



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DE PLANTÃO DA 091ª CIRCUNSCRIÇÃO - BEZERROS -
DPP91ªCIRC DINTER1/14ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **20E4143000306**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **18/02/2020** às **19:48**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **21/4/2019** às **16:30**

Fato ocorrido no endereço: **RUA PROFESSOR AGAMENON MAGALHAES, 01** - Bairro: **SAO PEDRO - BEZERROS/PERNAMBUCO/BRASIL** - Ponto de Referência: **PROXIMO AO ANTIGO FORUM**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR \ AGENTE)
BRAZ JOSE DA SILVA NETO (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): BRAZ JOSE DA SILVA NETO

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

BRAZ JOSE DA SILVA NETO (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: MARLIETE MARIA BRAZ DA SILVA Pai: **ANTONIO BRAZ DA SILVA** Data de Nascimento: **6/1/1994** Naturalidade: **RIACHO DAS ALMAS / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **8926430/SDS/PE (RG), 10517237440 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **2º. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **AUTONOMO(A)**
Endereço Residencial: **BAIRRO DE ZONA RURAL DE BEZERROS, 530, ST LAGOA DA CHÃ - CEP: 0 - Bairro: ZONA RUAL DE BEZERROS - BEZERROS/PERNAMBUCO/BRASIL**

DESCONHECIDO (não presente ao plantão) - Sexo: Desconhecido Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

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

MOTOCICLETA (VEICULO), que estava em posse do(a) Sr(a): **BRAZ JOSE DA SILVA NETO**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 150 TITAN ESD** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **AMARELA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PFT9144 (PERNAMBUCO/RECIFE)** Renavam: **526744006** Chassi: **9C2KC1650DR800057**
Ano Fabricação/Modelo: **2012/2012** Combustível: **ALCO/GASOL**
Descrição: **PROPRIETARIO: JOSE MICHAEL DA SILVA MONTEIRO**

Complemento / Observação

O SENHOR JOSE BRAZ JOSE DA SILVA NETO NA QUALIDADE DE VITIMA PASSA A DECLARAR QUE TRAFEGAVA CONDUZINDO A MOTOCICLETA ACIMA CITADA, PELA RUA PROFESSOR AGAMENON MAGALHÃES, QUANDO NAS PROXIMIDADES DO PREDIO DO ANTIGO FORUM, UM AUTOMOVEI QUE

ESTAVA ESTACIONADO SEM SINALIZAR ENTROU NA VIA COLIDINDO COM A MOTOCICLETA CONDUZIDA PELA VITIMA, O QUAL PERDEU O CONTROLE DA MOTOCICLETA CAINDO AS MARGENS DA VIA; O CONDUTOR DECONHECIDO NÃO PAROU E SE EVADIU DO LOCAL AO PERCEBER QUE HAIA PROVOCADO O ACIDENTE; QUE A VITIMA FOI SOCORRIDA PELO SAMU E LEVADO PARA A UNIDADE MISTA SÃO JOSE, DE ONDE APÓS AVALIAÇÃO CLÍNICA A VITIMA FOI TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE NA CIDADE DE CARUARU - PE, LOCAL ESTE ONDE FOI SUBMETIDO AOS PROCEDIMENTOS MÉDICOS CONFORME DECLARAÇÕES APRESENTADAS PELA PRÓPRIA VITIMA, NADA MAIS DIGNO DE REGISTRO.

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

BRAZ JOSÉ DA SILVA NETO
BRAZ JOSE DA SILVA NETO
(VITIMA)

[Assinatura]
B.O. registrado por: **CICERO ABILIO DE ALMEIDA** - Matrícula: **1581678**



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESES DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

105 172.374-40 Braz Jose da Silva Neto

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 15/2012

5 - Nome completo: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD):

Braz Jose da Silva Neto

105 172.374-40

recuso

51 lagoa da cha

530

São lagoa da cha

Bezenos

PE

55660-000

(81) 995768288

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☐ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☒ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 2192 CONTA: 90147 7

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

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.

22 - 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

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - 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.

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não autenticado

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Bezenos 19/02/2020

BRAZ JOSE DA SILVA NETO

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

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: 09/03/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: BRAZ JOSE DA SILVA NETO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 02192

CONTA: 000000090147-7

Nr. da Autenticação 5DD41A05C2D8FD5E

**COMPANHIA ENERGÉTICA
DE PERNAMBUCO
AV. JOÃO DE BARROS, 111, BOA VISTA,
RECIFE, PERNAMBUCO
CEP 50050-902
CNPJ 10.835.932/0001-08
INSCRIÇÃO ESTADUAL 0005943-93**



www.celpe.com.br

Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02
COMERCIAL 116 | PRONTIDÃO 116
Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142
Ouvidoria 0800 282 5599
Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL
167-Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis

ANTONIO BRAZ DA SILVA
Sr Cliente **ATUALIZE SEU CADASTRO !!**
CPF: 507.723.254-72

09/01/2020

0,00

DATA DA APRESENTAÇÃO
02/01/2020

NÚMERO DA NOTA FISCAL
089806086

Nº DO CLIENTE
2000847128

Nº DA INSTALAÇÃO
0000364855

SI LAGOA DA CHA 530

SITIO LAGOA DA CHA/BEZERROS RURAL
55660-000 BEZERROS PE

As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL 414/2010), tarifas, produtos, serviços prestados e tributos se encontram à disposição, para consulta em nossas unidades de atendimento e no site www.celne.com.br

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL
Monofásico

RESERVADO AO FISCO

E2DE.773A.3652.2749.BFF0.D512.1405.74B6

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)		0,56318433	0,00
TOTAL DA FATURA			0,00

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

ICMS			PIS			COFINS		
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
0,00		0,00	0,00	0,44	0,00	0,00	2,02	0,00

EM ATÉ 15 DIAS, DÉBITOS EXISTENTES CAUSARÃO CORTE.

Vencto	Dt Reav	Valor	Vencto	Dt Reav	Valor
29/07/19	02/01/20	23,93	29/05/19	19/06/19	25,53
28/06/19	02/01/20	23,38	29/04/19	22/05/19	43,69

Este comunicado NÃO substitui aviso de débitos anteriores e NÃO contempla débitos em discussão judicial. Caso a suspensão do fornecimento persista por dois ciclos de faturamento, poderá ocorrer o encerramento do contrato, podendo também existir cobrança conforme os critérios definidos no Art. 99 REN 414/Anel. Podem ocorrer ações de cobrança, bem como inclusão nos registros de restrições de crédito SPC e SERASA.

Tarifas Aplicadas

Consumo Ativo(kWh)	0,54933000
--------------------	------------

HISTÓRICO DO CONSUMO

		kWh
DEZ	19	0
NOV	19	0
OUT	19	0
SET	19	0
AGO	19	30
JUL	19	30
JUN	19	30
MAI	19	30
ABR	19	52
MAR	19	99
FEV	19	93
JAN	19	89
DEZ	18	74

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
MV09505	CAT	21/11/2019	4.686,00	23/12/2019	4.686,00	32	1,00000	0,00	0,00

DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 21/01/2020

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	META MENSAL	META TRIM.	META ANUAL
out/2019					
DIC-No.de horas sem Energia		0,00	0,00	0,00	0,00
FIC-No.de vezes sem Energia		0,00	0,00	0,00	0,00
DMIC-Duração máxima de interrupção contínua		0,00	0,00	0,00	0,00
DICRI-Duração de interrupção em dia crítico		Limite DICRI: 0,00			
EUSD-Valor do Encargo de Uso = R\$ 0,00					
Todo Consumidor pode solicitar a apuração dos indicadores DIC, FIC, DMIC e DICRI a qualquer tempo.					

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pague no ponto mais perto de você! Barros e Gomes Eletros Ltda - R: Jose primo no 08 loja 06 ameixas / modamar: riacho das almas centroLista completa em www.celpe.com.br.
Na data da leitura a bandeira em vigor é a Amarela. Mais informações em www.aneel.gov.br.
O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento.
Pagto. em atraso gera multa 2%(Res414/ANEEL), Juros 1%a.m(Lei 10.438/02) e atualização monetária no próx. mês
Isenção do ICMS conforme Art.9, XLVIII, a, 2.1, do RICMS-PE.
O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial.
Em caso de suspensão de fornecimento, o encerramento do contrato poderá ocorrer após 2 ciclos de faturamento, podendo também ser cobrado o custo de disponibilidade no ciclo em que ocorrer a suspensão.

NÍVEIS DE TENSÃO

TENSÃO NOMINAL(V)	LIMITE DE VARIAÇÃO(V)	
	MÍNIMO	MÁXIMO
220	202	231

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

DESTAQUE AQUI

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR(R\$)	VENCIMENTO	TALÃO DE PAGAMENTO
001830599017	12/2019	0,00	09/01/2020	<p>Evite dobrar, perfurar ou rasurar.</p> <p>Este canhoto será usado em leitora ótica.</p>

FATURA PAGA

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA



DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins, em atenção ao pedido do Sr Braz José da Silva Neto, Identidade: 8.926.430 SDS-PE, que constam nos registros de ocorrências do SAMU BEZERROS, atendimento realizado por este serviço, número da ocorrência -4728, no dia 21 de abril de 2019, às 17h e 10 min, com queixa de Colisão Carro e Moto, na Avenida Agamenon Magalhães do Município de Bezerros-PE. Tendo sido enviada uma UNIDADE DE SUPORTE BÁSICO, que prestou atendimento a vítima no local, transportando-a em seguida para a UNIDADE MISTA SÃO JOSÉ.

Certa de pronto atendimento, desde já agradece.

Bezerros, 19 de Dezembro de 2019.

Regina Moraes
Coord. de Ent. do Samu Bezerros
COREN 112524

REGINA MORAIS
Coord. - SAMU
Bezerros-PE



Prefeitura Municipal de Bezerros
Secretaria Municipal de Saúde
Unidade Mista São José



FICHA DE ATENDIMENTO		CARTÃO DO SUS:		REGISTRO: 928. 580	
DATA: 21.04.19		HORA: 17:51		TELEFONE: 989 98 - 8879	
NOME: Briza José da Silva Neto		NOME DA MÃE: Mariete Maria Briza da Silva		IDADE: 25 anos	
DATA DE NASCIMENTO: 06/01/94		ACOMPANHANTE: Benedito			
END.: Juvêncio Pessoa		CIDADE: Bezerros		BAIRRO: Cruzina N.º 10	
SINAIS VITAIS		SAMU			
PA: 160/110 mmHg	HGT: 107 mg/dL	T: °C	PESO: kg	Téc. Enfermagem/COREN	

sat. 96% KIO 6 ppm CLASSIFICAÇÃO DE RISCO/ADULTO 18 anos

I - Sinais de Emergência Imediata
CLASSIFICAR COMO VERMELHO

- ☐ Apnéia ☐ Cianose ☐ Estridor ☐ FC < 50 ou > 140 bpm ☐ FR < 10 ou > 32 lpm
- ☐ Extremidades frias ☐ Enchimento capilar letificado ☐ Pulso fraco ou ausente ☐ PCR ☐ Sudorese
- ☐ PAS < 80 ou > 200 mmHg ☐ PAD < 40 ou > 130 mmHg ☐ HGT < 40 ou > 41 mg/dl ☐ Convulsão no momento
- ☐ Politraumatismo/Glasgow < 12 ☐ Letargia ☐ Queimaduras em mais de 25% do corpo/áreas críticas ou problemas respiratórios
- ☐ Intoxicação exógena ☐ PAF ☐ PAB ☐ Sangramento intenso
- ☐ Broncoaspiração ☐ Anafilaxia associada à insuficiência respiratória

II - Sinais de urgência - Atendimento preferencial sobre os pacientes classificados como VERDE, no consultório ou leito da sala de observação

CLASSIFICAR COMO AMARELO

- ☐ Politraumatizado com Glasgow entre 13 e 15 ☐ TCE leve ☐ PAS < 90 ou > 180 mmHg ☐ PAD < 50 ou > 110 mmHg sem sintomas
- ☐ Febre > 39°C ☐ Febre com imunodepressão ☐ Histórico de convulsão nas últimas 24 horas ☐ Impossibilidade de deambulação
- ☐ Tumor pastoso ☐ Mucosas ressecadas ☐ Vômitos no momento
- ☐ Queimaduras de 1ª e 3ª áreas não críticas SCQ < 10% ☐ Vítila de abuso sexual ocorrido há até 72 horas
- ☐ Fraturas anguladas e luxações com comprometimento neuro vascular ou dor intensa
- ☐ Dor Abdominal intensa ☐ Dor Torácica intensa ☐ Melena ☐ Hematêmese ☐ Enterorragia ☐ Epistaxe
- ☐ Acidente perfuro-cortante com material biológico ☐ Crise asmática

III - Sem risco de morte - somente será atendida após todos os pacientes classificados como vermelho e amarelo

CLASSIFICAR COMO VERDE

- ☐ Febre sem outros sinais clínicos < 39°C ☐ Retorno em período < 24 horas por ausência de melhora
- ☐ Lombalgia intensa ☐ Entorse, suspeita de fraturas, luxações
- ☐ Dor abdominal sem alterações de sinais vitais ☐ Dor de garganta com história de febre e com placas sem toxemia
- ☐ Vômitos, diarreia sem sinais de desidratação ☐ Enxaqueca ☐ Dor de ouvido moderada a grave
- ☐ História de convulsão sem alteração do nível de consciência ☐ Abscessos ☐ Intercorrências ortopédicas

IV - Quadro crônico sem agudização ou caso social (deverá ser encaminhado para atendimento em Unidade Básica de Saúde ou atendimento pelo Serviço Social)

CLASSIFICAR COMO AZUL

- ☐ Queixas crônicas sem alterações agudas ☐ Tosse, coriza, dor de garganta, obstrução nasal ☐ Coriza crônica ou recorrente
- ☐ Queimaduras de 1º grau em áreas não críticas e há mais de 12 horas
- ☐ Troca de curativos ou retirada de pontos
- ☐ Administração de medicamento ☐ Mostra exames laboratoriais ou raios X. Não urgentes.
- ☐ Solicitação de atestado de saúde ou ocupacional ☐ Solicitação de exames e receitas não urgentes
- ☐ Constipação intestinal sem outros sintomas ☐ Troca ou retirada de sonda

CLASSIFICAÇÃO

- ☐ Vermelho
☐ Amarelo
☒ Verde
☐ Azul

→ Paciente vítima de acidente de moto com escoriações pelo corpo
→ Pico hipertensivo
→ fratura em MSD

Alergias: () NÃO () SIM, à

ENCAMINHADO:

ORIENTAÇÕES

Assinatura de Enfermeira e Carimbo
COREN - PE 51434

Assinatura da Assistente Social e carimbo

FICHA DE ATENDIMENTO

Alergias: () NÃO () SIM, à

REGISTRO:

Queixas:

vítima de acidente de trânsito, queda de um veículo.

Sintomas desde no primeiro dia.

Exame físico:

Dr. Bruno Luz Cavas
Médico
CRM-PE 23810

H.D.:

Prontidão elevada.

CONDUTA/ REAVALIAÇÃO/ CONDUTA MEDICAÇÃO

Conduta:

em serviço de emergência

400

5664 434

TIPO DE CONSULTA		MOTIVO DA ALTA		ÓBITO	ATESTADO
Consulta simples		Melhora		Data: ____/____/____	SIM () NÃO () OBS: _____
Consulta c/ Observação		Solicitação		Hora: _____	
Indicação (Internamento)		Transferência			
		Indisciplina			
		Óbito			

Data: ____/____/____

Hora: ____:____

Dr. Bruno Luz Cavas
Médico
CRM-PE 23810

Médico - CREMEPE
(Carimbo)



Prefeitura Municipal de Bezerros
Secretaria Municipal de Saúde
Unidade Mista São José



Protocolo de Encaminhamento

HEA

TIPO DE OCORRÊNCIA

Causa Externa: Acidente/Violência () Causa Clínica () Obstétrico () Psiquiátrico ()
Em caso de violência/acidente: Via Pública () Domicílio () Local de Trabalho ()

SENHA 5667489

IDENTIFICAÇÃO

Nome do Paciente: Bruiz Joxi da Silva Neto

Idade: 25

Sexo: M () F () Profissão: _____

Fone: _____

Endereço Residencial: _____

Bairro: _____

Cidade: _____

CAUSA EXTERNA (ACIDENTE/VIOLENCIA)

Acidente de Trânsito: Ônibus () Caminhão () Carro de Passeio () Motocicleta ()
Atropelamento: Pedestre () Ciclista ()
Automóvel (Colisão): Passageiro () Motorista () Banco de Trás () Banco da Frente () Uso de cinto: S () N ()
Motocicleta: Motociclista () Passageiro () Uso do Capacete: S () N ()
Semi-Afogamento/Submersão () Soterramento ()
Intoxicação Exógena () Animais Peçonhentos () Agente Causador: _____
Exposição ao Fogo/Umidade/Choque Elétrico ()
Queimaduras: 1º Grau () 2º Grau () 3º Grau ()
Queda: () Altura Aproximada _____ Metros () Queda da Própria Altura
Agressões: () Por Arma de Fogo/Tipo _____ () Arma Branca/Tipo: _____
Agressão Sexual () Maus Tratos () Outros () Citar: _____
Mecanismo do Trauma: () Impacto Frontal () Impacto Lateral () Impacto Traselro () Ejeção () Capotamento

CAUSAS CLÍNICAS

História Clínica Atual: Última de acidente de trânsito queda de auto a 100km/h, com dor no punho direito.

Hipótese Diagnóstica: Fratura no punho direito.

AValiação Clínica

Glicemia Capilar (HGT): _____ Temperatura: _____ F.C.: _____ P.A.: _____
Vias Aéreas: FR _____ Dispneia S () N () Tiragem Intercostais S () N () Obstrução Vias Aéreas: S () N ()
Sibilos Expiratórios: S () N () BAN*: S () N () Deformidade do Tórax: S () N () Gemido/ Estridor: S () N ()
Distúrbio Fala/Choro: S () N ()
Agitação Psicomotora: S () N () Lesões de face: S () N () Retração Xifóide: S () N ()
Perfusão Periférica: Boa () Lentificada () Bulhas Cardíacas: Normofonéticas () Hipofonéticas ()
Pulso: Rítmico () Arritmico () Filiforme () Fino ()
Coloração da Pele: Normocorada () Palidez () Cianose ()
Sudorese: S () N () Desidratado: S () N () Ictérico: S () N ()

FR: RN 35-50
< 1 ano 30-50
Crianças 20-30
Adulto 12-30

FC: RN 120-160
< 1 ano 90-140
Criança 80-110
Adulto 60-100

Avaliação Primária: Alerta () Resposta Verbal () Resposta ao Estímulo Doloroso () Irresponsivo ()

EXAME NEUROLÓGICO

Escala de Coma de Glasgow (ECG)

ABERTURA OCULAR

Abertura Ocular Espontânea 4
Abertura Ocular a Voz 3
Abertura Ocular a dor 2
Sem abertura ocular 1

RESPOSTA VERBAL

Orientado 5
Confuso 4
Resposta Inapropriada 3
Sons Incompreensíveis 2
Sem resposta Verbal 1

RESPOSTA MOTORA

Obedece ao comando 6
Localiza Estímulo Doloroso 5
Retirada ao Estímulo Doloroso 4
Descorticação 3
Descerebração 2
Sem resposta motora 1

TOTAL DE PONTOS ECG: _____

Sinais de disfunção cerebral: Déficit Motor () Desvio comissura labial ()
Dificuldade na fala ()
Avaliação Pupilar: Isocóricas () Anisocóricas () Midríase () Miose ()

Classificação TCE pela ECG
ECG 3-8: TCE Grave
ECG 9-13: TCE Moderado
ECG 14-15: TCE Leve

NATUREZA DA LESÃO

Presença de sangramento externo: S () N ()
Lesões Intra-Torácica: S () N () Fratura Pélvis: S () N ()
Lesões Intra-abdominais: S () N () Fratura em Osso Longo: Fechada () Aberta ()

USO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS

Usou álcool: S () N () Informante: Vitima () Outros ()
Hálito Alcoólico () Alteração na Marcha () Sonolência/Agitação () Alteração no Humor ()
Usou outras drogas: S () N () Informante: Vitima () Outros ()
Lolô () Maconha () Cola () Cocaína () Crack () Lança-perfume () Anfetaminas () Éxtase ()

CONDUTA CLÍNICA/EVOLUÇÃO

Imobilização da Coluna Cervical: S () N ()
Imobilização Tala Gessada: S () N ()
Antibioticoterapia: S () N () Especificar: _____
Oxigenioterapia: Cateter () Venturi () CPAP ()
Aspiração de Sangue e/ou secreções: S () N ()
Entubação Orotraqueal: S () N ()
Ventilação Mecânica: Modalidade _____
FIO2: _____

Reanimação Cardiopulmonar: S () N ()
RX: S () N () Analgesia: S () N ()
Infusão de Fluidos: S () N () Especificar: _____
Volume de Fluidos Infundido: _____
Outras Condutas: _____
Intercorrências: _____

MOTIVO DA TRANSFERÊNCIA

Pradurn.

CONCLUSÃO DO ATENDIMENTO

Hospital para onde foi encaminhado: _____
Médico Regulador: _____
Transferência com acompanhamento Médico: S () N ()

Hora: _____

UMSJ 21/04/19

Local e data

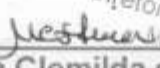
Dr. Bruno Luz Caxias
Médico
CRM-PE 23810
Médico Assistente

Bezerros, 08 de Novembro de 2019

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins, que se necessário, consta nos arquivos da UNIDADE MISTA SÃO JOSÉ, ficha de atendimento, sob número de registro 928.580 datado de 21 de abril de 2019, às 17h 51', do Sr. Braz José da Silva Neto, residente à Rua Ivanildo Pessoa Souto Maior, 10, Cruzeiro – Bezerros – PE. O mesmo foi trazido pelo SAMU, com relato de acidente de moto, sendo transferido no mesmo dia para o Hospital Regional do Agreste (HRA).

Sem mais para o momento, renovo votos de consideração e respeito.
Atenciosamente,


Maria Clemilda da Silva Lira
U. M. São José dos Bezerros
Diretora Administrativa

**SUS****Sistema Único de Saúde**
Ministério da Saúde**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR****Identificação do Estabelecimento de Saúde**

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE WALDEMIRO FERREIRA

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

2 - CNES

2 4 2 7 4 1 9

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

BRAZ JOSÉ DA SILVA NETO

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

337306

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

06/01/94

9 - SEXO

Masculino ☒Feminino ☐

10 - RAÇA/COR

11 - NOME DA MÃE

MARILTE MARIA BEAZ DE LIMA

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

Quil. Lapa da Chama

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

União

17 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

18 - UF

19 - CEP

PE**JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO**

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

PACIENTES ÚLTIMOS 15 ANOS COM MÚLTIPLOS
APRESENTANDO FRATURA RECENTE NO Membro
COM LESÃO NA ARRA.

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

NECESSIDADES DE CUIDADOS

22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

Exame clínico e radiológico

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

FRATURA DISTAL DO Membro

24 - CID 10 PRINCIPAL

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

29 - CLÍNICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

Autópsia Urgente

31 - DOCUMENTO

() CNS

() CPF

32 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

05832857831

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

Waldenir Soares da Silva

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

26/04/19

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

Ortopedia e Traumatologia**CRP 18418 TEOT 15180****PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)**

39 - CNPJ DA SEGURADORA

40 - Nº DO BILHETE

41 - SÉRIE

36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

37 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

38 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

42 - CNPJ EMPRESA

43 - CNAE DA EMPRESA

44 - CBOR

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - Cód. Órgão Emissor

PE-10-001

52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48 - DOCUMENTO

49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

() CNS () CPF

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

Dr. Waldenir Soares da Silva**CRM 7169****261910396981-2**

**SUS**Sistema
Único de
SaúdeMinistério
da
Saúde**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR****Identificação do Estabelecimento de Saúde**

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE WALDEMIRO FERREIRA

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HRA

2 - CNES

2 4 2 7 4 1 9

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Batista de Nilo Neto

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

337306

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

06/11/14

9 - SEXO

Masculino ☒ Feminino ☐

10 - RAÇA/COR

11 - NOME DA MÃE

Arlete Maria Bezerra de Sousa

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

DDD

12 - TELEFONE DE CONTATO

DDD

14 - TELEFONE DE CONTATO

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

Sítio Lagoa da Chama

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

União

17 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

18 - UF

PE

19 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Deficiência em art. 1º

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Queda de nível de consciência

22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

Rx + A. ram. nasal + EK

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

Fratura de Coluna C7

24 - CID 10 PRINCIPAL

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Trat. cirúrgico S521

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

0408020458

29 - CLÍNICA

Ortopedia

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

32 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

Dr. [Assinatura]

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

20/11/14

35 - DATA DO CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

22 ABR 2014**PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)**

36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

37 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

38 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

39 - CNPJ DA SEGURADORA

40 - Nº DO BILHETE

41 - SÉRIE

42 - CNPJ EMPRESA

43 - CNAE DA EMPRESA

44 - CBOR

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR

52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

11

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
CONSUMO DE MEDICAMENTOS E MATERIAIS EM CIRURGIAS
HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

[illegible]

Observação: No caso de serem utilizados outros itens especificá-los.

Dr. Carlos Arturo Olivares
Medicine
C.R.M. 20341

Assinatura do Cirurgião

Katley Meirelly
Assinatura do Responsável pela Sala de Cirurgia

P. 160 100
15.04



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
Fundação de Saúde Amaury de Medeiros - FUSAM
DEPIN - Departamento de Informática
Hospital Regional do Agreste - Caruaru

13.04
2.19

CONTAS MÉDICAS

Nº AIH

Tipo

Prontuário

Data do Inter.

Data da Saída

337306

21.04.19

23.04.19

Nome do Paciente:

Bráz Pereira da Silva Neto

Cartão SUS:

70600235258962

Data Nasc.:

06.01.94

Sexo:

M

Nome da Mãe:

Marliete Maria Bez da Silva

Nome do Responsável:

Logradouro:

Lotus Lacerda de Chaves

Nº:

Bairro:

CEP:

Código Munic.:

UF:

PE

Nacionalidade:

Raça / Cor:

Documentação:

502516

Procedimento Solicitado

Procedimento Principal

Modalidade

Espec.

Careter de Atend.

040 802 0458

CID Principal

CID Secundário

CID Causa Assoc.

Enfermaria

Leito

S= 521

Motivo Saída / Permanência

12

CID Causa Morte:

CPF do Solicitado

feitos dos prjcs

CPF do Responsável

CPF do Autorizador

4 1146

Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco

Departamento de Informática - DEPIN

SERVIÇOS PROFISSIONAIS		CPF/CNPJ do Profissional	CBO Profissional	Procedimento	Tipo Ato	Qte. Ato	N. Fiscal
	1	Maurício Dias	935	040 802 0458		01	
	2	Gerison dos Anjos	1146	"		01	
	3	Robson Barbosa	1142	"		01	ceap
	4	Ontense	x	Tac.	x		58024
	5						
	6	Maurício Dias	935	030 101 0170		01	
	7						
	8	Tuxameineuma	143	030 101 0042		01	
	9						
	10						
	11						
	12						
	13						
	14						
	15						
	16						
	17						
	18						
	19						
	20						
	21						
	22						
	23						
	24						
	25						
	26						
	27						
	28						
	29						
	30						
	31						
	32						
	33						
	34						
	35						

Nome Paciente: BRAZ JOSE DA SILVA NETO
Cód. Paciente:
Data de Nascimento: 06/01/1994
Sexo: Masculino
Idade: 25
Senha: U0018
Convênio:
Atendimento:
SAME:

Período: 21/04/2019 20:03 - 21/04/2019 20:04

GILDA MARIA DE SIQUEIRA PRATA - COREN: 415317 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - CLASSIFICAÇÃO

Prioridade: URGENTE

Cor: AMARELO

Queixa Principal: PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO, APRESENTADO DOR + EDEMA +
LIMITAÇÃO EM MSD?
HD. FRATURA FECHADA

Medicamento(s): NEGA ALERGIAS

Observação: SENHA: 5667489

Fluxograma sintoma: PROBLEMAS NOS MEMBROS

Discriminador(es): DOR MODERADA?
DEFORMAÇÃO GROSSEIRA?

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Acolhido(a) por: GILDA MARIA DE SIQUEIRA PRATA - COREN: 415317 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 21/04/2019 20:05

Tema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

SECRETARIA DE SAÚDE DE PE - SUS
SOLICITAÇÃO DE ANTIMICROBIANOS
CCIH - FICHA DE CONTROLE

NOME DO PACIENTE <u>BYOT 1010</u>	SEXO <u>M</u>	IDADE _____
REGISTRO _____	<input type="checkbox"/> RECUPERAÇÃO	<input type="checkbox"/> UTI <input type="checkbox"/> ENFERMARIA
CIRURGIA DE URGÊNCIA <input type="checkbox"/>	CIRURGIA ELETIVA <input type="checkbox"/>	

PROFILÁTICO ☐ TERAPÊUTICA ☐
ASSOCIAÇÃO DE ANTIMICROBIANOS ☐ SIM ☐ NÃO

JUSTIFICATIVA - Diagnóstico clínico e/ou microbiológico _____	

Dr. Cleide Ayrton Oliveira CRM 30331	
CREMEPE _____	DATA _____ / _____ / _____
22 ABR 2019	
Assinatura legível ou carimbo	

ANTIBIOTICOTERAPIA PRECOCE ☐ EMPÍRICA ☐ ESPECÍFICA ☐

ANTIMICROBIANOS	PADRONIZADO (sim ou não)	DOSE	DURAÇÃO PREVISTA
Oxocilina	Sim	2g 10x5	24 horas

ANTIBIÓTICOS SENSÍVEIS _____ / _____ / _____

Parecer da CCIH _____	

Assinatura do Presidente da CCIH _____	CREMEPE _____ DATA _____

Recebido às _____ horas pelo funcionário _____
Data ____ / ____ / ____ Assinatura do Farmacêutico _____

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

Unidade de Saúde: HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

Paciente: *BRAZIL DE LILIA ALVES* Nº do Registro:Clínica: *Osteopatia* Nº do LeitoOperador: *Dr. Maurício Reis*1º Assistente: *Dr. Cleiton B* 2º Assistente:Instrumentador: *Maíra* Anestesista:Anestesia: *BPRXQUIAL D* Duração:Data da Operação: *2004-19* Início: Término:Diagnóstico Pré-Operatório: *Doença Calcária D*

Diagnóstico Pós-Operatório:

Operação Proposta:

Operação Realizada: *Osteomintpro com Placa DCP
3,5 mm*

DESCRIÇÃO DO ATO OPERATÓRIO

Pto em DDH, 10h BPRXQUIAL D
Artroscopia + Artroscopia + Artroscopia
com os seguintes pontos:
Acromioclavicular
Dilatação por plano
Aplicação e fixação da placa DCP 3,5
com 03 parafusos corticais distais
03 paraf. corticais proximais
Artroscopia
Clavicular
Dilatação rotacional
A-ARPA

6104-8811

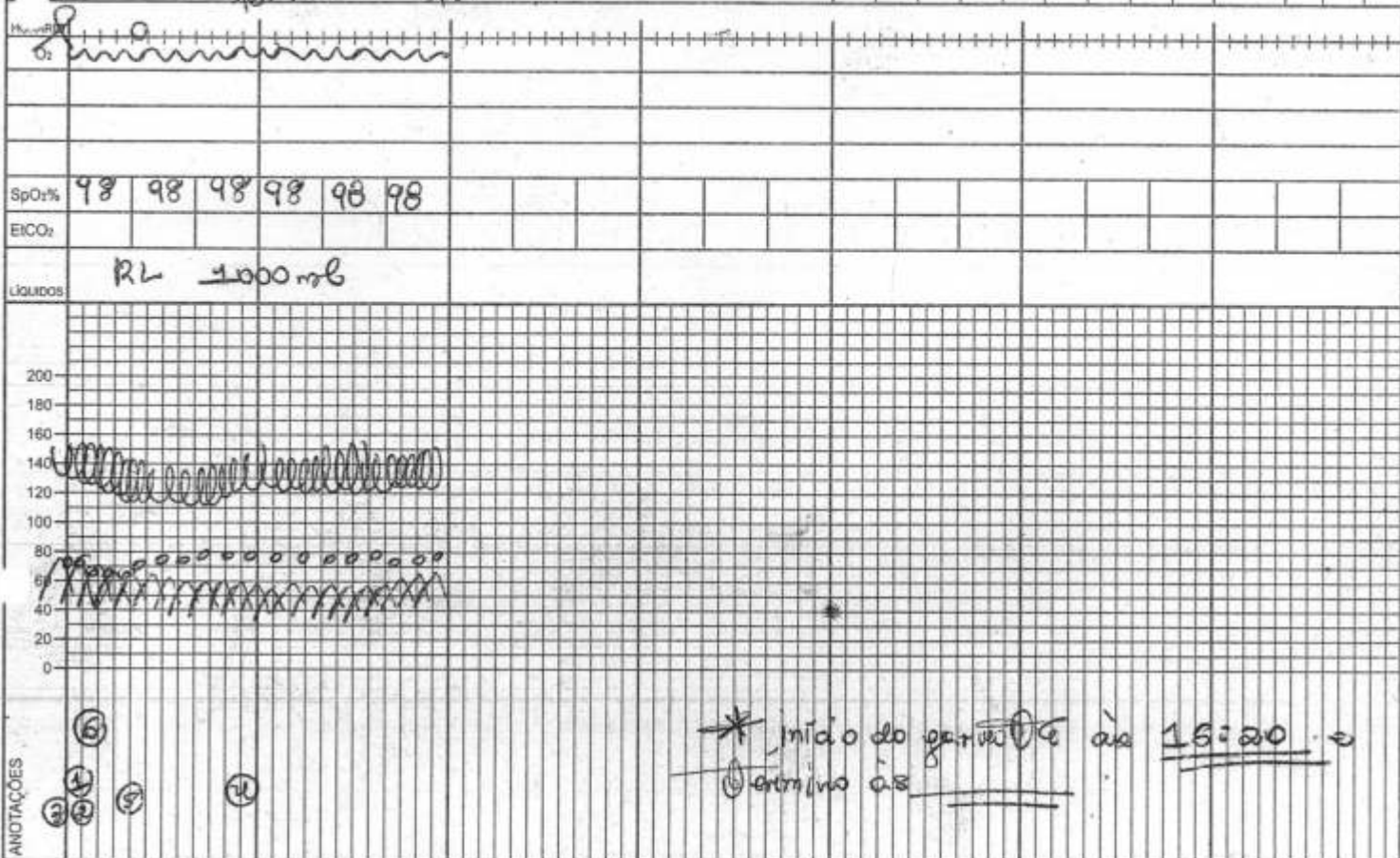
Dr. Cleiton B. Reis

FICHA DE ANESTESIA

N 218016

VALOR

NOME		Braz José de Silva Neto			REGISTRO		337306		CATEGORIA		SUS		
HOSPITAL					SEXO		COR		IDADE		HORÁRIO		
HRA					M <input checked="" type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>		BRN <input checked="" type="checkbox"/> FOL <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>		25		15:40		
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO					PESO		PA		FC		RESPIRAÇÃO ASA		
Fratura de rádio distal direito					85 Kg		130 X 40		75 BPM		16 IRPM		
DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO					CÓDIGO CIRURGIA					PORTE		%	
O mesmo													
OPERAÇÃO PROPOSTA													
Tratamento cirúrgico.													
OPERAÇÃO REALIZADA													
15:40 A propós de 15:40													



AGENTES	CONC.	QUANTIDADE
Fenobarbitol ①		100mg
Midazolam ②		2mg
Cefazolin ③		2g
Dipirone ④		2g
Dexametasona ⑤		10mg
Ropivacaína 0,5% ⑥		25ml

TÉCNICA ANESTÉSICA: Bloqueio do plexo braquial direito

Posicionamento: O paciente em decúbito lateral, o membro superior estendido e relaxado, com o braço apoiado na superfície da mesa de operação.

O guia é introduzido por via ulnar e agulha A50 com Ropivacaína 25ml bloqueio efetivo, procedendo-se à realização da cirurgia.

DURAÇÃO DA OPERAÇÃO:

DURAÇÃO DA ANESTESIA:

☒ CARDIOSCOPIO
☐ OXÍMETRO
☐ PNI

☐ CAPNÓGRAFO
☐ S. VESICAL
☐ LINHA ARTERIAL
☐ PVC
☐ TEMPERATURA
☐ MONITOR DO ESTADO CEREBRAL

ENCAMINHADO

☒ ACORDADO

☐ ADORMECIDO

☐ SONOLENTO

☐ INTUBADO

DESTINO

☒ RPA

☐ UTI

☐ QUARTO

ASSINATURA DO ANESTESIOLOGISTA _____

+ Debra
m E 3

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE - SES
EVOLUÇÃO CLÍNICA

Unidade de saúde: **HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE**

Nome do Paciente: **BRZ RDO DA SILVA**

Registro N°:

Clinica:

Leito N°:

DATA

HORA

EVOLUÇÃO

Fx metacarpo (5) (Carpal)

Paciente com trauma direto no membro superior direito no momento da lesão.

Exame físico

do membro superior direito com presença de edema

Dr. Mauricio Paes
Ortopedia / Traumatologia
Cirurgia do Quadril
CRM-PE: 16.693 TEOT-15.585

OK

H.R.A.

PRESCRIÇÃO MÉDICA

PACIENTE: Bnz Ione m Silva Neto

21/04/19

ENF 502510 REG. 337306 LEITO:

ITEM MEDICAMENTO - POSOLOGIA - VIA DE ADMINISTRAÇÃO
01 DIETA LIVRE S.N.D.

02 JELCO HIDROLISADO

03 TILATIL 20MG; 01 AMP + AD IV 12/12H (S/N)

04 DIPIRONA 500MG/ML; 01 AMP + AD EV 6/6 H

TRAMAL 100MG + 100ML SF0,9%; IV, 8/8H LENTO (S/N)

PLASIL 01 AMP + AD, IV, 8/8H (S/N)

06 CLEXANE 40MG SC IX DIA SUSPENSO

07 SSVV + CCGG Rotina

09 AGUARDA VAGA NA ENFERMARIA Conto

10 SE INTERCORRÊNCIAS COMUNICAR AO PLANTÃO

HORÁRIO

Dr. Thiago Cintra
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PE 18418 TEOT 15480

~~15/04/2019~~

15/04/2019

1000

Todas as anotações feitas devem ser rubricadas pelo responsável



HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

CEP: 55.000-000

Telefone: (81) 3719-9375

CNPJ: 09.794.975/0269-27

E-mail: laboratoriohra@hotmail.com

***42155**
421556

Paciente: BRAZ JOSE DA SILVA NETO 125

Prontuário.: 337306

Procedência : EMERGENCIA

Leito.....:

Local de Entrega : VERDE ORTOPEDIA

Cadastro.: 21/04/2019 - 21:34

Impresso.: 21/04/2019 - 22:43

Impresso por.: WALKER

Exames:

HEMOGRAMA COMPLETO

Método Automatizado

ERITROGRAMA

HEMÁCIAS.....	4,23	milh/mm ³
HEMOGLOBINA.....	13.2	g/dL
HEMATÓCRITO.....	38.7	%
V.C.M.....	96.8	fL
H.C.M.....	33.0	pg
C.H.C.M.....	34.1	uL
R.D.W.....	13.4	
ASPECTOS CITOMORFOLÓGICOS		

Homens

Mulheres

4.3 - 5.7	3.9 - 5.0
13.5 - 17.5	12.0 - 15.5
38.8 - 50	34.9 - 44.5
81.2 - 95.1	81.6 - 98.3
26 - 34	26 - 34
31 - 36	31 - 36
11.6 - 14.9	11.6 - 14.9

LEUCOGRAMA

LEUCÓCITOS.....	18.050	/mm ³
PROMIELÓCITOS.....		0
MIELÓCITOS.....		0
METAMIELÓCITOS.....		0
BASTONETES.....		0
SEGMENTADOS.....	77	13899
EOSINÓFILOS.....	01	181
BASÓFILOS.....		0
LINFÓCITOS TÍPICOS.....	14	2527
LINFÓCITOS ATÍPICOS.....		0
MONÓCITOS.....	08	1444
PLASMÓCITOS.....		0
ERITROBLASTOS.....		0
ASPECTOS CITOMORFOLÓGICO		

Relativo %

Absoluto mm³

	4000 - 11000
0.0 - 0.0	0 - 0
3.0 - 6.0	0 - 2100
47.0 - 63.0	1500 - 6900
1.0 - 7.0	0 - 700
0.0 - 1.0	0 - 190
20.0 - 30.0	1200 - 4000
0.0 - 0.0	
4.0 - 6.0	100 - 950
0.0 - 0.0	0 - 0
0 - 0	0 - 0

PLAQUETAS.....: 479.100 /mm³

140.000 - 450.000

Ensaios com materias coletadas em dias, horarios e metodologia diferentes poderão ser apresentados valores de resultados desiguais. Somente seu médico tem condições de interpretar os resultados acima.

Walker
Dr. Walker Spencer
Biomédica - CRBM/PE 0472



HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

CEP: 55.000-000

Telefone: (81) 3719-9375

CNPJ: 09.794.975/0269-27

E-mail: laboratoriohra@hotmail.com



421556

Paciente: BRAZ JOSE DA SILVA NETO 125

Prontuário.: 337306

Procedência : EMERGENCIA

Leito.....:

Local de Entrega : VERDE ORTOPEDIA

Cadastro.: 21/04/2019 - 21:34

Impresso.: 21/04/2019 - 22:56

Impresso por.: GRACAS

Exames:

GLICOSE

Data da Coleta: 21/04/2019

Resultado.....: 122 mg/dL

Valores Referenciais:

Método:

70 a 99

Enzimático (hexoquinase) automatizado

OBS:

UREIA

Data da Coleta: 21/04/2019

Resultado.....: 25 mg/dL

Valores Referenciais:

Método:

Adultos : Menor que 50

Cinético automatizado

Crianças: 5 a 19

OBS:

CREATININA

Data da Coleta: 21/04/2019

Resultado.....: 0.8 mg/dL

Valores Referenciais:

Método:

Recém-nascidos (prematurados) : 0.3 a 0.9

Reação Cinética Jaffé automatizada

Recém-nascidos (de termo) : 0.2 a 1.0

Crianças (2 meses a 3 anos) : 0.2 a 0.4

Crianças (3 a 11 anos) : 0.3 a 0.7

Mulheres : 0.5 a 0.9

Homens : 0.7 a 1.2

OBS:



HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

CEP: 55.000-000

Telefone: (81) 3719-9375

CNPJ: 09.794.975/0269-27

E-mail: laboratoriohra@hotmail.com

***42165**
421652

Paciente: BRAZ JOSE DA SILVA NETO-117

Prontuário.: 337306

Procedência : EMERGENCIA

Leito....: ORTOPEDIA

Local de Entrega : VERDE

Cadastro.: 22/04/2019 - 12:16

Impresso.: 22/04/2019 - 13:15

Impresso por.: PAULO

Exames:

HEMOGRAMA COMPLETO

Método Automatizado

ERITROGRAMA

HEMÁCIAS.....	5.65	milh/mm ³
HEMOGLOBINA.....	16.8	g/dL
HEMATÓCRITO.....	45.8	%
V.C.M.....	81.1	fL
H.C.M.....	29.7	pg
C.H.C.M.....	36.7	uL
R.D.W.....	12.0	

ASPECTOS CITOMORFOLÓGICOS

Normocíticas

Normocrômicas

Homens

Mulheres

4.3 - 5.7	3.9 - 5.0
13.5 - 17.5	12.0 - 15.5
38.8 - 50	34.9 - 44.5
81.2 - 95.1	81.6 - 98.3
26 - 34	26 - 34
31 - 36	31 - 36
11.6 - 14.9	11.6 - 14.9

LEUCOGRAMA

LEUCÓCITOS.....	10.360	/mm ³
PROMIELÓCITOS.....	0	
MIELÓCITOS.....	0	
METAMIELÓCITOS.....	0	
BASTONETES.....	0	
SEGMENTADOS.....	70	7252
EOSINÓFILOS.....	04	414
BASÓFILOS.....	0	
LINFÓCITOS TÍPICOS.....	18	1865
LINFÓCITOS ATÍPICOS.....	0	
MONÓCITOS.....	08	829
PLASMÓCITOS.....	0	
ERITROBLASTOS.....	0	

ASPECTOS CITOMORFOLÓGICO

Relativo %

Absoluto mm³

	4000 - 11000
0.0 - 0.0	0 - 0
3.0 - 6.0	0 - 2100
47.0 - 63.0	1500 - 6900
1.0 - 7.0	0 - 700
0.0 - 1.0	0 - 190
20.0 - 30.0	1200 - 4000
0.0 - 0.0	
4.0 - 6.0	100 - 950
0.0 - 0.0	0 - 0
0 - 0	0 - 0

PLAQUETAS.....: 297.000 /mm³

140.000 - 450.000

Ensaios com materiais coletados em dias, horários e metodologia diferentes poderão ser apresentados valores de resultados desiguais. Somente seu médico tem condições de interpretar os resultados acima.

Dr. Paulo Farias Pereira Junior
Farmacologia / Bioquímica
CRF/PE 5237



HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

CEP: 55.000-000

Telefone: (81) 3719-9375

CNPJ: 09.794.975/0269-27

E-mail: laboratoriohra@hotmail.com



421652

Paciente: BRAZ JOSE DA SILVA NETO-117

Prontuário.: 337306

Procedência : EMERGENCIA

Leito....: ORTOPIEDIA

Local de Entrega : VERDE

Cadastro.: 22/04/2019 - 12:16

Impresso.: 22/04/2019 - 12:59

Impresso por.: SANDRA

Exames:

COAGULOGRAMA II

Data da Coleta: 22/04/2019

Tempo de Sangria.....: 1'45 "
Tempo de Coagulacao.....: 6'30 "
Tempo de Protombina.....: 14.0 seg
Atividade de Protrombina.....: 90 %
INR.....: 1.07

VALORES DE REFERÊNCIA

1 a 4 minutos

5 a 10 minutos

OBS.:

PACIENTE CONTROLE: POOL: TEMPO DE PROTOMBINA = 13.1seg.

ATIVIDADE ENZIMATICA = 100%

INR = 1.0

Ensaios com materias coletadas em dias, horarios e metodologia diferentes poderão ser apresentados valores de resultados desiguais. Somente seu médico tem condições de interpretar os resultados acima.


Dra. Sandra Maria Pereira da Costa
Farmacêutica/Bioquímica
CRF/PB 2098

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE - HRA

RESUMO DE ALTA

Nome: BROT BRUCE LINDA ROSE

Prontuário: 331306

Data: 21/06/19 Hora: _____

DIAGNÓSTICO:

Exatase Gullberg D

AMBULATÓRIO DE EGRESSO - INFORMAÇÕES ADICIONAIS:

Ag ambulatorio ortopedia

TRATAMENTO REALIZADO:

Ortopedia com Placa DC P35

Alta Hospitalar: Data: ____/____/____ Hora: _____

Dr. Cláudio Araújo Oliveira

23 ABR 2019

Ass. do Médico e CRM
Carimbo

Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
Fundação de Saúde Amaury de Medeiros - FUSAM

- ATESTADO MÉDICO -

ATESTO que o Segurado Brasão de Silva
Neto portador da Carteira Profissional nº _____
_____ série _____, necessita de 30 (trinta)
dias de afastamento do trabalho, a partir desta data, por motivo de
doença.

HRA
Hospital ou Ambulatório

Localidade e Data

23 ABR. 2019

[Assinatura]
ASS. do Médico - CRM Nº _____

NOTA - Este atestado é válido para as finalidades previstas
no Art. 86 do RGPS, aprovado pelo Decreto nº 60.501 de
14.03.67 e será expedido para justificativa de 1 a 15 dias de
afastamento do trabalho.

Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco - SES/ SUS/ PE
HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

RECEITUÁRIO

Unidade:

Nome:

Registro Nº:

Clínica:

Enfermaria:

Uno 8700
Diprione 500
me-014
01 com 40 616H


Dr. Cláudio Augusto Oliveira
CRM: 20381

23 ABR. 2019

Data ____/____/____

Médico - CRM

O primeiro Cigarro é uma passagem para o vício
Elaida Monteiro de Souza

1º Lugar

2º Concurso 89



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE
CNPJ Nº 10.572.048/0014-42
BR. 232, Km 130 - Indianópolis - Caruaru - PE - CEP 55.000-000
Fone: (81) 3701-1506 (ambulatório) ou (81) 3719-9400

RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Nome completo: _____

CRM Nº _____ UF: _____

Endereço Completo: _____

Telefone: _____ Cidade: _____ UF: _____

Paciente: Beto 105 de Indianópolis

Endereço: Uio Oad

Prescrição: apud Nix 50 mg - 28

comp.

01 cor 4u 616H + 1u

Data: ____/____/____

23 ABR 2019

Carimbo e Assinatura do Médico

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome completo _____

Ident.: _____ Órg. Emissor _____

End. Completo _____

Telefone _____

Cidade _____ UF _____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

ASSINATURA DO FARMACÊUTICO

DATA: ____/____/____

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE - HRA

RESUMO DE ALTA

Nome: BRAZ BRUNO RIBEIRO NETO

Prontuário: 337306

Data: 21/04/19

Hora: _____

DIAGNÓSTICO:

Fratura Coluna C7

AMBULATÓRIO DE EGRESSO - INFORMAÇÕES ADICIONAIS:

Agendamento ortopedia

TRATAMENTO REALIZADO:

Osteomielite com placa DC P3,5

Alta Hospitalar: Data: 29/05/19 / 8h / Dr. Milton Barros

Hora: _____

23 ABR 2019
Dr. Milton Barros
Ass. do Médico e CRM

Ass. do Médico e CRM
Carimbo

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE IDENTIFICACAO TAVARES-BURRIL

01R-03

BRAS José da Silva Neto

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

DATA DE EXPEDIÇÃO 10/02/2010

REGISTRO GERAL 8.926.430

NOME << BRAZ JOSÉ DA SILVA NETO >>

FILIAÇÃO << ANTONIO BRAZ DA SILVA >>
<< MARLIETE MARIA BRAZ DA SILVA >>

NATURALIDADE RIACHO DAS ALMAS - PE

DATA DE NASCIMENTO 06/01/1994

DOC ORIGEM << CN.6465 L.A-8 F.98 CART.2º DE
RIACHO DAS ALMAS-PE 08.09.1999 >>

CPF

ASSINATURA DO DIRETOR
LEI Nº 7.116 DE 25/06/83



**Ministério da Fazenda
Receita Federal**

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF



Número

105.172.374-40

Nome

BRAZ JOSE DA SILVA NETO

Nascimento

06/01/1994

CÓDIGO DE CONTROLE

0C10.10BE.EE6A.ECC6



Emitido pela Secretaria da Receita Federal do Brasil
às 14:58:21 do dia 17/07/2019 (hora e data de Brasília)
dígito verificador: 00

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200088534 **Cidade:** Bezerros **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: BRAZ JOSE DA SILVA NETO **Data do acidente:** 21/04/2019 **Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 03/03/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA NA DIÁFISE DO RÁDIO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS). P.16
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO.

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

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
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0071179/20

Vítima: BRAZ JOSE DA SILVA NETO

CPF: 105.172.374-40

Seguradora: CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

Data do acidente: 21/04/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: BRAZ JOSE DA SILVA NETO

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

BRAZ JOSE DA SILVA NETO : 105.172.374-40

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 21/02/2020
Nome: BRAZ JOSE DA SILVA NETO
CPF: 105.172.374-40

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 21/02/2020
Nome: MARIA ERICA ARAUJO COELHO
CPF: 010.626.514-80

BRAZ JOSE DA SILVA NETO

MARIA ERICA ARAUJO COELHO

Rio de Janeiro, 02 de Março de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200088534

Vítima: BRAZ JOSE DA SILVA NETO

Data do Acidente: 21/04/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), BRAZ JOSE DA SILVA NETO

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



Rio de Janeiro, 13 de Março de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200088534

Vítima: BRAZ JOSE DA SILVA NETO

Data do Acidente: 21/04/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), BRAZ JOSE DA SILVA NETO

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros

superiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

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

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

Recebedor: BRAZ JOSE DA SILVA NETO

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 104

Agência: 000002192

Conta: 0000090147-7

Tipo: CONTA POUPANÇA

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

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, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

105 172.374-40 Braz Jose da Silva Neto

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 15/2012

5 - Nome completo: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD):

Braz Jose da Silva Neto

105 172.374-40

recuso

51 lagoa da cha

530

São lagoa da cha

Bezenos

PE

55660-000

(81) 995768288

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☐ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☒ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 2192 CONTA: 90147 7

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

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.

22 - 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

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: _____

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - 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.

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não autenticado

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Bezenos 19/02/2020

BRAZ JOSE DA SILVA NETO

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)