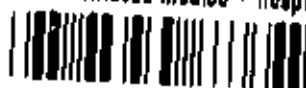


# Resumo de Alta Hospitalar

<b>PACIENTE: JOSE AUGUSTO DE SOUZA OLIVEIRA</b>			
<b>REGISTRO: 24395</b>	<b>24</b>	<b>DATA ADMISSÃO: 20/01/2017</b>	<b>DATA ALTA: 24/01/2017</b>

Documentação médica - hospitalar



## 1) Diagnósticos Definidos:

**FRATURA TIBIA E FIBULA-E**

## 2) Conduta/ Procedimentos Realizados:

**SINTESE COM TIBIA E FIBULA-E**

## 3) Prescrição Para Domicílio: Em anexo

## 4) Informações Complementares:

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

ARUANA SEGUROS

31 JUL 2017

## Programação Após Alta:

Ambulatório de Egresso Sim (X) Não ( )

Data da Consulta: 04/02/2017

Encaixe no Ambulatório de ortopedia [Gerente]

08:00

## Assinatura do Médico e Carimbo

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

*[Handwritten signature]*



(81) 3183 0149

Telefone para marcar consulta de retorno ambulatorial no HDH.

AUDITORIA MEDICA  
COMUNICAÇÃO INTERNA 02/2017

Cabo de Santo Agostinho, 11 de fevereiro de 2017

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

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


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

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

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

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

Em minhas investigações, notei também que a alteração errada tem o login de NEICYCCO, servidora que fez modificação semelhante cuja informação consta na C. L. 01/2017, desta Auditoria

Atenciosamente,  
  
Paulo de Andrade Almeida  
CREMEPE 3035,  
Médico Auditor.

Recebido em  
13/02/17  
Rivânia

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

ARUANA SEGUROS

31 JUL 2017

FICHA DE INTERNAÇÃO DO PACIENTE

Atendimento do Paciente: 355278  
Usuário do Atendimento: NEICYCCO

Data e Hora do Atendimento: 21/01/2017 00:09  
Convênio: SUS - INTERNACAO

Nome do Paciente: JOSE AUGUSTO DE SOUZA OLIVEIRA

Prontuário: 84886

90790

Nome da Mãe: MARIA HELENA DE SOUZA DE OLIVEIRA ✓

Nome do Pai: AURELIANO LEAO DE RAUJO

Data do Nascimento: 04/10/1992 ✓

Idade: 24 anos Sexo: MASCULINO

Estado Civil: SOLTEIRO

RG: 8053442

SDS PE Data Emissão: 03/08/2017

Paulo Carneiro  
CPF: 030.039.084-53  
CREMESP 3035

CPF: Certidão de Nascimento:

Data Emissão:

Naturalidade: PALMARES

Escolaridade: MEDIO (2º GRAU) INCOMPLETO

Carteira Nacional SUS: 898000534112775

Ocupação Habitual: ESTUDANTE

Endereço: RUA LAUROP PAIVA

296 CENTRO

Cidade: PALMARES

PE CEP: 55540000

Fone: 988495913

DADOS DO ATENDIMENTO

Profissão: BOMBEIRO

HDH - Hospital Dom Helder Camara  
Ana Paula Souza  
Faturamento / SAME  
Em: 30 JAN 2017

Médico: JACIEL SOARES DE OLIVEIRA

CRM: 17728

Especialidade: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Acomodação: SALA VERDE/AMARELA - TRAUMA

Leito: LEITO 10

TERMO DE RESPONSABILIDADE

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

Data de Santo Agostinho, 21/01/2017

Assinatura e R.G. do Responsável: \_\_\_\_\_

SUMÁRIO DE ALTA

Condições de Alta: \_\_\_\_\_

Diagnóstico: \_\_\_\_\_

Tratamento: \_\_\_\_\_

Data em: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

Médico e C.R.M.: \_\_\_\_\_

Responsável pela retirada do paciente - Nome: \_\_\_\_\_

Assinatura e R.G.: \_\_\_\_\_

ARUANA SEGUROS  
31 JUL 2017

### HISTÓRIA CLÍNICA

90790  
Região Capital  
CPF: 030.020.064-53  
CREMEPE 2005

Identificação  
 Nome: José Augusto de Souza Registro: 24395 N° Atendimento: \_\_\_\_\_  
 Idade: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_ Cor: \_\_\_\_\_ Acompanhante: ( ) Sim = ( ) Não  
 Clínica: \_\_\_\_\_ Enfermeira: \_\_\_\_\_ Leito: \_\_\_\_\_ Ocupação: \_\_\_\_\_

Queixa Principal e Duração: Dor de dente

História da Doença: paciente relata dor de dente  
no 5 com trauma em plus (F)

Exatidão Sintomológica: De local

ARUANA SEGUROS  
31 JUL 2017

TRIAGEM DE RISCO NUTRICIONAL - NRS 2002

Paciente: Sr. Augusto de S. Oliveira  
 Peso Atual: 84 kg Peso Habitual: 84 kg Altura: 1,76 m Idade: 64

Data: 23/01/14

Registro: 5435  
 Leito: 402.4

90790  
 Paulo Roberto  
 CPF: 030.039.164-5  
 CRM/PE 302

Parte 1 - Triagem Inicial		SIM	NÃO
Paciente Apresenta IMC < 20,5?			
Houve Perda de Peso nos Últimos 3 meses?			<input checked="" type="checkbox"/>
Houve Redução na Ingesta de alimentos na última semana?			<input checked="" type="checkbox"/>
Paciente apresenta doença grave, está em mau estado geral ou UTI?			<input checked="" type="checkbox"/>

SIM: Se a resposta for "sim" para qualquer uma das questões, o Nutricionista deverá continuar a preencher a parte 2.  
 NÃO: Se a resposta for "não" para todas as questões, reavalie o paciente semanalmente.  
 Se o paciente tiver indicação de cirurgia de grande porte, deve-se considerar Terapia Nutricional para evitar riscos associados. Continue e preencha a parte 2.

Parte 2 - Triagem do Risco Nutricional

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

ARUANA SEGURO

31 JUL 2017

Pontuação (Estado nutricional) + Pontuação (gravidade da doença) = Escore total = 00  
 Para calcular o escore total: A. Encontre o escore (de 0 a 3) para o estado nutricional e para a gravidade da doença (escolher apenas a variável de maior gravidade); B. Some os dois escores para obter o escore total; C. Se o paciente apresentar idade > ou igual a 70 anos, adicione 1 ponto ao escore total para ajustar a fragilidade dos idosos.

Escore total > ou igual a 3: O paciente está em risco nutricional e a TN deve ser iniciada.  
 Escore total < 3: No momento, o paciente não apresenta risco nutricional e deve ser reavaliado semanalmente. Porém, se o paciente tiver indicação de cirurgia de grande porte, deve-se considerar terapia nutricional para evitar riscos associados.

Pontuação =1: A necessidade protéica está aumentada, mas o déficit protéico pode ser recuperado pela alimentação oral ou pelo uso de suplementos, na maior parte dos casos.  
 Pontuação =2: A necessidade protéica está substancialmente aumentada e o déficit protéico pode ser recuperado na maior parte dos casos com o uso de suplementos orais / dieta enteral.

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

*Man Ruzajus*  
 Nutricionista

Nutritional Risk Screening - NRS é baseada em estudos clínicos randomizados e recomendada pelo Guia da ESPEN para o âmbito hospitalar.  
 \*Kondrup J, Allison SP, Elia M, Velosa B, Plauth M; Educational and Clinical Practice Committee, European Society for Parenteral and Enteral Nutrition (ESPEN). ESPEN guidelines for nutrition screening 2002. Clin Nutr 2003;22(4):415-21. \*European Society for Parenteral and Enteral Nutrition. Questionário traduzido e utilizado pelo nutricionista Mariana Ruzajus.

Aviso de Cirurgia : 29743  
Paciente : 22209  
Convênio Atend. : 7  
Leito : 623  
Dt. Início : 21/01/2017 11:02

10770  
PAULO CARLOS DE  
SANTANA  
PREMIER  
00043

Sala : 0002 SALA 02  
JOSE AUGUSTO DE SOUZA OLIVEIRA

Atendimento : 355278  
Carteira :  
Idade : 24 Anos

Id Pré-Operatório :  
Id Pós-Operatório :

Procedimento: 0408050500  
Convênio: 001  
Anestesia: 05

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

CIRURGIÃO  
ANESTESISTA

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

Descrição Cirúrgica :

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

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

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

nH - Hospital Dom Helder Cam.  
Ar. Paula Souza  
Faturamento / SAME  
Em: \_\_\_\_\_

31 JAN 2017

Achados Cirúrgicos:

Descrição Complementar

Dr Marcelo Machado  
Ortopedia/Traumatologia  
CRM 16548  
DR(A): MARCELO HENRIQUE DE MELO LUNA MACHADO  
CRM: 16548

ARUANA SEGUROS  
31 JUL 2017

90790

Paulo Carneiro  
RUA DO ASS 084-53  
CABECEIRA 3025

Reg 2757



# FICHA DE ANESTESIA

Data:

31.07.14

Paciente: José, AUGUSTO DE SOUZA OLIVEIRA

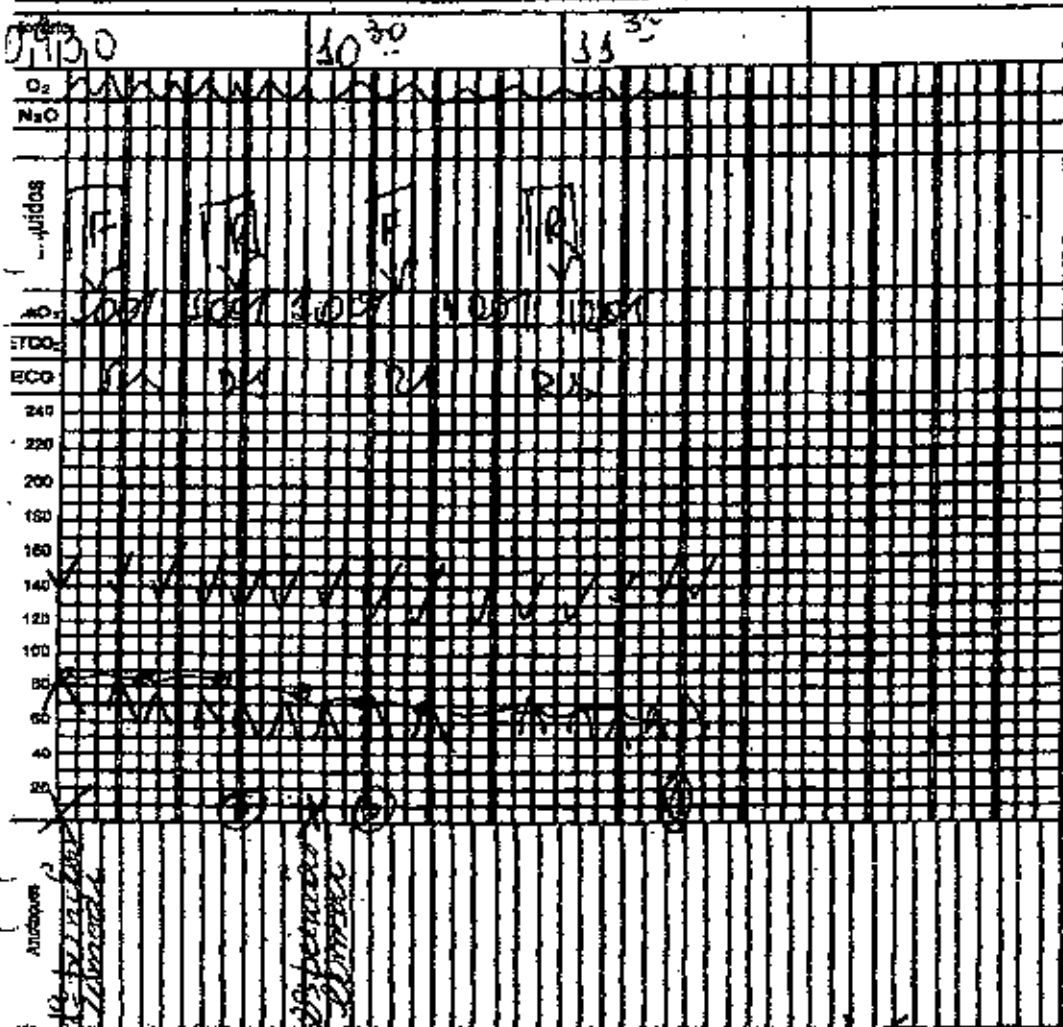
Sexo: M | Idade: 74

Nome do Anestesiologista: MARCELO MACHADO

Nome do Cirurgião: MARCELO MACHADO

Urgência:  SIM  NÃO

Cirurgia: Trat. cirurgico de fratura da tibia esquerda



Drugs Usados	Quantidade
Propofol	14mg
Midazolam	80mg
Roacutan	2mg
Levobupivacaine	50mg
Midazolam	3mg
Dexametasona	10mg
Neomicina	8mg

Técnica Anestésica:  
 Raqui anestesia  
 punção lombar  
 nível 3/4 ap 2  
 ICR claro  
 paciente pulso  
 sedado

- Monitorização
- Cardíaca
  - Oximétrie
  - PNI
  - Sonda Vesical
  - Capnógrafo
  - ECG - Pre-Cardial
  - Curvo
  - ECG
  - Temperatura
  - Swan-Ganz
  - Análise de Gases
  - PVD
  - Estimulador de Nervos
  - Lente Anterior
  - Volante ERP Plus

- Exame físico
- Acordado
  - Bônito
  - Inalado
  - SPPA
  - Apn. Ent.
  - Um
  - Edema

Observações: 1º punção lombar não foi a tubularia, punção realizada fora a 2ª punção que ocorreu sem problemas e ficou satisfatória.

Assinatura do Anestesiologista: [Signature]

ARUANA SEGUROS  
31 JUL 2017



GERÊNCIA DE ENFERMAGEM  
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM - CENTRO CIRÚRGICO

90790

1 - IDENTIFICAÇÃO

Nome: JON AUGUSTO Data: 21/07/17 Hora: 9:30 Registro: 2437  
Cognome: \_\_\_\_\_ Local: \_\_\_\_\_ Prax: \_\_\_\_\_ Assunto: \_\_\_\_\_

2 - EQUIPE MÉDICA

Cirurgião: Dr. Marcelo Miranda Assistente: Dr. \_\_\_\_\_  
1º Assistente: \_\_\_\_\_ 2º Assistente: \_\_\_\_\_ Instrutor(a): \_\_\_\_\_

3 - DADOS DA CIRURGIA

Cirurgia: \_\_\_\_\_ Início: 10:35 Término: 11:50  
Anestesia: Blocos Início: 10:35 Término: \_\_\_\_\_

4 - PRÉ-OPERATÓRIO

Estado Geral: ( ) Bom ( ) Regular ( ) Grave  
Nível de Consciência: ( ) Orientado ( ) Consciente ( ) Semiconsciente ( ) Coma  
Saturação: ( ) Espontânea ( ) Oxigenada ( ) Telegastromizada  
Tolerância: ( ) Boa ( ) Má  
Clonagem no CC por 100 dias: \_\_\_\_\_

5 - TRANS-OPERATÓRIO

Posição Fowler: ( ) Latral: ( ) Dorsal: ( ) Ventral: ( ) Ginecológica: ( )  
de Sangue: ( ) Laboratório: ( ) Radiologia: ( ) Foco Cirúrgico: Sim ( ) Não ( )

6 - EQUIPAMENTOS

Monitor do Pulso ( ) Monitor Cardíaco ( ) ECG ( ) Bomba CIC ( ) Aspirador ( )  
Sonda Térmica ( ) Sonda Ultrassônica ( ) Anestesiômetro ( ) Microscópio ( ) Capnógrafo ( )  
Monitor Eletrocardiográfico ( ) Lente de Pêra \_\_\_\_\_  
Carro de Anestesia ( ) Respirador ( ) Intubador ( ) Nº ( )  
Ap. Vócuo ( ) Câmara de Infusão ( )  
Orquídeo ( ) Incha: \_\_\_\_\_ Tórax: \_\_\_\_\_  
Proctário ( ) Incha: \_\_\_\_\_ Tórax: \_\_\_\_\_  
Gás Carbônico ( ) Incha: \_\_\_\_\_ Tórax: \_\_\_\_\_  
Cirurgia: \_\_\_\_\_

7 - PROCEDIMENTOS

Uso de Óxigeno: Sim ( ) Não ( )  
Sonda Nasal de O2: Sim ( ) Não ( )  
Prax (Tipo e nº): Sim ( ) Não ( )  
Clonagem (Tipo e nº): Sim ( ) Não ( )  
Punção Venosa: Sim ( ) Não ( )  
Sonda Gástrica: Sim ( ) Não ( )

8 - MEDICAÇÃO

MATERIAIS USADOS:

ANESTESIA: F. Cox. Univ. de R. Univ. CIRURGIA: \_\_\_\_\_  
Outros: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

9 - OBSERVAÇÕES

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

10 - PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATO

Proctário: \_\_\_\_\_ Saturações: \_\_\_\_\_ Expulção: \_\_\_\_\_ Trocarcateter: \_\_\_\_\_  
Desaturação: \_\_\_\_\_ NEGA ( ) S. Intestivo ( ) UPCR: \_\_\_\_\_ SPT ( ) Apr: \_\_\_\_\_ Sonda Gástrica: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_ Responsável: \_\_\_\_\_  
Cirurgião: Dr. Marcelo Miranda

ARUANA SEGUROS  
31 JUL 2017



PACIENTE: Dr. Augusto DATA: 23/07/17  
 CATEGORIA: Dr. Nóbilio Miranda  
 AMBULATÓRIA: Dr. Bruce APÉLIDO: Augusto  
 CÍRCULO: Brasília AMBULATÓRIA: Brasília 90790  
 ESTABELECIMENTO: União COORDENAÇÃO DO BLOCO:  
 CIRCULANTE: Almeida HONÁRIO INICIAL: 100%  
 ENFERMEIRA: Rafaela HONÁRIO FINAL: 100%

DESCRIÇÃO MATERIAL USADO EM SALA

13x4,5	20x0	20x2	40x12
CARDIOPLEGICA	STIMULPLEX	RAGUM 24	RAGUM 27
CREPE 10CM	CREPE 15CM	CREPE 30CM	CREPE 30CM
GESSADA 10CM	GESSADA 13CM	GESSADA 20CM	
TRAQUEOST 7,0	TRAQUEOST 7,5	TRAQUEOST 8,0	TRAQUEOST 8,5
TRAQUEOST 9,0			
NASAL	GERMAL PVC	EPIDURAL 16	BIUCILAVIA 16
EPIDURAL 17	JELCO 14	JELCO 18	JELCO 18
JELCO 20	JELCO 22	JELCO 24	
CLIP 100	CLIP 200	CLIP 300	CLIP 400
ADAPTIC	KERLIX	PUSLOW	TELA MARLEX
BOMBA	BOMBA FOTO	FRANGUE	FISIO MACRO
20CM	47CM	60CM	120CM
ESTURO 11	ESTURO 15	ESTURO 18	ESTURO 20
ESTURO 22	ESTURO 25	DERMATOCRO 6	
LUVA 7,0	LUVA 7,5	LUVA 8,0	LUVA 8,5
1ML	5ML	10ML	10ML
20ML	50ML	100ML	100ML
VENTAL CIRJAL	EL COLOSTOMA	COMPRESSAS	GAPA HYVIDEO
COLET. ABERTO	COLET. FECHADO	CONEXÃO 2VIAS	CONEXÃO 4VIAS
ELETRODOS	FILTRO UNIDIFF	GAZES	GELFOAM
GT CIRURGICO	LATEX	TORNEIRA VIAS	PRESERV. URNA
SCALP 21	SCALP 23	TRANSOFIX	TRANS. PRESSÃO

DESCRIÇÃO MATERIAL USADO EM SALA

KHER 8	KHER 10	KHER 12	KHER 14
KHER 12	SUCCÃO 3,2	SUCCÃO 4,8	SUCCÃO 6,4
BLAKER 15FR	BLAKER 24FR	TORAX 20	TORAX 20
TORAX 20	TORAX 30	TORAX 32	TORAX 35
ENTERAL 10	ENTERAL 12		
ASPIRAÇÃO 10	ENDOTRAQ. 2,0	ENDOTRAQ. 2,5	ENDOTRAQ. 3,0
ENDOTRAQ. 3,5	ENDOTRAQ. 4,0	ENDOTRAQ. 4,5	ENDOTRAQ. 5,0
ENDOTRAQ. 5,5	ENDOTRAQ. 6,0	ENDOTRAQ. 6,5	ENDOTRAQ. 7,0
ENDOTRAQ. 7,5	ENDOTRAQ. 8,0	ENDOTRAQ. 8,5	ENDOTRAQ. 9,0
FOLEY 2VIAS 14	FOLEY 2VIAS 16	FOLEY 2VIAS 18	FOLEY 2VIAS 20
FOLEY 2VIAS 22	FOLEY 2VIAS 24	FOLEY 2VIAS 26	FOLEY 2VIAS 28
FOLEY 2VIAS 30	FOLEY 2VIAS 32	FOLEY 2VIAS 34	FOLEY 2VIAS 36
FOLEY 2VIAS 38	FOLEY 2VIAS 40	FOLEY 2VIAS 42	FOLEY 2VIAS 44
FOLEY 2VIAS 46	FOLEY 2VIAS 48	FOLEY 2VIAS 50	FOLEY 2VIAS 52
NASO 10	NASO 12	NASO 14	NASO 16
NASO 18	NASO 20	NASO 22	URETRAL 4
URETRAL 6	URETRAL 8	URETRAL 10	URETRAL 12
URETRAL 14	URETRAL 16	URETRAL 18	URETRAL 20
ALGODÃO 0	ALGODÃO 2-0	ALGODÃO 3-0	FITA GARDOLAC
CROMADO 0	CROMADO 1	CROMADO 2-0	CROMADO 3-0
CROMADO 4-0	SEMPLES 2-0	SEMPLES 3-0	SEMPLES 4-0
SEMPLES 5-0	NYLON 2-0	NYLON 3-0	NYLON 4-0
NYLON 5-0	NYLON 6-0	NYLON 8-0	NYLON 9-0
NYLON 10-0	POLIESTER 2	POLIESTER 3-0	POLIESTER 4-0
POLIESTER 6-0	POLIESTER 8	PROLENE 0	PROLENE 2
PROLENE 3-0	PROLENE 3-0	PROLENE 4-0	PROLENE 6-0
VICRYL 0	VICRYL 1	VICRYL 2-0	VICRYL 3-0
VICRYL 4-0	CERA POSSO	MARCAFASSO	VALVEM7
BEDA 2-0	BEDA 3-0	MONOCRYL 3-0	MONOCRYL 6-0
BURKCEL 8078	ACO 1	ACO 4	ACO 5

ARUANA SEGUROS  
 31 JUL 2017

90790  
Paulo Carneiro  
030.039.064-33  
REMEPE 3035

Identificação

Nome: JOÃO AUGUSTO Data: 21/05/17 Registro: 3455  
 Convênio: 345 Leito: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

Equipe médica:

Argão: Doi 1º auxiliar: \_\_\_\_\_  
 Assistente: Dr. Eduardo Instrumentador: Mauro  
 Diante: Juliana

INSTRUMENTAL	VALIDADE	INDICADOR
<p>CAPOTE CQ FUNDAÇÃO PROFESSOR MARTINS FERNA BLOCO CIRURGICO</p>  <p>LOTE: 12207 VAPOR TECIDO EST: 18012017 VAL: 25012017</p> <p>GUSTAVO RAMOS CRFPE-3700 WWW.FUNDACAO.PFM.RJ</p>	<p>MOTOR DE CÂMERA FUNDAÇÃO PROFESSOR MARTINS FERNA CME</p>  <p>LOTE: 122640 PLASMA EST: 18012017 VAL: 192012018</p> <p>GUSTAVO RAMOS CRFPE-3700 WWW.EMERASTER.COM.BR</p>	<p>UNICÓ FUNDAÇÃO PROFESSOR MARTINS FERNA BLOCO CIRURGICO</p>  <p>LOTE: 30785 PLASMA EST: 18012017 VAL: 061012018</p> <p>GUSTAVO RAMOS CRFPE-3700 WWW.FUNDACAO.PFM.RJ</p>
<p>BALCO IBSA FUNDAÇÃO PROFESSOR MARTINS FERNA BLOCO CIRURGICO</p>  <p>LOTE: 121704 VAPOR TECIDO EST: 20012017 VAL: 27012017</p> <p>GUSTAVO RAMOS CRFPE-3700 WWW.FUNDACAO.PFM.RJ</p>	<p>GRANDE BLOQUEADA DE IBSA PROXIME FUNDAÇÃO PROFESSOR MARTINS FERNA BLOCO CIRURGICO</p>  <p>LOTE: 122648 VAPOR TECIDO EST: 18012017 VAL: 20012017</p> <p>GUSTAVO RAMOS CRFPE-3700 WWW.FUNDACAO.PFM.RJ</p>	<p>CUBA REDONDA FUNDAÇÃO PROFESSOR MARTINS FERNA BLOCO CIRURGICO</p>  <p>LOTE: 122671 VAPOR 12PC EST: 18012017 VAL: 08012017</p>
<p>LAP CIRURGICO FUNDAÇÃO PROFESSOR MARTINS FERNA BLOCO CIRURGICO</p>  <p>LOTE: 122712 VAPOR TECIDO EST: 20012017 VAL: 27012017</p> <p>GUSTAVO RAMOS CRFPE-3700 WWW.FUNDACAO.PFM.RJ</p>	<p>LAP CIRURGICO FUNDAÇÃO PROFESSOR MARTINS FERNA BLOCO CIRURGICO</p>  <p>LOTE: 122713 VAPOR TECIDO EST: 20012017 VAL: 27012017</p> <p>GUSTAVO RAMOS CRFPE-3700 WWW.FUNDACAO.PFM.RJ</p>	<p>CAMPO SUPEREVEL FUNDAÇÃO PROFESSOR MARTINS FERNA CME</p>  <p>LOTE: 122717 VAPOR 12PC EST: 17012017 VAL: 17012017</p> <p>GUSTAVO RAMOS CRFPE-3700</p>
<p>CAMETA SUTURA FUNDAÇÃO PROFESSOR MARTINS FERNA BLOCO CIRURGICO</p>  <p>LOTE: 122844 VAPOR 12PC EST: 20012017 VAL: 20012017</p> <p>GUSTAVO RAMOS CRFPE-3700 WWW.FUNDACAO.PFM.RJ</p>	<p>KIT ANESTESIA FUNDAÇÃO PROFESSOR MARTINS FERNA BLOCO CIRURGICO</p>  <p>LOTE: 123140 VAPOR 12PC EST: 18012017 VAL: 12012017</p> <p>GUSTAVO RAMOS CRFPE-3700</p>	<p>ATAZADA TICE FUNDAÇÃO PROFESSOR MARTINS FERNA BLOCO CIRURGICO</p>  <p>LOTE: 12258 VAPOR 12PC EST: 18012017 VAL: 18012017</p> <p>GUSTAVO RAMOS CRFPE-3700</p>
<p>PUNHO DE FOCO FUNDAÇÃO PROFESSOR MARTINS FERNA BLOCO CIRURGICO</p>  <p>LOTE: 12304 VAPOR 12PC EST: 20012017 VAL: 20012017</p> <p>GUSTAVO RAMOS CRFPE-3700 WWW.FUNDACAO.PFM.RJ</p>	<p>KIT ANESTESIA FUNDAÇÃO PROFESSOR MARTINS FERNA BLOCO CIRURGICO</p>  <p>LOTE: 123140 VAPOR 12PC EST: 18012017 VAL: 12012017</p> <p>GUSTAVO RAMOS CRFPE-3700</p>	<p>CAMETA SUTURA FUNDAÇÃO PROFESSOR MARTINS FERNA BLOCO CIRURGICO</p>  <p>LOTE: 12258 VAPOR TECIDO EST: 21012017 VAL: 21012017</p> <p>GUSTAVO RAMOS CRFPE-3700 WWW.FUNDACAO.PFM.RJ</p>
<p>CAPOTE CQ FUNDAÇÃO PROFESSOR MARTINS FERNA CME</p>  <p>LOTE: 12268 VAPOR TECIDO EST: 18012017 VAL: 20012017</p> <p>GUSTAVO RAMOS CRFPE-3700 WWW.FUNDACAO.PFM.RJ</p>	<p>LAP CIRURGICO FUNDAÇÃO PROFESSOR MARTINS FERNA CME</p>  <p>LOTE: 122820 VAPOR TECIDO EST: 21012017 VAL: 20012017</p> <p>GUSTAVO RAMOS CRFPE-3700 WWW.FUNDACAO.PFM.RJ</p>	<p>ATAZADA 12PC FUNDAÇÃO PROFESSOR MARTINS FERNA BLOCO CIRURGICO</p>  <p>LOTE: 12258 VAPOR 12PC EST: 18012017 VAL: 18012017</p> <p>GUSTAVO RAMOS CRFPE-3700</p>
<p>CAPOTE CQ FUNDAÇÃO PROFESSOR MARTINS FERNA CME</p>  <p>LOTE: 12268 VAPOR TECIDO EST: 18012017 VAL: 20012017</p> <p>GUSTAVO RAMOS CRFPE-3700 WWW.FUNDACAO.PFM.RJ</p>	<p>KIT C/S BARRAL FUNDAÇÃO PROFESSOR MARTINS FERNA BLOCO CIRURGICO</p>  <p>LOTE: 122717 VAPOR 12PC EST: 18012017 VAL: 08012017</p> <p>GUSTAVO RAMOS CRFPE-3700</p>	<p>ATAZADA 12PC FUNDAÇÃO PROFESSOR MARTINS FERNA BLOCO CIRURGICO</p>  <p>LOTE: 12258 VAPOR 12PC EST: 18012017 VAL: 18012017</p> <p>GUSTAVO RAMOS CRFPE-3700</p>

*Os materiais  
Os Pacotes*

*Os campos e instrumentos  
e ataduras*

ARUANA SEGUROS  
31 JUL 2017



1. Identificação

Leito da SRPA: 02

90770  
Paulo Carneiro  
CPF: 030.030.030-03  
CRM: 10000

Nome: José Augusto data: 21/07/17 Hora: 12:00 Registro: 26330  
Leito de origem: 404-02

2. Procedimento cirúrgico

Cirurgia: \_\_\_\_\_  
Tipo de anestesia: Raqui  
Equipe: Dr. Marcelo Machado Anestesiista: Dr. Graça

3. Admissão

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

4. Monitorização

SSVV/ Horário	15'	30'	60'	1:30 h	2:00h	3:00h
PA	132x63	129x69	135x76			
FR	-	-	-			
FC	59	75	72			
SaPO2	98%	98%	100%			
Glasgow	-	-	-			

5. Intercorrências/observações:

6. Alta da SRPA

Sinais vitais: PA: \_\_\_\_\_ FC: \_\_\_\_\_ FR: \_\_\_\_\_ SaPO2: \_\_\_\_\_ Glasgow: \_\_\_\_\_

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

Data: 21/07/17 Horário: 15h Responsável pelo encaminhamento: \_\_\_\_\_

Alta da SRPA pelo médico: [Assinatura] 5083

ARUANA SEGUROS  
31 JUL 2017



SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - SAE  
BLOCO CIRÚRGICO

90790



Nome: JOSE AUGUSTO DE SOUZA

Registro: 21395

Procedimento cirúrgico: POE HO. CUM. F. NOT.

Data: 21/01/17

PAULO CARVALHO  
CRÉDITO Nº 303

DIAGNÓSTICO ANXIEDADE

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

HORÁRIOS

<p>1. Ansiedade ( )</p>	<p>( ) Encorajar verbalização dos sentimentos e medos ( ) Proporcionar apoio emocional ( ) Dar informação ao paciente e familiares ( ) Outros</p>	
<p>2. Ventilação prejudicada (✓)</p>	<p>( ) Manter decúbito elevado ( ) Aspirar vias aéreas superiores de ___/___h ( ) Ensinar o paciente a tossir de forma eficaz ( ) Manter o paciente em posição de Fowler (✓) Anotar horário/valor de queda da saturação, FC e FR (✓) Instalar (✓) manter (✓) Anotar oximetria de pulso ( ) Outros</p>	
<p>3. Padrão de eliminação urinária ( ) Diminuído ( ) Aumentado</p>	<p>( ) Registrar frequência, volume e aspecto da diurese de ___/___h ( ) Estimular eliminação por meios físicos (ligar tornelra, compressas frias no abdômen). ( ) Colocar o paciente em posição de Fowler ( ) Orientar o aumento da ingestão hídrica, se não houver restrição ( ) Registrar se: ( ) Dor ao urinar ( ) Abaulamento em região suprapúbica ( ) Ausência de diurese espontânea ( ) Outros</p>	
<p>4. Dor (✓) Local: _____ ( ) Leve ( ) Moderada ( ) Severa</p>	<p>(✓) Verificar qual posição adequada do paciente no pós anestésico (✓) Avaliar a localização e a intensidade da dor (✓) Reavaliar a dor após 30 min. Da administração da medicação (✓) Identificar fatores desencadeantes da dor (✓) Registrar características e intensidade da dor ( ) Outros</p>	
<p>5. Integridade tissular prejudicada (✓)</p>	<p>(✓) Descrever características da lesão (✓) Realizar curativo de ___/___h ( ) Realizar mudança de decúbito de ___/___h ( ) Medir débito de dreno de ___/___h ( ) Manter curativo oclusivo por ___h ( ) Outros</p>	
<p>6. Sangramento ( ) Local: _____ ( ) Leve ( ) Moderado ( ) Severo</p>	<p>( ) Aferir pressão arterial de ___/___h ( ) Manter decúbito: _____ ( ) Realizar curativo compressivo ( ) Outros</p>	
<p>7. Imobilidade no leito prejudicada ( )</p>	<p>( ) Pinçar dreno ao transportar paciente ( ) Avaliar mobilização do dreno (Tractionado) ( ) Manter repouso no leito em posição: _____</p>	

ARUANA SEGUROS  
31 JUL 2017



# HOSPITAL DOM HELDER CAMARA

Hospital Metropolitano Sul Dom Helder Câmara  
HMIP Hospitalar  
CNPJ: 09.039.744/0008-69

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

FUND. MARTINIANO FERNANDES

Registro: ~~90712~~ 90712 Atendimento: 355278

DL Cad: 13/11/2011

Nome: JOSE AUGUSTO DE SOUZA OLIVEIRA

DL Nasc: 4/10/1992

Mãe: MARIA HELENA DE SOUZA DE OLIVEIRA

Bairro: CENTRO

End.: RUA LAURO PAVIA

Cidade: PALMARES

Enferm.: LEITO 10

Leito: 623

CNS: 89800534112775

## CHECKLIST DE CIRURGIA SEGURA

### ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA

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

- Há risco de via aérea difícil / broncoaspiração?
- Não
  - Sim e há equipamento disponível

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

- Há risco de perda sanguínea > 500ml (7ml/kg em crianças)?
- Não
  - Sim e há equipamento disponível

O paciente tem alguma alergia?

- Não
- Sim

### ANTES DE INICIAR A CIRURGIA

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

O antibiótico profilático foi dado nos últimos 60 minutos?

- Sim *cifazolina 200*
- Não se aplica

Antecipação de eventos críticos:

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

Exames de imagem estão disponíveis?

- Sim *Rx*
- Não se aplica

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

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

### ANTES DO PACIENTE SAIR DA SALA CIRÚRGICA

A enfermeira confirma verbalmente com a equipe:

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

*[Assinatura]*  
Enfermeira  
ARUANA SEGUROS  
31 JUL 2017



**EVOLUÇÃO CLÍNICA**

90790  
Paulo Camargo  
CRM 030.039.064-53  
CREMÉTIC 3035

Nome: Paulo Augusto

Registro:

Clinica: \_\_\_\_\_ Enfermeira: \_\_\_\_\_ Leito: \_\_\_\_\_

Data/hora	
	<p>21/01/17 - Exa, ERM, exame, orientado, sup. insu                  dita VO, PUP. Que não foi eliminado a                  pontuação. Segue na Unidade de                  enfermaria. Admitido a partir                  na 03 anos da vida</p>
21/01/17	<p># - Exa e exame em                  paciente letar em PA 6, exa                  frente e orientado. Alocu                  expressão, normal. PTV. (1)                  em PO E NEGA HAS, PUC                  Alergia.</p>
21/01/17	<p>Paciente admitido na UO. Condiciona, orient                  de avaliação normal. Não há del. ab-                  and, normal e sua. com a vida, DT,                  6 - AIT USD, não há unidades.</p>
22/01	<p>Paciente admitido em Exa. Condiciona, orient                  infante, dita VO. Abnormal. Exa. Exa. Exa.                  Alguns anos de vida.</p>

Dr. Mary Pereira Siqueira de Souza  
 Enfermeira  
 COREMÉTIC 402.203

ARUANA SEGUROS  
 31 JUL 2017



sent obrigada a sair-lhe, para prevenir acidentes e evitar  
 doentes e feridos.  
 Manter ao seu novo companheiro os perigos que o cercam e  
 trabalho.  
 Cada acidente é uma lição que deve ser aproveitada, para avaliar  
 os perigos e evitar a sua repetição.  
 Se você se encontra em uma situação que é preciso ser pesquisado,  
 não se deixe levar pelo acidente, procure logo o socorro médico  
 adequado. Não deixe que "entendidos" e "curandeiros" concorram  
 para o agravamento do seu estado.  
 Se você não é electricista, não se meta a fazer serviços de  
 electricidade.  
 Procure o socorro médico imediato, se você for vítima de um  
 acidente, assim será tratado de imediato.  
 As máquinas não respaldam ninguém; mas você deve res-  
 paldar as recomendações dos Membros da CIPA e de seus  
 colegas.  
 Não se meta a fazer serviços de segurança de sepio onde você  
 não é treinado para tal.  
 Não se meta a fazer serviços de manutenção de máquinas sem  
 a devida licença.  
 Mantenha sempre as guardas protectoras das máquinas nos  
 devidos lugares.  
 Pare a máquina quando tiver que consertá-la ou limpá-la.  
 Habitue-se a trabalhar protegido contra os acidentes. Use  
 equipamentos de protecção adequados a seu serviço.  
 Conheça o manuseio dos extintores e demais dispositivos  
 contra o fogo existentes em seu local de trabalho.  
 Não se meta a fazer serviços de manutenção de máquinas sem  
 a devida licença.



**MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO**  
**CAIXA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL**

Número **018689** Série **000095**



José Augusto de Souza OLIVEIRA  
 ASSINATURA DO PORTADOR

ARUANA SEGUROS  
 31 JUL 2017







IDENTIFICAÇÃO

VITIMA JOSE AUGUSTO DE SOUZA OLIVEIRA  
 DATA DO ACIDENTE 20.01.17 CPF DA VITIMA 100.688.274-77  
 PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO Marcelo Vinicius Nairi Sepulveda  
 QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR ( ) VITIMA ( ) REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESSO COM A VITIMA É JOSE AUGUSTO DE SOUZA OLIVEIRA  
 ENDEREÇO DO PORTADOR R. Pedro Alencar Lobral  
 Nº 32 COMPLEMENTO SOUZA BAIRRO Ytd. Otaviano  
 CIDADE Olinda UF PE CEP 53140-290  
 E-MAIL \_\_\_\_\_ TELEFONE (81) 3011 3224

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

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

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

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

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

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

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

VALORES DE INDENIZAÇÃO

- INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00
- MORTE = R\$ 13.500,00
- INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
- DESPESAS MÉDICAS (JORNAL) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.

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

COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FOLHETIM

PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSSE WWW.DPVATSEGUROTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRATIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

IA 31/07/2017

ENTIDADE B. 317.129

SINATURA [Assinatura]

RESPONSÁVEL PELA RECEPÇÃO DOS DOCUMENTOS

DATA 31 JUL 2017

NOME [Assinatura]

ASSINATURA [Assinatura]

Outros



# REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

## MINISTÉRIO DA JUSTIÇA

DETRAN

CONTRAN

DETRAN-PE

CONSULTA DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO VIA INTERNET

VIA \_\_\_\_\_ CÔD.RENAVAM \_\_\_\_\_ R.T.B. \_\_\_\_\_ EXERCÍCIO \_\_\_\_\_  
 \*\*\* \*\*\*\*\* \*\*\*\* \*\*

\_\_\_\_\_  
 \*\*\*\*\* NOME / ENDEREÇO \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 \*\*\*\*\* CPF/CGC \_\_\_\_\_ PLACA \_\_\_\_\_  
 PGR1128

\_\_\_\_\_  
 PLACA ANTERIOR/UF \_\_\_\_\_ CHASSI \_\_\_\_\_  
 9C2KD0540DR155751

\_\_\_\_\_  
 ESPÉCIE TIPO \_\_\_\_\_ COMBUSTÍVEL \_\_\_\_\_  
 PAS MOTOCICLETA ALCO/GASOL

\_\_\_\_\_  
 MARCA/ MODELO \_\_\_\_\_ ANO FAB \_\_\_\_\_ ANO MOD \_\_\_\_\_  
 HONDA/NXR150 BROS ESD 2013 2013

\_\_\_\_\_  
 CAP / POT / CIL \_\_\_\_\_ CATEGORIA \_\_\_\_\_ COR PREDOMINANTE \_\_\_\_\_  
 210/148 PARTIC VERMELHA

I \_\_\_\_\_ COTA ÚNICA (R\$) \_\_\_\_\_ VENC.COTA ÚNICA \_\_\_\_\_ VENC./COTAS \_\_\_\_\_  
 P 1ª \*\*\*\*\*

V FAIXA I.P.V.A. \_\_\_\_\_ PARCELAMENTO / COTAS \_\_\_\_\_ 2ª \*\*\*\*\*  
 A \*\*\*\*\* 3 x 0,00 3ª \*\*\*\*\*

\_\_\_\_\_  
 PRÊMIO LÍQUIDO (R\$) \_\_\_\_\_ ISOF \_\_\_\_\_ PRÊMIO TOTAL (R\$) \_\_\_\_\_ DATA DE PAGAMENTO \_\_\_\_\_  
 \*\*\*\*\*

OBSERVAÇÕES

## RESTRICÇÕES:

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

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

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

VEÍCULO ATENDE A RESOLUÇÃO 372/2011 CONTRAN - PLACAS REFLETIVAS

RECIFE

LOCAL

VIA INTERNET

DATA

ARUANA SEGUROS

31 JUL 2017



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
ESTADO DE PERNAMBUCO


**CARTORIO OFICIO UNICO RIBEIRAO PE**  
Rua Joao Pessoa, 537 - Centro | Fone (81) 36711418  
Autentica a presente copia conforme o *Al. Dou*  
Ribeirão, 28/08/2017

Cristiana de Oliveira Santos Marcelino - 2ª Substitua  
Ao Cartorio: R\$ 2,99 - TSM: R\$ 0,66 - FERC: R\$ 0,33  
- Total: R\$ 3,98 - cartorioideribeirao@hotmail.com  
Selo digital: 0073791.11007201701.02576


REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO

07H-47



*Cristiane Maria da Silva*



CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

7.543.970

CRISTIANE MARIA DA SILVA >>

SEVERINO MANOEL DA SILVA >>

MARIA DO CARMO DA CONCEIÇÃO >>

FEIRA NOVA - PE

NOVA-PE 18.09.1987

078.790.684-06

23/12/1985

DATA DE NASCIMENTO

23/12/1985

23/12/1985

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
ESTADO DE PERNAMBUCO

**CARTORIO OFICIO UNICO RIBEIRAO PE**  
Rua Joao Pessoa, 537 - Centro | Fone (81) 36711418  
Autentica a presente copia conforme o *Al. Dou*  
Ribeirão, 28/08/2017

Cristiana de Oliveira Santos Marcelino - 2ª Substitua  
Ao Cartorio: R\$ 2,99 - TSM: R\$ 0,66 - FERC: R\$ 0,33  
- Total: R\$ 3,98 - cartorioideribeirao@hotmail.com  
Selo digital: 0073791.AST07201701.02577



ARUANA SEGUROS

27 SET 2017

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3170425958

**Cidade:** Ribeirão

**Natureza:** Invalidez Permanente

**Vítima:** JOSE AUGUSTO DE SOUZA OLIVEIRA

**Data do acidente:** 20/01/2017

**Seguradora:** BRASIL VEICULOS CIA DE SEGUROS

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 06/10/2017

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** TRAUMA NO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO

**Resultados terapêuticos:** DEPENDE DE PERÍCIA MÉDICA

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

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

## DANOS

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

## PRESTADOR

AMORIM E MATTOS SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS LT

**Nome do médico:** DORIAN BRAGA SARAIVA

**CRM do médico:** 52.32571-1

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**

# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3170425958

**Cidade:** Ribeirão

**Natureza:** Invalidez Permanente

**Vítima:** JOSE AUGUSTO DE SOUZA OLIVEIRA

**Data do acidente:** 20/01/2017

**Seguradora:** BRASIL VEICULOS CIA DE SEGUROS

## PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA DOS OSSOS DA PERNA ESQUERDA

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

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

**Sequelas permanentes:** APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO TORNOZELO ESQUERDO.

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 18/10/2017

**Conduta mantida:**

**Observações:** OBS - MANTIDO ENQUADRAMENTO DO MÉDICO EXAMINADOR

**Médico examinador:** THIAGO PEDRO DE ARAUJO ALVES

**CRM do médico:** 18568

**UF do CRM do médico:** PE

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
<b>Total</b>			<b>12,5 %</b>	<b>R\$ 1.687,50</b>

## PRESTADOR

CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

**Médico revisor:** FABIO S SELERI FERNANDES

**CRM do médico:** 52.63021-7

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**

PROCURAÇÃO PARTICULAR

Procuração



Outorgante: JOSE AUGUSTO DE SOUZA OLIVEIRA  
RG/CNH/CTPS: 8.600.129 CPF: 100.682.276-77  
End: RUA SESC CENTRAL, 146, CENTRO, RIBEIRÃO - PE

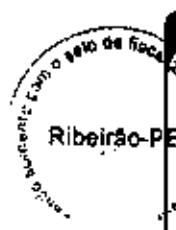
Outorgado: LUCAS VINÍCIUS MATA FERREIRA  
RG/CNH/CTPS: 8.317.129 CPF: 076.711.326-80  
End: RUA PEDRO ALVARES CABRAL, 32, JARDIM ATLANTICO-OLINDA - PE

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

Ribeirão , 23 de JUNHO de 2017.



Jose Augusto de Souza Oliveira  
(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
ESTADO DE PERNAMBUCO  
CARTORIO OFICIO UNICO RIBEIRAO PE- Rua. Jord Pessoa 551A  
Centro F. 81 36711418. Reconheco por AUTENTICIDADE as  
firma(s) de (1) JOSE AUGUSTO DE SOUZA OLIVEIRA  
Ribeirão, 23/06/2017, 12:37h. Cristiana de Oliveira  
Santos Marcelino 2ª Substituta. Ao Cartorio: R\$ 3,49  
IHR: R\$ 0,78 - FERC: R\$ 0,39 - Total: R\$ 4,66  
Selo(s): 0073791.YCM/5201701.027

*[Handwritten signature]*

ARUANA SEGUROS  
31 JUL 2017

Rio de Janeiro, 11 de Agosto de 2017

Carta nº: 11468774

A/C: JOSE AUGUSTO DE SOUZA OLIVEIRA

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

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

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

Para acompanhar o seu processo, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://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](http://www.seguradoralider.com.br), não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

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

ATENÇÃO:

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**





Rio de Janeiro, 11 de Agosto de 2017

Carta nº: 11468775

A/C: JOSE AUGUSTO DE SOUZA OLIVEIRA

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

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

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

- Declaração do Proprietário do Veículo não conclusivo

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

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

**NÃO PERCA TEMPO!**

**PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;**

Em caso de dúvida, entre em contato conosco pelo SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



Rio de Janeiro, 06 de Outubro de 2017

Carta nº: 11773328

A/C: JOSE AUGUSTO DE SOUZA OLIVEIRA

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

**Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO**

**Prezado(a) Senhor(a),**

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

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

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br).

**ATENÇÃO:**

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



Rio de Janeiro, 26 de Outubro de 2017

Carta nº: 11869283

A/C: JOSE AUGUSTO DE SOUZA OLIVEIRA

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

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

Prezado(a) Senhor(a),

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

Creditado: JOSE AUGUSTO DE SOUZA OLIVEIRA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000004753

Conta: 000004989-9

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

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

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

Graduação: Em grau médio 50%

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

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

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

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br).

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

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

## Resultado da Avaliação Médica

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

### FRATURA DOS OSSOS DA PERNA ESQUERDA

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

SIM  NÃO

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

SIM  NÃO

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

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

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

SIM  NÃO

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

### DEFICIT FUNCIONAL EM TORNOZELO ESQUERDO GRAU MÉDIO

IV. Segundo o previsto no inciso II,  $\alpha$ 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(\*)

Vitima em tratamento

Sem seqüela permanente

Esta avaliação médica deve ser repetida em \_\_\_\_\_ dias

Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam susceptíveis 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(Seqüela)

Região Corporal(Seqüela)

#### TORNOZELO ESQUERDO

10%  25%  50%  75%  100%

10%  25%  50%  75%  100%

Região Corporal(Seqüela)

Região Corporal(Seqüela)

10%  25%  50%  75%  100%

10%  25%  50%  75%  100%

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

Total = "100% da IS"

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

### MANTIDO ENQUADRAMENTO DO MÉDICO EXAMINADOR -

Local e data de realização do exame médico legal:

**PE - CARUARU, 18/10/2017**

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



Dr. Thiago Pedro de A. Alves  
MÉDICO  
CRM 18568

Assinatura do perito Examinador - CRM



**AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT**

Nº DO SINISTRO \_\_\_\_\_

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

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

EU, JOSE AUGUSTO DE SOUZA OLIVEIRA

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

CPF 100682279-77 / CNPJ \_\_\_\_\_, PROFISSÃO Condutor

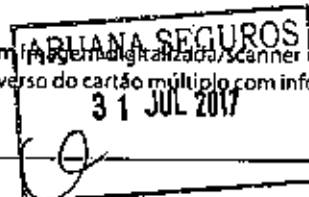
E RENDA MENSAL DE R\$ 700,00 (\*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA JOSE AUGUSTO DE SOUZA OLIVEIRA, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

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

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

- Conta salário e/ou benefício - nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional;
- Conta Empresarial - nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL [www.receita.fazenda.gov.br](http://www.receita.fazenda.gov.br)), bem como o CPF cadastrado no SISPDPVAT 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) 4753 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 1989-9

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

Pirajó-RJ, 21 de 07 de 17  
LOCAL E DATA

Jose Augusto de Souza Oliveira  
ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

**ATENÇÃO**

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



ARUANA SEGUROS  
31 JUL 2017



Boletim de ocorrência



ARUANA SEGUROS

31 JUL 2017

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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **17E0161000791**

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

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

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

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

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



Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

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

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

**JOSÉ SEVERINO DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: MARIA DO  
CARMO DA CONCEIÇÃO** Data de Nascimento: **11/10/1988** Naturalidade: **ESCADA /  
PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **8380488/9DS/PE (RG), 08570216428 (CPF)** Estado  
Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **2º. GRAU COMPLETO** Profissão: **SERVEnte** Telefones  
Celulares:  
- **987020098**

Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE AMARAJI, 1 - CEP: 0 - Bairro: DEMARCAÇÃO -  
AMARAJI/PERNAMBUCO/BRASIL**

**JOSÉ AUGUSTO DE SOUZA OLIVEIRA (presente ao plantão) - Sexo:  
Masculino Mãe: MARIA HELENA DE SOUZA DE OLIVEIRA** Pai: **JOSÉ ARISTARCO GOMES  
DE OLIVEIRA** Data de Nascimento: **4/10/1962** Naturalidade: **RIBEIRÃO / PERNAMBUCO /  
BRASIL** Documentos: **8000120/9DS/PE (RG)** Estado Civil: **CASADO(A)** Escolaridade: **2º. GRAU  
COMPLETO** Profissão: **SERVEnte** Telefones Celulares:  
- **984282034**

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

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

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

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

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

Placa: **DDR1128** (PERNAMBUCO/RIBEIRAO) Renavam: **527780276** Chassi: **9C2KD06400R155751**  
 Ano Fabricação/Modelo: **2013/2013** Combustível: **ALCO/GASOL**

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

Placa: **KHV0660** (PERNAMBUCO/CABO DE SANTO AGOSTINHO) Renavam: **800325237** Chassi: **9B015822A992080G**  
 Ano Fabricação/Modelo: **2002/2002** Combustível: **ALCO/GASOL**

Complemento / Observação

**O SENHOR JOSE SEVERINO INFORMOU VINHA PILOTANDO SUA MOTO QUANDO O AUTOMÓVEL, ACIMA DESCRITO, O QUAL ERA CONDUZIDO PELO SENHOR ISRAEL, BATEU NA TRASEIRA DA MOTO DERRUBANDO O SENHOR JOSÉ SEVERINO E O SENHOR JOSÉ AUGUSTO QUE OCUPAVA GARUPA DA MOTOCICLETA. DE ACORDO COM FICHA HOSPITALAR APRESENTADA O SENHOR JOSE AUGUSTO DEU ENTRADA NO HOSPITAL DON HELDER EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE, TENDO SOFRIDO FRATURA NA TÍBIA E FÍBULA, DA PERNA ESQUERDA, SEM OUTROS FERIMENTOS PELO CORPO (ARRANHÕES E CONTUSÕES), JÁ O SENHOR JOSE CÍCERO INFORMA QUE SOFREU APENAS ESCORIAÇÕES. AS VITIMAS INFORMAM A POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL ESTEVE NO LOCAL CONFORME OCORRÊNCIA N° 1700555801. ESTE REGISTRO É FEITO NESTA CIDADE EM FACE DA VITIMA, SENHOR JOSE AUGUSTO, NELA RESIDIR, E, MEDIANTE APRESENTAÇÃO DA DOCUMENTAÇÃO REFERENTE À SUA ENTRADA HOSPITALAR.**

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

**JOSÉ SEVERINO DA SILVA**  
(VITIMA)

**JOSÉ AUGUSTO DE SOUZA OLIVEIRA**  
(VITIMA)



B.O. registrado por: **VALTER HENRIQUE DO CARMO SILVA** - Matrícula: **318741-7**





## DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, JOSE AUGUSTO DE SOUZA OLIVEIRA

portador da carteira de identidade nº 8.600.129 e inscrito no CPF/MF sob o nº 100.602.279-77

residente e domiciliado na Rua SESC CENTENÁRIO, 194, CENTRO

Cidade RIBEIRÃO, Estado PE, declaro, sob as penas da lei, que estou

impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Declaração de Inexistência do IML



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

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

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

RIBEIRÃO-PE 21/07/17

Local e data

ARUANA SEGUROS

31 JUL 2017

Jose Augusto de Souza Oliveira  
Assinatura do declarante

\_\_\_\_\_  
Assinatura do representante legal



**SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL**  
**CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DE PERNAMBUCO**

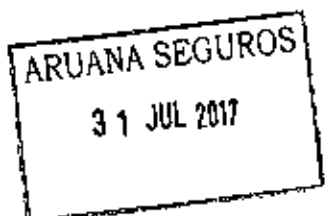
**CERTIDÃO**

**Certidão nº 2017APH000340 Div. Op.**

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

Posição em 20/02/2017

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





# DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Comprovante de residência



Eu, JOSE AUGUSTO DE SOUZA OLIVEIRA

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

CPF 100. 602. 274-77, Venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

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

Por ser verdade, firmo-me.

RIBEIRÃO - PE 21/07/17

Local e data

Jose Augusto de Souza Oliveira  
Assinatura do declarante

Assinatura do representante legal

ARUANA SEGUROS

31 JUL 2017



**PREVIDÊNCIA SOCIAL**  
INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL



026697



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



5013196987406700000002669730040417

ARUANA SEGUROS

31 JUL 2017

# DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Comprovante de residência



Eu, LUCCAS VINÍCIUS MAIA SEPULVEDA

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

SDS - PE, CPF 076.711.379-80, Venho perante a este instrumento declarar que

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

em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

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

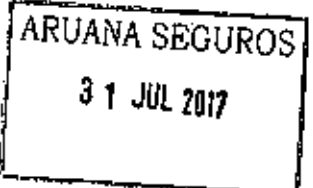
Por ser verdade, firmo-me.

OLINDA PE 21/07/17

Local e data

Assinatura do declarante

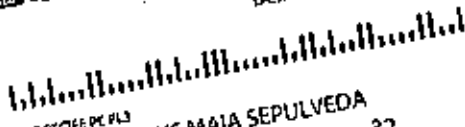
Assinatura do representante legal



**CAIXA VISA**

**Fatura Mensal**

Número do Cartão: 459360XXXXX1186  
Atendimento a Clientes: 40049009  
Demais Localidades: 0800 9409009



CIC RECEBE PE PL3  
LUCAS VINICIUS MAIA SEPULVEDA 32  
PEDRO ALVARES CABRAL  
JARDIM ATLANTIC  
53140-290 OLINDA - PE



Vencimento: 14/08/2014 Postagem: 08/08/16 Emissão: 02/08/2016

Encargos

ARUANA SEGUROS  
31 JUL 2017



## DECLARAÇÃO

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

A Circular SUSEP<sup>1</sup> 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 COAF<sup>2</sup>.

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

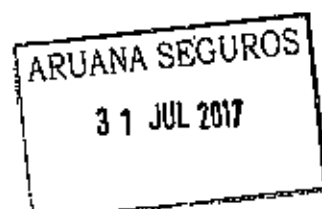
<sup>2</sup> Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu LUCAS VINÍCIUS MORAIS SÁ, portador(a) do RG nº B.317.129, expedido por SOSIFE, em 19/12/16, CPF/CNPJ nº 076.711.374-80, na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário (a) JOSE AUGUSTO DE SOUZA OLIVEIRA do sinistro de DPVAT da natureza INVALIDEZ da vítima JOSE AUGUSTO DE SOUZA OLIVEIRA, e conforme determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

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

Documentos comprobatórios: NÃO INFORMA.

  
ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO





Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Jose Severino da Silva  
RG nº 8.360.454, data de expedição 06/08/07,  
Órgão SDS, portador do CPF nº 095402154-29, com  
domicílio na cidade de AMARAJI, no Estado de  
PERNAMBUCO, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)  
DEMARCAÇÃO, nº \_\_\_\_\_,  
complemento \_\_\_\_\_, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo  
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a  
vítima Jose Augusto de Sousa cujo o condutor era  
Jose Severino da Silva.

Veículo: MOTOCICLETA  
Modelo: BLOSS  
Ano: 2013  
Placa: AGR 1128  
Chassi: 9C2KD0540DR155+51  
Data do Acidente: 20/01/17  
Local e Data: CABO DE SANTO AGOSTINHO 20/01/17

Jose Severino da Silva  
Assinatura do Declarante

Jose Severino da Silva  
Assinatura do Condutor ( caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro )



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
ESTADO DE PERNAMBUCO  
CARTORIO OFICIO UNICO RIBERAIO PE Rua João Pessoa 58  
Centro F. 81 36711418. Reconheço por AUTENTICIDADE  
firmas de (1) JOSE SEVERINO DA SILVA, Ribeirão  
23/06/2017, 10:30h. Cristina Maria de Sousa Sá  
Escrevente Autorizada. Ao Cartorio: R\$ 3,48 - TST  
R\$ 0,78 - FERC: R\$ 0,39 Total: R\$ 4,65 Selos  
0073291.VTU05201701.02778

ARUANA SEGUROS  
31 JUL 2017

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, CRISTIANE MARIA DA SILVA

RG nº 7.543.970, data de expedição 28/02/2015

Órgão SDS/PE, portador do CPF nº 078.790.684-06, com

domicílio na cidade de AMARAJI, no Estado de

PERNAMBUCO, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

ENGENHO DEMARLAÇÃO, nº SIN,

complemento CASA, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a

vitima JOSE AUGUSTO DE SOUZA OLIVEIRA, cujo o condutor era

JOSE AUGUSTO DE SOUZA OLIVEIRA

Veículo: MAS MOTOCICLETA

Modelo: HONDA NXR 150 BROS ESP

Ano: 2013/2013

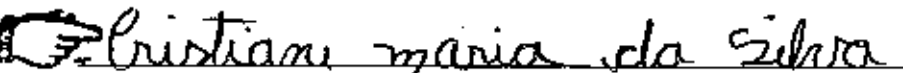
Placa: PER-1120

Chassi: 9CZ KP056000150791

Data do Acidente: 20/11/17

Local e Data: Ribeirão, 28 de Agosto de 2017.

CARTÓRIO  
OFÍCIO ÚNICO  
RIBEIRÃO-PE

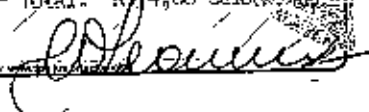
  
Assinatura do Declarante

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

Com o selo de fiscal

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
ESTADO DE PERNAMBUCO

CARTÓRIO OFÍCIO ÚNICO RIBEIRÃO-PE Rua João Pessoa  
Centro F. 87 55711418. Redondeado por AUTENTICIDADE  
Pirma(s) de CRISTIANE MARIA DA SILVA, Ribeirão  
28/08/2017, 10:34h. Cristiana de Oliveira Souza  
Martelino 2ª Substituta. Ag Cartório: R\$ 3,49 - Taxa  
R\$ 0,78 - FEEC: R\$ 0,39 - Total: R\$ 4,66 Selos  
0073791.VM107201701.02575



Declaração do proprietário do veí



ARUANA SEGUROS

27 SET 2017