



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
Hospital da Restauração

CRACHA
ETIQUETA

Ficha de Atendimento

Numero do Registro

1057340

Data e Hora de Atendimento:
23/11/2018 10:15

Local de Entrada: EMERGENCIA GERAL
Atendimento Manual:

Cod. Paciente: 1657007 Paciente: JOSE LUIZ FREIRE MATEUS
Data de nascimento: 20/03/1951 Idade: 67a 8m 5d Sexo: MASCULINO
Estado Civil: CASADO Profissão: Acompanhante:
DOC ID / Data expedição: 859773 / Mãe: MARIA EMILIA FREIRE MATEUS
Pal: JOAO BATISTA COREOLANO MATEUS Cartão SUS:
Endereço: PRACA DA BANDEIRA Numero 55
Bairro: CENTRO Complemento:
Cidade: LIMOEIRO UF: PE Telefone: 999614242
Arrências:

Motivo do atendimento: ACIDENTE COLISAO COM OUTRO VEICULO

Procedência: OUTRO HOSPITAL

Informações do Serviço Social:

Confirmação de nome:

Confirmação de endereço:

Providências: Alta ☐ Caso Social ☐

Encaminhamentos: Rede de Apoio ☐ GPCA ☐ Cons.Tutelar ☐ Delegacias ☐ Minist. Publico ☐

Juros ☐

Observação:

História Clínica:

23/11/18 - Colisão com outro veículo
Acidente de trânsito com outro veículo
em tempo. Orientar a família
quanto ao seguro obrigatório de automóvel
Paciente vítima de colisão carro x caminhada
com cinto de segurança. Sem sinais de
embriaguez. Sem perda de consciência.

Atendimento Médico

Perda de consciência: Sim ☐ Não ☒ Episódio Emético: Sim ☐ Não ☐ Acidente de Trabalho: Sim ☐ Não ☒
Acidente de Trânsito: Sim ☒ Não ☐ Tipo: Transporte realizado Por:
Imobilização Cervical: Sim ☒ Não ☐ Sofreu Queda: Sim ☐ Não ☐ Altura:
Condições de Imobilização adequadas: Sim ☐ Não ☐ Por Quê?

Exame Físico:

A: Geral Via aérea está pervia: Sim ☒ Não ☐ O paciente fala: Sim ☒ Não ☐ Temp:

EOR,

B: Respiratório

C: Circulatório PA: X mm Pulso: 78 bpm

pulsos claros e simétricos

Neurológico	Deficiência motora: MSD <input type="checkbox"/> MSE <input type="checkbox"/> MID <input type="checkbox"/> MIE <input type="checkbox"/>	Pupilas: Isocóricas <input type="checkbox"/> Anisocóricas <input type="checkbox"/>
Ocular	Glasgow: Resposta Verbal Escore: 5 Hora:	Glasgow: Resposta Motora Escore: 6 Hora:

ECG AS

Inspeção/Abdômen:

Abd globoso depressível doloroso à palpação
 Torax doloroso à palpação do esterno
 Lesão em S^o QDD extensor
 Fratura exposta de punho D lesão corte contuso
 em dorso de antebraço + sem exposição tendão/ossos
 os. Inicial: Feixa nervo vascular preservado

Cod. Procedimento

- ① solicito Raio X de Torax, pul e punho, tornozelo e cervical
- ② solicito TAC de crânio + punho D + Abd
- ③ Realização CG Ortop
- ④ Início ATB

Ass. Médico

Ass. Enfermagem:

Dr. Rafael Vieira
 Médico
 CRM-PE 28.235

Ass. Enfermagem

Descrição do Caso:

Condição de Alta:

Internamento ☐ Cirurgia ☐ Óbito ☐ Termo de Alta a Pedido ☐ Evadiu-se ☐ Alta

Admissão na Clínica:

Referência para:

☐ Curado ☐ Melhorado
☐ Inalterado ☐ Piorado
☐ Óbito

Indicação para Alta / Internamento / Transferência:

CRM: _____ Data: _____ Hora: _____

Ass. de responsabilidade para Internamento:

Declaro que o paciente das normas existentes neste hospital, as quais aceito integralmente e autorizo a realização de tratamento, clínicos e cirúrgicos inclusive transfusões e sem exames complementares e transporte se forem necessários.

Nome completo legível: _____

Assinatura: _____

Assinatura: _____

Ass. de responsabilidade de alta a pedido:

Declaro que autorizo-me pela imediata retirada do paciente neste nosocômio, bem como tenho absoluto conhecimento das consequências que deste ato possam advir.

Nome completo legível: _____

Assinatura: _____

Assinatura: _____

Data e Hora Impressão: 23-Nov-18

23-11-18 4h

Dr. Rafael Vieira
 Médico
 CRM-PE 28.235
 Ass. de responsabilidade de alta a pedido

**Ortomédica**

COMÉRCIO ORTOPÉDICO LTDA

Estrada do Encanamento, 61 - Parnamirim

CEP: 52.060-210 - Recife - PE

CNPJ: 24.061.657/0001-27 Insc. Est. 18.1.001.0140069-5

Fones: (81) 3268-8554 / 3441-6966 Fax: (81) 3269-6781

**CONTROLE DE MATERIAIS
UTILIZADOS EM CIRURGIA**

(RQ-06)

Nº 55716

1º Via Fixa

Hospital Restauração Convênio: 515-10 1657007 Cidade: Recife
Nome do Paciente: Jose Luiz Freire Matos Data da Cirurgia: 23/11/18
Médico: Carlostacio Membro Operado: _____

MATERIAL	ESPECIFICAÇÃO	QUANT.	LOTE
<u>Fixadores de Colar</u>		<u>01</u>	

Luiz Guilherme Sartori & Cia Ltda
CNPJ: 04.861.623/0001-00
R. Rio Claro, 100 - R. Rio Claro, 100 - R. Rio Claro, 100

PARAFUSOS CORTICAIS	Nº	Lote: 001945 Código: F021363 SISTEMA DE FIXAÇÃO OSSEO SARTORI - COLLES 160 - ESTERIL			
	QUANT.	Feb.: 18/09/2018 Val.: 09/2023 Registro Anvisa Nº 80083650031 Material ACO INOX/ALUMINIO			
	LOTE				
PARAFUSOS DE BLOQUEIO	Nº	Luiz Guilherme Sartori & Cia Ltda - EPP CNPJ: 04.861.623/0001-00 - R. Rio Claro/SP Tel: +55 19 3538-1910 info@sartori.ind.br			
	QUANT.				
	LOTE	Lote: 001148 Código: AF35 3 450 PINO INTRAMEDULAR OSSEO - R X D X 3,0 X 100 X T			
PARAFUSOS PARA HASTE BLOQUEADA	Nº	Feb.: 29/08/2018 Val.: 09/2023 Registro Anvisa Nº 80083650026 Material ACO INOX F138			
	QUANT.				
	LOTE				
PARAFUSOS CANULADOS	Nº	Luiz Guilherme Sartori & Cia Ltda - EPP CNPJ: 04.861.623/0001-00 - R. Rio Claro/SP Tel: +55 19 3538-1910 info@sartori.ind.br			
	QUANT.	Lote: 001125 Código: AF35 3 440 PINO INTRAMEDULAR OSSEO - R X D X 2,5 X 100 X T			
	LOTE				
PARAFUSOS DE INTERFERÊNCIA	Nº	Feb.: 17/09/2018 Val.: 09/2023 Registro Anvisa Nº 80083650026 Material ACO INOX F138			
	QUANT.				
	LOTE	Luiz Guilherme Sartori & Cia Ltda - EPP CNPJ: 04.861.623/0001-00 - R. Rio Claro/SP Tel: +55 19 3538-1910 info@sartori.ind.br			

VENDEDOR/INSTRUMENTADOR: _____

**Ortomédica**

COMÉRCIO ORTOPÉDICO LTDA

Estrada do Encanamento, 61 - Parnamirim

CEP: 52.060-210 - Recife - PE

CNPJ. 24.061.657/0001-27 Insc. Est. 18.1.001.0140069-5

Fones: (81) 3268-8554 / 3441-6966 Fax: (81) 3269-6781

**CONTROLE DE MATERIAIS
UTILIZADOS EM CIRURGIA**
(RQ-06)

Nº 55718

1º Via Fixa

Hospital: Restauração Convênio: SUS-1657007 Cidade: Recife
Nome do Paciente: José Luiz Figueiredo Data da Cirurgia: 23/11/98
Médico: Carlos Tiago Membro Operado: _____

MATERIAL	ESPECIFICAÇÃO	QUANT.	LOTE
DCP 3,5 placa + parafusos	01		

Luiz Antônio Martins Macêdo
Ortopedista / Traumatologia
CRM-PE 35469

AFUSOS CORTICAIS	Nº				
	QUANT.				
	LOTE				
PARAFUSOS DE BLOQUEIO	Nº				
	QUANT.				
	LOTE				
PARAFUSOS PARA HASTE BLOQUEADA	Nº				
	QUANT.				
	LOTE				
PARAFUSOS CANULADOS	Nº				
	QUANT.				
	LOTE				
PARAFUSOS DE INTERFERÊNCIA	Nº				
	QUANT.				
	LOTE				

VENDEDOR/INSTRUMENTADOR: _____

HOSPITAL DA RESTAURACAO

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

MANCHESTER_V2

23/11/2018 10:07



Nome Paciente: JOSE LUIZ FREIRE MATEUS
Cód. Paciente:
Data de Nascimento:
Sexo: Masculino
Idade: 67
Senha: U0016
Convênio:
Atendimento:

23/11/2018 10:07 - MARIA JULIA NUNES - COREN: 312395 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - classificação:

Prioridade:

LARANJA - MUITO URGENTE

Cor:

LARANJA

Queixa Principal:

VITIMA DE COLISÃO CARRO CAMINHAO HA 3H, REFERE DOR EM TÓRAX E FR
EM PUNHO ESQUERDO. RELATO DE DM, HAS, NEGA ALERGIAS. NEGA PERDA D
CONSCIENCIA E VOMITOS.

Observação:

SANU DE CHA DE ALEGRIA.

Fluxograma sintoma:

DOR TORÁCICA

Discriminador(es):

- DOR INTENSA?

Especialidade:

CIRURGIA GERAL

Alergia(s):

Sinais Vitais Lidos:

- FREQUENCIA DE PULSO: 85.00 BPM (RÍTMICO)
- REGUA DE DOR: 8

23/11/18
11:45

N/C
Paciente
Ponto geral
de 7/11/18
Ely: (11)

Tr. Urin.: sem exames N.O.
C.D. Alta UIC

Acolhido(a) por: MARIA JULIA NUNES

Data: 23/11/2018 10:07

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Dr. Alexandre
Guilherme
Nunes
C.R. 0012.557/2018

Os Arquivos Ortopedicos

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

Unidade de Saúde : HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

Paciente : Jose Luis Feres Neto

Nº do Registro : 1657003

Clinica : Rheumatologia

Nº do Leito :

Operador : Dr. Luiz Valde/ Carlos Tez

1º Assistente : Dr. Rafael Barre

2º Assistente : Dr. Rafael Vieira

Instrumentador :

Anestesista :

Anestesia :

Duração :

Data da Operação : 23/11/13

Início :

Fim :

Diagnóstico Pré-Operatório : Final. imparte um ao a tub. esp. D +
final. melado lateral

Diagnóstico Pós-Operatório : OK

Operação Proposta : Ht. cecis. + fix. de R. B. + fix. de Ant. H. +
fix. de Molato Ab. + fix. de B. de 3/4 R. B.

Operação Realizada : A. U. B. O.

DESCRIÇÃO DO ATO OPERATÓRIO

- ① Lavagem com M. 26 cl. oxigenado ② Anestesia + R. B. + B. de 3/4 R. B.
- ③ Lavagem antiseptica da ferida com sol. de p. 10% + D. B. de 10% ④ R. B. de 10% de fixação de 5º dedo ⑤ R. B. de 10% de fixação de 4º dedo + fixação com fix. de 3/4 R. B. ⑥ fixação de 3/4 R. B. com fix. de 3/4 R. B.
- ⑦ fixação de base de 2/3 R. B. com fix. de 3/4 R. B.
- ⑧ fixação de base de 1/3 R. B. com fix. de 3/4 R. B.
- ⑨ fixação de base de 1/3 R. B. com fix. de 3/4 R. B.
- ⑩ fixação de base de 1/3 R. B. com fix. de 3/4 R. B.
- ⑪ fixação de base de 1/3 R. B. com fix. de 3/4 R. B.
- ⑫ fixação de base de 1/3 R. B. com fix. de 3/4 R. B.
- ⑬ fixação de base de 1/3 R. B. com fix. de 3/4 R. B.
- ⑭ fixação de base de 1/3 R. B. com fix. de 3/4 R. B.
- ⑮ fixação de base de 1/3 R. B. com fix. de 3/4 R. B.
- ⑯ fixação de base de 1/3 R. B. com fix. de 3/4 R. B.
- ⑰ fixação de base de 1/3 R. B. com fix. de 3/4 R. B.
- ⑱ fixação de base de 1/3 R. B. com fix. de 3/4 R. B.
- ⑲ fixação de base de 1/3 R. B. com fix. de 3/4 R. B.
- ⑳ fixação de base de 1/3 R. B. com fix. de 3/4 R. B.
- ㉑ fixação de base de 1/3 R. B. com fix. de 3/4 R. B.
- ㉒ fixação de base de 1/3 R. B. com fix. de 3/4 R. B.
- ㉓ fixação de base de 1/3 R. B. com fix. de 3/4 R. B.
- ㉔ fixação de base de 1/3 R. B. com fix. de 3/4 R. B.
- ㉕ fixação de base de 1/3 R. B. com fix. de 3/4 R. B.
- ㉖ fixação de base de 1/3 R. B. com fix. de 3/4 R. B.
- ㉗ fixação de base de 1/3 R. B. com fix. de 3/4 R. B.
- ㉘ fixação de base de 1/3 R. B. com fix. de 3/4 R. B.
- ㉙ fixação de base de 1/3 R. B. com fix. de 3/4 R. B.
- ㉚ fixação de base de 1/3 R. B. com fix. de 3/4 R. B.
- ㉛ fixação de base de 1/3 R. B. com fix. de 3/4 R. B.
- ㉜ fixação de base de 1/3 R. B. com fix. de 3/4 R. B.
- ㉝ fixação de base de 1/3 R. B. com fix. de 3/4 R. B.
- ㉞ fixação de base de 1/3 R. B. com fix. de 3/4 R. B.
- ㉟ fixação de base de 1/3 R. B. com fix. de 3/4 R. B.
- ㊱ fixação de base de 1/3 R. B. com fix. de 3/4 R. B.
- ㊲ fixação de base de 1/3 R. B. com fix. de 3/4 R. B.
- ㊳ fixação de base de 1/3 R. B. com fix. de 3/4 R. B.
- ㊴ fixação de base de 1/3 R. B. com fix. de 3/4 R. B.
- ㊵ fixação de base de 1/3 R. B. com fix. de 3/4 R. B.
- ㊶ fixação de base de 1/3 R. B. com fix. de 3/4 R. B.
- ㊷ fixação de base de 1/3 R. B. com fix. de 3/4 R. B.
- ㊸ fixação de base de 1/3 R. B. com fix. de 3/4 R. B.
- ㊹ fixação de base de 1/3 R. B. com fix. de 3/4 R. B.
- ㊺ fixação de base de 1/3 R. B. com fix. de 3/4 R. B.
- ㊻ fixação de base de 1/3 R. B. com fix. de 3/4 R. B.
- ㊼ fixação de base de 1/3 R. B. com fix. de 3/4 R. B.
- ㊽ fixação de base de 1/3 R. B. com fix. de 3/4 R. B.
- ㊾ fixação de base de 1/3 R. B. com fix. de 3/4 R. B.
- ㊿ fixação de base de 1/3 R. B. com fix. de 3/4 R. B.

23/11/18

REGISTRO DE ENFERMAGEM CENTRO CIRÚRGICO HR

PACIENTE: Jose Luiz Freire Martins REGISTRO: 1657007
IDADE: 67 SEXO: M F() SETOR DE PROCEDENCIA: Andy Cirurgica

1-EQUIPE CIRÚRGICA

CIRURGIÃO: tiago ANESTESISTA: Patricia
1º AUXILIAR: Luiz 2º AUXILIAR: Rafael INSTRUMENTADOR:
ENFERMEIRA: Anne CIRCULANTE: Frederico

2-DADOS DA CIRURGIA:

CIRURGIA: Traumatismo INICIO 13:00 TÉRMINO 15:40
TIPO DE ANESTESIA: geral INICIO: 12:45 TÉRMINO: 15:50

3-DADOS PRÉ-OPERATÓRIOS

ESTADO GERAL: BOM() REGULAR ☒ GRAVE() NÍVEL DE CONSCIENCIA: CONSCIENTE ☒ ORIENTADO() SONOLENTO() SEDADO() INCONSCIENTE()
RESPIRAÇÃO: ESPONTÂNEA ☒ ENTUBADO() TRAQUEOSTOMIZADO() CIRCULAÇÃO: FREQUENCIA CARDIACA 88 PULSO 89 PA
PELE: ÍNTEGRA() LESIONADA ☒ DIURESE: ESPONTÂNEA ☒ SONDAS() DISPOSITIVO URINÁRIO() ALERGIA: PERTENCES:
PREPARO PARA CIRURGIA: BANHO PRE-OP() TRICOTOMIA() MARCAÇÃO DO SITO CIRÚRGICO: SIM() NÃO() PROTESE DENTÁRIA: SIM() NÃO()

4-TRANS-OPERATÓRIO

POSICÃO: FOWLER() LATERAL() DORSAL ☒ VENTRAL() GINECOLÓGICA() PROTEÇÃO OCULAR: SIM ☒ NÃO() LOCAL DE PLACA CIRÚRGICA: Abdomen
CONTAGEM DE COMPRESSAS INÍCIO: 05 FINAL: CONTROLE DE PERFURAÇÕES: FIO AGULHADO: INÍCIO FIM
ANTIBIÓTICO PROFILÁTICO: SIM ☒ NÃO() QUAL: Kefazol HORA: 13:00 PREENCHEU COTA: SIM() NÃO()
GARROTEAMENTO: SIM() NÃO() TEMPO DE GARROTE: INÍCIO: FINAL:
CONTAGEM DE INSTRUMENTAIS CONFERIDO POR: HORA:

5-EQUIPAMENTOS/MATERIAIS

MONITOR ☒ OXÍMETRO ☒ CAPNÓGRAFO ☒ PNI ☒ ASPIRADOR MONTADO ☒ MANTA TÉRMICA() AP.VÍDEO() TORPEDO DE NITROGÊNIO() TORPEDO DE CO2() BISTURI ELÉTRICO ☒ MICROSCOPIO() CAVITRON() INTENSIFICADOR ☒ BOMBA DE INFUSÃO() DIPRIFUSOR() ESTIMULADOR DE NERVOS() DERMATOMO() BISTURI ULTRASSÔNICO()
INSTRUMENTAIS CONSIGUINADOS SIM ☒ NÃO()

6-PEÇA CIRÚRGICA/EXAMES

ANATOMO PATOLÓGICO: SIM() NÃO() NOME DA PEÇA: MATERIAL:
SOLUÇÃO: IDENTIFICADO POR:
CULTURA: SIM() NÃO() EXAMES LABORATORIAIS: SIM ☒ NÃO() GASOMETRIA: SIM ☒ NÃO() RX: SIM ☒ NÃO()

7-CONTROLE DE INFUSÕES

SORO FISIOLÓGICO: _____ SOROLIGOSADO: _____ RIGUER /LACTATO _____
GLICOFISIOLÓGICO: _____ MANITOL: _____ GELAFUNDIM: _____ ALBUMINA _____
HEMOTRANFUSÃO: CH () _____ PF () _____ PL () _____ HORA _____

8-OPME

ETIQUETA	ETIQUETA
<p>Lote: 001125 Código: AF35 3 440 PINO INTRAMEDULAR OSSEO - R X D X 2,5 X 100 X T Fab.:17/09/2018 Val.:09/2023 Registro Anvisa N° 80083650026 Material ACO INOX F138 Luiz Guilherme Sartori & Cia Ltda - EPP CNPJ: 04.861.623/0001-00 - Rio Claro/SP Tel: +55 19 3538-1910 info@sartori.ind.br</p>	<p>Lote: 001145 Código: AF35 3 450 PINO INTRAMEDULAR OSSEO - R X D X 3,0 X 100 X T Fab.:29/08/2018 Val.:08/2023 Registro Anvisa N° 80083650026 Material ACO INOX F138 Luiz Guilherme Sartori & Cia Ltda - EPP CNPJ: 04.861.623/0001-00 - Rio Claro/SP Tel: +55 19 3538-1910 info@sartori.ind.br</p>
	<p>Lote: 001945 Código: F02 1 363 SISTEMA DE FIXACAO OSSEO SARTORI - COLLES 160 - ESTERIL Fab.:18/09/2018 Val.:09/2023 Registro Anvisa N° 80083650031 Material ACO INOX/ALUMINIO Luiz Guilherme Sartori & Cia Ltda - EPP CNPJ: 04.861.623/0001-00 - Rio Claro/SP Tel: +55 19 3538-1910 info@sartori.ind.br</p>

UTILIZADO: SIM () NÃO () PREENCHIMENTO DE COMANDA: SIM () NÃO ()

9-ENCAMINHAMENTO

SRPA: ☒ UTI: () ENFERMARIA: () SETOR DE ORIGEM: () CASA: () NECROTÉRIO: ()

ANOTAÇÕES GERAIS

15:50 Sendo extubado encaminhado
p/ SR

[Assinatura]

ASSINATURA/CARRIMBO TÊC.ENFERMAGEM

15.11.18 1

15.11.18 1
15.12.19 2

HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

RELAÇÃO DE MATERIAIS USADOS EM CIRURGIA

HR 40 anos
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

PACIENTE

Jose Luiz Frazzetto

REGISTRO 1657007

CIRURGIA Transcureto

data 23/11/18 CIRCULANTE

QUANT.	MATERIAL	QUANT.	MATERIAL	QUANT.	MEDICACÃO	QUANT.	MEDICACÃO
<input checked="" type="checkbox"/>	Agulha 25x07		Fio protene s/a		Adrenalina		Metoclopramida (plasil)
<input checked="" type="checkbox"/>	Agulha 40x12		Fio de seda		Agua destilada 10ml		Naloxona (narcan)
	Agulha 13x4		Fio simples		Alcurônio		Neocaina
	Agulha de bloqueio ()		Fio simples		Alfentanila (rapifen)		Neostigmine
<input checked="" type="checkbox"/>	Atad. Crepe		Fita cardiaca		Antibiótico		Pancurônio
	Atad. Gessada	<input checked="" type="checkbox"/>	Gase		Antibiótico <u>Kefuryl</u>		Pomada oftálmica
	Capa microscópio		Hemostático		Atropina	<input checked="" type="checkbox"/>	Propofol
	Capa de vídeo	<input checked="" type="checkbox"/>	Lâmina bisturi nº 15		Bicarbonato de sódio		Ranitidina
	Cat. Subclávia		Luva cirúrgica nº 7.0		Cedilanide	<input checked="" type="checkbox"/>	Rocurônio (esmeron)
<input checked="" type="checkbox"/>	Cat. venopunção nº 16		Luva cirúrgica nº 7.5		Cetoprofeno		Sevorane
	Cat. de oxigênio		Luva cirúrgica nº 8.0		Decadron	<input checked="" type="checkbox"/>	Soro fisiológico
	Cêra óssea	<input checked="" type="checkbox"/>	Luva de procedimento		Dexametasona		Soro fisiológico
	C. de urina fechado () aberto ()		Seringa insulina () 5cc ()		Diazepan		Soro glicosado
<input checked="" type="checkbox"/>	Compressa cirúrgica	<input checked="" type="checkbox"/>	Seringa 10cc		Dipirona		Soro Ringer 500ml
	Conexão 2 vias		Sistema de drenagem () ()		Dopamina		Suxametônio (quelicin)
<input checked="" type="checkbox"/>	Eletrodo	<input checked="" type="checkbox"/>	Sonda endotraqueal		Dormônid		Tracrium
	Eq. De bomba		Sonda de foley nº ()		Enflurano		Vitamina C
<input checked="" type="checkbox"/>	Eq. De soro		Sonda nosogástrica nº ()		Etilefrina (efortil)		Vitamina K
	Fio cromado		Sonda uretral nº 14		Fenitoína (hidantal)		Xilocaina C/A
	Fio cromado		Torneira de 3 vias		Fentanil		Xilocaina S/A
	Fio de aço	<input checked="" type="checkbox"/>	Vidro de aspiração		Furosemida (lasix)		Xilocaina 2ml
	Fio de aço	<input checked="" type="checkbox"/>	<u>Vicril 1-0</u>		Gelafundin		Xilocaina geléia
	Fio de algodão c/a	<input checked="" type="checkbox"/>	<u>Transfix</u>		Glicose 10ml	<input checked="" type="checkbox"/>	<u>Kit de curador de Culex</u>
	Fio de algodão c/a		<u>Esponja cirúrgica</u>		Gluconato de sódio	<input checked="" type="checkbox"/>	<u>Desmudo</u>
	Fio de algodão s/a		<u>Alcaval</u>		Heparina		
	Fio de algodão s/a		<u>Capota desmontavel</u>		hidrocortisona		
<input checked="" type="checkbox"/>	Fio de nylon 3-0		<u>Capota desmontavel</u>		Hypnomidate		
	Fio de nylon		<u>Capota desmontavel</u>		isoflurano		
	Fio de nylon		<u>Capota desmontavel</u>		Lanexat (flumazinil)		
			<u>Capota desmontavel</u>		Manitol		
			<u>Capota desmontavel</u>		Meperidina (Dolantina)		



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco



HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

PERNAMBUCO
GOVERNO DO ESTADO

Paciente

Enfermaria/Leito

Registro

Jon Luz

1657022

EVOLUÇÃO CLÍNICA

traumatologia

23/11/16 Paciente admitido procedimento
na internação

CD: 1) V par

2) Do 6º andar por
Nulificação antebra

Wagner Vieira
Médico
CRM-PE 26.235

23/11/16

#SRPA#

16h Admitido paciente em "POI" de tra. crânio de Fr. aberto +
antebraço + membro lateral + torçao. Procedimento de inter-
médico. Exame físico pelo traumatologista sob observação
geral + lesões físicas supracitadas. Paciente consciente - or-
ientado. Estável hemodinamicamente. Em observação e ex-
tensão do membro toral de O2, 3L/min (paciente relata desconforto
de compressão lombar - em)

no exame: ECG, urina, hemograma, exames, etc.

ACV: RHA em 27, BNF, O2. PA=126 x 77 mmHg. FC=85bpm

AR: MUC em ANT, O2. SpO2=97% em AA/diá, em CN3L

CD: 1) Resposta de O2

2) OPA

Vivian Delgado
Médica
CRM-PE 26270



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco



HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

PERNAMBUCO
GOVERNO DO ESTADO

Paciente

Enfermaria/Leito

Registro

José Luiz Friie Mokuu

EVOLUÇÃO CLÍNICA

23.11.18

SR DA

Poi 1^{to} cirúrgico de fx de punho^D/maleola lateral/
tornozelo^E achu às ± 16:30h proced. so. Ecdeg.
cause. orientado, RE au ai amb. AU pl MDT,
afetual, PA 120x80 mmHg, FC 80bpm, SpO₂ 98%.
corado, semne pers, hístu todo, dieta VO, no
momento zero, diurese espontânea. FO de
MSD el acetivo celerio + fixador externo e
tornozelo E el discreto acetivo. Segue rps
avudados — e —

avudados
26/11/18
J. Friie



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



NOME: JOSE LUIZ FREIRE MATEUS

PRONTUÁRIO: 1657007

SEXO: Masculino

DATA NASC: 20/03/1951

DATA/HORA: 27/11/2018 17:21

ATENDIMENTO: 1057573

Leito: 602-L6

EVOLUÇÃO CLÍNICA

Data: 26/11/2018

Hora:

TRAUMATOLOGIA

PACIENTE VITIMA DE COLISÃO CARRO X CAMINHÃO

HD:

1. FRATURA DE MALÉOLA MEDIAL ESQUERDO (CID10: S82)
2. FRATURA DE ULNA DIREITA (CID10: S52)
3. FRATURA/LUXAÇÃO DE PUNHO DIREITO (CID10: S62 e S63)
4. FRATURA DE 3º E 4º METACARPO (CID10: S62)

JÁ SUBMETIDO A TTO CIRURGICO PELA URGENCIA

NEUROVASCULAR PRESERVADO, BOA PERFUSÃO DISTAL

FO: LIMPA E SECA, SEM SINAIS FLOGISTICOS

CD: SOL RX CONTROLE



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



NOME: JOSE LUIZ FREIRE MATEUS

PRONTUÁRIO: 1657007

SEXO: Masculino

DATA NASC: 20/03/1951

DATA/HORA: 27/11/2018 17:22

ATENDIMENTO: 1057573

Leito 602-L6

EVOLUÇÃO CLÍNICA

Data: 27/11/2018

Hora:

TRAUMATOLOGIA

PACIENTE VITIMA DE COLISÃO CARRO X CAMINHÃO

HD:

1. FRATURA DE MALÉOLA MEDIAL ESQUERDO (CID10: S82)
2. FRATURA DE ULNA DIREITA (CID10: S52)
3. FRATURA/LUXAÇÃO DE PUNHO DIREITO (CID10: S62 e S63)
4. FRATURA DE 3º E 4º METACARPO (CID10: S62)

JÁ SUBMETIDO A TTO CIRURGICO PELA URGENCIA

NEUROVASCULAR PRESERVADO, BOA PERFUSÃO DISTAL

FO: LIMPA E SECA, SEM SINAIS FLOGISTICOS

CD: ALTA ORTOPEDIA



LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO (S) ESPECIAL (S)



Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

Hospital da Restauração

2 - CNES

0000655

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

João Luiz França Moraes

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

1652007

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

10 - TELEFONE DE CONTATO

11 - ENDEREÇO DE RESIDÊNCIA

12 - TELEFONE DE CONTATO

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO (S) ESPECIAL (S)

13 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

TAC de crânio

14 - CÓD. PROCEDIMENTO

QTDE

01

15 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

16 - CÓD. PROCEDIMENTO

QTDE

01

17 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

18 - CÓD. PROCEDIMENTO

QTDE

01

19 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

20 - CÓD. PROCEDIMENTO

QTDE

21 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

22 - CÓD. PROCEDIMENTO

QTDE

JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

TCE / med. embol. punh @ /

SES-HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO
TOMOGRAFIA DA EMERGÊNCIA
DATA: 25/11/18
MÉDICO:
TÉCNICO:
DE 26.235

23 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

PROFISSIONAL SOLICITANTE

25 - Nº DOCUMENTO (CNS / CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

Dr. Ratael Vieira
Médico
CRMPE 26.235

24 - DATA DA SOLICITAÇÃO

23 / 11 / 18

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

Ratael Vieira
Médico
DE 26.235

27 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

AUTORIZAÇÃO

28 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

29 - Nº DOCUMENTO (CNS / CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

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

FICHA DE ESCLARECIMENTO

NOME: JOSE LUIZ FREIRE MATEUS	PRONTUÁRIO: 1657007	ATENDIMENTO: 01057573
DATA DE NASCIMENTO: 20/03/1951	FOI ATENDIDO EM: 23/11/2018 Às 10:15	
	DATA DA ALTA: 27/11/2018 ÀS 17:22	

Diagnóstico Provável:

1. FRATURA DE MALÉOLA MEDIAL ESQUERDO (CID10: S82)
2. FRATURA DE ULNA DIREITA (CID10: S52)
3. FRATURA/LUXAÇÃO DE PUNHO DIREITO (CID10: S62 e S63)
4. FRATURA DE 3º E 4º METACARPO (CID10: S62)

Tratamento Realizado:

SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRURGICO PELA URGENCIA NO DIA 23/11/2018.

Observação:

1. ANALGESIA A ANTIBIOTICO PARA USO DOMICILIAR;
2. AFASTAMENTO DAS ATIVIDADES LABORAIS/ ACADEMICAS POR 30 DIAS;
3. CURATIVO DIÁRIO;
4. RETIRAR OS PONTOS COM 15 DIAS;
5. NÃO FAZER FORÇA E/OU CARREGAR PESO COM MEMBRO SUPERIOR DIREITO ATÉ RETORNO AMBULATORIAL;
6. NÃO PISAR COM MEMBRO INFERIOR ESQUERDO;
7. MOBILIZAR AS ARTICULAÇÕES;
8. NÃO FUMAR E/OU BEBER.

Encaminhado para:

AO AMBULATORIO DE ORTOPEDIA DE DR. HENRIQUE BARBOSA NO HR COM 15 DIAS.



SANDRO ALEX PEREIRA ROLIM DE ARAUJO - CRM: N°.26524

Recife, 27, NOVEMBRO ,2018

ATENÇÃO:

Este documento destina-se a comprovação de atendimento hospitalar ou ambulatorial para INSS, Empresas, Escolas, Ministério do Trabalho, Continuidade do Tratamento Ambulatorial, segundo a recomendação N° 04/2002 do Ministério Público do Estado de Pernambuco.

Receituário Controle Especial

Identificação do emitente			
NOME COMPLETO:		CRM:	
PLETO: SANDRO ALEX PEREIRA ROLIM DE ARAUJO		26524	
UF	NÚMERO:	Endereço:	
PE	S/N	AV. AGAMENON MAGALHÃES	
BAIRRO:	FONE:	CIDADE:	UF:
DERBY	3181-5400	RECIFE	PE

Paciente:

JOSE LUIZ FREIRE MATEUS

Endereço paciente:

PRACA DA BANDEIRA

Prescrição:

USO ORAL

1. CIPROFLOXACINO 500MG 30CP ✓

TOMAR 01 CP DE 12/12H POR 15 DIAS.

2. CODEIN 30MG 01CX

TOMAR 01 CP DE 6/6H SE DOR INTENSA.

3. XARELTO 10MG 30CP ✓

TOMAR 01 CP POR DIA DURANTE 30 DIAS.

Data: 27/11/2018

Assinatura do médico/carimbo

Identificação do Comprador	Identificação do Fornecedor
Nome:	
Identidade:	Órgão Emissor:
Endereço:	
Cidade:	UF:
Telefone:	
	Assinatura do Farmacêutico
	Data:

Secretaria Estadual de Saúde - SES
II GERES - Gerência Regional de Saúde
Hospital Regional de Limoeiro "José Fernandes Salsa"
RECEITUÁRIO

Unidade de Saúde: Hospital Regional do Limoeiro "J. F. Salsa"

Nome: José Luiz Freire Matos
Clínica: _____ Enfermaria: _____ Reg. Nº _____

Fisioterapia para punho e
mão (D) _____

HD: Fratura do rádio distal
e metacarpo.

Data 02/01/19

Eleide Monteiro de Souza
Médico CRM
Ortopedia/Traumatologia
CRM 17.726

O primeiro cigarro é uma passagem para o vício
Eleide Monteiro de Souza

Secretaria Estadual de Saúde - SES
II GERES - Gerência Regional de Saúde
Hospital Regional de Limoeiro "José Fernandes Salsa"
RECEITUÁRIO

Unidade de Saúde: Hospital Regional do Limoeiro "J. F. Salsa"

Nome: João Luiz Freire Mateus

Clinica: _____ Enfermaria: _____ Reg. Nº _____

Fisioterapia para punho e
_____ 20 sessões

Hx: Fratura consolidada de
rádio distal

Data: ____/____/____

João Soares
Ortopedia/Traumatologia
CRM 17.726

Médico - CRM

O primeiro cigarro é uma passagem para o vício
Eleide Monteiro de Souza







REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL		
MINISTÉRIO DAS CIDADES		
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO		
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO		
VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 1223950577	NOME JOSE LUIZ FREIRE MATEUS	
	DOC. IDENTIDADE / ÓRG. EMISSOR / UF 889773 SSP PE	
	CPF 051.933.034-04	DATA NASCIMENTO 20/03/1951
	FUNÇÃO JOAO BATISTA CORRECLANO MATEUS MARIA EMILIA FREIRE MATEUS	
	PERMISSÃO []	ACC []
	PRÉSTIMO 02722118594	VALIDADE 13/04/2019
		DATA EMISSÃO 20/07/1969
OBSERVAÇÕES sem observações		
[Assinatura]		
LOCAL LIMOEIRO - PE		
DATA EMISSÃO 15/04/2016		
[Assinatura]		
28181146401 22072335092		
DETALHES DE EMISSÃO		

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN

DETRAN - PE Nº 014204823366
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 Cód. RENAVAM 1035924380 R.N.T.R.C. ***** EXERCÍCIO 2018

NOME MARIA LEDA FLORENCIO DA SILVA MA TEUS

LIMOEIRO-PE

CPF / CNPJ 771.325.214-20

PLACA PCN4101

PLACA ANT / UP ***** / PE

CHASSI 9BWDB45U6FT043298

ESPÉCIE TIPO PAS / AUTOMÓVEL

COMBUSTÍVEL ALCO / GASOL

MARCA / MODELO VW / VOYAGE CITY MB

ANO FAB. 2014 ANO MOD. 2015

CAP. POT. / CL SP / 104CV / 1598CL

CATEGORIA PARTIC

COR PREDOMINANTE PRATA

DOTA ÚNICA IPVA 2018 QUITADO

VENC. / COTAS 1ª *****

FAIXA LIVA 1

PARCELAMENTO / COTAS *****

2ª *****

3ª *****

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) SEGURO PAGO

IOF (R\$)

PRÊMIO TOTAL (R\$)

DATA DE PAGAMENTO

SEM RESERVA

OBSERVAÇÕES

LIMOEIRO

DATA 09/05/18

Charles Andrews Sousa Ribeiro
Diretor Presidente DETRAN/PE

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOA TRANSPORTADA OU NÃO - SEGURO DPVAT

PE Nº 014204823366 BILHETE DE SEGURO DPVAT

MARIA LEDA FLORENCIO DA SILVA MA

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

TEUS

0

LIMOEIRO-PE

EXERCÍCIO 2018

DATA EMISSÃO 09/05/18

VIA 1 CPF / CNPJ 771.325.214-20

PLACA PCN4101

RENAVAM 1035924380

MARCA / MODELO VW / VOYAGE CITY MB

ANO FAB. 2014

CAT. TARE 01

Nº CHASSI 9BWDB45U6FT043298

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$)

DETRAN (R\$)

CUSTO DO SEGURO (R\$)

CUSTO DO BILHETE (R\$) SEGURO PAGO

IOF (R\$)

TOTAL A SER PAGO PELO SEGURO (R\$)

DOTA ÚNICA

PAGAMENTO

PARCELADO

DATA DE QUITAÇÃO

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.243.932/0001-04

DESTAQUE E GUARDE O BILHETE DPVAT
ELE NÃO É DE PORTA OBRIGATORIO.

SAFETY
CORRETORA
13 MAR. 2019
DPVAT

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190200441 **Cidade:** Paudalho **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE LUIZ FREIRE MATEUS **Data do acidente:** 23/11/2018 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 21/03/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE PUNHO DIREITO.
FRATURA DE ULNA DIREITA.
FRATURA DO 3º E 4º METACARPO DA MÃO DIREITA.
FRATURA DE TORNOZELO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSO).
ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO LEVE E MODERADA DE TORNOZELO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICA DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO E MODERADA DE TORNOZELO ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações: CONFORME DOCUMENTO MÉDICO DA CIRURGIA REALIZADA EM 23/11//18, DO HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO DO ESTADO DE PERNAMBUCO.

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 completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			30 %	R\$ 4.050,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190200441 **Cidade:** Paudalho **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE LUIZ FREIRE MATEUS **Data do acidente:** 23/11/2018 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 21/03/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE PUNHO DIREITO.
FRATURA DE ULNA DIREITA.
FRATURA DO 3º E 4º METACARPO DA MÃO DIREITA.
FRATURA DE TORNOZELO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSO).
ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO LEVE E MODERADA DE TORNOZELO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICA DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO E MODERADA DE TORNOZELO ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações: CONFORME DOCUMENTO MÉDICO DA CIRURGIA REALIZADA EM 23/11//18, DO HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO DO ESTADO DE PERNAMBUCO. (PAG. 06) E IMAGENS DA CIRURGIA (22 E 23).

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 completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			30 %	R\$ 4.050,00

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0088049/19

Vítima: JOSE LUIZ FREIRE MATEUS

CPF: 051.933.034-04

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

Data do acidente: 23/11/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOSE LUIZ FREIRE
MATEUS

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

JOSE LUIZ FREIRE MATEUS : 051.933.034-04

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 14/03/2019
Nome: JOSE LUIZ FREIRE MATEUS
CPF: 051.933.034-04

JOSE LUIZ FREIRE MATEUS

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 14/03/2019
Nome: VALDEIDES FRANCISCO DE PAULA JUNIOR
CPF: 024.548.534-18

VALDEIDES FRANCISCO DE PAULA JUNIOR

Rio de Janeiro, 19 de Março de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190200441

Vítima: JOSE LUIZ FREIRE MATEUS

Data do Acidente: 23/11/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOSE LUIZ FREIRE MATEUS

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) da cobertura:

☐

DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒

INVALIDEZ PERMANENTE

☐

MORTE

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

Nome completo da vítima:

051.933.034.04

Jose Luiz Faria Mateus

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 485/2012

Nome completo:

Jose Luiz Faria Mateus

Profissão:

Morador

Endereço:

Av. Severino Pinheiro

Bairro:

Centro

Cidade:

Limeira

Estado:

PE

CPF:

051.933.034.04

Número:

55

Complemento:

Casa

CEP:

55.700.000

Tel.(DDD):

081.999735667

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR

☐ ATÉ R\$1.000,00

☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

0053

CONTA:

399826

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (no Civil)

☐ Divorciado

☐ Separado Judicialmente

☐ Viúvo

Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima:

Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim

☐ Não

Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos?

☐ Sim

☐ Não

Se tinha filhos, informar quantos:

Vivos:

Falecidos:

Vítima deixou nascituro (vai nascer)?

☐ Sim

☐ Não

Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim

☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data:

Limeira (PE) 23.02.19

Nome:

CPF:

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª Nome:

CPF:

Assinatura

2ª Nome:

CPF:

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

CAIXA

POUPANÇA



603689 0010 58399 2029

VALIDA

VALIDA

04/21

JOSE LUIZ FREIRE MATEUS

0053 013 00039982-6



débito



PRF

BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

PROTOCOLO: Nº 18066511B02



Maiores dúvidas acesse: www.prf.gov.br/portal



Para cópia do seu Boletim acesse o site: www.prf.gov.br/novobal /consultar Informe o número do protocolo e o CPF/CNPJ de um dos envolvidos no acidente; e Clique em imprimir.



Atenção: As vítimas de acidente têm direito ao recebimento do Seguro DPVAT. Para maiores informações, acesse: www.dpvaseguro.com.br Em casos de avaliação de danos com MÉDIA ou GRANDE MONTA, verificar os trâmites da Resolução 544 do CONTRAN. Procure o órgão estadual de trânsito (DETRAN) do seu Estado, antes de fazer reparos no veículo.



Assinatura
eletrônica

Documento assinado eletronicamente por BRITO NETO, matrícula 1897452, Polícia Rodoviária Federal, em 24/03/2019, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.206-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobal/autenticar>, informando o protocolo 18066511B02 e o número de controle 424FA957D74D595E6683C4CC58BCB0.



MINISTÉRIO DA SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 18066511B02

INFORMAÇÕES GERAIS

Data: 23/11/2018 Hora: 08:10 Município: PAUDALHO/PE
BR: 408 KM: 72,0 Sentido: Crescente
Policial responsável pelo atendimento: BRITO NETO, 1897452
Relatório retificado com base no processo administrativo nº: 08654001128201926

ASPECTOS DO LOCAL

Tipo de via: Principal	Tipo de pavimento: Asfalto
Tipo de pista: Dupla	Condição da Pista: Seca
Estrutura Viária: Curva	Localidade urbanizada: Não
Acostamento: Não	Canteiro Central: Não
Condição meteorológica: Céu Claro	Fase do dia: Pleno dia

IMAGENS PANORÂMICAS



SENTIDO CRESCENTE



SENTIDO DECRESCENTE

NARRATIVA

No dia 23/11/2018, por volta das 08h10, no km 72 (pista sentido São Lourenço da Mata) da BR 408, em Paudalho /PE, ocorreu um acidente do tipo colisão transversal. Os veículos envolvidos foram: (V1) vw voyage, placa PCN4101 e (V2) caminhão VW 24.280, placa PCH4119 Com base na análise dos vestígios identificados no local e nos veículos, constatou-se que o automóvel (V1) transitava pela rodovia BR408, sentido São Lourenço da Mata, pela faixa da direita quando, após curva à direita, não observou V2, caminhão VW 24.280, que acessava rodovia, havendo a colisão transversal. Quando da chegada da equipe PRF ao local, todos os envolvidos já haviam sido socorridos. A equipe realizou a sinalização do local e desobstrução da via e passou a colher informações com os presentes. O Sr. Marcelo Gomes da Silva, CPF 479.513.894-04 apresentou-se como amigo do condutor de V1, corroborando na identificação dos envolvidos e ficando com a guarda do referido automóvel. No local não foram encontradas marcas de pneus tampouco de fricção no asfalto. A pista estava seca no momento do acidente e não foram encontrados vestígios de envolvimento de outros veículos. Conforme constatações em levantamento de local, s concluiu-se que o fator principal do acidente foi a falta de atenção do condutor de V1 que não observou a manobra do caminhão. Observações: José Luiz, condutor de V1, foi socorrido por equipe do SAMU para o hospital da Restauração, em Recife/PE. O passageiro de V1, não identificado, foi socorrido para a UPA de



Assinatura
eletrônica

Documento assinado eletronicamente por BRITO NETO, matrícula 1897452, Policial Rodoviária Federal, em 24/01/2019, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 67-DG, de 13 de novembro de 2015.
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/innovat/autenticar>, informando o protocolo 18066511B02 e o número de controle 424FA957D74D595E8683C4CC5B8CB0.

191



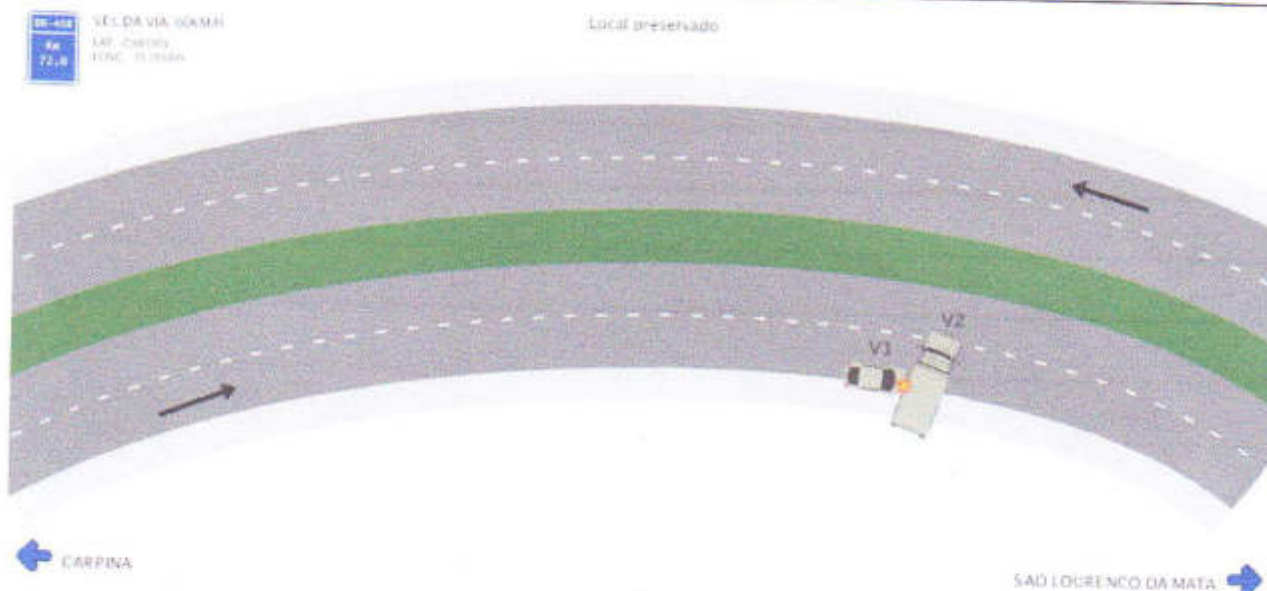
MINISTÉRIO DA SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 18066511B02

Carpina/PE. Já Murici Peres, condutor de V2, abalado pelo ocorrido, mas sem ferimentos, foi socorrido para a UPA de Paudalho/PE.

CROQUI DA CENA DO ACIDENTE



AMARRAÇÃO - NÃO REALIZADA

EVENTOS SUCESSIVOS

Ordem	Tipo de Evento	Veículos Envolvidos
1	Colisão transversal	

MARCAS NO PAVIMENTO

Evento	Veículo	Frenagem (m)	Derrapagem (m)	Arrastamento (m)
--------	---------	--------------	----------------	------------------

DANOS COLATERAIS - NÃO HOUVE

APOIO EXTERNO

Tipo de Órgão	Solicitação	Comparecimento
---------------	-------------	----------------

V1 - VEÍCULO 1 - PCN4101 - AUTOMÓVEL

V1 - Informações

Placa: PCN4101 Marca/modelo: VW/VOYAGE CITY MB Renavam: 01035924380
Ano fabricação: 2014 Chassi: 9BWDB45U6FT043298 Tipo de veículo: Automóvel
Espécie: Passageiro Categoria: Particular Cor: Prata
Manobra no momento do acidente: Seguindo o fluxo, na faixa de rolamento



Documento assinado eletronicamente por BRITO NETO, matrícula 1897452, Polícia Rodoviária Federal, em 24/01/2019, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 4º do Decreto Nº 6.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b) do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novisbal/autenticar>, informando o protocolo 18066511B02 e o número de controle 424FA957D74D695E869C4CC58BCB0.

191



MINISTÉRIO DA SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 18066511B02

V1 - IMAGENS COMPLEMENTARES



Assinatura
eletrônica

Documento assinado eletronicamente por BRUNO NETO, matrícula 1897457, Polícia Rodoviária Federal, em 24/01/2019, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 5.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº A1-DG, de 13 de novembro de 2015.
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/inovubai/autenticar>, informando o protocolo 18066511B02 e o número de controle 424FA957D74D595E8683C4CC58BCB9.

191



MINISTÉRIO DA SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 18066511B02

V1 - Relatório de Avarias - Resolução nº 544/2015-CONTRAN

Veículo: V1 / VW/VOYAGE CITY MB

Placa: PCN4101

Nº BOAT: 18066511B02

Nome do Agente: BRITO NETO

Matrícula do Agente: 1897452

Data: 23/11/2018

Item	Descrição do item	Valor	Item danificado no acidente		
			Sim	Não	NA
1	Painel corta-fogo		X		
2	Longarina dianteira esquerda		X		
3	Caixa de roda dianteira esquerda		X		
4	Estrutura da soleira esquerda		X		
5	Air Bags Frontais		X		
6	Air Bags Laterais			X	
7	Estrutura da coluna dianteira esquerda		X		
8	Estrutura da coluna central esquerda			X	
9	Estrutura da coluna traseira esquerda			X	
10	Caixa de roda traseira esquerda			X	
11	Assoalho central esquerdo			X	
12	Longarina traseira esquerda			X	
13	Assoalho portamalas ou caçamba			X	
14	Longarina traseira direita			X	
15	Caixa de roda traseira direita			X	
16	Estrutura da coluna traseira direita			X	
17	Estrutura da soleira direita		X		
18	Estrutura da coluna central direita		X		
19	Estrutura da coluna dianteira direita		X		
20	Assoalho central direito		X		
21	Caixa de roda dianteira direita		X		
22	Longarina dianteira direita		X		

Dano de Monta: Grande



Assinatura
eletrônica

Documento assinado eletronicamente por BRITO NETO, matrícula 1897452, Policial Rodoviária Federal, em 24/01/2019, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/movibat/autenticar>, informando o protocolo 18066511B02 e o número de controle 424FA953D74D595E8683C4CC58BCB0.

191



MINISTÉRIO DA SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 18066511B02

V1 - Imagens Obrigatórias



IMAGEM DA FRENTE



IMAGEM DA LATERAL ESQUERDA



IMAGEM DA TRASEIRA



IMAGEM DA LATERAL DIREITA



Assinatura
eletrônica

Documento assinado eletronicamente por BRITO NETO, inscrito 1897452, Polícia Rodoviária Federal, em 24/01/2019, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.300-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 5.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 41-DG, de 13 de novembro de 2015.
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 18066511B02 e o número de controle 424FA957D74D595E8683C4CC58BCB9.

191



MINISTÉRIO DA SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 18066511B02

V1 - Proprietário

Nome: MARIA LEDA FLORENCIO DA SILVA MATEUS
Email:
Endereço: AV SEVERINO PINHEIRO, 55, CASA, LIMOEIRO-PE

CPF/CNPJ: 771.325.214-20
Telefone:

V1C - CONDUTOR DE V1 - JOSE LUIZ FREIRE MATEUS

V1C - Informações

Nome: JOSE LUIZ FREIRE MATEUS
CPF: 051.933.034-04
sexo: Masculino
Usava cinto de segurança: Sim

Data de Nascimento: 20/03/1951
Estado civil:
Estado físico: Lesões Leves

V1C - Dados da Habilitação para Conduzir Veículo Automotor

Categoria: B
UF: PE
Observações CNH: 99

Primeira habilitação: 20/07/1969
Vencimento da habilitação: 15/04/2019

Nº Registro: 01732110594
Motorista profissional: Não

V1C - Alterações da Capacidade Motora

Foi possível realizar teste do etilômetro: Não
Visíveis sinais de embriaguez: Não

Condutor se recusou a realizar o teste: Não
Sinais de uso de substâncias psicoativas: Não

V1C - Dados do Contato

Endereço: RUA SEVERINO PINHEIRO SN, SN, CASA, CENTRO, LIMOEIRO-PE
Telefone:

Email:

V1C - Encaminhamento

Motivo: Socorro médico

Tipo de Receptor: Corpo de bombeiros

Informações complementares: Socorrido para o Hospital da Restauração em Recife/PE

V1P1 - PASSAGEIRO 1 DO V1 - JOSE AUGUSTO DA SILVA

V1P1 - Informações

Nome: JOSE AUGUSTO DA SILVA
CPF: 613.161.644-20
sexo: Masculino
Usava cinto de segurança: Sim

Data de Nascimento: 06/02/1964
Estado civil:
Estado físico: Lesões Leves

V1P1 - Dados do Contato



Documento assinado eletronicamente por BRUNO NETO, matrícula 1997452, Polícia Rodoviária Federal, em 24/01/2019, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 5.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novcbat/autenticar>, informando o protocolo 18066511B02 e o número de controle 424FA957D74D595E6683C4CC588CB0.

191



MINISTÉRIO DA SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 18066511B02

Endereço: RUA SANTA MARGARIDA, 0000000030, CASA, CENTRO, LIMOEIRO-PE
Telefone: Email:

V1P1 - Encaminhamento

Motivo: Socorro médico

Tipo de Receptor: SAMU

Informações complementares: Envolvido socorrido para a UPA de Carpina/PE

V2 - VEÍCULO 2 - PCH4119 - CAMINHÃO

V2 - Informações

Placa: PCH4119 Marca/modelo: VW/24.280 CRM 6X2

Renavam: 01097007372

Ano fabricação: 2015 Chassi: 953658247GR601353

Tipo de veículo: Caminhão

Espécie: Carga Categoria: Particular

Cor: Branca

Manobra no momento do acidente: Entrando na via

Informações complementares da carga: Carga sem danos

V2 - Cronotacógrafo

Obrigatório para este tipo de veículo: Sim

Presente: Sim

Equipamento atende à legislação: Sim

Diagrama foi recolhido: Não

Tempos de parada/descanso atendem à legislação: Não

V2 - IMAGENS COMPLEMENTARES



Assinatura
eletrônica

Documento assinado eletronicamente por BRITO NEIJO, matrícula 1897452, Policial Rodoviário Federal, em 24/01/2019, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.206-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 5.579, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 18066511B02 e o número de controle 424FAR57D74D595E6683C4CC588CB9.

191



MINISTÉRIO DA SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 18066511B02

V2 - Relatório de Avarias - Resolução nº 544/2015-CONTRAN

Veículo: V2 / VW/24.280 CRM 6X2

Placa: PCH4119

Nº BOAT: 18066511B02

Nome do Agente: BRITO NETO

Matrícula do Agente: 1897452

Data: 23/11/2018

Item	Descrição do item	Valor	Item danificado no acidente		
			Sim	Não	NA
1	Cabine com avarias na estrutura, afetando coluna(s) dianteiras ou traseira(s), painel corta-fogo, soleira ou assoalho.	M		X	
2	Carroçaria com avarias na estrutura das laterais ou do teto (quando houver) atingindo o compartimento de carga, ou com deformação vertical ou lateral afetando o compartimento de carga, ou afetando os componentes de união da base da carroçaria com o chassi.	M		X	
3	Para choque traseiro danificado.	M		X	
4	Dano em qualquer componente do Sistema de Suspensão.	M		X	
5	Avaria em qualquer um dos eixos	M		X	
6	Dano em qualquer componente do Sistema de freios.	M		X	
7	Chassi com deformação torcional menor ou igual à altura da longarina.	M		X	
8	Chassi com deformação vertical menor ou igual à altura da longarina	M		X	
9	Chassi com deformação lateral menor ou igual à distância interna entre as longarinas	M		X	
10	Chassi com deformação torcional maior que a altura da longarina.	G		X	
11	Chassi com deformação vertical maior que a altura da longarina.	G		X	
12	Chassi com deformação lateral maior que a distância interna entre as longarinas	G		X	
13	Chassi com região termicamente afetada com dimensão menor ou igual a 2/3 do comprimento do chassi.	M		X	
14	Chassi afetado termicamente na região onde está fixada a suspensão	M		X	
15	Chassi com região termicamente afetada com dimensão maior que 2/3 do comprimento do chassi.	G		X	
16	Air bags (se existir)	M		X	

Dano de Montagem: Pequena



Assinatura eletrônica

Documento assinado eletronicamente por BRITO NETO, matrícula 1897452, Polícia Rodoviária Federal, em 24/01/2019, conforme boletim oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 5.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novopat/autenticar>, informando o protocolo 18066511B02 e o número de controle 424FA957D74D595E8683C4CC58BCB3.





MINISTÉRIO DA SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 18066511B02

V2 - Imagens Obrigatórias



IMAGEM DA FRENTE



IMAGEM DA LATERAL ESQUERDA



IMAGEM DA TRASEIRA



IMAGEM DA LATERAL DIREITA



Assinatura
eletrônica

Documento assinado eletronicamente por BRITO NETO, matrícula 1897452, Polícia Rodoviária Federal, em 24/01/2019, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novopba/autenticar>, informando o protocolo 18066511B02 e o número de controle 424FA957D74D595E8683C4CC58BCE0.

191



MINISTÉRIO DA SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 18066511B02

V2 - Proprietário

Nome: EMIDIO CESAR DE OLIVEIRA JUNIOR ME

CPF/CNPJ: 07.394.495/0001-20

Email:

Telefone:

Endereço: PRACA LUIZ ELIAS DE PAULA, 50, PREDIO, FERREIROS-PE

V2C - CONDUTOR DE V2 - MURICI PEREIRA ALVES

V2C - Informações

Nome: MURICI PEREIRA ALVES

Data de Nascimento: 29/11/1978

CPF: 033.037.244-07

Estado civil:

sexo: Masculino

Estado físico: Ileso

Usava cinto de segurança: Sim

V2C - Dados da Habilitação para Conduzir Veículo Automotor

Categoria: AE

Primeira habilitação: 24/01/2001

Nº Registro: 01644027810

UF: PE

Vencimento da habilitação: 10/03/2022

Motorista profissional: Não

Observações CNH: 15A

V2C - Alterações da Capacidade Motora

Foi possível realizar teste do etilômetro: Não

Condutor se recusou a realizar o teste: Não

Visíveis sinais de embriaguez: Não

Sinais de uso de substâncias psicoativas: Não

V2C - Dados do Contato

Endereço: RUA ANTONIO RICARDO, 0000000204, CS, CENTRO, TIMBAUBA-PE

Telefone:

Email:

V2C - Encaminhamento

Motivo: Socorro médico

Tipo de Receptor: SAMU

Informações complementares: Socorrido para a UPA de Paudalho/PE



Assinatura eletrônica

Documento assinado eletronicamente por BRITO NETO, matrícula 1897452, Polícia Rodoviária Federal, em 24/01/2019, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novopba/autenticar>, informando o protocolo 18066511B02 e o número de controle 424FA957D74D595E86A3C4C05B6CB9.

191

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) da cobertura:

☐

DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒

INVALIDEZ PERMANENTE

☐

MORTE

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

Nome completo da vítima:

05193303404

Jose Luiz Faria Mateus

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 485/2012

Nome completo:

Jose Luiz Faria Mateus

CPF:

051.933.034-04

Profissão:

Morador

Endereço:

R. Severino Pinheiro

Número:

55

Complemento:

Casa

Bairro:

Centro

Cidade:

Limeira

Estado:

PE

CEP:

55.700.000

E-mail:

Tel.(DDD):

081.999735667

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR

☐ ATÉ R\$1.000,00

☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

0053

CONTA:

399826

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (no Civil)

☐ Divorciado

☐ Separado Judicialmente

☐ Viúvo

Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima:

Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim

☐ Não

Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos?

☐ Sim

☐ Não

Se tinha filhos, informar quantos:

Vivos:

Falecidos:

Vítima deixou nascituro (vai nascer)?

☐ Sim

☐ Não

Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim

☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data:

Limeira (PE) 23-02-19

Nome:

CPF:

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª Nome:

CPF:

Assinatura

2ª Nome:

CPF:

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

CAIXA

POUPANÇA



603689 0010 58399 2029

VALIDA

VALIDA

04/21

JOSE LUIZ FREIRE MATEUS

0053 013 00039982-6



débito

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 26/03/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 4.050,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE LUIZ FREIRE MATEUS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00053

CONTA: 000000039982-6

Nr. da Autenticação AB9ABD68A95569DC