

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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Sinistro: **3160325573 - 1**

Nome do(a) Examinado(a): **ANTONIO SA DE OLIVEIRA**

Endereço do(a) Examinado(a): **ST CARAUBA nº 0 - ZONA RURAL - VICOSA DO CEARA/CE**

Identificação - Órgão Emissor/UF/Número: **RG 2004028075521 - SSP**

Data local do exame: **16/06/2016 PARNAIBA/PI**

Resultado da Avaliação Médica

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

FRATURAS DE FÉMUR, TÍBIA E URNA ESQUERDOS.

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

SIM NÃO

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

SIM NÃO

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

TRATAMENTO CIRÚRGICO DO FÉMUR E DA URNA. REALIZOU FISIOTERAPIA.

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

SIM NÃO

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

ALTERAÇÃO DA MARCHA COM DIMINUIÇÃO DOS MOVIMENTOS DE ABDUÇÃO E ADUÇÃO DA ARTICULAÇÃO COXO-FEMORAL ESQUERDA, DIMINUIÇÃO DOS MOVIMENTOS DE FLEXÃO E EXTENSÃO DO JOELHO ESQUERDO, COM HIPOTROFIA MUSCULAR DO MEMBRO ACOMETIDO. NO ANTEBRAÇO ESQUERDO, OBSERVA-SE DIMINUIÇÃO DOS MOVIMENTOS DE FLEXO-EXTENSÃO DO COTOVelo ESQUERDO.

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

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

Vítima em tratamento

Sem sequela permanente

Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica

Exame não permite conclusão

Vide motivo do impedimento no campo das observações

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

Região Corporal(Sequela)

Região Corporal(Sequela)

MIE

10% 25% 50% 75% 100%

10% 25% 50% 75% 100%

Região Corporal(Sequela)

Região Corporal(Sequela)

MSE

10% 25% 50% 75% 100%

10% 25% 50% 75% 100%

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

Total = "100% da IS"

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

Local e data de realização do exame médico legal:

PI - PARNAIBA, 16/06/2016

Médico Perito: ISMAR AGUIAR MARQUES FILHO CRM: 3165


ISMAR MARQUES FILHO
MÉDICO
CPF:791.120.723-20 CRM/PI 3165

Rio de Janeiro, 02 de Junho de 2016

Carta nº: 9153235

A/C: ANTONIO SA DE OLIVEIRA

Sinistro: 3160325573 ASL-0895038/16
Vitima: ANTONIO SA DE OLIVEIRA
Data Acidente: 27/09/2015
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.dpvatsegurodotransito.com.br, ou ligue para o 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.dpvatsegurodotransito.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 inicio ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à Sabemi Seguradora S/A de origem onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,



Rio de Janeiro, 06 de Junho de 2016

Carta nº: 9172560

A/C: ANTONIO SA DE OLIVEIRA

Sinistro: 3160325573 ASL-0895038/16
Vítima: ANTONIO SA DE OLIVEIRA
Data Acidente: 27/09/2015
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

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

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

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

ATENÇÃO:

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





Rio de Janeiro, 23 de Junho de 2016

Carta n°: 9255837

A/C: ANTONIO SA DE OLIVEIRA

Sinistro: 3160325573 ASL-0895038/16
Vitima: ANTONIO SA DE OLIVEIRA
Data Acidente: 27/09/2015
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: ANTONIO SA DE OLIVEIRA

Valor: R\$ 4.725,00

Banco: 237

Agência: 00000727-7

Conta: 0000011603-3

Tipo: CONTA CORRENTE

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	4.725,00

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros superiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3160325573 **Cidade:** Viçosa do Ceará **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANTONIO SA DE OLIVEIRA **Data do acidente:** 27/09/2015 **Seguradora:** Tokio Marine Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 06/06/2016

Valoração do IML: 0

Diagnóstico: FRATURA DE FÊMUR ESQUERDO, TIBIA ESQUERDA E URNA ESQUERDA

Resultados terapêuticos: COM SEQUELA

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL DO MI ESQUERDO E MS ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: INVALIDEZ PARCIAL / MI ESQUERDO: 25% DE 70% / MS ESQUERDO: 25% DE 70% / TOTAL: 35%

Documentos complementares:

Observações:

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			35 %	R\$ 4.725,00

PRESTADOR

Visão Médica Ltda

Nome do médico: JORGE ALBERTO C DE SOUZA

CRM do médico: 52.37730-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:





Seguradora Líder • DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

VAT

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, Antônio Sá de Oliveira

PORTADOR(A) DO RG N° 2004078075521 EXPEDIDO POR SSPDS-CE EM 11/06/2014
 CPF 020081003-04 /CNPJ 00000000-00-00-00, PROFISSÃO Agricultor
 E RENDA MENSAL DE R\$ 500,00. (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO
 SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Antônio Sá de Oliveira. AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO
 DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

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

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

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional;
- Conta Empresarial – nos documentos aparecerem 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 POUPIANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotáticas 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 comprovatório 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 237 N° da AGENCIA (com dígito, se existir) 907-7 N° da CONTA (com dígito, se existir) 11603-3

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

Nº do BANCO _____ N° da AGENCIA (com dígito, se existir) _____ N° da CONTA (com dígito, se existir) _____

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.

Viçosa do Ceará 08 de janeiro

LOCAL E DATA

de 2016.Antônio Sá de Oliveira

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO



ATENÇÃO

O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médica-hospitalares.

Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvtssegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.



Bradesco

Dia & Noite

960 - Bradesco Dia & Noite
Transferência - 00 00 00

Data: 26/01/2016 Horas: 21:06 Termo: 001163
9 Trans. 002 Banco: 231 Agencia: 002
Conta: 0011603-3 Saldo:

Salvo/Ex.: 00
Banco: 231
Agencia: 002
Conta: 0011603-3

Titular: ANTONIO FERD. DE ALMEIDA

Nome: ANTONIO FERD. DE ALMEIDA
Líquido: 00
Vise/Saldo: 00

Queremos o preceço Bradesco
Ser o maior de cheques em negócios
Que credito na rede
Por receber pelo correio.

Até o dia 10/02

SAC - Serviços de Atendimento
Características, Recomendações e Informações
0800 704 4883

Defensoria Adjudicativa da Fazenda - 0800 702 0094
Atendimento 24 horas, 7 dias por semana

Padaria - 0800 727 9833
Atendimento de segunda a sexta-feira das
8h às 18h, sábado das 8h às 14h

Abc:goria

Assista Dia & Noite

SABEM SECURADORES/A

7.5.2016

RECEBIDO



PREFEITURA MUNICIPAL DE VIÇOSA DO CEARÁ
HOSPITAL E MATERNIDADE MUNICIPAL DE VIÇOSA DO CEARÁ
AV. JOSÉ FIGUEIRA, S/N - CENTRO - VIÇOSA DO CEARÁ - CE
FONE: (88) 3632.1119

12950003686

CNS: _____ Registro: _____ Nº Prentuário: _____ COR: _____
Paciente: Antônio Sá de Oliveira DN: 03/10/88
Sexo: M Estado Civil: S
Nome da Mãe: Terezinha Alves de Sá Oliveira Nome do Pai: Raimundo Nogueira de Oliveira
Endereço: St. Coronel Municipio: Lipsoa do Estado
Data / Hora do atendimento: 27/09/15 Horas: 19:39
Profissão: Agricultor Religião: _____
Documento: não souce
Assinatura do Paciente ou Responsável: Enocio B. da Rocha

Sinais Vitais: PA x MM Hg FR lnc/min FC Bat/min Temp. °C. Peso:

Queixa Principal _____

HDA. Parte anterior del abdomen y tronco con trastos
aspirados en su seno, fibras fibrinicas de fibrina + fibras +
células en su seno.

Exame Físico:	25 MAIO 2016
	RECEBIDO

Hipótese Diagnóstica Fratura fina + tibia + ulna

Diagnóstico Definitivo

CDU: Dr. Rainer Brüderle
CDU: Dr. Rainer Brüderle

Dr. Ricardo B. *REMESS*
Assinatura e Carimbo



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Antônio Sá de Oliveira

RG nº 2004028075521 data de expedição 11/06/2004 Órgão SSP/CE

CPF nº 020.681.813-04 venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Sítio Carauba</u>
Número	<u>31N</u>
Apto / Complemento	<u></u>
Bairro	<u>Zona Rural</u>
Cidade	<u>Vicosa do Ceará</u>
Estado	<u>Ceará</u>
CEP	<u>62300-000</u>
Telefone de Contato	<u>(88) 9 9404-4796 / 99927-3954</u>
E-mail	<u>afavicosas@gmail.com</u>

Por ser verdade, firmo-me.

CONTATOS
FÁBIO ARAÚJO
(88) 9 9927-3954 TIM
(88) 9 9404-4796 CLARO
E-mail: afavicosas@gmail.com

Local e Data: Vicosa do Ceará, 08-01-2016

Assinatura do Declarante: Antônio Sá de Oliveira

SABEMI SEGUROADORA S/A
25 MAIO 2016
RECEBIDO

2º Via

Cagece

0016789229



ANTONIO FABIO DE ARAUJO
TR LAMARTINE NOGUEIRA 63, SN, SAO FRANCISCO
VICOSA DO CEARA

92.200.630

003 022 0213 1464 5023

00 000 100 000

AG JA 613F152541 146 157 11 8

23/02/2018 10/02/2018 1827 1870
23/01/2018 24/03/2018
12/02/2018

030	030	030	030	030
030	030	030	030	030
030	030	030	030	030

Caro cliente, encontram-se quitadas as faturas de sua titularidade, para esta unidade consumidora, vencidas em 2015, conforme a Lei n. 12.007/2009. Esta declaração substitui outras quitações do período e de anos anteriores. Agradecemos sua parcialidade. Água tratada e saudável.

AGUA	20,48	
JUROS DE 0,032% AO DIA	0,26	
		-FEV2015
		5
		MAR2015
		5
		ABR2015
		4
		MAY2015
		2
		JUN2015
		2
		JUL2015
		5
		AGO2015
		3
		SET2015
		6
		OUT2015
		8
		NOV2015
		6
		DEZ2015
		11
		JAN2016
		12
		FEB2016

PIS	0,12	VALOR DO SERVIÇO	41,92
COFINS	0,95	VALOR DO SUBSÍDIO	21,21
		VALOR TOTAL A PAGAR	63,13

25.05.2016

RECEBENDO

E obrigaçao do usuário manter seu cadastro atualizado junto à Caggae conforme regulamento das [Regras Reguladoras](#).

E obriga-se o usuário manter seu cadastro atualizado junto à Cogage, conforme regulamentos das Bases de Dados.

Cagece

3016789229 03/2016

039 2 6913 1464 4032

V. COISA DO CEARÁ 07/03/2016 20,74

82600000000-8 20740009400-0 01678922901-6 070663311125-





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

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

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

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

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

Pelo exposto, eu A. F. de Andrade seguros - ME, portador(a) do RG nº _____, expedido por _____, em _____/_____, CPF/CNPJ nº 22.894.185/0001-68, na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário (a) Antônio Sá de Oliveira do sinistro de DPVAT da natureza invalidez da vítima Antônio Sá de Oliveira, e conforme determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

Profissão: Empresário Renda Mensal: R\$ 1.500,00

Documentos comprobatórios: Recibo de Pró-Labore

Antônio Fabio de Andrade
ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO)

SABEM SEGUADORAS/A
25 MAIO 2016
RECEBIDO



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Francisco Humberto Oliveira da Conceição,
RG nº 2007166218-3, data de expedição 26/07/2008
Órgão SSPDS-CE, portador do CPF nº 045.027.533-78 com
domicílio na cidade de Vicosa do Ceará no Estado de
Ceará, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Distrito de Marilândia, nº 5/N, complemento Zona Rural,
declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é (era) de minha
propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima
Antônio Sá de Oliveira.

Veículo: MOTOCICLETA

Ano: 2014/2015

Modelo: HONDA CG 150 FAN ESDF

Placa: PMC 8867

Chassi: 9C2KC1680FR564923

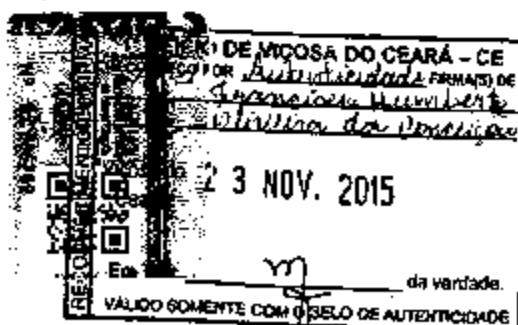
Data do Acidente: 27.09.2015.

Local e Data: Vicosa do Ceará, 23 de Novembro de 2015.

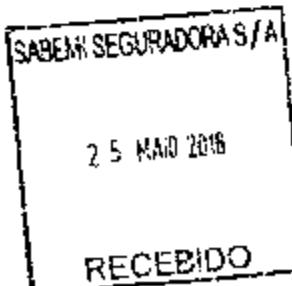


Francisco Humberto Oliveira da Conceição

Assinatura do Declarante



Maria Marta de Oliveira Carneiro
Escrevente





PREFEITURA MUNICIPAL DE VIÇOSA DO CEARÁ
HOSPITAL E MATERNOIDADE MUNICIPAL DE VIÇOSA DO CEARÁ
AV. JOSÉ FIGUEIRA, S/N - CENTRO - VIÇOSA DO CEARÁ - CE
FONE: (88) 3632.1119



DO CEARÁ

FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

12930003626

CNS _____ Registro _____ Nº Prontuário: _____ COR: _____
Paciente: Antônio Sá de Oliveira DN: 03/10/88
Sexo: M Estado Civil: S
Nome da Mãe: Terezinha Alves de Sá Oliveira Nome do Pai: Raimundo Novato de Oliveira
Endereço: st. Coronelas Município: Viçosa do Ceará
Data / Hora do atendimento: 27/09/15 Horas 19:39
Profissão: Agricultor Religião: _____
Documento: não tenho

Bráulio B da Rocha

Assinatura do Paciente ou Responsável

Sinais Vitais: _____

PA x MM Hg FR Inc/min FC Bat/min Temp. °C. Peso:

Queixa Principal: _____

HDA: Post artigo de acidente de trânsito moto x moto
quebrou o osso fratura fíbula + tíbia +
máscara é

Exame Físico: _____

SABEM/SEGURADORAS S/A

26-10-2016

RECEBIDO

Hipótese Diagnóstica: Fratura fíbula + tíbia + máscara

Diagnóstico Definitivo: _____

CIO: _____

Dr. Ricardo Dantas Sá

Médico

CREMEO 15.347

Assinatura e Carimbo

Evolução Médica -

Consumo de Material, Gases, Oximetria, Respirador

28.09.15 as 10:30 - note no fever, afebrile, chills, no rigor, no tender, no tender fracture of forearm + forearm feels cool to touch + feels pain throughout the region frontal, no fracture, b

Controle de Exames Solicitados

23/10/2015 C/ 14:00 Rx de MIE e ag. ainda o de MIE
é esférico e fog uso de gencbarotul
dejunto p/ a caga
e junc p/ a MIE, ncp jxd, p/ o imobilizar p/ de
a caga em p/ o MIE e limpeza em escavaçoes
p/ a MIE e p/ a caga que est/ entadas e aguando

Destiny

Alta À Pedido Decisão Médica Transferência para: Internar
 Óbito IML Atestado de Óbito. Data e Hora de Ocorrência:

Assinatura e Carimbo do Médico

28-09-15 A.S. 02-26 amz, em observação, devido à falta de
tempo e à menor C, estando suspenso, oggi-tens permaneceu
apresentando dor, supra reas consideradas, não apresentou
sob pressão alguma resistência. F. 28-09-15 25 9:35 - PTP
encontrado p/ TTO: vista - dor

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGÊNCIAL

Regist. 0269761-01. Registro 29/09/2015 - 14:42
 Reg. 0269761-01. Registro 29/09/2015 - 14:42
 Nome: ANTONIO 26 DE JUNHO
 End.: ACARAJÉA
 ZONA RURAL; VILA DA CEARAÇO; CEP: 62500-000

ATENDIMENTO: ADULTO

PEDIÁTRICO

CIRÚRGICO

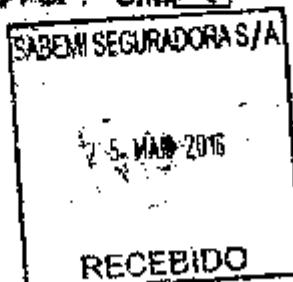
ACOLHIMENTO

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO: 3máis

HORA DA CLASSIFICAÇÃO: 14:22

PROCESSO: Vítima de acidente

PROCUROU: SIM



CAUSAS:

- ENCAMINHADO
- NÃO TINHA FICHA P/ CONSULTA
- NÃO TINHA MÉDICO
- POSTO ESTAVA FECHADO
- NÃO RESOLVEU O PROBLEMA

NÃO

CAUSAS:

- NÃO É EFICIENTE
- É LONGE DE CASA
- NUNCA TEM MÉDICO
- TEM PLANO DE SAÚDE
- SAMU
- CARRO
- DEAMBULANDO
- OUTRAS AMBULANCIAS
- MOTO, BICICLETA...

TRANSFERIDO DE OUTRO HOSPITAL:

UBS

Santa Casa de M. de Souza
 SAMU
 CONFERE COM O ORIGINAL
 PP. Ana Lúcia
 Andréia R. Montenegro
 COORDENADORA

HDA DO ACOLHIMENTO:

Paciente 26 anos vítima de acidente de moto, traumas no MLE + MSE + alça, sem deambular.

PA: 1 PULSO: FR: TEMP.: PESO:

TIPO DE ACIDENTE:

Acidente de moto de trânsito

- Acidente de objetos contuso-contusos Acidente por arma de fogo Afogamento
- Choque elétrico Queda. De onde?
- Ingestão acidental: Corpo estranho Produtos químicos farmacêuticos
- Queimaduras: 1º Grau 2º Grau 3º Grau Por: Água Óleo Álcool Elétrico
- Atropelamento: Carro Moto Bicicleta Outros
- Carro com cinto sem cinto Moto: com capacete sem capacete
- Mordedura de animais: Doméstico Selvagem Ofídico
- OUTROS

LOCAL DO ACIDENTE:

Domicílio

Via Pública

Escola

Outros

TIPO DE LESÃO:

- ABDOMINAL** **TORÁCICO** **ORTOPÉDICO** **POLITRAUMA**
 OUTROS **VIOLÊNCIA SEXUAL**
 MÃE **OUTROS** **PAI** **PADASTRO** **DESCONHECIDO**

HISTÓRICO:

Alcoolismo 20 anos, esportista atleta, natural de Viseu.
Viatura de colisão moto-moto, sem capacete ciclone que faturando feriu o lado

se médio, com evasão de RX e ulna e ferimento, sem evasão de RX.
Envolvimento com moto, a moto imobilizada com fala de dor intensa.

CONDUTA:**DIAGNÓSTICO:**

DR. F. C. S. - CRM: 1001
 DR. F. C. S. - CRM: 1001
 DR. F. C. S. - CRM: 1001

Ass. Médico - CRM: 1001

MOTIVO DO ATENDIMENTO

- CLÍNICO** **CARDIOLÓGICO** **NEUROLÓGICO** **OPTOMOLÓGICO**
 CIRÚRGICO **TRAUMAT. ORTOPÉDICO** **OTORRINO** **ODONTOLÓGICO**
 TENTATIVA DE SUICÍDIO **OUTROS**

DESTINO DO ATENDIMENTO: **CONSULTA**

- COM MEDICAÇÃO**
 SEM MEDICAÇÃO

- ALTA COMPLEXIDADE**
 INTERNAÇÃO

CLÍNICO **CIRÚRGICO**

OBSERVAÇÃO: DESTINO

- INTERNADO:** **CLÍNICO** **CIRÚRGICO**
 ALTA
 TRANSFERÊNCIA **HOSPITAL DE ORIGEM** **OUTROS**

ALTA DO PACIENTE

Santa Casa de M. de São
 CONFERE COM O ORIGINAL
 PP. *Andréia R. Montenegro*
 Andréia R. Montenegro
 COORDENADORA

Data _____ / _____ / _____

Hora: _____

30. 32

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO

Identificação do Estabelecimento

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE:

INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA

PSA

12 - CNES:
2529149
13 - CNES:

2 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE:

Identificação do Paciente

3 - NOME DO PACIENTE: ANTONIO SA OLIVEIRA

6 - N° PRONTUÁRIO:
158263

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS): 102604204870541

8 - DATA NASCIMENTO: 03/10/1988

9 - SEXO: Masc Fem

10 - RACA/COR: 10.1 CTRIA

11 - NOME DA MÃE/ PAI:

ELKEZA ALVES DA SA OLIVEIRA

12 - NOME DO RESPONSÁVEL:

13 - ENDREÇO DO PACIENTE (RUA, N°, BAIRRO):
RJSE CAVALCANTI PARANGABA SITIO CABANAS SIN - VICOSA DO CEARA

14 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA:

FORTALEZA

15 - JUSTIFICATIVA DE INTRARNAÇÃO:

16 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS:

17 - PACIENTE COM FRATURA DE ANTEBRAÇO + FEMUR, NECESSITANDO DE TRATAMENTO CIRURGICO DEFINITIVO

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTRARNAÇÃO:

19 - RISCO DE COMPLICAÇÕES E AGRAVOS

20 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REAIS ZAPOS):

21 - ANAMNESE + EXAME FÍSICO + RADIOGRAFIAS

24 - CID-10 PRINCIPAL: 25 - CID-10 SECUNDÁRIO:

22 - DIAGNÓSTICO INICIAL:
FRATURA DE ANTEBRAÇO + FEMUR

23 - CID-10 SECUNDÁRIO:

24 - CID-10 CÓDIGO:

PROCEDIMENTO SOLICITADO

0408020407

26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO:

TTO CIRÚRGICO

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO:

29 - CÓDIGO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE:

29 - CLÍNICA

30 - CARÁTER DA INTRARNAÇÃO:

TRAUMA

EMERGÊNCIA

31 - DOCUMENTO:

() CNS () CPF

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE:

34 - DATA SOLICITAÇÃO:

12/10/2015

35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº CR):

3150

36 - N° DO BILHETE:

41 - SÉRIE:

36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

39 - CNPJ DA SEGURADORA:

40 - N° DO BILHETE:

37 - () ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

38 - () ACIDENTE DE TRABALHO EXTRAÍDO

42 - CNPJ DA EMPRESA:

43 - CNPJ DA EMPRESA:

44 - CBOR:

45 - VÍNCULO COM A PRIVIDÊNCIA:

() EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:

47 - CÓD. ÓRGÃO / MISSÃO:

52 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTRARNAÇÃO:

48 - DOCUMENTO

49 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:

() CNS () CPF

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO:

51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO CONSELHO):

/ /

52 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO CONSELHO):

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /



REGISTRO DE ATENDIMENTO

- URGÊNCIA/EMERGÊNCIA
 AMBULATÓRIO
 INTERNAÇÃO

ATENDIMENTO

Dia 12 Mês 10 Ano 2016 Hora 21:27

1º Atendimento
 Retorno

04/10/2016

Registro N°

15004708

Portaria N°

00158263

19/10/2016

PACIENTE ANTONIO SA DE OLIVEIRA Procedência IJE Profissão AGRICULTOR Data Atendimento 03/10/1988 DADE 27ano

SEXO 1 MASC 2 FEM NACIONALIDADE VICOSA DO CEARA ESTADO CIVIL Solteiro(a) ESCOLARIDADE CPF DOCUMENTO DE IDENTIDADE Iden 200102807552

ENDERECO SITIO CARAUBAS, CC BAIRRO ZONA RURAL MUNICÍPIO VICOSA DO CEARA UF CE TELEFONE

PAI RAIMUNDO NONATO DE OLIVEIRA MÃE TEREZA ALVES DE SA OLIVEIRA PARENTESCO 62.300.000 TELEFONE

ACOMPANHANTE SASEM/SEGURADORA/A CARTEIRAS/Nº

CONVENIO SUS SEGURADO 25 MAIO 2016

MÉDICO SOLICITANTE SIDNEY TORRES VIEIRA JUNIOR MÉDICO RESPONSÁVEL JOSE NEWTON MACEDO

POSTO CLÍNICA ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA RECEBIDO Nº PACIENTE 0663 REGISTRAÇÃO LAURINDA

DIAGNÓSTICO S526 - Frat da extremidade distal do radio e cubito

PROCEDIMENTO SOLICITADO C408020407 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA EXTREMIDADE / METAFISE DISTAL DOS OSSOS PERMANÊNCIA VÍTIMA

CONDIÇÕES DO PACIENTE b.0r + invencionor função de vez e E

orthop. R) 00/02/2016 com artrodesis (X). EOP

6/2016 II, clínica para recup.

IMAGEM LABORATÓRIO(PEDIDO DE EXAMES)

15/10/15. Foi feita tomografia de braço

ao fêmur 01/10/2016

16/10/15 Foi feita radiografia

ao fêmur 01/10/2016

17/10/15 Foi feita tomografia de braço

ao fêmur 01/10/2016

DADOS DA ALTA

CID PRIMÁRIO / CID SECUNDÁRIO PROCEDIMENTO SISREG 0408050519
 5723 + 5523 0408020407 0408020431

MOTIVO DA ALTA ACTA: 19/10/15 DATA: 19/10/15 HORA:

MELHORADO TRANSFERIDO AREVÉLIA APELICO OUTRO

DR. JOSÉ NEWTON MACEDO
CRM 313

ANTONIO SA DE OLIVEIRA

ESTA DOCUMENTAÇÃO FICA RESERVADA



Boletim de Descrição Cirúrgica

Data:

Paciente

ANTONIO SA DE OLIVEIRA

Prontuário

Leito:

158.263

663

Diagnóstico Pré-Operatório:

Tumor do reto F1

Operação/Procedimento:

TF- C1M2a

Código:

09020087P

Diagnóstico Pós-Operatório:

D reto

Assepsia/antisepsia Aposição de campos estéreis

Cirurgião:

Antônio

EXAMES RADIOLOGICO
TRANSOPERATÓRIO: Sim Não

Auxiliar 1:

Cláudio
Cirurgião

Auxiliar 2:

Cirurgião

Anestesiologista:

Cirurgião

Antibiótico terapêutico:

Dra. Professora

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Profilático | <input type="checkbox"/> Limpa |
| <input type="checkbox"/> Terapêutico | <input type="checkbox"/> Contaminada |
| <input type="checkbox"/> Pré-Operatório | <input type="checkbox"/> Infectada |
| <input type="checkbox"/> Transoperatório | <input type="checkbox"/> Potencialmente contaminada |
| <input type="checkbox"/> Não | |



Antibióticos Utilizados:

Dreno/Localização:

Descrição da Operação:

1. Fálcito san noso
2. assentia ad mta
3. abordar no coto
4. -
5. + drenar e p/ta
a- Fato 1/11
6. Colocar dren
a- coto
7. Cintilante
cimento
8. -

Antônio Sá de Oliveira

Assinatura do cirurgião/CRM



PREScrição MÉDICA / EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Data: 15/01/15 Paciente: Antônio São de Oliveira Leito: 663 Prontuário: 58.243

Dr. José Alves
Dentista e Traumatologista
CRM 3113

RECEIVED
15 MAY 2016
FBI - MEMPHIS



PRESCRIÇÃO MÉDICA / EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Data: 11/01/15 Paciente: Antônio Sá de Oliveira Leito: 663 Prontuário: 158.263



PRESCRIÇÃO MÉDICA / EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Data: 39/1045

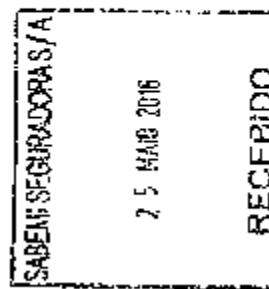
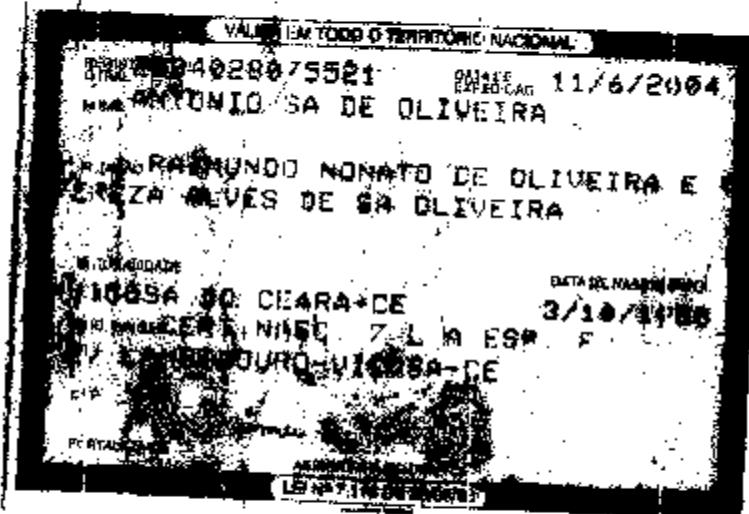
Paciente: Antonio Sá de Oliveira

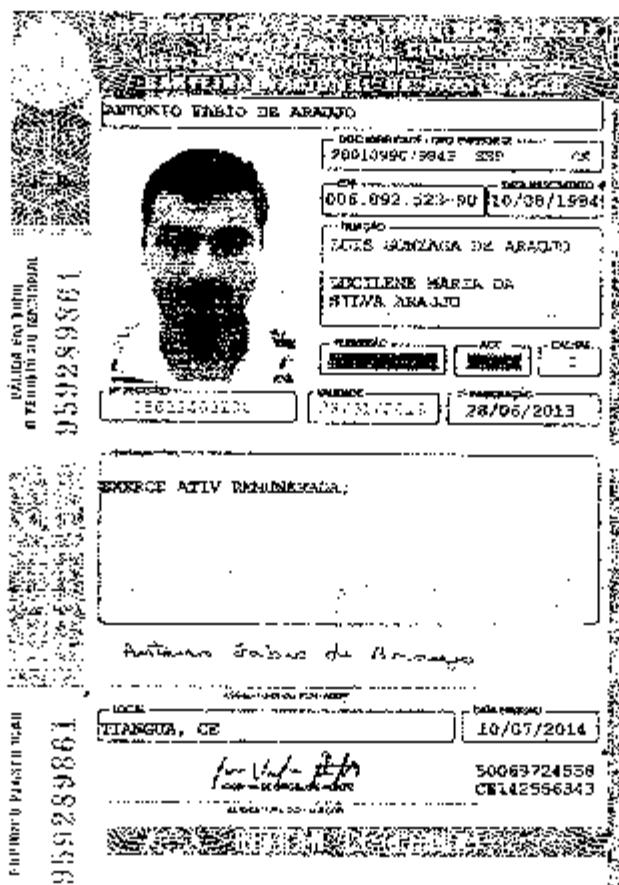
Leito: 66 %

Prontuário: 1582/3



Paciente: ANTONIO SA DE OLIVEIRA	Idade 27	
Diagnóstico: Fratura do húmero com ② (27/9/11)	Evolução/ Parecer	Assinatura
12/10/11: Tornozelo + inchaço e dor intensa na zona ② e dor na região ③. Ocasionalmente com náuseas e vômitos. Fis. Ex.: Doloroso hemicorpo e dor intensa ②.		
Fr. abr. clínica ② e ③. Uso de EPI.		
Floripa: Exame 12/10/11: Radiografia: Fratura aberta ② com deslocamento de 10-15mm. com risco de necrose óssea.		Dr. Sidney Torres CRM 3113
No inchaço		
13/10/11: Ponto de ferida		
13/10/11: Curso de clínica		Exame Seguro Costa
15/10/11: Radiografia ②		25/10/2011
16/10/11: Optomotorismo		RECEBIDO
17/10/11: Oficina de exercícios - Reabilitação		
18/10/11: Ponto de ferida		
19/10/11: Ufpr - 1º dia		





PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3160325573 **Cidade:** Viçosa do Ceará **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANTONIO SA DE OLIVEIRA **Data do acidente:** 27/09/2015 **Seguradora:** Tokio Marine Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 06/06/2016

Valoração do IML: 0

Diagnóstico: FRATURA DE FÊMUR ESQUERDO, TIBIA ESQUERDA E URNA ESQUERDA

Resultados terapêuticos: COM SEQUELA

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL DO MI ESQUERDO E MS ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: INVALIDEZ PARCIAL / MI ESQUERDO: 25% DE 70% / MS ESQUERDO: 25% DE 70% / TOTAL: 35%

Documentos complementares:

Observações:

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			35 %	R\$ 4.725,00

PRESTADOR

Visão Médica Ltda

Nome do médico: JORGE ALBERTO C DE SOUZA

CRM do médico: 52.37730-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3160325573

Cidade: Viçosa do Ceará

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: ANTONIO SA DE OLIVEIRA

Data do acidente: 27/09/2015

Seguradora: Tokio Marine Seguradora S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURAS DE FÊMUR, TÍBIA E ULNA ESQUERDOS.

Descrição do exame médico pericial: ALTERAÇÃO DA MARCHA COM DIMINUIÇÃO DOS MOVIMENTOS DE ABDUÇÃO E ADUÇÃO DA ARTICULAÇÃO COXO-MÉDICO ESQUERDA, DIMINUIÇÃO DOS MOVIMENTOS DE FLEXÃO E EXTENSÃO DO JOELHO ESQUERDO, COM HIPOTROFIA MUSCULAR DO MEMBRO ACOMETIDO. NO ANTEBRAÇO ESQUERDO, OBSERVA-SE DIMINUIÇÃO DOS MOVIMENTOS DE FLEXO-EXTENSÃO DO COTOVELO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO DO FÊMUR E DA ULNA. REALIZOU FISIOTERAPIA.

Sequelas permanentes: APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO. APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 16/06/2016

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: ISMAR AGUIAR MARQUES FILHO

CRM do médico: 3165

UF do CRM do médico: PI

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			35 %	R\$ 4.725,00

PRESTADOR

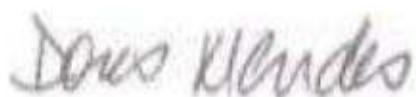
CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

Médico revisor: DORES MENDES B C MENDES

CRM do médico: 52.25889-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



PROCURAÇÃO PARTICULAR



BENEFICIÁRIO/VITÍMA

Nome: Antônio Sá de Oliveira
Nacionalidade: Brasileiro Est. Civil: solteiro
Profissão: Agricultor
Identidade: 2004028075521 CPF: 020.681.813-04
Endereço: Sítio Caraubas Bairro: Zona Rural
Cidade: Vicente de Carvalho Estado: Ceará

PROCURADOR:

Nome: Antônio Fábio de Araújo
Nacionalidade: Brasileiro Est. Civil: Casado
Profissão: Empresário
Identidade: 2001099079243 CPF: 006.892.523-90
Endereço: Av. Laranjeiro Póquer Bairro: São José
Cidade: Vicente de Carvalho Estado: Ceará

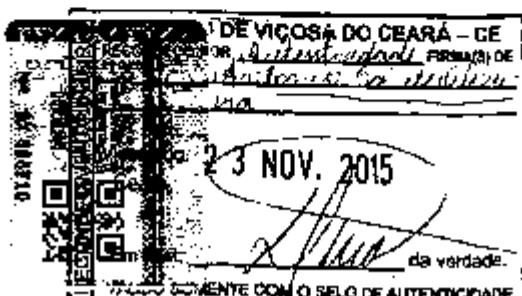
Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a qualquer Seguradora pertencente ao Consórcio DPVAT, a fim de receber a indenização referente ao Seguro Obrigatório - DPVAT e poderes para assinatura em ficha de Autorização de Pagamento, Crédito de Indenização de Sinistros DPVAT, a que tenho direito, podendo para tanto requerer o que necessário for, assinar, substabelecer esta, dar quitação e praticar enfim, todos os atos de direito, permitindo para perfeito cumprimento deste mandato, da vítima

Antônio Sá de Oliveira

Vicente de Carvalho, 23 de Novembro de 2015
Local e data


Assinatura do Beneficiário/Vitima

Assinatura do Beneficiário/Vitima
(reconhecer firma por autenticidade)



Louisanna Kelly Pereira Sírio
Escrevente Substituto

