



Número: **0000081-09.2017.8.17.2360**

Classe: **PETIÇÃO CÍVEL**

Órgão julgador: **Vara Única da Comarca de Buíque**

Última distribuição : **14/03/2017**

Valor da causa: **R\$ 9.450,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
VERIONALDO FRANCISCO DOS SANTOS (REQUERENTE)		MARCO ANTONIO DE BARROS ALVES (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REQUERIDO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
72265393	09/12/2020 15:12	Análise médico documental	Outros (Documento)

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

Vítima: 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

Pag. 00781/00782 - carta_03



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

Vitima: 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

Pag. 01379/01380 - carta_01



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

Vítima: 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

Pag. 01061/01062 - carta_03



Rio de Janeiro, 17 de Janeiro de 2018

Aos Cuidados de: VERIONALDO FRANCISCO DOS SANTOS

Nº Sinistro: 3170452160

Vítima: 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

Pag. 00133/00134 - carta_03 - INVALIDEZ



Carta nº 12251716



Rio de Janeiro, 02 de Abril de 2018

Aos Cuidados de: VERIONALDO FRANCISCO DOS SANTOS

Nº Sinistro: 3170452160

Vítima: 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

Pag. 01919/01920 - carta_03 - INVALIDEZ



Carta nº 12596143



Rio de Janeiro, 11 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: VERIONALDO FRANCISCO DOS SANTOS

Nº Sinistro: 3170452160

Vítima: 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

Pag. 00515/00516 - carta_04 - INVALIDEZ



Carta nº 13081514





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 dos Santos
PORTADOR(A) DO RG Nº 0906268184 EXPEDIDO POR SSP-BA EM 06/05/08 E
CPF 004365085-00 / CNPJ 000000000-0000-00, 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 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 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) 46 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.

Benigno 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

Loterias CAIXA

1ª VIA

CAIXA ECONOMICA FEDERAL

SAC 0800 726 0101
OUVIDORIA 0800 725 7474

216-343149665-4

04/AGO/2017

HORA DE 10:45:28

LOT: 15.24749-4

TERM: 056001

LOCALIDADE: BUIQUE

AG. 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

Loterias CAIXA

Loterias CAIXA

10 AGO 2017



AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

Cartório Único da Comarca de Buíque

Praça Nano Camelo, 57

Buíque - Pernambuco

Autorização de pagamento



TRASLADO.....1º

LIVRO.....E-177

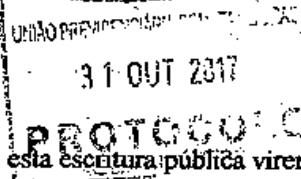
FLS.....65

ESCRITURA PÚBLICA DECLARATÓRIA, COMO TUDO ABAIXO SE DECLARA:

S

AIBAM

quantos esta escritura pública virem



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 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 subscrevo. 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



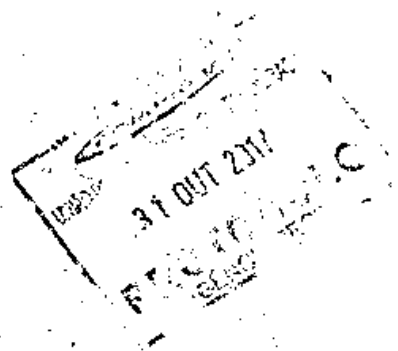
Cartório Único da Comarca de Buíque
Praça Nano Camelo, 57
Buíque - Pernambuco

TESTEMUNHAS:

x Euzene Costa da Silva

Silvano James da Silva

CARTÓRIO ÚNICO DA COMARCA DE BUIQUE
END: PÇ. 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
11:46

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-278 - Bairro: CENTRO - BUIQUE/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **RODOVIA ESTADUAL**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESEMPREGADO (AUTOR AGENTE);
MARIA DAS DORES EDITE DA SILVA (NOTICIAITE);
ADRIAN 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 (Briga colida 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: 13/2/1981
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: 65000-000 - 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: 27/7/1979 Naturalidade: JEREMOABO / EMILIA / BRASIL**



DESCONHECIDO (não presente no plantão) - Sexo: **Desconhecido** Naturalidade: **NÃO INFORMADO** - **PERMANÊNCIA** - **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/NXR150 BROS** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **LARANJA** - Quantidade: **(UNIDADE)**

Placa: **ONG4289** PARAIBA/NÃO INFORMADO/ Chassi: **9C2MD0550CR511359**
Ano e homologação/Modelo: **2011/2012** Combustível: **ALCO/GASOL**
Cor/Quant: **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: **AUTOMOVELO/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Naturalidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Complemento / Observação

A NOTICIANTE COMPARECEU A ESTA DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL PARA DECLARAR QUE SEU ESPOSO FOI VÍTIMA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO NESTE MUNICÍPIO DE BUIQUE. DISSSE QUE SEU ESPOSO ESTAVA NA GARUPA DA MOTO LONDOLIDA POR "JADIVAN" O QUAL SEGUIA SENTIDO ARCOVERDE BUIQUE QUANDO NAS INTERSEÇÕES 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.

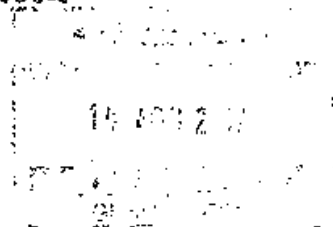
Assinatura da(s) pessoa(s) presente nesta unidade policial

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

VERONALDO FRANCISCO DOS SANTOS
(VÍTIMA)



B.O. registrado por: **FABIANO MACHADO VIEIRA** - Matrícula: **316880-6**

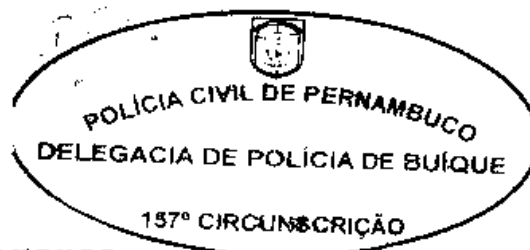


11/01/2017 11:49

02



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

Complemento 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)

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:
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: 22/10/1979 Naturalidade: AGUAS BELAS / PERNAMBUCO /
BRASIL Documentos: 24663847PE (RG), 62552703443 (CPF) Estado Civil: CASADO(A)**

COMPREVE SIGUROS E

22 MAR 2018

PROTOCOLO

02/03/18, 12:15

Educacionalidade: 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

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

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

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

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

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

Categoria/Marca/Modelo: MOTOCICLETA/HONDA/MXR150 BROS Objeto apreendido: Não
Cor: LARANJA - Quantidade: 0 (UNIDADE)

Placa: OF04250 (PARAIBANÃO INFORMADO) Chassi: BC2KD0558CR511953

Ano Fabricação/Modelo: 2011/2012 Combustível: ALCO/BASOL

Descrição: MXR 150 BROS ES

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

Categoria/Marca/Modelo: AUTOMÓVEL/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO Objeto apreendido:
Não

Quantidade: 0 (UNIDADE NÃO INFORMADA)

22 MAR 2018

Complemento / Observação

A NOTICIANTE COMPARECEU A ESTA DELEGACIA DE POLICIA CIVIL PARA
COMUNICAR QUE SEU ESPOSO FOI VITIMA DE ACIDENTE DE TRANSITO NESTE
MUNICÍPIO 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 CONTRÁRIO 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 MÉDICO. OBS: A
NOTICIANTE "MARIA DAS DORES EDITE DA SILVA" VEIO ATÉ ESTA DELEGACIA NA
DATA DE HOJE (19/03/2017) PARA INFORMAR O NOME DO PROPRIETÁRIO DA
MOTOCICLETA RELACIONADA NESTE BO. OBS: JADIVAN ANDRADE DA SILVA
COMPARECEU A ESTA DELEGACIA DE POLICIA CIVIL NA DATA DE HOJE (19/03/2017)
PARA INFORMAR QUE DE FATO CONDUZIA A MOTOCICLETA DE PLACA OF0-4250
ENVOLVIDA NO REFERIDO ACIDENTE OCORRIDO NAS IMEDIAÇÕES DOS CAMPINHOS,
E QUE A VITIMA 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 x *Maria das Dores Edite da Silva*
(NOTICIANTE)

VERONALDO FRANCISCO DOS SANTOS

A ROGA

02
02/03/18, 12:15

(VITIMA)

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

COMPREV SEGUROS E F

22 MAR 2018

PROTOCOLADO

Handwritten notes:
1. B.O. nº 11.111
2. B.O. nº 11.112
3. B.O. nº 11.113
4. B.O. nº 11.114
5. B.O. nº 11.115
6. B.O. nº 11.116
7. B.O. nº 11.117
8. B.O. nº 11.118
9. B.O. nº 11.119
10. B.O. nº 11.120

03

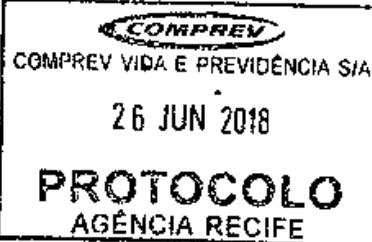
02/03/18, 12:15



29/05/2018

Secretaria de Defesa Social :: INFOPOL

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-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:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**
VEICULO: (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: 24893/MT/PE (RG) 03852708443 (CPF) Estado Civil: CASADO(A) Escolaridade: 2º. GRAU COMPLETO Profissão: AGRICULTOR(A) Endereço Residencial: MUNICÍPIO DE BUIQUE, 17, RUA APOLÔNIO 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

238.83.36/pernambuco/VisualizeBO.do?idUn=247&idOc=6978546&nroBO=18E0247000258&tipo=simples&natPrincipal=ACIDENTE%20DE%20TR



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/BÁ/NÃO INFORMADO) Chassi: **BC2KD0550CR511859**

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

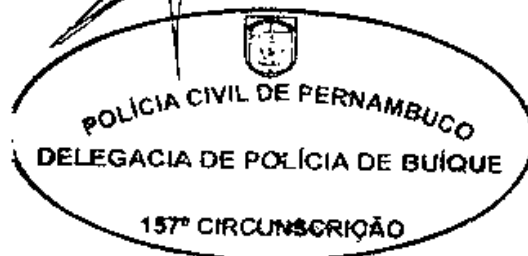
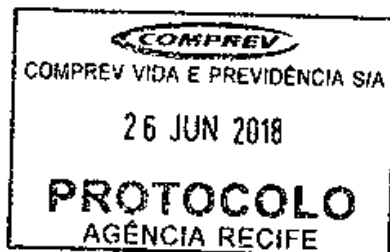
A NOTICIANTE COMPARECEU A ESTA DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL PARA COMUNICAR QUE SEU ESPOSO FOI VÍTIMA DE ACIDENTE DE TRANSITO NESTE MUNICÍPIO DE BUÍQUE. DISSE QUE SEU ESPOSO ESTAVA NA GARUPA DA MOTO CONDUZIDA POR "JADIVAN" O QUAL SEGUIA SENTIDO ARCOVERDE BUÍQUE QUANDO NAS IMEDIAÇÕES DOS CAMPINHOS UM VEÍCULO 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**



Declaração de Inexistência de IML



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, Venionado Francisco dos Santos, portador da carteira de identidade nº 09062681-84 e inscrito no CPF/ME sob o nº 084.365.085-00, 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.

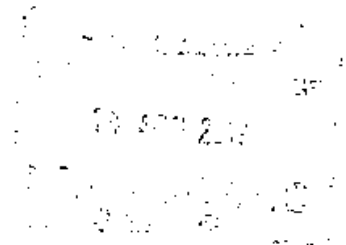
Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.



Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

Beaçu 03/08/17

Local e data



~~AUSENCIA DO IML~~
~~INSTRUMENTO PUBLICO~~

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 REC

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 impugna-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 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 Dore Edite da Silva
A rogo do outorgante

CARTÓRIO ÚNICO DA COMARCA DE BUIQUE
END: PÇ. NANO CAMELO, Nº 57
CENTRO - BUIQUE/PE
CEP: 5570-000



Cartório Único da Comarca de Buíque

Praça Nano Camelo, 57

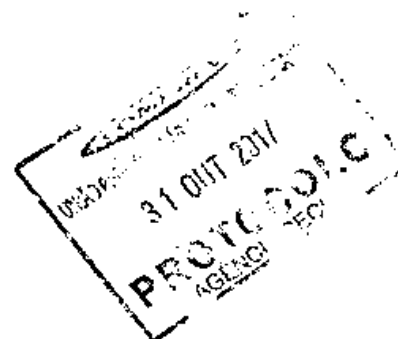
Buíque - Pernambuco

TESTEMUNHAS:

x Emanoel Edite 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





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



SETOR DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

FICHA DE ATENDIMENTO DE ENFERMAGEM

CLASSIFICAÇÃO: VERMELHO (AMARELO) VERDE AZUL
NOME: Leandro da Silva (NOME SOCIAL) IDADE: 32 anos

QUEIXA:

história de acidente de moto há 1 ano
em desacordo com o M.T.D. 835
acidente de moto

PROCEDÊNCIA

ORIGEM: VIA PÚBLICA TRABALHO: sem UNIDADE DE SAÚDE: sem
DOENÇAS PREEXISTENTES: sem
TOLERÂNCIA/ALERGIA: sem

PARÂMETROS

GRUPO DE RISCO: LEVE MODERADA GRAVE
SPO2: 98% HGT: 1,70m GLASGOW: 15 PESO: 70kg

IDENTE DE TRABALHO () SIM (X) NÃO

CONSCIENTE: sim ORIENTADO: sim DESORIENTADO: sem ANSIOSO: sem CALMO: sim
CONSCIENTE: sim TORPOROSO: sem COMATOSO: sem NÃO ATENDE VOZ DE COMANDO: sem

MO SINUSAL: sim PALPITAÇÕES: sem TAQUICARDIA: sem BRADICARDIA: sem
PNEÚMIA AOS ESFORÇOS: sem DISPNEIA EM REPOUSO: sem DISPNEIA P. NOTURNA: sem
NOSE: sem PALIDEZ: sem SUDORESE: sem

DOR TORÁCICA

INTENSIDADE DA DOR: MODERADA LEVE

LOCALIZAÇÃO

IRRADIAÇÃO DA DOR: sem
LOCALIZAÇÃO: sem ABDOMEN ESCÁPULA MANDÍBULA TÓRAX POSTERIOR

DOR PRESENTE

REPOUSO: sem AOS ESFORÇOS: sim QUANDO RESPIRA: sem

ASE JUGULAR: sem EDEMA DE MMII: sem EDEMA DE FACE: sem EDEMA OUTROS: sem
ICHT MOTOR FACE: sem DM MSD: sem DM MSE: sem DM MID: sem DM MIE: sem
XOGRAMA: sem

Assinatura e carimbo

Assinatura e carimbo

Assinatura e carimbo



Comprovante de residência



compesa

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

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

DADOS DO CLIENTE

JOSE MANDIM SOBRINHO
TV CECILIA MODESTO DE ALBUQUERQUE, S. 00014 - - CENTRO BUIQUE
PE 56520-000

INSCRIÇÃO: 026-810-400-0010-264 GRUPO: 5 - DEB-AUTOMATICO-004089154

SITUAÇÃO AGUA: SITUAÇÃO ELETRO: QUANTIDADE DE EQUIPAMENTOS

LIGADO: POTENCIAL: RESIDENCIAL: 1 - COMERCIAL INDUSTRIAL: PÚBLICA

HIDRÔMETRO: DATA LEIT. ANTERIOR: DATA LEIT. ATUAL: TIPO DE CONSUMO (AVE):

A12F049451 11/11/2016 02/01/2017 ESTIMADO

AGUA:
LEIT ANT: 181 CONSUMO: 12
LEIT ATU: 193
LEIT FAT: 193

HISTÓRICO DE CONSUMO

REFERENCIA	CONSUMO
11/2016	05
10/2016	11
09/2016	04
08/2016	04
07/2016	01
06/2016	04
MEDIA:	05

Qualidade de Água: www.compesa.com.br

OPS.: (1) COLIFORME TOTAIS AUSÊNCIA 95% DAS AMOSTRAS EXAMINADAS
(2) OS PARÂMETROS COLIFORMES TOTAIS, ESCHERICHIA COLI E CLORO RESIDUAL SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES SANITÁRIAS DA ÁGUA
(3) OS PARÂMETROS COR E TURBIDIDADE SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES ASSOCIADAS AO ASPECTO VISUAL DA ÁGUA

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS

AGUA	CONSUMO	TOTAL (R\$)
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

IMPRESSO EM: 15/01/2017

VENCIMENTO:

15/01/2017

TOTAL A PAGAR:

46,53

MENSAGEM:



COMPROVANTE DE RESIDENCIA

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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 PERNAMBUCANA DE REGISTROS

31 OUT. 2017

S A I B A M PROTOCOLO

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 impugna-la, caso discorde do seu conteúdo. Assim o disseram e me pediram que lavrasses-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

Cartório Único da Comarca de Buíque
Praça Nano Camelo, nº 57
Centro - Buíque/PE

A rogo do outorgante

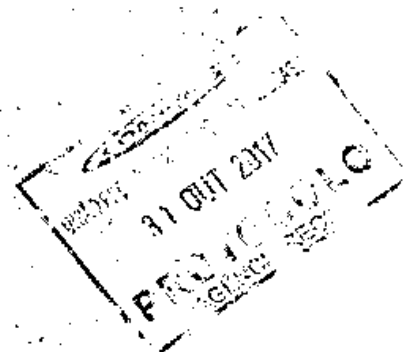
Cartório Único da Comarca de Buíque
Praça Nano Camelo, 57
Buíque - Pernambuco

TESTEMUNHAS:

x Euane Costa da Silva

Silvana Gomes da Silva

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



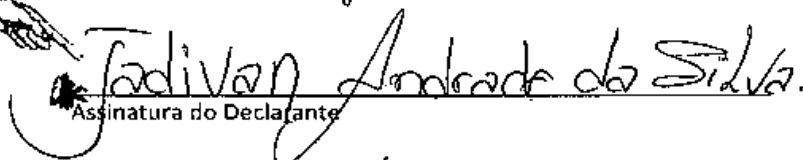
AAC 0335159



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu Jadivan Andrade da Silva,
RG nº 24693, data de expedição 26/05/2004,
Órgão MT-PE, portador do CPF nº 038.527.084-43, com
domicílio na cidade de Buique, no Estado de
Pernambuco, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Rua Avelino Gomes do Amaral, 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
Jadivan Andrade da Silva.

Veículo: Motocicleta
Modelo: Honda/NXR 150 BROS
Ano: 2011/2012
Placa: QFG-4289/PB
Chassi: 9C2K0050CRS 11959
Data do Acidente: 05/12/16
Local e Data: Buique


Assinatura do Declarante

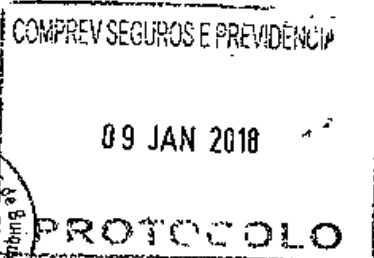
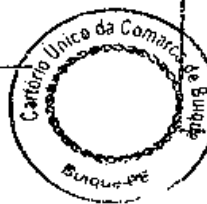

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

 **CARTÓRIO ÚNICO DA COMARCA DE BUIQUE - PE**
Hugo Sacramento Edelha - Tabelião/Oficial

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

LASARO CRISTIANO SOUTO DA COSTA - SUBSTITUTO
Selo(s): 0150649.9PR11201701.01319

Consente autenticidade em: www.tjpe.jus.br/portal/portal
Lasaro Cristiano Souto da Costa
Substituto



Declaração do proprietário do veículo



01





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

SETOR DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO



FICHA DE ATENDIMENTO DE ENFERMAGEM

CLASSIFICAÇÃO VERMELHO AMARELO VERDE AZUL
NOME: Venilton de Figueiredo (NOME SOCIAL) IDADE: 37 anos
QUEIXA:

Vítima de acidente de moto há 3 horas
com lacerações e ferimento no M.T.D. 839 percent
surdo e mudo.

PROCEDÊNCIA
ORIGEM: VIA PÚBLICA TRABALHO UNIDADE DE SAÚDE
DOENÇAS PREEXISTENTES: não sabe
TOLERÂNCIA/ALERGIA: não sabe

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

IDENTE DE TRABALHO ()SIM (X)NÃO
CONSCIENTE ORIENTADO DESORIENTADO ANSIOSO CALMO
CONSCIENTE TORPOROSO COMATOSO NÃO ATENDE VOZ DE COMANDO

MO SINUSAL PALPITAÇÕES TAQUICARDIA BRADICARDIA
PNEÚMIA AOS ESFORÇOS DISPNEIA EM REPOUSO DISPNEIA P. NOTURNA
NOSE PALIDEZ SUDORESE

DOR TORÁCICA
INTENSIDADE DA DOR MODERADA LEVE
LOCALIZAÇÃO
IRRADIAÇÃO DA DOR
COSTA E BRAÇO D ABDOME ESCÁPULA MANDÍBULA TÓRAX POSTERIOR

DOR PRESENTE
REPOUSO AOS ESFORÇOS QUANDO RESPIRA

EDEMA JUGULAR EDEMA DE MMII EDEMA DE FACE EDEMA OUTROS
REFLEXO MOTOR FACE DM MSD DM MSE DM MID DM MIE
EXOGRAFIA

Assinatura e carimbo
05/12/16



FICHA DE ATENDIMENTO DE EMERGÊNCIA/URGÊNCIA

ID. Procedimento	CBO	IDADE	FICHA NO. 111
			Data: 05/12/16
			HORA DE ENTRADA: 19:03
NOME: Veneranda Francisco dos Santos			
08/03/79	SEXO:	PROFISSÃO:	ESTADO CIVIL:
FILIAÇÃO:			

CPF	CN/FLS/LIV.
DEREITO: Rua Nazário Rolim	NO. 48 BAIRRO: Centro
INÍCIO: Banguê	UF: PE TEL.
COMPANHANTE	NATURAL: Jurema BA
RESPONSÁVEL PELO PREENCHIMENTO DA FICHA: Jurema	
ENTE DE TRABALHO () SIM () NÃO	

ATENÇÃO MÉDICA					
FC	P	R	T	HGT	PESO
NICO:	CIRÚRGICO:	ORTOPÉDICO:	PEDIÁTRICO:		
EIXA PRINCIPAL: ALERGIA DE LADO DA CINTURA					
SEM VOMITOS SEM DIARRÉIA					
PACIENTE SURDO, COOPERATIVO					
60 - 15 - 100/60 1/3 DISTA PERDA					
ME FÍSICO: EXAMENADO MTID - SOLUÇÃO 3.0					
LADO COXA / TÓRAX - ENITEN DO					
E - MSHA PUE SEM ALER					

DIAGNÓSTICA:	TO COSTO - COSTO MTID
	CONT - PARTES MET
CITACÃO DE EXAMES:	EXAMENADO / ALER





Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde
Secretaria de 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

2 - CNES 2344254

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

898 003439761667

6 - SIS PRENATAL

7 - SEMA/RESOLUÇÃO

273563

8 - Nº DO PRONTUÁRIO

112347

9 - NOME DO PACIENTE

Deionildo Francisco dos Santos

10 - DATA DE NASCIMENTO

08/07/79

11 - SEXO

Masc. ☒ 11 Fem. ☐ 13

12 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

Vera Lucia dos Santos

13 - TELEFONE DE CONTATO

14 - ENDEREÇO (RUA Nº BAIRRO)

Tramita Celilio Rodolfo de Albuquerque 140

15 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Ourique

16 - COD. IBGE MUNICÍPIO

PE

17 - UF

PE

18 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

19 - HISTÓRIA CLÍNICA / EXAME FÍSICO

Vítima de acidente de moto e trauma em joelho D.

Conferido Com Documento Original Bezerros PE 08/12/2017 Hospital Jesus Pequeno

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

10461255684816

32 - ASS. E CARIMBO DO SOLICITANTE

Raymundo Francisco dos Santos Andrade

Médico

CRMPE 24639

33 - DATA DA SOLICITAÇÃO

11/12/16

34 - ASSINATURA E CARIMBO (DE OUTROS MÉDICOS)

Raymundo Francisco dos Santos Andrade

Médico

CRMPE 24639

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

35 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - Nº. DO BILHETE

38 - SÉRIE

39 - () ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

40 - CNPJ DA EMPRESA

41 - CNIE DA EMPRESA

42 - CBO

43 - () ACIDENTE DE TRABALHO TRAVEJO

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: 16:28	Recapo.: 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: 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	

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: *Al alterações.*

H.D.: *Fratura fíbula D.*

Tratamento: *Curativo.*

Bezerros, 11 de dezembro de 2016

Conferido Com Documento
Original Bezerros PE
Hospital Jesus Pequeno

Assinatura e Carimbo do Médico
Alvaro Paes de Barros Andrade
Médico
CRM 24839



HOSPITAL JESUS PEQUENINO

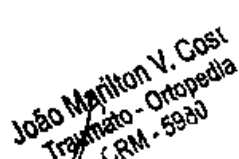
FICHA DE ATENDIMENTO DE INTERNAÇÃO (Complemento)

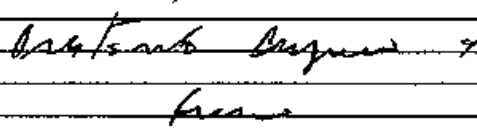
Atendimento: 447756	Data: 11/12/2016	Hora: 16:28	Recepç.: MARIA DE LOURDES SILVA
Convênio: SES- ORTOPEDIA			Matrícula: 898003439761667
Responsável:			Identidade:
Médico: DR. ALVARO PAES DE BARROS ANDRADE			Cartão SUS: 898003439761667

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: 0906288184	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	

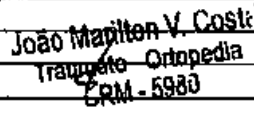
Recepcionista: _____

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

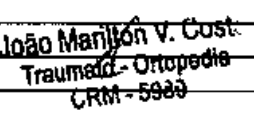
Alta Hospitalar Data: <u>12/12/16</u> Médico: _____  Assinatura / CRM
--

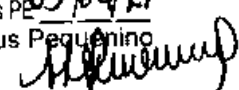
Observação <u>12/12/16</u>  João Marilton V. Costa Traumatista - Ortopedia CRM - 5980
--

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

Diagnósticos Diagnóstico Provisório: <u>Trauma torácico - fratura costal D</u>  João Marilton V. Costa Traumatista - Ortopedia CRM - 5980

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

Diagnóstico Definitivo: <u>Costal</u>  João Marilton V. Costa Traumatista - Ortopedia CRM - 5980
Diagnóstico Secundário: _____

Conferido Com Documento
Original Bezerras PE
Hospital Jesus Pequeno




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 TIBIA 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 TIBIA 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.

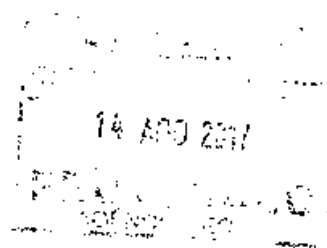
João Marilton
Traumato-Ortopedia
CRM 5980

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-Ortopedia
CRM 5980

ALTA HOSPITALAR.

João Marilton
Traumato-Ortopedi
CRM 5980



Conferido Com Documento
Original Bezerros PE 05/04/17
Hospital Jesus Pequeno

[Handwritten signature]



RELATÓRIO CIRÚRGICO	
NOME DO PACIENTE VERONALDO FRANCISCO DOS SANTOS	NÚMERO DO REGISTRO
CLÍNICA ORTOPÉDICA	
CIRURGIÃO JOÃO MARILTON VIEIRA COSTA	
ANESTESIA RAQUI ANESTESIA	DR PRISCILA AMORIM
DATA DA OPERAÇÃO 12/12/2016	
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO FRATURA DE CONDILO LATERAL DE TÍBIA 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 ATÉ PLANO OSSEO.	
FIXAÇÃO PROVISÓRIA 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 05/11/17
Hospital Jesus Pequeno

João Marilton
Traumato-Ortopedia
CRM: 5980

12





HOSPITAL
JESUS PEQUENINHO

Nome: Vivianela Francisco dos Santos

Reg. 112 342

Data de Nasc. 08/07/1979

Data da Cirurgia 12/12/16

Diagnóstico: Fra. femur intercondilares T. L. 3. 2. 1.

Cu. 5. 8. 1.

Tratamento: Pl. Kujawa e Pl. - pariet. e pariet.

Data Retorno: 26/12/16

Motivo Retorno: Dor de L. 4. 5.

F. 1. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8. 9. 10. 11. 12. 13. 14. 15. 16. 17. 18. 19. 20. 21. 22. 23. 24. 25. 26. 27. 28. 29. 30. 31. 32. 33. 34. 35. 36. 37. 38. 39. 40. 41. 42. 43. 44. 45. 46. 47. 48. 49. 50. 51. 52. 53. 54. 55. 56. 57. 58. 59. 60. 61. 62. 63. 64. 65. 66. 67. 68. 69. 70. 71. 72. 73. 74. 75. 76. 77. 78. 79. 80. 81. 82. 83. 84. 85. 86. 87. 88. 89. 90. 91. 92. 93. 94. 95. 96. 97. 98. 99. 100.

João Marilton V. Costa
Traumatismo - Ortopedia
F. 1. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8. 9. 10. 11. 12. 13. 14. 15. 16. 17. 18. 19. 20. 21. 22. 23. 24. 25. 26. 27. 28. 29. 30. 31. 32. 33. 34. 35. 36. 37. 38. 39. 40. 41. 42. 43. 44. 45. 46. 47. 48. 49. 50. 51. 52. 53. 54. 55. 56. 57. 58. 59. 60. 61. 62. 63. 64. 65. 66. 67. 68. 69. 70. 71. 72. 73. 74. 75. 76. 77. 78. 79. 80. 81. 82. 83. 84. 85. 86. 87. 88. 89. 90. 91. 92. 93. 94. 95. 96. 97. 98. 99. 100.

Gratuito (C.A. 0113721328)





HOSPITAL
JESUS PEQUENININO

Unidade de Pronto Socorro

*Dois dias de jejum e jejum
na noite*

*4 dias
13/02/12*

João Marilton V. Costa
Traumato - Ortopedia
CRM - 5980

14 AGO 2012

Av. Major Aprigio da Fonseca, s/n - Bezerros - PE - Fone/Fax: (0xx81) 3728.1586 / 1099



Documentos de identificação

[illegible]

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB Nº 012030286615
CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO

VIA 00416238416 00700005000 2015

ANTONIO DAMIAO BEZERRA

02326014880

02G4289/PB

NOVO PB 9C2KD0550CR511959

PAS/MOTOCICLETA/NAO APLIC ACQU/GASOL

HONDA/NXR150 BROS ES 2011 2012

ZAP/PI/PB/CT. P. ANTICIPA LACR. N. DOMINANTE

UPVA PAGO EM 0871092015 1º VENC / COTAS

P. V. A. FAIXA 0. PARCELAMENTO / COTAS 2º 3º

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) SEGURO PRÊMIO TOTAL (R\$) 0871092015

SEM RESERVA DE DOMÍNIO

PEDRA



0871092015

143

Anelau Chaves Sousa

11649

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA, A PESSOAS
TRANSPORTADAS OU NAO - 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 OFG4289/PB
www.dpvatsegurodotransito.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

2015 08/10/2015

EXERCÍCIO DATA EMISSÃO

VIA ANTONIO DAMIAO BEZERRA

RENAVAM MARCA / MODELO

00416238416 02G4289/PB

00416238416 HONDA/NXR150 BROS ES

PRÊMIO TARIFÁRIO

2011 9 9C2KD0550CR511959

CUSTO DO BILHETE (R\$) IOP (R\$) TOTAL A SER PAGO PELO SEGURO (R\$)

***** SEGURO PAGO

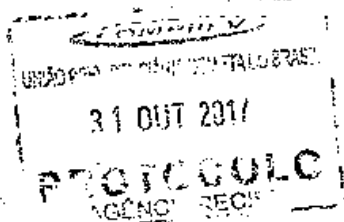
PAGAMENTO DATA DE QUITAÇÃO

SEGURO LÍDER - DPVAT

CNPJ 06.248.808/0001-04

11649-1151224-20151008

DUT



04



AUTORIZAÇÃO PARA TRANSFERÊNCIA DE PROPRIEDADE DE VEÍCULO ATPV

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

VALOR R\$ _____

NOME DO COMPRADOR: JADIVAN ANDRADE DA SILVA

RG: 24693 CPF/CNPJ: 038.527.084-43

ENDEREÇO: RUA APOLÔNIO CURSINO DOS AN-
JOS Nº 17 BUIQUE DE CEP 56520-000

LOCAL E DATA: 15 DEZEMBRO 2015

[Assinatura do Proprietário/Vendedor]
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 reincidência até a data da comunicação (Lei Federal nº 9.503 - Art. 184 - Código de Trânsito Brasileiro - CTB).
b) O comprador tem o 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.C.
*Antonio Damiano Bezerra, for
Autenticidade*
Sh
05 de dezembro 2015



CARTÓRIO ÚNICO DA COMARCA DE BUIQUE - PE
Rua Manoel Camelo, 87 - Centro - CEP: 56520-000 - Fone: (071) 2855-1008

Assinado eletronicamente em: 11/01/2016
de Verdade.

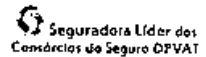
Assinado por: Antonio Damiano Bezerra - Tabelião
OAB/PE nº 0150649-1/201601.00033

Consulte a autenticidade em: www.dje.sp.br/autenticidade

PROTÓTIPO
UNIAO PERNAMBUCO - DEPARTAMENTO DE TRÂNSITO
31 OUT 2017
PROTOCOLO
AGÊNCIA RECIFE



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

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

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

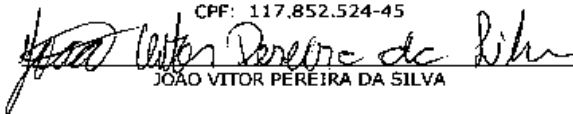
Data da entrega: 22/03/2018
Nome: VERIONALDO FRANCISCO DOS SANTOS
CPF: 024.365.085-00

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:

