

PROCURAÇÃO "AD JUDICIA"

OUTORGANTE: HILDES BARCELOS ARAÚJO, brasileiro, casado, aposentado, portador do RG de nº. 787.121/2ª Via DGPC-GO, CPF: 168.394.551-49, residente e domiciliado na Rua.: V-21 QD-03 LT-25, Bairro: Dona Vila Vitória II na cidade de Itumbiara-GO.

OUTORGADOS: MAURICIO BORGES DE FARIA, brasileiro, casado, advogado escrito na OAB/GO sob o nº. 21.615, com escritório na Praça da República nº. 130 – Ed. Executivo – sl. 10A Térreo – Itumbiara - GO.

PODERES: Conferindo o OUTORGANTE aos OUTORGADOS, poderes para, em conjunto ou separadamente independente da ordem de nomeação, no for em geral perante qualquer juízo, ou instância ou tribunal, inclusive no exterior, propor quaisquer ações cíveis ou criminais, defende-las nos que lhe forem propostas e promover quaisquer medidas preliminares, preventivas ou assecuratórias dos seus direitos e interesses inclusive receber citações iniciais, para que lhe confere poderes da cláusula "ad judicium" e "extra" mais os especiais para transigir confessar, desistir, fazer firmar compromisso, variar de ações, bem como representar o OUTORGANTE podendo ainda substabelecer esta, com ou sem reserva de iguais poderes e especificamente para representá-lo **especificamente para representá-lo em ação de cobrança de seguro DPVAT.**

Itumbiara, 28 de outubro de 2008.



HILDES BARCELOS ARAÚJO
CPF: 168.394.551-49
RG Nº 787.121/2ª Via DGPC-GO

DECLARAÇÃO
PARA REQUERER JUSTIÇA GRATUITA

OUTORGANTE: HILDES BARCELOS ARAÚJO, brasileiro, casado, aposentado, portador do RG de nº. 787.121/2ª Via DGPC-GO, CPF: 168.394.551-49, residente e domiciliado na Rua.: V-21 QD-03 LT-25, Bairro: Dona Vila Vitória II na cidade de Itumbiara-GO, desejando obter os benefícios da "*Justiça Gratuita*", declara, sob as penas da lei, que não possui recursos suficientes para custear qualquer demanda, sem prejuízo do sustento próprio e da família, pelo que, nos termos da Lei nº 1.060 de 05 de fevereiro de 1950 e artigo 1º, da Lei 7.115, de 29 de agosto de 1983, faz *jus* aos benefícios da gratuidade da Justiça.

Responsabiliza-se o (a) infra assinando (a), pelo teor da presente declaração, ciente de que se sujeitará à sanções civis e criminais, em caso de falsidade.

Para clareza, e os devidos fins de Direito firma a presente.



HILDES BARCELOS ARAÚJO

CPF: 168.394.551-49

RG Nº. 787.131/2ª Via DGPC-GO

CENTAURO

vida e previdência

Seguros para viver

Registro de Sinistro

DP.: 114

Processo: _____

Código: 151703

Unidade CENTAURO RIO DE JANEIRO	Parceiro SINCOR GO - DIRETOS	Sub-Parceiro ITUMBIARA
------------------------------------	---------------------------------	---------------------------

BO Nº 970/2008	Data BO 19/05/2008	DELEGACIA POLICIA MILITAR DO ESTADO DE GOIAS
-------------------	-----------------------	---

Placa AVK-4040/GO	Tipo de Veículo 09-Ciclomotor/Motoneta/Motocicleta/Triciclo	IML
----------------------	--	-----

Nome da Vítima HILDES BARCELOS ARAUJO	Natureza 3 - D.A.M.S.
--	--------------------------

Tipo Sinistrado 2 - Não Transportado	Data Nascimento 23/08/1948	Tipo de CPF 0 - Possui CPF	CPF da Vítima 168.394.551-49	Data Ocorrência 19/05/2008
---	-------------------------------	-------------------------------	---------------------------------	-------------------------------

Cidade ITUMBAIRA	UF G	CEP 75500-000	Contato (64)3404-5077
---------------------	---------	------------------	--------------------------

Qtde.Benef. 1	Data Óbito	Médico	Valor(D.A.M.S.) 174,53
------------------	------------	--------	---------------------------

Beneficiários

Nome	Tipo Benef.	Vínculo	Dt.Nasc.	CPF/CNPJ
CEP	Endereço	Complemento	Bairro	Cidade
HILDES BARCELOS ARAUJO	Vítima	VITIMA	23/08/1948	168.394.551-49
75500-000	RUA V- 21 Q.03 L.25	CASA	VILA VITORIA II	ITUMBIARA
Banco: 104 Caixa Econômica Fede	Ag.: 0015	C/P 01300003804-4		GO

Histórico

Data	Usuário	Situação
04/08/2008 09:27:54	GO MJOSE	Pré-Cadastro não analisado

Atendimento - DPVAT
SINCOR GO
(64) 3404-8302

R: SENADOR DANTAS, 80, SL 1102 E 1103 Centro - Cep: 20.031-20

Tel.: (21) 2240-0401 Fax: (21) 2220-1402

e-mail: dpvat-rj@centauroseg.com.br

Rio de Janeiro - RJ

Entre em nosso site <http://www.centauroseg.com.br> e acesse em DPVAT ON LINE, faça sua consulta individual, citando o código 151703 e a data de nascimento 23/08/1948 da vítima e acompanhe o seu processo em tempo REAL!!!!



Hospital e Maternidade São Marcos

Ficha de Atendimento Ambulatorial (F.A.A.) - Modelo 30

CGC 02.198.539/0001-22

Data 19/05/2008 às 22:27:52

Atendente: NILVANIA GOMES DA

10
92

DADOS DO PACIENTE

39.034.143

Prontuário: 56083
Nome paciente: HILDES BARCELOS ARAUJO
Data nascimento: 23/08/1948 Idade: 59 anos 8 Meses CPF:
Sexo: Masculino RG: 787131
Responsável: Cartão SUS: 102753077910000
Mãe: BENEDITA ANTONIO BARCELOS ARAUJO
Pai: ANTONIO JOOSE ARAUJO
Endereço: V 21 Q 3 LT 25 nº0
Bairro: VILA VITORIA II
Telefone: 34045077
Cidade: Itumbiara - GO CEP:
Nacionalidade: BRASILEIRA
Naturalidade: Itumbiara - GO
Profissão: Estado civil: Casado

DADOS INTERNAÇÃO

Número da Internação: 5698
Tipo da Internação: Emergência
Convênio: SUS Plano: 1
Clínica:
Enfermaria: ENF Leito: E212L3 Apartamento:
Data da Internação: 19/05/2008
Horário da Internação: 22:25
Médico solicitante: JOAO RODRIGUES DE QUEIROZ
Procedimento solicitado:
Diagnóstico admissao:
Diagnóstico alta:

Atendimentos especificados: Acidentes de trânsito () Acidente de trabalho ()

Observação:

Emissão: 19/05/2008 às 22:27:52

04.08.05.055-1



LAUDO MÉDICO PARA EMISSÃO DE AII

500810166838-5

NOME	UNIDADE	CÓDIGO/CNPJ
HOSPITAL E MATERNIDADE SÃO MARCOS		02198539/0001-22

PACIENTE	NOME DO CLIENTE		ORGÃO EMISSOR																		
	HILDES BARCELOS ARAUJO																				
	ENDEREÇO (Rua, N.º, Bairro)		MUNICÍPIO	UF																	
	V 21 Q 3 LT 25 n.º 0, VILA VITORIA II		Itumbiara - GO																		
PACIENTE	CEP	DATA DO NASCIMENTO	SEXO	MASCULINO	FEMININO	CONDIÇÃO	SEGURADO	CONJUGE	FILHO	OUTRO DEP											
	75533-630	23/08/1948	X	1	3		2	4	6	8											
SEGURADO	NOME DO SEGURADO		Hildes Barcelos Araujo																		
	PIS/PASEP/ Nº INDIVIDUAL	VINCULO COM A PREVIDENCIA		EMPREGADO						EMPREGADOR		AUTONOMO		DESEMPREGADO		APOSENTADO		NÃO SEGURADO		CNPJ DA EMPRESA	
		1	2	3	5	7	9														
CPF DO MÉDICO SOLICITANTE		PROCED. SOLICITADO	CAR. INT	DATA DA EMISSÃO	CPF DO MÉDICO RESPONSÁVEL	ASSINAT. MÉDICO RESPONSÁVEL															
44658427672		39034143																			
PREENCHER EM CASO DE ACIDENTE DE TRÂNSITO		CAUSA EXTERNA	CGC DA SEGURADORA	Nº DO BILHETE	SÉRIE																

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO			
PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS			
la vitoria de fracture planoalto Central de Regulação SMS - ITUMBIARA Dr. Thiago Berlingieri Riva CRM GO 12.398			
CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO			
necessidade de cury			
PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS			
Ex clínicos e radiológicos			
DIAGNÓSTICO INICIAL	CID	CLÍNICA	
fract planoalto	882.3	CLÍNICA	
PROCEDIMENTO SOLICITADO		CLÍNICA	
fract b cury		CLÍNICA	
ASSINATURA DO MÉDICO SOLICITANTE (EXAMINADO)	CRM	DATA	
Dr. João Rodrigues Guerra	6668	19.05.08	

So 2

12

4

Nº Internação	Nº Prontuário	Nome do Paciente					Cód. C. Custo
	56083	Hildes Barcelos Enriyo					
Data	Idade	Convênio	Unidade Int.	Quarto	Leito		
21-05-2008	59	Sus	2ª Unidade	212	03	cod dent 35	

CÓDIGO E DESCRIÇÃO DO TIPO DE ATO CIRÚRGICO

Tratamento Cirúrgico de Fratura de Tálus

01	Cirurgião <i>D. Jairo Rodrigues</i>	47	Código	05	Auxiliar
02	Auxiliares <i>D. Dima</i>	48		00	Instrumentadora
03		41		06	Anestesista <i>D. Glorimar</i>
04		Tipo de Anestesia <i>Perioperatório</i>			

MATERIAIS E MEDICAMENTOS

CÓDIGO	QTD.	DESCRIÇÃO	CÓDIGO	QTD.	DESCRIÇÃO	CÓDIGO	QTD.	DESCRIÇÃO
		MATERIAL						
		Atadura de Algodão	1	2	Globo de tela 22			Mertiolate
		Atadura de Crepe 20cm	2	2	Seringa 10 ml		1	Morfina amp 0,12
		Atadura de Gesso	2	2	" 5 ml			Plasil
		Catgut cromado c/ Ag. nº	3	3	Agulha 30x7			Prostigmine
		Catgut cromado s/ Ag. nº 0	1	1	Agulha P/Periqui 25			Quelicin
		Catgut simples c/ Ag. nº	500 ml	500 ml	Dermoline			Rifocina
		Catgut simples s/ Ag. nº	500 ml	500 ml	Degermante			Sintocinon
		Dreno Penrose	2	2	Vacunador de Peleto			Sintomicetina
		Equipo	1	1	Luvas P/Procedimento		2	Soro-Fisiológico 500 ml
		Escalpe nº	1	1	Seringa 20 ml		1	Soro-Glicosado 500 ml
		Esparadrapo	1	1	bloco em L 7 luvas			Transamin
		Fio de Algodão	1	1	porpura betadine 40			Thionembatal
		Gaze Picado	1	1	" " 142			Xilocaina
		Lâmina de Bisturi nº 22	1	1	R X 18x24		2g	Keflin 12:00h
		Luvas nº 7,5 pones	1	1	MEDICAMENTOS		1	Nepecina Parado
		Luvas nº 8	500	500	Água dest. 1000 ml		1	Doloral amp
		Malha Tubular			Álcool Iodado ml		1	porpura Es porpura
		Micropore			Aloferine		1	" " 180
		Mononylon nº 3-0	1	1	Atropina		1	SGF 1000 ml
		Oxigênio			Diempax amp			
		Óxido Nitroso			Efortil			
		Seda-Fio nº			Etrane			
		Sonda Foley nº			Fentatinil			
		Sonda Nasogástrica nº			Flaxedil			
		Sonda Uretral Plast. nº			Flebocortid			
					Forane			
					Germ-Hand			
					Hypnomidade			
					Inoval			
					Marcaína			

CÓDIGO E DESCRIÇÃO DOS EQUIPAM. UTILIZADOS NO ATO CIRÚRGICO				COMPRES.	ENTRG.	CONF.	OXIGÊNIO			ATO CIRÚRGICO			
99			99	GRANDES			HORA INÍCIO	HORA TÉRMINO	DURAÇÃO	HORA INÍCIO	HORA TÉRMINO	DURAÇÃO	
99			99	PEQUENAS						12:00	12:50	50	
99			99	ASSINATURA						OBSERVAÇÕES E ASSINATURA DO EMITE			
99			99										

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

agnóstico Pré-Operatório: _____

agnóstico Pós-Operatório: _____

eração Proposta: _____

eração Realizada: _____

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

(TÉCNICA, LIGADURA, SUTURAS, DRENAGEM, FECHAMENTO, ACIDENTES DURANTE ATO OPERATÓRIO)

- 1) Paciente em DSH
- 2) Inspeção e exame físico
- 3) Incisão lateral de 10 cm no terço médio, subcutâneo e fascial
- 4) Identificação de fístula
- 5) Abertura e colocação de placa de fundo
- 6) Lavagem da ferida
- 7) Sutura por planos
- 8) Curativos

SINATURA _____

MÉDICO CIRURGIÃO - CRM

DATA

21 / 05 / 08



320

۷۷

**PRESCRIÇÃO MÉDICA
DE ENFERMAGEM**

MÉDICO:

CATEGORIA:

Rodriguez

52

Julius Borries Gruenig

PACIENTE:-

IDADE: 39

QUARTO:

LEITO:

[illegible]

AUTORIZAÇÃO PARA OPERAÇÃO E TRATAMENTO

Declaro que eu, abaixo assinado, consinto em ser submetido(a) a qualquer cirurgia, anestesia ou tratamento, que for julgado necessários e prudentes.

ITUMBIARA, 19 de maio de 08

a) _____
PACIENTE OU RESPONSÁVEL

RESPONSÁVEL PELO PACIENTE

Declaro que eu, abaixo assinado, sou responsável pelo(a) paciente Albino
Barcelos Araújo e consinto que seja submetido(a) a qualquer
cirurgia, anestesia ou tratamento que for julgado necessário ou prudente.

ITUMBIARA, _____ de _____ de _____

a) Bethania D. S. Araújo
PACIENTE OU RESPONSÁVEL

RESPONSÁVEL PELO PACIENTE

Declaro que eu, abaixo assinado, sou responsável pelo(a) paciente

_____ e que tomo ciência do regulamento do Hospital, afixado nas dependências de internação.

ITUMBIARA, _____ de _____ de _____

a) _____
PACIENTE OU RESPONSÁVEL

REGISTRO DE ALTA A PEDIDO

Nesta data, a meu pedido, retiro do Hospital a Maternidade São Marcos de Itumbiara, o paciente

SEM ALTA MÉDICA e autorização da ADMINISTRAÇÃO do(a) mesmo(a).

Desta forma, isento os Médicos e o Hospital de qualquer responsabilidade pelos danos que esta
minha atitude possa provocar.

Assumindo inteira responsabilidade, assino

Data _____ a) _____

TESTEMUNHAS: _____
PACIENTE OU RESPONSÁVEL

a) _____

ASSINATURA E NOME LEGÍVEL

Documento _____

PACIENTE OU RESPONSÁVEL

Pelo presente, eu _____

NOME DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL

NACIONALIDADE

residente à _____

EST. CIVIL

C.D.I.

RUA

CIDADE

declaro assumir plena responsabilidade, em caráter solidário e principal, como bastante fiador, por todas as despesas de
internação e tratamento médico hospitalares, onde escolheu(i), dependências não autorizadas pelo INPS ou IAMSPE tomando
conhecimento da resolução CD/DPNS-297/70, ou mesmo optando para CLÍNICA PARTICULAR. Obrigando-me, assim, a solver
os valores tão logo sejam apresentados, bem como respectivos depósitos, da forma de regulamento e critérios que são do meu
inteiro conhecimento.

ITUMBIARA, _____ de _____ de _____

a) _____

NOME

a) PACIENTE OU RESPONSÁVEL

a) _____

Pelo presente, eu _____

NOME DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL

NACIONALIDADE

residente à _____

RUA

RG

declaro assumir plena responsabilidade, em caráter solidário e principal, como bastante fiador, por todas as despesas de
internação e tratamento médico hospitalares em dependências escolhidas por mim, como também por importâncias solicitadas
por conta das despesas, conforme regulamento do hospital.

a) _____ ITUMBIARA, _____ de _____ de _____

a) _____

NOME

PACIENTE OU RESPONSÁVEL - ASSINATURA E NOME LEGÍVEL



TUMBIARA - GOIÁS

**PRESCRIÇÃO MÉDICA
DE ENFERMAGEM**

MÉDICO: Dr. Roberto A. Rodríguez

CATEGORIA: 2

PACIENTE:

Hidder Barenher Group

IDADE: 5

QUARTO: 212

LETO:

[illegible]

15
92

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

GOVERNO DO ESTADO DE GOIÁS
DIRETORIA GERAL DA POLÍCIA CIVIL
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO

Hildes Barcelos Araújo
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 787131/2.A VIA DATA DE EXPEDIÇÃO 30/OUT/1997

NOME **HILDES BARCELOS ARAUJO**

FILIAÇÃO **ANTONIO JOSE DE ARAUJO
BENEDITA ANTONIA BARCELOS ARAUJO**

ITUMBIAIRA-GO 23/AGO/1948
NATURALIDADE DATA DE NASCIMENTO

NAO DOADOR DE ORGAOS E TECIDOS

DOIS ORIGEM C.CAS. 3834 FLS. 44 L. 818 CRC ITUMBIAIRA
GO EN 28/09/1996

CNP 168394551-49

[Signature]
ASSINATURA DO DIRETOR

17336856

LEI N.º 116 DE 29/08/83



BOLETIM DE OCORRÊNCIA E ACIDENTE DE TRÂNSITO



01 NÚMERO: 970/2008

DETRAN-GO

02 DADOS DO SOLICITANTE

NOME:

Jorgeio Paima de Santana Jr

TELEFONE:

34042114

03 LOCAL DA OCORRÊNCIA: RUA, AVENIDA, CRUZAMENTO, RODOVIA KM, TRECHO DA RODOVIA

RUA MIGUEL COUROS

04 BAIRRO

NOVO HORIZONTE

05 MUNICÍPIO

Itumbiera

06 U.F.

GO

07 PRÓXIMO CRUZAMENTO, PONTE, PASSAGEM DE NÍVEL, ETC.

RUA BATAFUGO

08 HORA DA OCORRÊNCIA

22:55

09 ZONA

RURAL ☐ 1 URBANA ☒ 2

10 DATA

18/05/98

11 DIA DA SEMANA

SEGUNDA

12 CLASSIFICAÇÃO

S/VÍTIMA ☐ 1 C/VÍTIMA ☒ 3

14 NATUREZA DO ACIDENTE

ATROPELAMENTO ☐ 1ABALROAMENTO ☐ 2COLISÃO ☒ 3ATROPELAMENTO ANIMAL ☐ 4TOMBAMENTO ☐ 5CAPOTAGEM/CAPOTAMENTO ☐ 6CHOQUE COM OBJETO FIXO ☐ 7OUTRA (ESPECIFICAR) ☐ 9

15 CARAC. DA PISTA

SIMPLES ☒ 1DUPLA ☐ 3COMPOSTA ☐ 5PLANO ☐ 7ACLIVE ☐ 9DECLIVE ☐ 2OUTRAS ☐

16 TIPO DE PAVIMENTO

ASFALTO ☒ 1CONCRETO ☐ 3PARALELEPÍEDO ☐ 5CASCALHO ☐ 7TERRA ☐ 9AREIA ☐ 2

17 CONDIÇÕES DA VIA

SECA ☒ 1MOLHADA ☐ 3OLEOSA ☐ 5ENLAMEADA ☐ 7DANIFICADA ☐ 9EM OBRAS ☐ 2

18 CONDIÇÕES DO TEMPO

BOM ☒ 1CHUVA ☐ 3NEBLINA ☐ 5GAROA ☐ 7NUBLADO ☐ 8OUTROS ☐ 9

19 ENVOLVIDOS NO ACIDENTE (QUANTIDADE)

AUTOMÓVEL OU CAMIONETA (EXCETO TÁXI) ☒ 2 ☐ 3TÁXI ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3CAMINHÃO ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3ÔNIBUS OU MICRO-ÔNIBUS ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3MOTOCICLETA OU MOTONETA ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3CICLOMOTOR ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3MOTO TÁXI ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3BICICLETA ☒ 2 ☐ 3TREM ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3VEÍCULO TRACÇÃO ANIMAL ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3ANIMAL ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3PEDESTRE ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3TRANSPORTE ESCOLAR ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3OUTRO (ESPECIFICAR) ☐

20 CONTROLE DO TRÁFEGO NO LOCAL

AGENTE/POLICIAL ☐ 1SEMÁFORO SEM DEFEITO ☐ 3SEMÁFORO COM DEFEITO ☐ 5FAIXA DE PEDESTRE ☐ 7FAIXA SECCIONADA ☐ 10SEM SINALIZAÇÃO ☐ 8PLACA "PARE" ☐ 9BARRERA ELETRÔNICA ☐ 11FAIXA CONTÍNUA ☐ 12RÓTULA ☐ 13OUTRO (ESPECIFICAR) ☐ 4

21 NOME

Jorgeio Paima de Santana Jr

22 SEXO

☒ M ☐ F

23 NASCIMENTO

26/02/68

24 ENDEREÇO

RUA MIGUEL COUROS 45

25 CPF

76630226613

26 RG

20.822.4400

27 1ª HABILITAÇÃO

08/07/93

28 CATEGORIA

A.B.

29 PRONTUÁRIO Nº

00742161084

30 U.F.

GO

31 EX. MÉDICO EM DIA

SIM ☒ 1 NÃO ☐ 3

32 USAVA CINTO

SIM ☐ 1 NÃO ☐ 3

33 USAVA CAPACETE

SIM ☐ 1 NÃO ☒ 3

34 EXAME DE EMBRIAGUEZ ALCOÓLICA

REALIZADO NO LOCAL ☐ 1 ☒ 3ENCAMINHADO P/ EXAME ☐ 5 ☐ 7

DOSAGEM AFERIDA:

36 AÇÃO DO CONDUTOR

DESRESPEITO AO SEMÁFORO ☐ 11DESRESPEITO AO SINAL "PARE" OU "DÊ A PREFERÊNCIA" ☐ 13ULTRAPASSAGEM PROIBIDA OU INCORRETA ☐ 15EXCESSO DE VELOCIDADE ☐ 17CONTRAMÃO DE DIREÇÃO ☐ 19VEÍCULO ESTACIONADO ☐ 33OUTRA (ESPECIFICAR) ☐

11

13

15

17

19

33

NÃO MANTEVE A DISTÂNCIA DE SEGURANÇA ☐ 21CONVERSÃO INCORRETA OU EM LOCAL PROIBIDO ☐ 23MUDANÇA SÚBITA DE FAIXA OU DIREÇÃO ☐ 25LUZ ALTA ☐ 27EMBRIAGADO OU VISIVELMENTE ☐ 35MANOBRA INCORRETA ☐ 31

37 NOME

Hilgê Brecclos, ARAUJO

38 SEXO

☒ M ☐ F

39 NASCIMENTO

23/08/48

40 ENDEREÇO

RUA V 21 203 LOTE 25 V. VITÓRIA

41 CPF

42 RG

787.131.22010

43 1ª HABILITAÇÃO

44 CATEGORIA

45 PRONTUÁRIO Nº

46 U.F.

47 EX. MÉDICO EM DIA

SIM ☐ 1 NÃO ☐ 3

48 USAVA CINTO

SIM ☐ 1 NÃO ☐ 3

49 USAVA CAPACETE

SIM ☐ 1 NÃO ☐ 3

50 EXAME DE EMBRIAGUEZ ALCOÓLICA

REALIZADO NO LOCAL ☐ 1 ☐ 3ENCAMINHADO P/ EXAME ☐ 5 ☐ 7

DOSAGEM AFERIDA:

52 AÇÃO DO CONDUTOR

DESRESPEITO AO SEMÁFORO ☐ 11DESRESPEITO AO SINAL "PARE" OU "DÊ A PREFERÊNCIA" ☐ 13ULTRAPASSAGEM PROIBIDA OU INCORRETA ☐ 15EXCESSO DE VELOCIDADE ☐ 17CONTRAMÃO DE DIREÇÃO ☐ 19VEÍCULO ESTACIONADO ☐ 33OUTRA (ESPECIFICAR) ☐

11

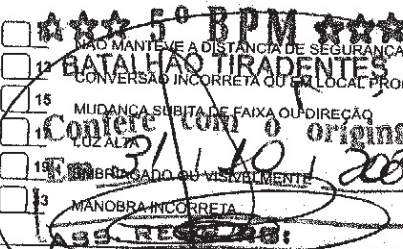
13

15

17

19

33

NÃO MANTEVE A DISTÂNCIA DE SEGURANÇA ☐ 21CONVERSÃO INCORRETA OU EM LOCAL PROIBIDO ☐ 23MUDANÇA SÚBITA DE FAIXA OU DIREÇÃO ☐ 25LUZ ALTA ☐ 27EMBRIAGADO OU VISIVELMENTE ☐ 35MANOBRA INCORRETA ☐ 31

53 NOME				54 SEXO ☐ M ☐ F				55 NASCIMENTO											
56 ENDEREÇO				57 CPF				58 RG											
59 1ª HABILITAÇÃO		60 CATEGORIA		61 PRONTUÁRIO Nº		62 U.F.		63 EX. MÉDICO EM DIA SIM ☐ NÃO ☐		64 USAVA CINTO SIM ☐ NÃO ☐		65 USAVA CAPACETE SIM ☐ NÃO ☐							
66 EXAME DE EMBRIAGUEZ ALCOOLICA SIM ☐ NÃO ☐ REALIZADO NO LOCAL ☐ 1 ☐ 3 ENCAMINHADO P/ EXAME ☐ 5 ☐ 7 DOSAGEM AFERIDA: _____				68 AÇÃO DO CONDUTOR DESRESPEITO AO SEMÁFORO ☐ 11 DESRESPEITO AO SINAL "PARE" OU "DÊ A PREFERÊNCIA" ☐ 13 ULTRAPASSAGEM PROIBIDA OU INCORRETA ☐ 15 EXCESSO DE VELOCIDADE ☐ 17 CONTRAMÃO DE DIREÇÃO ☐ 19 VEÍCULO ESTACIONADO ☐ 33 OUTRA (ESPECIFICAR) _____				69 MARCA / MODELO VW GOL 1.6				70 ESPÉCIE PAS / AUT		71 PLACA AUX4040		72 MUNICÍPIO Tumbador		73 U.F. GO	
74 NOME DO PROPRIETÁRIO CIA ITAU LEASING ROR MG				75 ENDEREÇO C. Miguel Couto 45 casa				76 SEGURADORA - BILHETE Nº 7327956728				77 CHASSI 9BWCB15X6YT189266		78 LICENCIAMENTO EM DIA ☒ SIM ☐ NÃO					
79 DEFEITO FAROL DIANTEIRO ☐ 1 LANTERNA TRASEIRA ☐ 3 LANTERNA DE FREIO ☐ 5 LIMPADOR PARA-BRISA ☐ 7 SETA DIRECIONAL ☐ 9 FREIO ☐ 2 PNEU GASTO ☐ 4 OUTRO (ESPECIFICAR) ☐ 6				80 LIBERADO NO LOCAL ☒ SIM RECEBEDOR: <u>Agostinho P. S. Gomes</u> RG: <u>20822</u> UF: <u>GO</u> ENDEREÇO: <u>C. Miguel Couto 45</u> ☐ NÃO APREENDIDO/RECOLHIDO: _____				81 MARCA / MODELO MONARK Broom				82 ESPÉCIE Circular		83 PLACA		84 MUNICÍPIO Tumbador		85 U.F. GO	
86 NOME DO PROPRIETÁRIO Auro Broom				87 ENDEREÇO C. 21 203 lot 25				88 SEGURADORA - BILHETE Nº				89 CHASSI		90 LICENCIAMENTO EM DIA ☐ SIM ☐ NÃO					
91 DEFEITO FAROL DIANTEIRO ☐ 1 LANTERNA TRASEIRA ☐ 3 LANTERNA DE FREIO ☐ 5 LIMPADOR PARA-BRISA ☐ 7 SETA DIRECIONAL ☐ 9 FREIO ☐ 2 PNEU GASTO ☐ 4 OUTRO (ESPECIFICAR) ☐ 6				92 LIBERADO NO LOCAL ☐ SIM RECEBEDOR: _____ RG: _____ UF: _____ ENDEREÇO: _____ ☐ NÃO APREENDIDO/RECOLHIDO: _____				93 MARCA / MODELO				94 ESPÉCIE		95 PLACA		96 MUNICÍPIO		97 U.F.	
98 NOME DO PROPRIETÁRIO				99 ENDEREÇO				100 SEGURADORA - BILHETE Nº				101 CHASSI		102 LICENCIAMENTO EM DIA ☐ SIM ☐ NÃO					
103 DEFEITO FAROL DIANTEIRO ☐ 1 LANTERNA TRASEIRA ☐ 3 LANTERNA DE FREIO ☐ 5 LIMPADOR PARA-BRISA ☐ 7 SETA DIRECIONAL ☐ 9 FREIO ☐ 2 PNEU GASTO ☐ 4 OUTRO (ESPECIFICAR) ☐ 6				104 LIBERADO NO LOCAL ☐ SIM RECEBEDOR: _____ RG: _____ UF: _____ ENDEREÇO: _____ ☐ NÃO APREENDIDO/RECOLHIDO: _____				105 NOME				106 SEXO ☐ M ☐ F		107 NASCIMENTO					
108 ENDEREÇO				109 FERIMENTOS LEVES ☐ GRAVES ☐ LOCAL POSTERIOR ☐ 1 VEÍCULO Nº ☐ 3				110 VIAJAVIA NO VEÍCULO Nº ☐ 1				111 USAVA CINTO SIM ☐ NÃO ☐		112 CAPACETE SIM ☐ NÃO ☐		113 CONDIÇÃO DA VÍTIMA CONDUTOR ☐ 1 PASSAGEIRO ☐ 3 PEDESTRE ☐ 5			
114 CONDUZIDO PARA CONDUTOR ☐ 1 PASSAGEIRO ☐ 3 PEDESTRE ☐ 5				115 ENCAMINHADO AO HOSPITAL ☐ UR do CBMGO nº _____ ☐ VTR da PMGO nº _____ ☐ TERCEIROS															

17
2

VÍTIMA 2	116 NOME	117 SEXO	118 NASCIMENTO			
	119 ENDEREÇO	120 FERIMENTOS FATAIS LEVES GRAVES LOCAL POSTERIOR	121 VIAJAVIA NO VEÍCULO Nº	122 USAVA CINTO	123 CAPACETE	
	124 CONDIÇÃO DA VÍTIMA CONDUTOR ☐ 1 PASSAGEIRO ☐ 3 PEDESTRE ☐ 5	125 CONDUZIDO PARA				
126 ENCAMINHADO AO HOSPITAL ☐ UR do CBMGO nº ☐ VTR da PMGO nº ☐ TERCEIROS						
VÍTIMA 3	127 NOME	128 SEXO	129 NASCIMENTO			
	130 ENDEREÇO	131 FERIMENTOS FATAIS LEVES GRAVES LOCAL POSTERIOR	132 VIAJAVIA NO VEÍCULO Nº	133 USAVA CINTO	134 CAPACETE	
	135 CONDIÇÃO DA VÍTIMA CONDUTOR ☐ 1 PASSAGEIRO ☐ 3 PEDESTRE ☐ 5	136 CONDUZIDO PARA				
137 ENCAMINHADO AO HOSPITAL ☐ UR do CBMGO nº ☐ VTR da PMGO nº ☐ TERCEIROS						
VÍTIMA 4	138 NOME	139 SEXO	140 NASCIMENTO			
	141 ENDEREÇO	142 FERIMENTOS FATAIS LEVES GRAVES LOCAL POSTERIOR	143 VIAJAVIA NO VEÍCULO Nº	144 USAVA CINTO	145 CAPACETE	
	146 CONDIÇÃO DA VÍTIMA CONDUTOR ☐ 1 PASSAGEIRO ☐ 3 PEDESTRE ☐ 5	147 CONDUZIDO PARA				
148 ENCAMINHADO AO HOSPITAL ☐ UR do CBMGO nº ☐ VTR da PMGO nº ☐ TERCEIROS						
PEDESTRE	149 ATRAVESSANDO EM CRUZAMENTO	150 ATRAVESSANDO FORA DO CRUZAMENTO	151 OUTRA			
	C/ SEMÁFORO VERDE P/ PEDESTRE ☐ 1 C/ SEMÁFORO VERMELHO P/ PEDESTRE ☐ 3 SEM SEMÁFORO ☐ 5 NA FAIXA ☐ 7 FORA DA FAIXA ☐ 9	POR TRÁS DE VEÍCULO ESTACIONADO ☐ 1 C/ AUSÊNCIA DE VEÍCULO ESTACIONADO ☐ 3 NA FAIXA ☐ 5 FORA DA FAIXA ☐ 7	CAMINHANDO AO LONGO DA VIA ☐ 1 BRINCANDO NA VIA ☐ 3 TRABALHANDO NA VIA ☐ 5			
	152 NOME VALNEI ALVES TABOADA					153 SEXO ☒ M ☐ F
TESTEMUNHAS Nº 1	155 ENDEREÇO RUA MIGUEL COELHO 66	156 IDENTIDADE Nº 450640061	157 ÓRGÃO EMISSOR SPRGO	158 U.F. GO		
	159 NOME	160 SEXO	161 NASCIMENTO			
	162 ENDEREÇO	163 IDENTIDADE Nº	164 ÓRGÃO EMISSOR	165 U.F.		

☆☆☆ 5º BPM ☆☆☆
BATALHÃO TIRADENTES
TERCEIROS
Confere com o original
Em 21/10/2008
ASS. RUI REIS (PMGO)

166 HISTÓRICO
Por volta das 22:30, por determinação do COMDM, deslocamos até o endereço citado para registrar o seguinte fato. O condutor de uma bicicleta, montada de forma insegura, estava circulando, movimenta-se na Rua Miguel Couto, sentido para a Rua Libussanga, quando veio a colidir-se com o VE, que encontrava-se estacionado na Rua Miguel Couto mesmo sentido. O condutor da bicicleta foi encaminhado pelo condutor do VE até ao Hospital Municipal e posteriormente para o Hospital São Marcos onde foi feito o diagnóstico e constatou lesão na perna esquerda e fraturas no joelho esquerdo. O condutor da bicicleta ficou hospitalizado e aos cuidados médicos; o VE foi liberado no local de ocorrência e em 01/9.

167 OBJETO ENVOLVIDO

☐ ARMA BRANCA TIPO: _____☐ ARMA DE FOGO TIPO: _____

MOD: _____

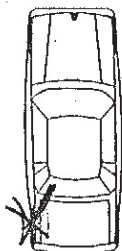
Nº DE SÉRIE: _____

DROGA: ☐ MACONHA ☐ COCAÍNA ☐ MERLA ☐ CRACK ☐ OUTRA (especificar): _____

DIVERSOS (especificar): _____

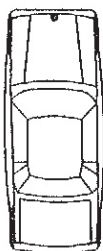
168 DANOS NOS VEÍCULOS

V-1



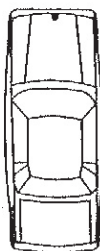
- ☐ 1 PEQUENA MONTA
☐ 2 MÉDIA MONTA
☐ 3 GRANDE MONTA

V-2



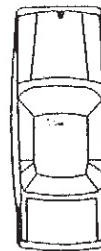
- ☐ 1 PEQUENA MONTA
☐ 2 MÉDIA MONTA
☐ 3 GRANDE MONTA

V-3



- ☐ 1 PEQUENA MONTA
☐ 2 MÉDIA MONTA
☐ 3 GRANDE MONTA

V-4



- ☐ 1 PEQUENA MONTA
☐ 2 MÉDIA MONTA
☐ 3 GRANDE MONTA

M/B-1



- ☐ 1 PEQUENA MONTA
☐ 2 MÉDIA MONTA
☐ 3 GRANDE MONTA

M/B-2



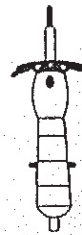
- ☐ 1 PEQUENA MONTA
☐ 2 MÉDIA MONTA
☐ 3 GRANDE MONTA

M/B-3



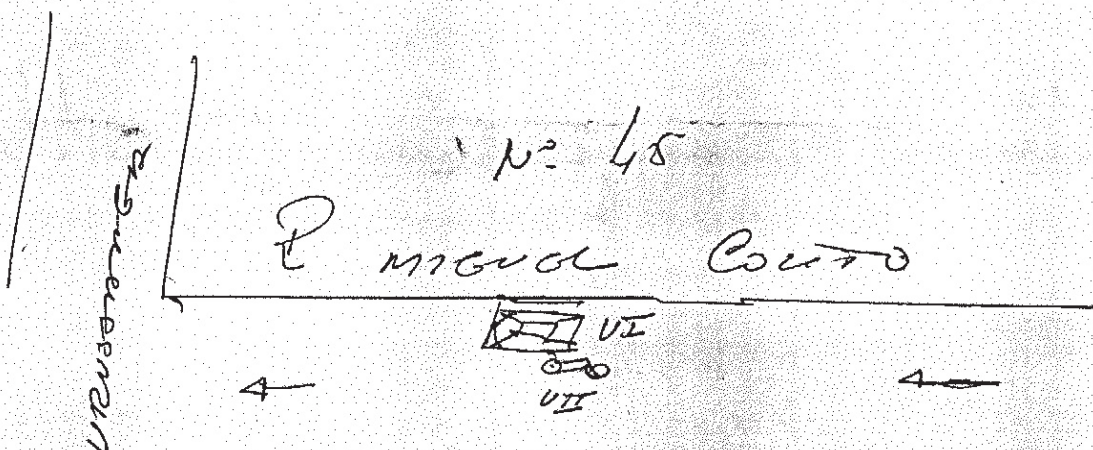
- ☐ 1 PEQUENA MONTA
☐ 2 MÉDIA MONTA
☐ 3 GRANDE MONTA

M/B-4



- ☐ 1 PEQUENA MONTA
☐ 2 MÉDIA MONTA
☐ 3 GRANDE MONTA

169 DIAGRAMA DO ACIDENTE



*** 5º BPM ***
 BATALHÃO TIRADENTES
 Confere com o original
 Em 31/10/08
 ASS. RESPONSÁVEL

170 UNIDADE

5º BPM

171 VIATURA

3972

172 CMT DA GU

SDPM GRMARD

RESPONSÁVEL

173 NOME DO AGENTE RESPONSÁVEL

SDPM NETO

174 FUNÇÃO

M. A. RP

175 ASSINATURA

176 DATA

11/09/08

P O D E R J U D I C I A R I O

ESTADO DE GOIAS

PROCESSO: 200808675021 - COBRANCA

Primeiro Autor: HILDES BARCELOS ARAUJO

Primeiro Reqd: SUL AMERICA SEGUROS

CLASSE PROC. : PROCESSO CIVIL E DO TRABALHO - PROCESSO DE CONHECIMENTO -
PROCEDIMENTO DE CONHECIMENTO

CODS

ASSUNTO

7703

- DIREITO CIVIL - OBRIGACOES - ADIMPLEMENTO E EXTINCAO -
PAGAMENTO

SP6

SP67422N