos Santos

10 - DATA DE NASCIMENTO

08/07/79

11 - SEXO

Masc ☒ Fem ☐

12 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

Vera Lucia dos Santos

13 - TELEFONE DE CONTATO

14 - ENDEREÇO (RUA Nº BAIRRO)

Tramita Celilia Modesto de Albuquerque 140

15 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Ourique

16 - COD. IBGE MUNICÍPIO

UF

17 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

18 - HISTÓRIA CLÍNICA / EXAME FÍSICO

Vítima de acidente de moto e trauma
em joelho D.

20 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

Rx

21 - DIAGNÓSTICO INICIAL

Fratura fêmur D.

22 - CID 10 PRINCIPAL

S-82.1

23 - DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO

24 - CID 10 SECUNDÁRIO

25 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - COD. DO PROCEDIMENTO

090905055

28 - CLÍNICA

29 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

30 - DOCUMENTO

() CNS

(X) CPF

31 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

10462551684816

32 - ASS. E CARIMBO DO SOLICITANTE

André Bezerra de Barros Andrade

MEDICO
CRMPE 24639

33 - DATA DA SOLICITAÇÃO

11/12/16

34 - ASSINATURA E CARIMBO (UF DO MÉDICO)

Raymundo Francisco de Aguiar Filho

MEDICO
CRMPE 16374

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

35 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

36 - () ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

37 - () ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO

38 - CNPJ DA SEGURADORA

39 - Nº DO BILHETE

40 - SÉRIE

41 - CNPJ DA EMPRESA

42 - CNIE DA EMPRESA

43 - CBO

44 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURO

AUTORIZAÇÃO

45 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO AUTORIZADO

46 - COD. ÓRGÃO EMISSOR

47 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)

47 - DOCUMENTO

() CNS

() CPF

48 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

49 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

50 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

Prefeitura Municipal de Bezerros
Secretaria de Saúde
NUMERAÇÃO DE AIH NORMAL
261710519113-0

HOSPITAL JESUS PEQUENINO
FICHA DE ATENDIMENTO DE INTERNAÇÃO

Atendimento:	447756	Data:	11/12/2016	Hora:	16:26	Recepç.:	MARIA DE LOURDES SILVA		
Convênio:	SES- ORTOPEDIA					Matricula:	898003439761667		
Responsável:						Identidade:			
Médico:	DR. ALVARO PAES DE BARROS ANDRADE					Cartão SUS:	898003439761667		
Paciente:	112347	VERIONALDO FRANCISCO DOS SANTOS				Sexo:	MASCULINO	Cor:	MORENO
Nascimento:	08/07/1979	- 37 Anos e 5 Meses				Est. Civil:			
Endereço:	TRAVESSA CECILIA MODESTO DE ALBUQUERQUE, 14					C.P.F.	02436508500		
Bairro:	CENTRO	CEP:				Identidade:	0908268184	SDS	BA
IBGE/Cidade:	2602803 BUIQUE	UF:	PE			Telefone:			
Pai:	AUGUSTO FRANCISCO DOS SANTOS					G. Instrução:			
Mãe:	VERA LUCIA DOS SANTOS					Ocupação:			
Nacionalidade:	BRASIL					Naturalidade:	JEREMOADO		
Obs.:	SENHA ORTOPEDIA 273563								

Queixa do Paciente:

Do dor no D.

H.D.A.:

Vítima de queda de moto e trauma em
perna D.

Exame Físico:

Alcance.

H.D.:

Fratura de braço D.

Tratamento:

Curativo.

Bezerras, 11 de dezembro de 2016

Conferido Com Documento
Original Bezerras PE
Hospital Jesus Pequeno

Assinatura e Cartão do Médico
Alvaro Paes de Barros Andrade
Médico
CRMPE 24839

Assinatura

HOSPITAL JESUS PEQUENINO

FICHA DE ATENDIMENTO DE INTERNAÇÃO (Complemento)

Atendimento: 447756 Data: 11/12/2016 Hora: 16:28 Recep.: MARIA DE LOURDES SILVA
Convênio: SES- ORTOPEDIA Matrícula: 898003439761667
Responsável: Identidade:
Médico: DR. ALVARO PAES DE BARROS ANDRADE Cartão SUS: 898003439761667

Paciente: 112347 VERONALDO FRANCISCO DOS SANTOS Sexo: MASCULINO Cor: MORENO
Nascimento: 08/07/1979 - 37 Anos e 5 Meses Est. Civil:
Endereço: TRAVESSA CECILIA MODESTO DE ALBUQUERQUE, 14 C.P.F.: 02436508500
Bairro: CENTRO CEP: Identidade: 0906268184 SDS BA
IBGE/Cidade: 2602803 BUIQUE UF: PE Telefone:
Pai: AUGUSTO FRANCISCO DOS SANTOS G. Instrução:
Mãe: VERA LUCIA DOS SANTOS Ocupação:
Nacionalidade: BRASIL Naturalidade: JEREMOADO

Recepcionista:

Motivo Alta: () Curado () Melhorado () A Pedido () Transferido () Evasão Morte: () Antes de 48 horas () Após 48 horas
() Assinou o termo

Alta Hospitalar Data: 12/12/16
Médico: _____
Assinatura / CRM
João Marilton V. Costa
Traumato - Ortopedia
CRM - 5980

Transferência Hospitalar Data: ____/____/____
Médico: _____
Assinatura / CRM

Óbito Data: ____/____/____
Médico: _____
Assinatura / CRM

Observação 12/12/16
Ortopedia Traumato - 7
Assinatura
João Marilton V. Costa
Traumato - Ortopedia
CRM - 5980
Diagnósticos
Diagnóstico Provisório: Trauma no tornozelo -
Assinatura
João Marilton V. Costa
Traumato - Ortopedia
CRM - 5980
Diagnóstico Definitivo: 6 meses
João Marilton V. Costa
Traumato - Ortopedia
CRM - 5980
Diagnóstico Secundário:

Conferido Com Documento
Original Bezerras PE
Hospital Jesus Pequeno

03/04/17
Assinatura

EVOLUÇÃO MEDICA

VERONALDO FRANCISCO DOS SANTOS

11/12/2016—PACIENTE ENCAMINHADO DO HOSPITAL REGIONAL DE CARUARU. INTERNADO PARA TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DE CONDILO LAETRAL DE TIBEA DIREITA. ESTADO GERAL SATISFATORIO. CONSCIENTE. AFEBRIL. SOLICITADO EXAMES PRE-OPERATORIO.

João Marilton
Traumato-Ortopedi
CRM 5980

12/12/2016 - VISTO EXAMES PRE-OPERATORIO. SEM ANOMALIDADES. APTO AO PROCEDIMENTO CIRURGICO

João Marilton
Traumato-Ortopedi
CRM 5980

TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DE CONDILO LAETRAL DE TIBEA DIREITA. ATO CIRURGICO TRANSCORREU SEM ANORMALIDADES. MEDICADO E ENCAMINHADO A ENFERMARIA.

João Marilton
Traumato-Ortopedi
CRM 5980

13/12/2016 - PACIENTE NO 1º DIA POS-OPERATORIO COM BOA EVOLUÇÃO, AFEBRIL, LÚCIDO. RETIRADO O DRENO E TROCADO O CURATIVO.

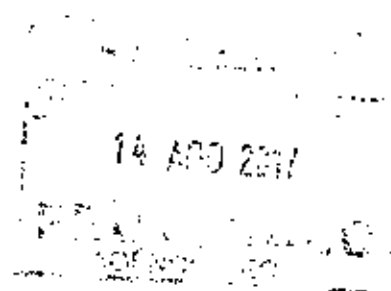
João Marilton
Traumato-Ortopedi
CRM 5980

14/12/2016 - PACIENTE NO 1º DIA POS-OPERATORIO COM BOA EVOLUÇÃO, AFEBRIL, LÚCIDO. RETIRADO O DRENO E TROCADO O CURATIVO. FISIOTERAPIA E MEDICADA PARA CASA.

João Marilton
Traumato-Ortopedi
CRM 5980

ALTA HOSPITALAR.

João Marilton
Traumato-Ortopedi
CRM 5980



Conferido Com Documento
Original Bezerras PE 03/04/17
Hospital Jesus Pequeno
[Signature]

RELATÓRIO CIRÚRGICO	
NOME DO PACIENTE VERONALDO FRANCISCO DOS SANTOS CLÍNICA ORTOPÉDICA	NÚMERO DO REGISTRO
CIRURGIÃO JOÃO MARILTON VIEIRA COSTA	
ANESTESIA RAQUI ANESTESIA	DR PRISCILA AMORIM
DATA DA OPERAÇÃO 12/12/2016	
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO FRATURA DE CONDILO LAETRAL DE TIBIA DIREITA	
DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO O MESMO	
OPERAÇÃO PROPOSTA TRATAMENTO CIRÚRGICO COM FIXAÇÃO	
OPERAÇÃO REALIZADA A MESMA	
DESCRIÇÃO DO ATO OPERATÓRIO	
CAMPO CIRÚRGICO COM POLVIDINE	
INCISÃO PROXIMAL LATERAL EM PERNA ATE PLANO OSSEO.	
FIXAÇÃO PROVISÓRIO COM 02 FIOS DE KIRSCHNER E POSTERIOR UTILIZAÇÃO DE 02 PARAFUSOS CANULADOS 7.0 DE N. 75 E 85 COM ARROELAS.	
LAVAGEM DE FERIDA OPERATÓRIA COM SORO FISIOLÓGICO	
HEMOSTASIA E DRENO	
FECHAMENTO POR PLANOS	
CURATIVO E TALA GESSADA	

Conferido Com Documento
Original Bezerras PE 03/11/17
Hospital Jesus Pequeno
[Assinatura]

João Marilton
Traumatismo Ortopedia
CRM 5980



HOSPITAL
JESUS PEQUENINO

Nome: Vinícius Francisco dos Santos

Reg. 112 342

Data de Nasc. 08/07/79

Data da Cirurgia 12/12/16

Diagnóstico: Fratura intra-articular T. L. 5. P.

Gr. 5. 82

Tratamento: Placa fixa e parafusos

Data Retorno: 26/12/16

Motivo Retorno: Dor no local

Fr. no C. 5. 82
Leitura noturna para instrução
90 min.

Dr. Marilton V. Costa
Ortopedia
Fone: 3333



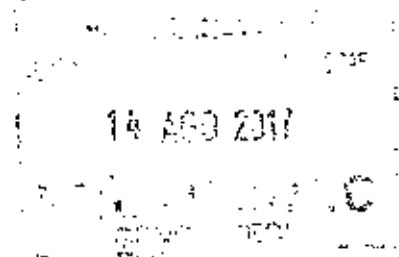
HOSPITAL
JESUS PEQUENINO

U. de. v. m. l. m. f. r. m. m. g. o. t. s.

*Da. de. Jesus - f. l. m. s.
v. m. s. f. l. m. s.*

*4 v. m. s.
13/02/14*

João Marilton V. Costa
Traumato - Ortopedia
CRM - 5980





MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas



COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

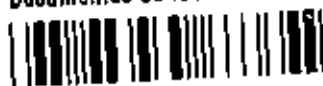
Número
024.365.085-00

Nome
VERIONALDO FRANCISCO DOS SANTOS

Nascimento
08/07/1979

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

Documentos de identificação



CÓDIGO DE CONTROLE
FE05.CF32.33F9.0C6E

A autenticidade deste comprovante deverá
ser confirmada na Internet, no endereço

www.receita.fazenda.gov.br

Comprovante emitido pela

Secretaria da Receita Federal do Brasil

às 09:49:11, do dia 04/05/2015 (hora e data de Brasília)
dígito verificador: 00

SAC

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA BAHIA

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO PEDRO MELO

NÃO ALFABETIZADO(A)

CPF: 024.365.085-00

Nome: VERIONALDO FRANCISCO DOS SANTOS

Nascimento: 08/07/1979

Assinatura: [Assinatura]

Carimbo: [Carimbo]

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

CPF: 024.365.085-00

Nome: VERIONALDO FRANCISCO DOS SANTOS

Nascimento: 08/07/1979

Assinatura: [Assinatura]

Carimbo: [Carimbo]

Local: JEREMOABO - BA

UF: BA

Distrito: CER-NAS

UF: CM-ANTAS

UF: BA

DST-SEDE

L-A091F-204 - R-009216

DATA DE EMISSÃO: 08/07/1979

DATA DE VALIDADE: 08/05/2008

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB Nº 012030286615
CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO

1 0041623841-1 00/00000000 2015

ANTONIO DAMIAO BEZERRA

02326014880

09C4289/PB

NOVO PB 9C2KD0550CR511959

PAS/MOTOCICLETA/ALIC ALCO/CASO

HONDA/NXR150 BROS ES 2011-2012

ZAPP 149 /CI. PARTE LAZARIN DOMINANTE

UPVA PAGO EM 08/10/2015 VENC / COTAS
P 1
V 2
A 3

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) 0. PARCELAMENTO / COTAS 08/10/2015

SEM RESERVA DE DOMÍNIO

143

ANILAU CRISTO SOUZA

08/10/2015 11649

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

PB Nº 012030286615 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ANTONIO DAMIAO BEZERRA

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
02326014880 OFC4289/PB
www.dpvatsegurodotransito.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

2015 08/10/2015
EXERCÍCIO DATA EMISSÃO

VIA ANTONIO DAMIAO BEZERRA PLACA

RENAVAM MARCA / MODELO

00416238416 HONDA/NXR150 BROS ES

PRÊMIO TARIFÁRIO

2011 9 9C2KD0550CR511959

CUSTO DO BILHETE (R\$) 0. COTA ÚNICA PARCELADO

SEGURO PAGO DATA DE COTAÇÃO

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 08.249.808/0001-04

11649-1151224-20151008

DUT



31 OUT 2011
PROTOCOLO
AGENCIA REGISTRO

AUTORIZAÇÃO PARA TRANSFERÊNCIA DE PROPRIEDADE DE VEÍCULO ATPV

AUTORIZO O DEPARTAMENTO ESTADUAL DE TRÂNSITO-DETRAN,
TRANSFERIR O REGISTRO DESTE VEÍCULO, PARA:

VALOR R\$ _____

NOME DO COMPRADOR: JADIVAN ANDRADE DA SILVA

RG: 24693 CPF/CNPJ: 038.527.084-43

ENDEREÇO: RUA A POLONIO CURSINO DOS AN-
JOS Nº 17 BUIQUE PE CEP 56.520.000

LOCAL E DATA: 15 DEZEMBRO 2015

[Assinatura]
ASSINATURA DO PROPRIETÁRIO (VENDEDOR)

- a) O vendedor tem a obrigação legal de comunicar a venda do veículo ao DETRAN no prazo máximo de 30 dias, sob pena de ter que se responsabilizar solidariamente pelas penalidades impostas e suas reincidências até a data da comunicação (Lei Federal nº 9.503 - Art. 184 - Código de Trânsito Brasileiro - CTB).
b) O comprador terá prazo máximo de 30 (trinta) dias, contados da data da aquisição para providenciar a transferência do veículo para o seu nome, sob pena de incorrer em infração de trânsito (Art. 233 do CTB).
c) É obrigatório o reconhecimento de firmas do adquirente e do vendedor, exclusivamente na modalidade por AUTENTICAÇÃO.

DE ACORDO: Jadivane Andrade da Silva
ASSINATURA DO COMPRADOR

RECONHECIMENTO DE FIRMA DO PROPRIETÁRIO (VENDEDOR)
CONFORME ART. 369 C.P.C.

Antônio Damiano Bezerra, for
Autenticidade

Lh
05 de setembro 2014



CARTÓRIO ÚNICO DA COMARCA DE BUIQUE - PE
Rua Manoel Camelo, 67 - Centro - CEP: 56520-000 - Fone: (071) 2555-1068
E-mail: cartorio@tribunalpb.com.br - Site: www.tribunalpb.com.br

11/01/2016. _____ da Verdade.

Emerson José de Freitas Neto - Tabelião
Selo(s): 0150649-RJBO1201601.00033

Consulte autenticidade em: www.dje.gub.br/autenticidade



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0314602/17

Vítima: VERIONALDO FRANCISCO DOS SANTOS

CPF: 024.365.085-00

Data do Acidente: 05/12/2016

CPF de: Próprio

Titular do CPF: VERIONALDO FRANCISCO DOS SANTOS

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência

Comprovação de ato declaratório

Declaração de Inexistência de IML

Documentação médico-hospitalar

Documentos de identificação

Outros

Outros



VERIONALDO FRANCISCO DOS SANTOS : 024.365.085-00

Autorização de pagamento

Comprovante de residência

ATENÇÃO:

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 14/08/2017

Nome: VERIONALDO FRANCISCO DOS SANTOS

CPF/CNPJ: 024.365.085-00

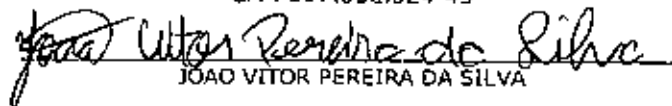
VERIONALDO FRANCISCO DOS SANTOS

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 14/08/2017

Nome: JOAO VITOR PEREIRA DA SILVA

CPF: 117.852.524-45


JOAO VITOR PEREIRA DA SILVA

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0314602/17

Vítima: VERIONALDO FRANCISCO DOS SANTOS

CPF: 024.365.085-00

Data do Acidente: 05/12/2016

CPF de: Próprio

Titular do CPF: VERIONALDO FRANCISCO DOS SANTOS

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência

Outros

Outros



ATENÇÃO:

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 22/03/2018

Nome: VERIONALDO FRANCISCO DOS SANTOS

CPF: 024.365.085-00

VERIONALDO FRANCISCO DOS SANTOS

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 22/03/2018

Nome: JOAO VITOR PEREIRA DA SILVA

CPF: 117.852.524-45

JOAO VITOR PEREIRA DA SILVA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170452160 **Cidade:** Buíque **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: VERIONALDO FRANCISCO DOS SANTOS **Data do acidente:** 05/12/2016 **Seguradora:** MONGERAL AEGON SEGUROS E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 11/07/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FERIDA CORTO CONTUSA EM MEMBRO INFERIOR DIREITO
FRATURA DE TÍBIA DIREITA

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE) E ALTA

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

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

DANOS

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

PRESTADOR

Líder- Serviços AMD

Nome do médico: RICARDO DE OLIVEIRA BLANCO

CRM do médico: 52.90233-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico: