

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**
Pai: **JOAO BATISTA COREOLANO MATEUS**

Cartão SUS:

Endereço: **PRACA DA BANDEIRA**

Numero 55

Bairro: **CENTRO**

Complemento:

Cidade: **LIMOEIRO**

UF: PE Telefone: 999614242

Observações:

Motivo do atendimento: **ACIDENTE COLISAO COM OUTRO VEICULO**

Procedência: **OUTRO HOSPITAL**

Informações do Serviço Social:

Confirmação de nome:

Visto 21/11/18

Vigilância Epidemiológica Hospitalar

Confirmação de endereço:

FECHAS

Providências: Alta Caso Social

Encaminhamentos: Rede de Apoio GPCA Cons. Tutelar Delegacias Minist. Públ

Outros

Observação: 26/11/18 - Confidencial: MARY

Delive de orientação de Mary Matesus exp

Em tempo. Orientação a fundo

Quanto ao fígado objetivo de avaliação (PPV)

(PPV) MEDICO: DATA: 23/11/18

Assistente TÉCNICO: DATA: 23/11/18

Assistente TÉCNICO

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

ECG 15

Abd/Abdômen:

Abd globoso deprimível doloroso à palpação

Torax doloroso à palpação do esterno
Lesão em 5º QDD extensor

Fratura exposta de punho D lesão cavo contusão
em dorso do antebraço + 8cm + exposição tendinosa ossos
osso. Inicial: Feixa nervosa vascular preservado

Cod. Procedimento

- ① solicito Rx de Torax, punho, tórax, cavo e cervical
- ② solicito TAC de crânio + punho D + Abd
- ③ Reavaliação CG ortop
- ④ Fim de ATB

Ass. Médico

Ass. Enfermagem:

Dr. Rafael Vieira
Médico
CRM-PE 26.235

Ass. Enfermagem

Condição do Caso:

Internamento Cirurgia Óbito Termo de Alta a Pedido Evadiu-se Alta
realizado na Clínica:
referido para:

<input type="checkbox"/> Curado	<input type="checkbox"/> Melhorado
<input type="checkbox"/> Inalterado	<input type="checkbox"/> Piorado
<input type="checkbox"/> Óbito	

Assinatura para Alta / Internamento / Transferência:

CRM: _____ Data: _____ Hora: _____

Assinatura de responsabilidade para Internamento:

Assinante aceita 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: _____

Assinatura de responsabilidade de alta a pedido:

Assinante autoriza-me pela imediata retirada do paciente neste nosocomio, bem como tenho absoluto conhecimento das consequências que deste ato possam advir.

Nome completo legível: _____

Assinatura: _____

Assinatura: _____

23/11/18

Data e Hora Impressão: 23-Nov-18

C. Sampaio - PEG Demissão. Merval
Merval - PEG Demissão.
Dr. Merval C. Sampaio - PEG Demissão.
Merval C. Sampaio - PEG Demissão.



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)

1º Via Fixa

1º Via Fixa

Hospital Restaurante

Convênio: 1657007

Cidade: Reende

Nome do Paciente: José Luiz Freire Matheus Data da Cirurgia: 23/11/18

Médico: Carles Tiscayc

Membro Operado:

PARAFUSOS CORTICais	Nº	Lote: 001945 Código: F021 363 SISTEMA DE FIXACAO OSSEO SARTORI - COLLES 160 - ESTERIL Fab.:18/09/2018 Val.:09/2023 Registro Anvisa Nº 60083650031 Material ACO INOX/ALUMINIO		
	QUANT.			
	LOTE			
PARAFUSOS DE BLOQUEIO	Nº	Luiz Guilherme Sartori & Cia Ltda - EPP CNPJ: 04.861.623/0001-00 - Rio Claro/SP Tel: +55 19 3538-1910 info@sartori.ind.br		
	QUANT.			
	LOTE	Lote: 001145 Código: AF35 3 450 PINO INTRAMEDULAR OSSEO - R X D X 3,0 X 100 X T		
PARAFUSOS PARA HASTE BLOQUEADA	Nº			
	QUANT.	Fab.:29/08/2018 Val.:08/2023 Registro Anvisa Nº 60083650026 Material ACO INOX F138		
	LOTE	Luiz Guilherme Sartori & Cia Ltda - EPP CNPJ: 04.861.623/0001-00 - Rio Claro /SP Tel: +55 19 3538-1910 info@sartori.ind.br		
PARAFUSOS CANULADOS	Nº			
	QUANT.	Lote: 001125 Código: AF35 3 440 PINO INTRAMEDULAR OSSEO - R X D X 2,5 X 100 X T		
	LOTE	Fab.:17/09/2018 Val.:09/2023 Registro Anvisa Nº 60083650026 Material ACO INOX F138		
PARAFUSOS DE INTERFERÊNCIA	Nº			
	QUANT.	Luiz Guilherme Sartori & Cia Ltda - EPP CNPJ: 04.861.623/0001-00 - Rio Claro /SP Tel: +55 19 3538-1910 info@sartori.ind.br		
	LOTE			

VENDEDOR/INSTRUMENTADOR:



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 Lainiz Fruvu matus Data da Cirurgia: 23/11/18
Médico: carlos Tiago Membro Operado: _____

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: 3

Prioridade:

LABANJA - MUITO URGENTE

Corz

LARANJA

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

Observação: SANU DE CHA DE ALEGRIA.

Fluxograma sintoma: DOR TORÁCICA

Discriminador(es): - DOR INTENSA?

Especialid:

Alergia(s):

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

23/11/13
11:45

1100

Poldi-Amer.

Perito solar
H. H. H.

ans: Your fees Nos
1000/- U.K

Acolhido(a) por: MARIA JULIA NUNES

Data: 23/11/2018 10:07

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Data: 23/01/2010

Unidade de Saúde : HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

Paciente: João Luiz Ferreira Motaes Nº do Registro: 1657003

Clinica : Thaumato Logia Nº do Leito :

Operador: Dr. Luis Velde/ Lander Araya

1º Assistente : Dr. Rafael Basso 2º Assistente : Dr. Rafael Vieira

Instrumentador : _____ Anestesista : _____

Anestesia : Duração :

Data da Operação : 23/11/11 - Início : - Fim :

Diagnóstico Pré-Operatório: Final exposto nas artérias D e

pd. melisb lateral

Diagnóstico Pós-Operatório : o Melio

Conclusions

Operação Proposta: - To sweep the coast of Peru, + land at Arica and

fl. och Molalit. Arbete + fix. och Börsen de 3. v. f. Korten

Operação Realizada : A Montado

DESCRICA^O DO ATO OPERATÓRIO

① Kurit or Murab off. with the Dangdau
+ Dang + Muu + Wong + Lahn

③ Lengua articula en fente con los dientes, palmas y dedos de la mano. ④ Trabajar, temblar, chupar, soplar o sisear. ⑤ Actos de higiene, paseos, etc. ⑥ Fijar y fijarse con fuerza en los colores. ⑦ Fijar la vista en la parte frontal, con fuerza.

④ fregio di base di 213 metri (o per dirla sub
modo)

(B) Enjoy children some - show off + play
of love of father + mothers of family (adults also)
Play a game like mother

Q) Lingaz a ch kent en illu, aye In mo
wepu an 56,4%.

→ Continuación:

- ⑩. Tres en vez de mucha tela por que
+ sombras + ideas de fotos de Nelly Model
+ poco con Bomba de arena
⑪. Varias de actos de los invitados
⑫. Larga de cada una en 4500
⑬. Aprovechar fondos con ~~material~~ + ideas

RENEPE 2256/160135816
2000 DS Chas



HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO
PERNAMBUCO
GOVERNO DO ESTADO

FICHA DE ANESTESIA

Data
23/11/18

Paciente

JOSÉ LUIZ FIREIRE

CRM

Nome do Anestesista

Patrícia

Medicação Pré-anestésica

Nome do Cirurgião

CHARLES THIAGO

Sexo

B

Cor

Idade

Risco

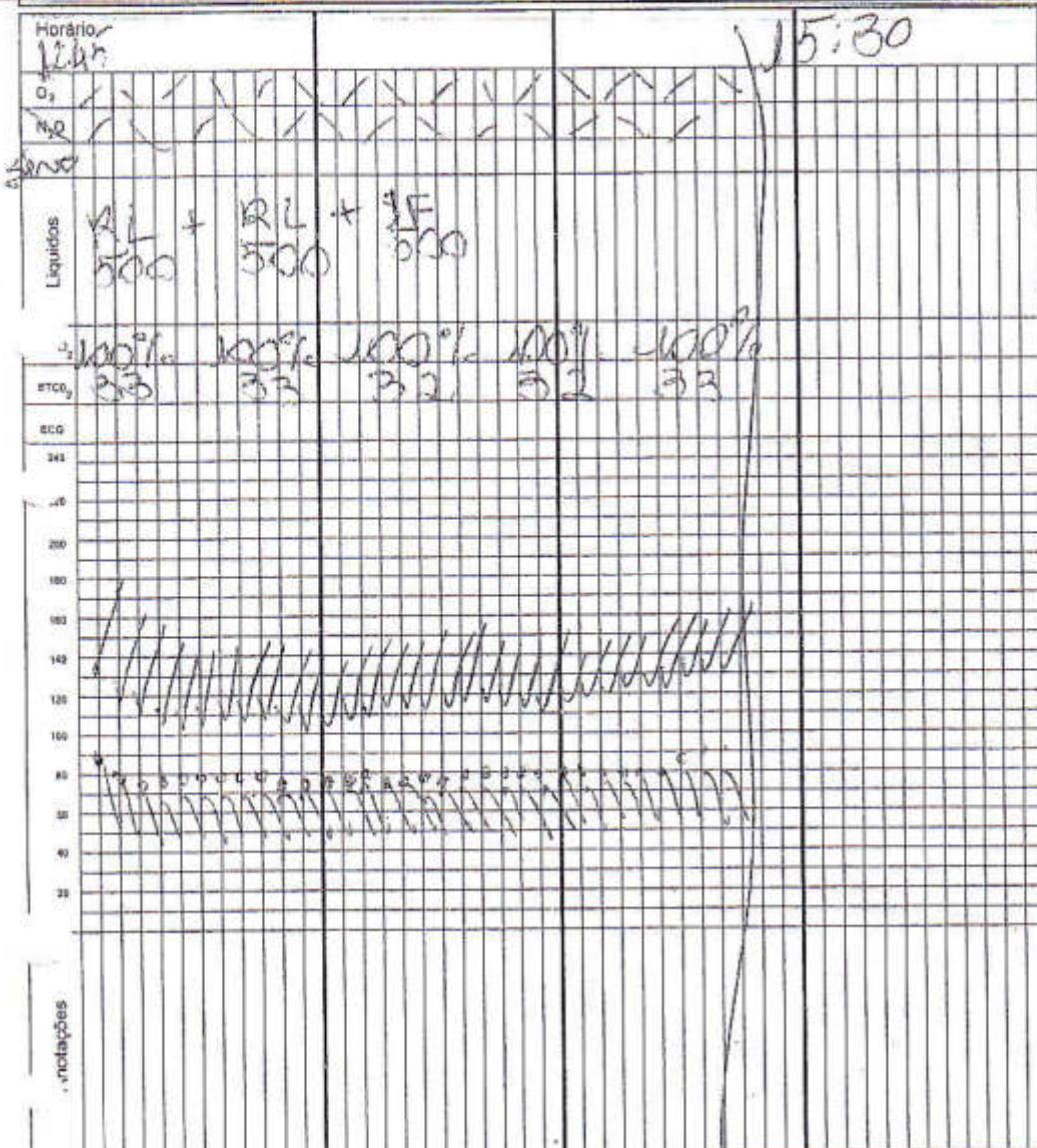
2

Urgência

Não Sim

Cirurgia

Fratura tornozelo e perna



Drogas Usadas

Quantidade

A - Fentanil 150 - 1000
B - Etomidato 1000
C - Suxamet. 300mg
Foscônia 50mg
Sufazolina 1g
Dipirona 1g
Morfina 4mg

Técnica Anestésica

General + Glucos
Pé - oxigenação rápida
cão em rápida ATB
10T com troco 3
de intubação bilateral
Proteção ocular
Blorreto plástico supra
clavicular gerado
por USG = Nári. 051h
20ml.

Monitorização	<input type="checkbox"/> BIS
<input checked="" type="checkbox"/> Cardioscópio	<input type="checkbox"/> Temperatura
<input checked="" type="checkbox"/> Oxímetro	<input type="checkbox"/> Swan-Ganz
<input type="checkbox"/> PNI	<input type="checkbox"/> Analisador Gases
<input type="checkbox"/> Sonda Vesical	<input type="checkbox"/> PVC
<input checked="" type="checkbox"/> Capnógrafo	<input type="checkbox"/> Estimulador de Nervo
<input type="checkbox"/> Esret. Pré-Cordial	<input type="checkbox"/> Linha Arterial
<input type="checkbox"/> Outros	<input type="checkbox"/> Volemia IBP Plus

Encaminhado	<input checked="" type="checkbox"/> Acordado
	<input type="checkbox"/> Sonolento
	<input type="checkbox"/> Intubado
Destino	<input checked="" type="checkbox"/> SRPA
	<input type="checkbox"/> Apart. / Ent.
	<input type="checkbox"/> UTI
	<input type="checkbox"/> Externo

Intercorrência: Não Sim

Descrever:

Observações: HAS/DM

Hb = 11,5

Dra. Patrícia Duarte
Médica
CRM-PE 20803

Dra. Patrícia Duarte
Médica
CRM-PE 20803

Assinatura do Anestesista:

23/11/18

REGISTRO DE ENFERMAGEM CENTRO CIRÚRGICO HR

PACIENTE: José Luiz Ferreira MatheusREGISTRO: 1657 007IDADE: 07SEXO: M F()

SETOR DE PROCEDENCIA:

Andy Cirurgia

1-EQUIPE CIRÚRGICA

CIRURGIÃO: trogoANESTESISTA: Patrícia1º AUXILIAR: lury2º AUXILIAR: RafaelINSTRUMENTADOR: ENFERMEIRA: AnneCIRCULANTE: Renata

2-DADOS DA CIRURGIA:

CIRURGIA: traumatoINICIO 13:00TÉRMINO 15:40TIPO DE ANESTESIA: geralINICIO: 12:45TÉRMINO: 15:50

3-DADOS PRÉ-OPERATÓRIOS

ESTADO GERAL: BOM () REGULAR (X) GRAVE () NÍVEL DE CONSCIENCIA: CONSCIENTE () ORIENTADO () SONOLENTO () SEDADO () INCONSCIENTE ()

REPILAÇÃO: ESPONTÂNEA () ENTUBADO () TRAQUEOSTOMIZADO () CIRCULAÇÃO: FREQUENCIA CARDIACA 88 PULSO 85 PA PELE: INTEGRA () LESIONADA (X) DIURESE: ESPONTÂNEA () SONDA () DISPOSITIVO URINARIO () ALERGIA: PERTENCES:

PREPARO PARA CIRURGIA: BANHO PRE-OP () TRICOTOMIA () MARCAÇÃO DO SITIO CIRURGICO: SIM () NÃO () PROTESE DENTARIA: SIM () NÃO ()

4-TRANS-OPERATÓRIO

POSIÇÃO: FOWLER () LATERAL () DORSAL () VENTRAL () GINECOLOGICA () PROTEÇÃO OCULAR: SIM () NÃO () LOCAL DE PLACA CIRURGICA AbdomenCONTAGEM DE COMPRESSAS INICIO: 05 FINAL: CONTROLE DE PERFUROS: FIO AGÜLHADO: INICIO: FIM: ANTIBIÓTICO PROFILÁTICO: SIM () NÃO () QUAL: Kefazol HORA: 13:00 PREENCHEU COTA: SIM () NÃO ()GARROTEAMENTO: SIM () NÃO () TEMPO DE GARROTE: INICIO: FINAL: CONTAGEM DE INSTRUMENTAIS CONFERIDO POR: KP HORA:

5-EQUIPAMENTOS/MATERIAIS

MONITOR () OXIMETRO () CAPINOGRAFO () PNI () ASPIRADOR MONTADO () MANTA TERMICA () AP.VIDEO () TORPÉDOS DE NITROGENIO () TORPEDO DE CO2 () BISTURI ELETRICO () MICOSCOPIO () CAVITRON () INTENSIFICADOR () BOMBA DE INFUSÃO () DIPRIFUSOR () ESTIMULADOR DE NERVOS () DERMATOMO () BISTURI ULTRASSONICO ()

INTRUMENTAIS CONSIQUINADOS 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 ()

title block A
15.11.18 1
STEAM STERILIZATION
15.11.18 1title block A
15.11.18 1
STEAM STERILIZATION
15.11.18 1title block B
15.11.18 1
STEAM STERILIZATION
15.11.18 1title block B
15.11.18 1
STEAM STERILIZATION
15.11.18 1title block C
15.11.18 1
STEAM STERILIZATION
15.11.18 1



7-CONTROLE DE INFUSÕES

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

8-OPME

ETIQUETA	ETIQUETA
Lote: 00112S Código: AF35 3 440 PINO INTRAMEDULAR OSSEO - R X D X 2,5 X 100 X T Feb.17/09/2018 Val.09/2023 Registro Anvisa N° 80083650026 Material ACO INOX F138	Lote: 00114S Código: AF35 3 450 PINO INTRAMEDULAR OSSEO - R X D X 3,0 X 100 X T Feb.19/09/2018 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	Luiz Guilherme Sartori & Cia Ltda - EPP CNPJ: 04.861.623/0001-00 - Rio Claro /SP Tel: +55 19 3538-1910 info@sartori.ind.br
	Luiz Guilherme Sartori & Cia Ltda - EPP CNPJ: 04.861.623/0001-00 - Rio Claro /SP Tel: +55 19 3538-1910 info@sartori.ind.br

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
 8/5/18

ASSINATURA/CARRIMBO TÉC.ENFERMAGEM

0000-0000-0000-0000

0000-0000-0000-0000
 00.11.18 11
 00.12.19 ?

HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

RELAÇÃO DE MATERIAIS USADOS EM CIRURGIA
McLean REGISTRO 1657007

HR 40 anos
ANIVERSÁRIO DA RESTAURAÇÃO

also = music + mathematics

PACIENTE

RELAÇÃO DE MATERIAIS USADOS EM CIRURGIA

also = music + mathematics

PACIENTE



Paciente

Enfermaria/Leito

Registro

Jon Lutz

1657002

EVOLUÇÃO CLÍNICA

Anamnese

23/11/11 Paciente admitido procedendo
ao oftalmologista

ex. ① Vpn

② Do 6º a de pós
Nefropatia antigaAssel Vieira
Médico
CRM-PE 26.235

23/11/11

HSRPAT

Adm. paciente em PDI de traumas de Fr. punho +
antebraço + mala de lateral + tênia. Procedimento de
anatomia. Conservar fragmentos para exame
genot + biópsia para procedimento. Paciente consciente - el-
evado. Estabil hemodinamicamente. Em seguida com exa-
mínio: el. sanguíneo: $SpO_2 = 97\%$, $36 / \text{min}$ (paciente relata distúrbios
de respiração 100% em 100%)

Ex. humor: EGR, corada, lechada, impureza, ofuscada
ACV: RER em 27, BNF, DCR. PA = 126 x 77 mmHg. FC = 85bpm

AR: MVRB em ARI, 0/2A. SPO2 = 97% em ARI, d. 97% em CN3L

EP: 1) Restaurante de OZ.

2) DPA.

Vivian Delgado
CRM-PE 26270



Paciente

Enfermaria/Leito

Registro

José Luis Freire Molina

ANSWER

EVOLUÇÃO CLÍNICA

23.11.18

JR DA

Bei 1^o cintúrgico de fix de punho^①/malleolo lateral/
tornozelo^② adiu às ± 16:00h proct do. Gálego.
cause. orientado, RE em ar amb. AU p/ HDT,
afibril, PA 120x80 mmHg, FC 80bpm, SpO₂ 98%.
corado, sem perna, hidrofônico, diâmetro 0, no
momento zero, duração espontânea. FO de
MSD c/ auxílio oleoso + fixador externo c/
tornozelo E c/ discreto cerotro. Segue 10s
cuidados _____ e _____, *final*

the two hills were all



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 URNA 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 FLOGÍSTICOS

CD: SOL RX CONTROLE

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:

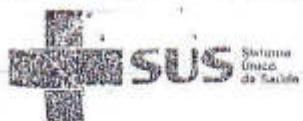
1. FRATURA DE MALÉOLA MEDIAL ESQUERDO (CID10: S82)
2. FRATURA DE URNA DIREITA (CID10: S52)
3. FRATURA/LUXAÇÃO DE PUNHO DIREITO (CID10: S62 e S63)
4. FRATURA DE 3º E 4º METACARPO (CID10: S62)

JÁ SUBMETIDO A TTO CIRURGICO PELA URGENCIA

NEUROVASCULAR PRESERVADO, BOA PERFUSÃO DISTAL

FO: LIMPA E SECA, SEM SINAIS FLOGÍSTICOS

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

José Luis Freire Mota

6 - N° DO PRONTUÁRIO

1657007

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

14 - CÓD. PROCEDIMENTO QTDE

TAC de crânio

0 8

15 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

16 - CÓD. PROCEDIMENTO QTDE

TAC de punho Direito

0 1

17 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

18 - CÓD. PROCEDIMENTO QTDE

TAC de Abdome s/contraste

0 1

19 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

20 - CÓD. PROCEDIMENTO QTDE

21 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

22 - CÓD. PROCEDIMENTO QTDE

JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

TCE / End. enzase pulm ① /

SES-HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO
TOMOGRAFIA DA EMERGÊNCIA
DATA: 23/11/18
MÉDICO:
TÉCNICO:
F

23 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

PROFISSIONAL SOLICITANTE

24 - DATA DA SOLICITAÇÃO

23 / 11 / 18

25 - N° DOCUMENTO (CNS / CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

26 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO E CONSELHO)

Dr. Rafael Vieira
Médico
CRM-PE 28.235

Rafael Vieira
Médico
CRM-PE 28.235

27 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

AUTORIZAÇÃO

28 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

/ /

29 - N° DOCUMENTO (CNS / CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

30 - ASSINATURA E CARIMBO (N° 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 URNA 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: Nº.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 Nº 04/2002 do Ministério Público do Estado de Pernambuco.



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



Receituário Controle Especial

Identificação do emitente

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

Nome:

Identidade: Órgão Emissor:

Endereço:

Cidade: UF:

Telefone:

Identificação do Fornecedor

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 (8) _____

HD: Fratura do rádio distal
e metacarpo.

Data 03/01/19


Fabricio Souza
Ortopedista / Traumatologista
CRM 17.776

Médico CRM

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: Joel Luiz Freire Matos
Clínica: _____ Enfermaria: _____ Reg. Nº _____

Fisioterapia para punhos e
20 sessões

H2: Fratura consolidada do
rádio distal

Data: 2 / 1 / 1


Eleide Monteiro de Souza
Médico - CRM
CRM 17.726

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

JOSE LUIZ FREIRE MATEUS

DOC. IDENTIDADE /ÓRG. EMISSOR /UF
859773-88P PE

CPF
051.933.836-04 DATA NASCIMENTO
20/03/1951

PAI
JOAO BATISTA
CORREOLANO MATEUS
MARIA EMILIA FREIRE
MATEUS

PERMISSÃO
ACE
CAT. HAB.
3

Nº REGISTRO
01793110854

ALÔDIA
13/04/2010

HABILITAÇÃO
20/07/1969

VALIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL
1223950577

OBSERVAÇÕES
sem observações

João Luiz Freire Mateus

LOCAL
LIMOEIRO - PE DATA EMISSÃO
15/04/2010

26181140401
PE072335092

DETRAN-PE (PERNAMBUCO)

PERMITIDO PLASTIFICAR
1223950577

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DENATRAN

DETAN - PE
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
Nº 014204823366
VIA - CÓD. RENAVAM - R.N.T.R.C. - EXERCÍCIO
1 1035924380 ***** 2018

MARIA LEDA FLORENCIO DA SILVA MA
TEUS

LIMOEIRO-PE 0

CPF/CNPJ 771.325.214-20 PLACA PCN4101

PLACA ANTO / UF /PE CHASSI 9BWDB45U6FT043298

ESPECIE TIPO COMBUSTÍVEL
PAS /AUTOMÓVEL ALCO/GASOL

MARCA / MODELO ANO FAB. ANO MOD.
VM/VOYAGE CITY MB 2014 2015

CAP / POT / CIL CATEGORIA COR PREDOMINANTE
SP/104CV/1598CIL PARTIC PRATA

DATA ÚNICA	VENC. DATA UNICA	VENC / COTAS
IPVA 2018 QUITADO	1º *****	2º *****
FAIXA IPVA	PARCELAMENTO / COTAS	3º *****
1	*****	*****

PRÉMIO TARIFÁRIO (R\$) IOF (R\$) PRÉMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO
SEGURADO PAGO

OBSERVAÇÕES
SEM RESERVA

LIMOEIRO-PE DATA 09/05/18
Charles Andrews Souza Ribeiro
Dir. Presidente DETAN/PE

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS 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 VM/VOYAGE CITY MB

ANO FAB. 2014 DATA FAB. 01 CHASSI 9BWDB45U6FT043298

PRÉMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$) DENATRAN (R\$) CUSTO DO SEGURO (R\$)

CUSTO DO BILHETE (R\$) IOF (R\$) TOTAL PAGAMENTO (R\$)

SEGURADO PAGO

PAGAMENTO DATA DE QUITAÇÃO

DATA DE QUITAÇÃO

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 00.249.602/0001-04

DESTE BILHETE GUARDE O BILHETE DPVAT
ELE NÃO É DE PORTA OBRIGATÓRIO.



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 URNA 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 ANALISE 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 URNA 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 ANALISE 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

CPF de: Próprio

Data do acidente: 23/11/2018

Titular do CPF: JOSE LUIZ FREIRE MATEUS

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

JOSE LUIZ FREIRE MATEUS

VALDEIDES FRANCISCO DE PAULA JUNIOR

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

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) de cobertura:

 DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

 INVALIDEZ PERMANENTE

 MORTE

Nº do sinistro ou ASI:

CPF da vítima:

051 933 034.04

Nome completa da vítima:

José Luiz Gonçalves

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP 10/445/2012

Nome completo:

 José Luiz Gonçalves
 Profissão:
 Motorista
 Bairro:
 Centro

Endereço:

Av. Severino Pinto, 100

Cidade:

Limoeiro

CPF:

051.933.034-04

Número:

55

 Complemento:
 Cx 50

E-mail:

Estado:

PE

CEP:

55.700.000

Tel.(DDD):

081.999735665

DADOS CADASTRAIS

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 OPCIÃO 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: 39982

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider 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.

 CORRETORA DE SEGUROS
 13 MAR. 2019

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 permanente decorrente 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 Lider 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:

Limoeiro (PE) 23.02.19

Nome:

CPF:

TESTEMUNHAS

1º | Nome:

CPF:

Assinatura

2º | Nome:

CPF:

Assinatura

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

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.





BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

PRF

PROTOCOLO: N° 18066511B02



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



Para cópia do seu Boletim acesse o sítio: www.prf.gov.br/hovobat /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.dpvatseguro.com.br](http://dpvatseguro.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 1887452, Policial Rodoviário Federal, em 24/01/2019, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 1º da Medida Provisória N° 2.206-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 4º do Decreto N° 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa N° 61-DG, de 13 de novembro de 2015.
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/hovobat/autenticar>, informando o protocolo 18066511B02 e o número de controle 424EA951D74D59E8683C4CC58BCB0.



MINISTÉRIO DA SEGURANÇA PÚBLICA
PÓLICIA RODOVIÁRIA FEDERAL

BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTÓCOLO N° 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	Condicionamento da Pista: Seca
Estrutura Viária: Curva	Localidade urbanizada: Não
Acostamento: Não	Canteiro Central: Não
Condicionamento meteorológico: Céu Claro	Fase do dia: Pleno dia

IMAGENS PANORÂMICAS



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, 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. Passageiro de V1, não identificado, foi socorrido para a UPA de



Assinatura
eletrônica

Documento assinado eletronicamente por BRITO NETO, matrícula 1897452, Policial Rodoviário Federal, em 24/01/2019, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória N° 3.200-2, de 24 de agosto de 2011, no art. 6º do Decreto N° 6.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa N° 67-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 424FA957D74D695E8683C4CC5BBCB0.

191



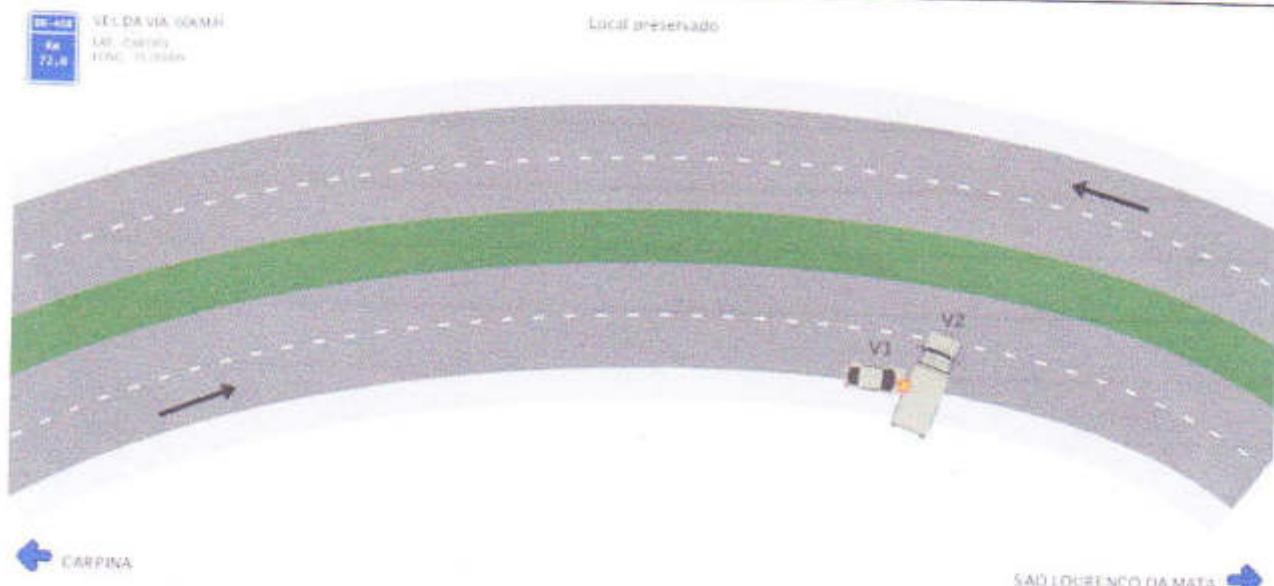
MINISTÉRIO DA SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL

BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTÓCOLO N° 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
Ano fabricação: 2014 Chassi: 9BWDB45U6FT043298
Espécie: Passageiro Categoria: Particular
Manobra no momento do acidente: Seguindo o fluxo, na faixa de rolamento

Renavam: 01035924380
Tipo de veículo: Automóvel
Cor: Prata



Documento assinado eletronicamente por BRITO NFTG, matrícula 1897452, Policial Rodoviário Federal, em 24/01/2019, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória N° 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto N° 6.539, de 6 de outubro de 2006 e na alínea h do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa N° 61-DG, de 13 de novembro de 2015.
A autenticidade desse documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/mobile/autenticar>, informando o protocolo 18066511B02 e o número de controle 424FA957D74D695Ea883C4CC58BCB0.

191



MINISTÉRIO DA SEGURANÇA PÚBLICA
PÓLICIA RODOVIÁRIA FEDERAL

BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTÓCOLO N° 18066511B02



V1 - IMAGENS COMPLEMENTARES



Assinatura
eletrônica

Documento assinado eletronicamente por BRITO-NFTO, matrícula: 1897457, Policial Rodoviário Federal, em 24/01/2019, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória N° 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto N° 5.539, de 8 de outubro de 2005 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa N° 41-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 424FA957D74D595E8683C4CC58BC80.

191



MINISTÉRIO DA SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL

BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTÓCOLO N° 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	Palnel 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 Rodoviário Federal, em 24/01/2019, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 1º da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º 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 desse documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 18066511B02 e o número de controle 424FA953D740895E8683C4CC5BBCB0.

191



MINISTÉRIO DA SEGURANÇA PÚBLICA
PÓLICIA RODOVIÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTÓCOLO N° 18066511B02

V1 - Imagens Obrigatorias



IMAGEM DA FRENTE



IMAGEM DA LATERAL ESQUERDA



IMAGEM DA TRASEIRA



IMAGEM DA LATERAL DIREITA



Assinatura
eletrônica

Documento assinado eletronicamente por BRUNO NETO, matrícula 1897452, Policial Rodoviário Federal, em 24/01/2019, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória N° 2.300-2, de 24 de agosto de 2001; no art. 6º do Decreto N° 9.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea bº do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa N° 61-DG, de 13 de novembro de 2015.
A autenticidade desse documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novaobat/autenticar>, informando o protocolo 18066511B02 e o número de controle 424FA957D74D595E8683C4CC58BCB0.

191



MINISTÉRIO DA SEGURANÇA PÚBLICA
PÓLICIA RODOVIÁRIA FEDERAL

BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTÓCOLO N° 18066511B02



V1 - Proprietário

Nome: MARIA LEDA FLORENCIO DA SILVA MATEUS CPF/CNPJ: 771.325.214-20
Email: Telefone:
Endereço: AV SEVERINO PINHEIRO, 55, CASA, LIMOEIRO-PE

V1C - CONDUTOR DE V1 - JOSE LUIZ FREIRE MATEUS

V1C - Informações

Nome: JOSE LUIZ FREIRE MATEUS Data de Nascimento: 20/03/1951
CPF: 051.933.034-04 Estado civil:
Sexo: Masculino Estado físico: Lesões Leves
Usava cinto de segurança: Sim

V1C - Dados da Habilitação para Conduzir Veículo Automotor

Categoria: B Primeira habilitação: 20/07/1969 Nº Registro: 01732110594
UF: PE Vencimento da habilitação: 15/04/2019 Motorista profissional: Não
Observações CNH: 99

V1C - Alterações da Capacidade Motoria

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

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 Data de Nascimento: 06/02/1964
CPF: 613.161.644-20 Estado civil:
Sexo: Masculino Estado físico: Lesões Leves
Usava cinto de segurança: Sim

V1P1 - Dados do Contato



Documento assinado eletronicamente por BRUNO NITTO, matrícula 1997452, Policial Rodoviário Federal, em 24/01/2019, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória N° 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto N° 5.519, de 8 de outubro de 2005 e na alínea "b" do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa N° 61-DG, de 13 de novembro de 2015.
A autenticidade desse documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/huvmob/autenticar>, informando o protocolo 18066511B02 e o número de controle 424F4957D74D595E86683C4CC588CB0.

191



MINISTÉRIO DA SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL

BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTÓCOLO N° 18066511B02



Endereço: RUA SANTA MARGARIDA, 000000030, 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 NELO, matrícula 1897452, Policial Rodoviário Federal, em 28/01/2019, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória N° 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto N° 5.539, de 9 de outubro de 2005 e no alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa N° 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 424F9557D74D595E8683C4CC588CB0.

191



MINISTÉRIO DA SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL

BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTÓCOLO N° 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 chassis.	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 Monta: Pequena



Documento assinado eletronicamente por BRITO NETO, matrícula 1897452, Policial Rodoviário Federal, em 24/01/2019, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 1º da Medida Provisória N° 3.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto N° 6.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea 'b' do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa N° 61-DG, de 13 de novembro de 2011.
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 424FA957D74D95E8663C4CC58BC80.

191



MINISTÉRIO DA SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL

BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTÓCOLO N° 18066511B02



V2 - Imagens Obrigatorias



IMAGEM DA FRENTE



IMAGEM DA LATERAL ESQUERDA



IMAGEM DA TRASEIRA



IMAGEM DA LATERAL DIREITA



Assinatura
eletrônica

Documento assinado eletronicamente por BRITO NETO, matrícula 1897452, Policial Rodoviário Federal, em 24/01/2019, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 1º da Medida Provisória N° 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto N° 5.539, de 8 de outubro de 2005 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa N° 51-DG, de 13 de novembro de 2011.
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/movobat/autenticar>, informando o protocolo 18066511B02 e o número de controle 424FA952D74D595E8683C4CC588C60.

191



MINISTÉRIO DA SEGURANÇA PÚBLICA
PÓLICIA RODOVIÁRIA FEDERAL

BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTÓCOLO N° 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 Motoria

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 NE 10, matrícula 1897452, Policial Rodoviário Federal, em 24/01/2019, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória N° 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto N° 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa N° 61-DG, de 13 de novembro de 2015.
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novocat/autenticar>, informando o protocolo 18066511B02 e o número de controle 42/FA957D74D595E8683C4C588C80.

191

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

 DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

 INVALIDEZ PERMANENTE

 MORTE

Nº do sinistro ou ASI:

CPF da vítima:

051 933 034.04

Nome completa da vítima:

José Luiz Gonçalves

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP 10/445/2012

Nome completo:

 José Luiz Gonçalves
 Profissão:
 Motorista
 Bairro:
 Centro

Endereço:

Av. Severino Pinto, 100

Cidade:

Limoeiro

CPF:

051.933.034-04

Número:

55

Complemento:

Cx 50

CEP:

55.700.000

Tel.(DDD):

081.999735665

E-mail:

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 OPCIÃO 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: 39982

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider 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 permanente decorrente 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.

 13 MAR. 2019
 CORRETORA DE SEGUROS
 LIDER

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 Lider 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:

Limoeiro (PE) 23.02.19

Nome:

CPF:

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2º | 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.



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