

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: 09/09/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE INACIO MONTEIRO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 02191

CONTA: 000000048320-3

Nr. da Autenticação E6F531D667AD21F2



Rede Social de Energia Elétrica Criada pela Lei 13.498 de 2017

BOGARTS, C., FATHALLAH, R. & CENTRE FOR ENVIRONMENTAL STUDIES.

Campanha Energética de Restauração
Av. João de Barros, 111, São José, Recife - PE 069-3029-012
CNPJ: 01.826.820/0001-08 | Fone: 0035-943-08 | www.cobas.com.br

DADOS DO CLIENTE

CIPRIANO, J. & MONTEIRO, S. V. A.

CPT® 102 CDS 154-101 MS-10502673604

CLASSIFICAÇÃO
BI-RESIDÊNCIA
BAIXA-RENTA COMUM

INTERESSO DA UNIDADE CONSUMIDORA
Pela Tente Esquocem I.A.

CRUZ DE REBOUÇAS, CRUZ DE REBOUÇAS
KARASSUPE
51624-141

7024058208 11/2019

03/12/2018 27/12/2019

129.53

UNCLASSIFIED//FOR OFFICIAL USE ONLY

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Água de 30 dias	30.0000000	0,20040243	7,81
Consumo Água Saneamento 30 dias 100 litros	30.0000000	0,66655274	20,00
Consumo Água Saneamento 30 dias 270 litros	120.0000000	0,87462111	105,95
Consumo Energia AMARELA			8,61
Consumo Banheiro 30 dias 100 litros			7,33
Consumo Banheiro 30 dias 270 litros			0,00

TOTAL DA FATURA

2692

REPRODUCED FROM THE JOURNAL OF THE AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION
Copyright © 1964 by American Medical Association

Nº DO RECEBÓ	TIPO DA FATURA	ANTERIOR		ATUAL		Nº DE C/MS	CONSTANTE	AJUSTE	COMBUSTÍVEL (LITROS)
		DATA 01/01/2019	LITROS 12,20000	DATA 01/01/2019	LITROS 12,24000				
000001	001					24	0,00000		0,00000

MONITORING DE EMISSÃO		NO MONITORAMENTO DE EMISSÃO				COMPARANDO EMISSÃO			
PERÍODO	VALOR	BASE DE CÁLCULO	16	VALOR DO EMISSÃO	Gerenciamento de Energia	F0	45,01	0,055%	
NOV-18	200				Gerenciamento de Energia	F0	4,01	0,005%	
OUT-18	185	CCE/MS	10,77	25,26	10,41	Gerenciamento de Energia	F0	27,94	0,011%
SET-18	170		FMS	10,77	0,04	1,19	Gerenciamento de Energia	F0	5,78
AGO-18	155	CCE/MS	10,77	4,28	1,47	Gerenciamento de Energia	F0	2,72	0,011%
JUL-18	140								
JUN-18	125								
MAY-18	110								
					TOTAL	F0	108,22	0,045%	

Telephone: 800-678-2294
Fax: 800-678-2294
E-mail: info@nrc.ca

© 2000 Blackwell Science Ltd

2003 DATE FLAG Change of 0.544 OFFT. mag

UNCLASSIFIED//FOR OFFICIAL USE ONLY

1924-1925, 1926-1927, 1928-1929, 1930-1931, 1932-1933, 1934-1935, 1936-1937, 1938-1939, 1940-1941, 1942-1943, 1944-1945, 1946-1947, 1948-1949, 1950-1951, 1952-1953, 1954-1955, 1956-1957, 1958-1959, 1960-1961, 1962-1963, 1964-1965, 1966-1967, 1968-1969, 1970-1971, 1972-1973, 1974-1975, 1976-1977, 1978-1979, 1980-1981, 1982-1983, 1984-1985, 1986-1987, 1988-1989, 1990-1991, 1992-1993, 1994-1995, 1996-1997, 1998-1999, 2000-2001, 2002-2003, 2004-2005, 2006-2007, 2008-2009, 2010-2011, 2012-2013, 2014-2015, 2016-2017, 2018-2019, 2020-2021, 2022-2023, 2024-2025, 2026-2027, 2028-2029, 2030-2031, 2032-2033, 2034-2035, 2036-2037, 2038-2039, 2040-2041, 2042-2043, 2044-2045, 2046-2047, 2048-2049, 2050-2051, 2052-2053, 2054-2055, 2056-2057, 2058-2059, 2060-2061, 2062-2063, 2064-2065, 2066-2067, 2068-2069, 2070-2071, 2072-2073, 2074-2075, 2076-2077, 2078-2079, 2080-2081, 2082-2083, 2084-2085, 2086-2087, 2088-2089, 2090-2091, 2092-2093, 2094-2095, 2096-2097, 2098-2099, 2100-2101, 2102-2103, 2104-2105, 2106-2107, 2108-2109, 2110-2111, 2112-2113, 2114-2115, 2116-2117, 2118-2119, 2120-2121, 2122-2123, 2124-2125, 2126-2127, 2128-2129, 2130-2131, 2132-2133, 2134-2135, 2136-2137, 2138-2139, 2140-2141, 2142-2143, 2144-2145, 2146-2147, 2148-2149, 2150-2151, 2152-2153, 2154-2155, 2156-2157, 2158-2159, 2160-2161, 2162-2163, 2164-2165, 2166-2167, 2168-2169, 2170-2171, 2172-2173, 2174-2175, 2176-2177, 2178-2179, 2180-2181, 2182-2183, 2184-2185, 2186-2187, 2188-2189, 2190-2191, 2192-2193, 2194-2195, 2196-2197, 2198-2199, 2200-2201, 2202-2203, 2204-2205, 2206-2207, 2208-2209, 2210-2211, 2212-2213, 2214-2215, 2216-2217, 2218-2219, 2220-2221, 2222-2223, 2224-2225, 2226-2227, 2228-2229, 2230-2231, 2232-2233, 2234-2235, 2236-2237, 2238-2239, 2240-2241, 2242-2243, 2244-2245, 2246-2247, 2248-2249, 2250-2251, 2252-2253, 2254-2255, 2256-2257, 2258-2259, 2260-2261, 2262-2263, 2264-2265, 2266-2267, 2268-2269, 2270-2271, 2272-2273, 2274-2275, 2276-2277, 2278-2279, 2280-2281, 2282-2283, 2284-2285, 2286-2287, 2288-2289, 2290-2291, 2292-2293, 2294-2295, 2296-2297, 2298-2299, 2300-2301, 2302-2303, 2304-2305, 2306-2307, 2308-2309, 2310-2311, 2312-2313, 2314-2315, 2316-2317, 2318-2319, 2320-2321, 2322-2323, 2324-2325, 2326-2327, 2328-2329, 2330-2331, 2332-2333, 2334-2335, 2336-2337, 2338-2339, 2340-2341, 2342-2343, 2344-2345, 2346-2347, 2348-2349, 2350-2351, 2352-2353, 2354-2355, 2356-2357, 2358-2359, 2360-2361, 2362-2363, 2364-2365, 2366-2367, 2368-2369, 2370-2371, 2372-2373, 2374-2375, 2376-2377, 2378-2379, 2380-2381, 2382-2383, 2384-2385, 2386-2387, 2388-2389, 2390-2391, 2392-2393, 2394-2395, 2396-2397, 2398-2399, 2400-2401, 2402-2403, 2404-2405, 2406-2407, 2408-2409, 2410-2411, 2412-2413, 2414-2415, 2416-2417, 2418-2419, 2420-2421, 2422-2423, 2424-2425, 2426-2427, 2428-2429, 2430-2431, 2432-2433, 2434-2435, 2436-2437, 2438-2439, 2440-2441, 2442-2443, 2444-2445, 2446-2447, 2448-2449, 2450-2451, 2452-2453, 2454-2455, 2456-2457, 2458-2459, 2460-2461, 2462-2463, 2464-2465, 2466-2467, 2468-2469, 2470-2471, 2472-2473, 2474-2475, 2476-2477, 2478-2479, 2480-2481, 2482-2483, 2484-2485, 2486-2487, 2488-2489, 2490-2491, 2492-2493, 2494-2495, 2496-2497, 2498-2499, 2500-2501, 2502-2503, 2504-2505, 2506-2507, 2508-2509, 2510-2511, 2512-2513, 2514-2515, 2516-2517, 2518-2519, 2520-2521, 2522-2523, 2524-2525, 2526-2527, 2528-2529, 2530-2531, 2532-2533, 2534-2535, 2536-2537, 2538-2539, 2540-2541, 2542-2543, 2544-2545, 2546-2547, 2548-2549, 2550-2551, 2552-2553, 2554-2555, 2556-2557, 2558-2559, 2560-2561, 2562-2563, 2564-2565, 2566-2567, 2568-2569, 2570-2571, 2572-2573, 2574-2575, 2576-2577, 2578-2579, 2580-2581, 2582-2583, 2584-2585, 2586-2587, 2588-2589, 2590-2591, 2592-2593, 2594-2595, 2596-2597, 2598-2599, 2600-2601, 2602-2603, 2604-2605, 2606-2607, 2608-2609, 2610-2611, 2612-2613, 2614-2615, 2616-2617, 2618-2619, 2620-2621, 2622-2623, 2624-2625, 2626-2627, 2628-2629, 2630-2631, 2632-2633, 2634-2635, 2636-2637, 2638-2639, 2640-2641, 2642-2643, 2644-2645, 2646-2647, 2648-2649, 2650-2651, 2652-2653, 2654-2655, 2656-2657, 2658-2659, 2660-2661, 2662-2663, 2664-2665, 2666-2667,



SAC 0800 720 0031
www.credicard.com.br



CTC RECIFE PE PL2

PC-11

SONIA MARIA LINS DE SOUZA
R ALFREDO PRISPO DE CARVALHO NETO 338
CENTRO
53610-433 IGARASSU - PE



721109423020683000000029710 291119

Postagem: 29/11/2019
Vencimento: 11/12/2019
Emissão: 27/11/2019
Fechamento próxima fatura: 27/12/2019

Titular **SONIA MARIA LINS DE SOUZA**
Cartão **5358.XXXX.XXXX.0568**

Total da
Pagame
Saldo fin
Largam
Total d
Atenção:
consumido
fatura, incl

Entre no App Credicard para ver o seu limite, fatura, melhor data de

vencimento

A) pagamento total

B) pagamento mínimo

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO

PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
 Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | **SAC** (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | **Central Ouvidoria**: 0800 021 91 95

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECASWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF³.

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO, ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu HANSE LINDBERGH CINS DE SOUZA

Inscrito (a) no CPF/CNPJ 042.760.234, 32, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

JOSE INACIO MONTEIRO inscrito (a) no CPF sob o Nº 613.345.964, 68

do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima À MESMA

Inscrito (a) no CPF sob o Nº _____, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço: <u>RUA ALFREDO PAIS DE CARVALHO NETO</u>	Número: <u>338</u>	Complemento: <u>CASA</u>
Bairro: <u>CENTRO</u>	Cidade: <u>IGARASSU</u>	Estado: <u>PE</u>
E-mail: <u>RECUSA</u>	CEP: <u>53610933</u>	Tel.(DDD): <u>81985992354</u>

Local e Data: IGARASSU 30 DE AGOSTO DE 2020

Hanse Lindbergh Cins de Souza
 Assinatura do Declarante

SENHA DA REGULAÇÃO:



CRACHA

NEPI-HR

24/01/2020

Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
Hospital da Restauração

Ficha de Atendimento

ETIQUETA

PRÓTESE

Nº PRONTUÁRIO: 1709472	Data e Hora de Atendimento: 20/01/2020 01:36	Local de Entrada: EMERGENCIA GERAL
Atendimento Manual:		
Nº. ATEND.: 1538633	Paciente: JOSE INACIO MONTEIRO SIC	Nm. Social:
Data de nascimento: 11/08/1957	Idade: 62a 5m 9d	Sexo: MASCULINO
Estado Civil: SOLTEIRO	Profissão:	Acompanhante: MARIA APARECIDA INACIO M
DOC ID / Data expedição 1693849 /	Mãe: ANTONIA CABRAL MONTEIRO Pai: MANOEL INACIO MONTEIRO	Cartão SUS:
Endereço: RUA TENTE ESQUECER Bairro: ENCANTO IGARASSU Cidade: IGARASSU	UF: PE	Telefone: 973190913
Ocorrências:		
Motivo do atendimento: VITIMA DE ATROPELAMENTO		
Procedência: HOSPITAL MIGUEL ARRAES		
Informações do Serviço Social:		
Confirmação de nome:	Fones:	Assistente Social
Confirmação de endereço:		
Providências: Alta ☐ Caso Social ☐		
Encaminhamentos: Rede de Apoio ☐ GPCA ☐ Cons. Tutelar ☐ Delegacias ☐ Minist. Público ☐		
Outros ☐		
Observação:		Assistente Social
# N 12 #		
História Clínica:		
Paciente vítima de atropelamento há 8 horas, SI queixa de perda de consciência e vômitos. Refere estar em antebraço ①. Rupelous isofotocagentes bilaterais. Base mobilizada dos quatro membros. C.C. G		
Atendimento Médico		
Perda de consciência: Sim ☐ Não ☐	Episódio Emético: Sim ☐ Não ☐	Acidente de Trabalho: Sim ☐ Não ☐
Acidente de Trânsito: Sim ☐ Não ☐	Tipo:	Transporte realizado Por:
Imobilização Cervical: Sim ☐ Não ☐	Sofreu Queda: Sim ☐ Não ☐	Altura:
Condições de imobilização adequadas: Sim ☐ Não ☐	Por Que?	
Exame Físico:		
A: Geral	Via aérea está pervia: Sim ☒ Não ☐	O paciente fala: Sim ☒ Não ☐ Temp:
B: Respiratório		
C: Circulatório		
PA: X mm	Pulso: 85 bpm	
RCR-2T BUF 51.5.		

D: Exame Neurológico		Deficiência motora: MSD ☐ MSE ☐ MID ☐ MIE ☐		Pupilas: Isocóricas ☐ Anisocóricas ☐	
Glasgow: Abertura Ocular	Score: 4	Glasgow: Resposta Verbal	Score: 5	Glasgow: Resposta Motora	Score: 6
Hora: 4		Hora: 5		Hora: 6	

⑤

212 1434

E: Exposição/Abdômen:

Plano, depressível, flácido, indolor a palpação

Diagnóstico Inicial: Politraumatizado

Cod. Procedimento

Conduta:

① Avaliação do C.G

② Observação de VCR

Vita Mota
M: 19281-PE
Médico
Cirurgia

Ass. Médico

Evolução de Enfermagem:

Ass. Enfermagem

Definição do Caso:

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

Internado na Clínica:

Transferido para:

Condição de Alta:

☐ Curado ☐ Melhorado ☐ Inalterado ☐ Piorado ☐ Óbito

Autorização para Alta / Internamento / Transferência:

Médico: _____ CRM: _____ Data: _____ Hora: _____

Termo de responsabilidade para Internamento:

- Estou ciente das normas existentes neste hospital, as quais aceito integralmente e autorizo a realização de tratamento, clínicos e/ou cirúrgicos inclusive transfusões e sem exames complementares e transporte se forem necessários.

Data: _____ Nome completo legível: _____

No. da identidade: _____ Assinatura: _____

Termo de responsabilidade de alta a pedido:

- Responsabilizo-me pela imediata retirada do paciente neste nosocômio, bem como tenho absoluto conhecimento sobre todas as consequências que deste ato possam advir.

Data: _____ Nome completo legível: _____

No. da identidade: _____ Assinatura: _____

Data e Hora Impressão: 20-Jan-20

117 560614

20/01/2020

03h

o Paciente tem: Sinais vitais em normais. RX Tórax st. olt.

As 13h: 50, 100, 100, 100, 100

As 14h: 50, 100, 100, 100, 100

As 15h: 50, 100, 100, 100, 100

As 16h: 50, 100, 100, 100, 100

As 17h: 50, 100, 100, 100, 100

As 18h: 50, 100, 100, 100, 100

As 19h: 50, 100, 100, 100, 100

As 20h: 50, 100, 100, 100, 100

As 21h: 50, 100, 100, 100, 100

As 22h: 50, 100, 100, 100, 100

As 23h: 50, 100, 100, 100, 100

As 24h: 50, 100, 100, 100, 100

As 25h: 50, 100, 100, 100, 100

As 26h: 50, 100, 100, 100, 100

As 27h: 50, 100, 100, 100, 100

As 28h: 50, 100, 100, 100, 100

As 29h: 50, 100, 100, 100, 100

As 30h: 50, 100, 100, 100, 100

As 31h: 50, 100, 100, 100, 100

As 32h: 50, 100, 100, 100, 100

As 33h: 50, 100, 100, 100, 100

As 34h: 50, 100, 100, 100, 100

As 35h: 50, 100, 100, 100, 100

As 36h: 50, 100, 100, 100, 100

As 37h: 50, 100, 100, 100, 100

As 38h: 50, 100, 100, 100, 100

As 39h: 50, 100, 100, 100, 100

As 40h: 50, 100, 100, 100, 100

As 41h: 50, 100, 100, 100, 100

As 42h: 50, 100, 100, 100, 100

As 43h: 50, 100, 100, 100, 100

As 44h: 50, 100, 100, 100, 100

As 45h: 50, 100, 100, 100, 100

As 46h: 50, 100, 100, 100, 100

As 47h: 50, 100, 100, 100, 100

As 48h: 50, 100, 100, 100, 100

As 49h: 50, 100, 100, 100, 100

As 50h: 50, 100, 100, 100, 100

As 51h: 50, 100, 100, 100, 100

As 52h: 50, 100, 100, 100, 100

As 53h: 50, 100, 100, 100, 100

As 54h: 50, 100, 100, 100, 100

As 55h: 50, 100, 100, 100, 100

As 56h: 50, 100, 100, 100, 100

As 57h: 50, 100, 100, 100, 100

As 58h: 50, 100, 100, 100, 100

As 59h: 50, 100, 100, 100, 100

As 60h: 50, 100, 100, 100, 100

As 61h: 50, 100, 100, 100, 100

As 62h: 50, 100, 100, 100, 100

As 63h: 50, 100, 100, 100, 100

As 64h: 50, 100, 100, 100, 100

As 65h: 50, 100, 100, 100, 100

As 66h: 50, 100, 100, 100, 100

As 67h: 50, 100, 100, 100, 100

As 68h: 50, 100, 100, 100, 100

As 69h: 50, 100, 100, 100, 100

As 70h: 50, 100, 100, 100, 100

As 71h: 50, 100, 100, 100, 100

As 72h: 50, 100, 100, 100, 100

As 73h: 50, 100, 100, 100, 100

As 74h: 50, 100, 100, 100, 100

As 75h: 50, 100, 100, 100, 100

As 76h: 50, 100, 100, 100, 100

As 77h: 50, 100, 100, 100, 100

As 78h: 50, 100, 100, 100, 100

As 79h: 50, 100, 100, 100, 100

As 80h: 50, 100, 100, 100, 100

As 81h: 50, 100, 100, 100, 100

As 82h: 50, 100, 100, 100, 100

As 83h: 50, 100, 100, 100, 100

As 84h: 50, 100, 100, 100, 100

As 85h: 50, 100, 100, 100, 100

As 86h: 50, 100, 100, 100, 100

As 87h: 50, 100, 100, 100, 100

As 88h: 50, 100, 100, 100, 100

As 89h: 50, 100, 100, 100, 100

As 90h: 50, 100, 100, 100, 100

As 91h: 50, 100, 100, 100, 100

As 92h: 50, 100, 100, 100, 100

As 93h: 50, 100, 100, 100, 100

As 94h: 50, 100, 100, 100, 100

As 95h: 50, 100, 100, 100, 100

As 96h: 50, 100, 100, 100, 100

As 97h: 50, 100, 100, 100, 100

As 98h: 50, 100, 100, 100, 100

As 99h: 50, 100, 100, 100, 100

As 100h: 50, 100, 100, 100, 100

**TRANSFERÊNCIA - HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO (SENHA
5864231) NEUROCIRURGIA**

NOME: JOSE INACIO MONTEIRO

REG: 133460

IDADE: 62 ANOS SEXO: M DATA DA ADMISSÃO : 19/01/2020 DATA DA TRANSFERÊNCIA:
19/01/2020

HDA: VITIMA DE ATROPELAMENTO POR MOTO POR VOLTA DAS 20:00 H
APRESENTA SINAL DO GUAXINIM BILATERAL + FERIMENTO PUNTIFORME EM ANTEBRAÇO
DIREITO

EXAME FÍSICO: DESORIENTADO, EUPNEICO, CONSCIENTE GS 13 SAT 98% AMB, PA 120X80
MSD FERIMENTO PUNTIFORME + DEFORMIDADE EM ANTEBRAÇO DIREITO TERÇO DISTAL

TAC CRANIO - HEMORRAGIA INTRAPARENQUIMATOSA
RX EVIDENCIA FRATURA DE TERÇO DISTAL DE OSSOS DO ANTEBRAÇO DIREITO

HD: TCE + FRATURA EXPOSTA DE OSSOS DO ANTEBRAÇO ESQUERDO

OBS: ESTE SERVIÇO NÃO DISPÕE DE ESPECIALISTA EM NEUROCIRURGIA, SOLICITO AVALIAÇÃO

Paulista, 19/1/2020



Dr. Ian Lacerda
Ortopedia/Traumatologia
CRM-PE: 23590/CRM-PE: 9824

ASSINATURA DO MÉDICO, CARIMBO E CRM

FICHA DE ESCLARECIMENTO

NOME: JOSE INACIO MONTEIRO SIC	PRONTUÁRIO: 1709472	ATENDIMENTO: 01538885
DATA DE NASCIMENTO: 11/08/1957	FOI ATENDIDO EM: 20/01/2020 Às	
	DATA DA ALTA: 29/01/2020 ÀS 10:47	

Diagnóstico Provável:

FRATURA EXPOSTA RADIO DISTAL DIREITO

Tratamento Realizado:

- 1) FIXADOR TIPO COLLES EM RADIO DISTAL ESQUERDO

Observação:

- 1) ALTA OROPEDIA
2) ANTIBIOTICO

Encaminhado para:

- 1) RETORNO AGENDADO APOS 3 SEMANAS ALTA HOSPITALAR PRA DR EDGADOR BONFIGLIO

Dr. Stanley Napoleão
Médico
CREMEPE 25.148

FRANCISCO STANLEY DAMAS NAPOLEÃO - CRM: Nº.7472

Recife, 29, JANEIRO ,2020

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.

**Ortomédica**

COMÉRCIO ORTOPÉDICO LTDA

Estrada do Encanamento, 61 - Parnamirim

CEP: 52.060-210 - Recife - PE

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

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

**CONTROLE DE MATERIAIS
UTILIZADOS EM CIRURGIA**

(RQ-06)

Nº 062546

1ª Via Fixa

1709472

Hospital: H R Convênio: SUS Cidade: Recife
 Nome do Paciente: José Trácio Monteiro Data da Cirurgia: 20.01.2020
 Médico: _____ Membro Operado: _____

MATERIAL	ESPECIFICAÇÃO	QUANT.	LOTE
Lote: 035918 Código: F02 3 363 SISTEMA DE FIXAÇÃO OSSEO SARTORI - COLLES 160 - ESTERIL Fab.: 05/12/2019 Val.: 12/2024 Registro Anvisa Nº 8083650031 Material ACO INOX/ALUMINIO Lutz Guilherme Sartori & Cia Ltda - EPP CNPJ: 04.861.623/0001-00 - Rio Claro /SP Tel: +55 19 3538-1910 info@sartoriind.br			
Lote: 035955 Código: AF35 3 440 PINO INTRAMEDULAR OSSEO - R XD X 2,5 X 100 XT Fab.: 05/12/2019 Val.: 12/2024 Registro Anvisa Nº 8083650026 Material ACO INOX F135 Lutz Guilherme Sartori & Cia Ltda - EPP CNPJ: 04.861.623/0001-00 - Rio Claro /SP Tel: +55 19 3538-1910 info@sartoriind.br			

FEATURADO
 01/01/2020
 01/01/2020
 01/01/2020

PARAFUSOS 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: _____



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco



HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

PERNAMBUCO
GOVERNO DO ESTADO

Paciente

Jose Inacio

Enfermaria/Leito

Registro

1209472

EVOLUÇÃO CLÍNICA

20/01/2020 ~~traumato~~ 03:15
Má 1ª vítima de atropelamento
deformidade em punho direito.
Ao ex físico apresenta lesão
fratura em punho direito;
com deformidade e ed. local
pulso e neurovascular preservado
Ao Rx apresenta fratura
de ossos metacarpo 5º (D:5a)
CD: 90° arco palmar. Apun-
do liberação de NCV. Ampla-
mento traumático.
Cefalotina 2p.

Dr. Sérgio Roberto de S. M.
Ortopedia e Traumatologia
CREMEP 2778

20/01/2020

CE

04 35h

HD. Fratura fechada da MSD

Poli-trauma

Paciente vítima de atropelamento evolui hemodinam-
icamente estável querendo-se de dor em MSD e em
face lateral da perna D. Nega dispneia, dor torácica e
abdominal.

Do exame EG regular, consciente, orientado, corado,
bem perfundido.

ACV RCR 2T, BNF. FC=84bpm.

22-01-20

REGISTRO DE ENFERMAGEM CENTRO CIRÚRGICO HR

PACIENTE: Jose Tracio REGISTRO: 1709472
 IDADE: 62 SEXO: M () F () SETOR DE PROCEDENCIA: Urgencia

1-EQUIPE CIRÚRGICA

CIRURGIÃO: Dr. Fátima / Viny ANESTESISTA: Dr. Renato
 1ª AUXILIAR: _____ 2ª AUXILIAR: _____ INSTRUMENTADOR: _____
 ENFERMEIRA: Juliana CIRCULANTE: Sandra

2-DADOS DA CIRURGIA:

CIRURGIA: Transp de pulmão INICIO: 11:15 TÉRMINO: 13:00
 TIPO DE ANESTESIA: sedação + bloqueio INICIO: 11:15 TÉRMINO: 13:30

3-DADOS PRÉ-OPERATÓRIOS

ESTADO GERAL: BOM () REGULAR () GRAVE () NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: CONSCIENTE () ORIENTADO () SONOLENTO () SEDADO () INCONSCIENTE ()
 RESPIRAÇÃO: ESPONTÂNEA () ENTUBADO () TRAQUEOSTOMIZADO () CIRCULAÇÃO: FREQUÊNCIA CARDÍACA: _____ PULSO: _____ PA: _____
 PELA ÍNTEGRA () LESIONADA () DIURESE ESPONTÂNEA () SONDA () DISPOSITIVO URINÁRIO () ALERGIA: _____ PERTENCER: _____
 PREPARO PARA CIRURGIA: BANHO PRÉ-OP () TRICOTOMIA () MARCAÇÃO DO SITO CIRÚRGICO: SIM () NÃO () PROTESE DENTÁRIA: SIM () NÃO ()

4-TRANS-OPERATÓRIO

POSICÃO: FOWLER () LATERAL () DORSAL () VENTRAL () GINECOLÓGICA () PROTEÇÃO OCULAR: SIM () NÃO () LOCAL DE PLACA CIRÚRGICA: _____
 CONTAGEM DE COMPRESSAS: INÍCIO: 15 FINAL: 15 CONTROLE DE PERFURAÇÕES: FIO AGULHADO: INÍCIO: 5 FINAL: 5
 ANTIBIÓTICO PROFILÁTICO: SIM () NÃO () QUAL: Vancomicina HORA: _____ PREENCHEU COTA: SIM () NÃO ()
 GARROTEAMENTO: SIM () NÃO () TEMPO DE GARROTE: INÍCIO: 13:00 FINAL: 13:15
 CONTAGEM DE INSTRUMENTAIS: Sin CONFERIDO POR: Sandra + URG HORA: _____

5-EQUIPAMENTOS/MATERIAIS

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

6-PEÇA CIRÚRGICA/EXAMES

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



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



NOME: JOSE INACIO MONTEIRO SIC

PRONTUÁRIO: 1709472

SEXO: Masculino

DATA NASC: 11/08/1957

DATA/HORA: 29/01/2020 10:47

ATENDIMENTO: 1538885

Leito: 600-L10

EVOLUÇÃO CLÍNICA

Data: 29/01/2020

Hora: 09:04

PACIENTE VITIMA ATROPELAMENTO EM VIA PUBLICA, DEU ENTRADA NA URGENCIA COM FERIMENTO EM REGIAO DE PUNHO DIREITO + DEFORMIDADE + CREPTACAO, NEUROLOGICO E VASCULAR PRESERVADO.

HD: FRATURA EXPOSTA RADIO DISTAL DIREITO
REALIZADO LIMPEZA CIRURGICA + FIXADOR EXTERNO TIPO COLLES EM PUNHO DIREITO

CLTA ORTOPEDIA

completo.
29.01.20

[Signature]

Dr. Stanley Napolitano
Médico
CREMEPE 29.148

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

Unidade de Saúde : HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

Paciente : *Jen Inacio Monteiro*

Nº do Registro :

Clínica : *ORTOPEDIA*

Nº do Leito :

Operador : *Dr. Rodrigo PASTOR*

1º Assistente : *Dr. Junior*

2º Assistente : *—*

Instrumentador : *—*

Anestesista : *Dr. Renato*

Anestesia :

Duração :

Data da Operação : *20/01/2020*

Início :

Fim :

Diagnóstico Pré-Operatório : *Fratura distal de ossos do antebraço direito*

Diagnóstico Pós-Operatório : *sem*

Operação Proposta : *Tratamento cirúrgico de fratura distal de ossos do antebraço direito*

Operação Realizada : *sem*

DESCRIÇÃO DO ATO OPERATÓRIO

1. Pac em sala sob bloqueio de plexo + sedação

2. Anestesia + antiespasmódica + aspiração de campo antérior;

3. Realizada incisão em foco de fratura + divulgação por plano + limpeza exaustiva com SF0,1% + observação de foco de fratura + fixado com fixador externo de coleno + fixador com 02 KIO 16.

4. Realizado sutura por plano + curativo estéril

Dr. André Afonso
Nº 123456
CREMEPE 28.789



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
 DEPARTAMENTO DE REGISTRO CIVIL
 CARTÃO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO

NOME
HANSE LINDENBERGH LINS DE SOUZA

DOC IDENTIDADE/CARTEIRA EMISSOR/UF
5962094 SDS PE

CPF
042.760.234-32

DATA NASCIMENTO
02/03/1981

FILIAÇÃO
**WILLETAN LINDENBERGH CAM
 ETEL DE SOUZA
 SONIA MARIA LINS DE SO
 UZA**

PERMISSÃO
00000000000000000000

ANO
00000000

CAT. HAB
AD

Nº REGISTRO
02354502670

VALIDADE
11/12/2022

EXPIRAÇÃO
30/05/2002

OBSERVAÇÕES
 CNTRZ
 KAR

ASSINATURA DO TITULAR
Hanse Lindenberg Lins de Souza

LOCAL
PAULISTA, PE

DATA EMISSÃO
12/12/2017

Assinatura do Diretor Presidente
Carlos Antônio Louza Ribeiro
 Diretor Presidente

ASSINATURA DO TITULAR
17801945844
PE082218340

PERNAMBUCO

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1559850170

PROIBIDO PLASTIFICAR
1559850170

0.4M-01



José Inácio Monteiro

CARTÃO DE IDENTIDADE

1.693.849

07/05/2015

<< JOSÉ INÁCIO MONTEIRO >>

<< MANOEL INÁCIO MONTEIRO >>

<< ANTONIA CABRAL MONTEIRO >>

LIMOEIRO - PE

11/08/1957

<< CN.16717.1-55-F-28TV CART. LIMOEIRO-PE 20.12.1958 >>

613.345.984-65

ASSINATURA DO DETENTOR

LEIA 7.116 DE 23/09/03

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200303465 **Cidade:** Igarassu **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE INACIO MONTEIRO **Data do acidente:** 19/01/2020 **Seguradora:** INVESTPREV SEGUROS E PREVIDENCIA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 02/09/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DISTAL DO RÁDIO DO PUNHO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE + FIXADOR EXTERNO)
ALTA MEDICA (P1/2/3/4/6/8/9FC / IMAGEM-P10)

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO PUNHO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL EM GRAU MODERADO DO PUNHO
ESQUERDO.

**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 completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

NOME: JOSE INACIO MONTEIRO
NACIONALIDADE: BRASILEIRO ESTADO CIVIL: SOLTEIRO
IDENTIDADE: 1.693.849 CPF: 613.345.964-68
ENDEREÇO: RUA FÊNTE ESQUECEZ S/A - CRUZ DE REBOUCAS
IGARASSU - PE

OUTORGADO:

NOME: HANSE LINDBERGH CINS DE SOUZA
NACIONALIDADE: BRASILEIRO ESTADO CIVIL: SOLTEIRO
IDENTIDADE: 5962094 CPF: 042.760.234-32
ENDEREÇO: RUA ALFREDO PRISPO DE CARVALHO NETO 338
CENTRO - IGARASSU - PE

Pelo presente instrumento particular de procuração, nomelo e constituo meu bastante Procurador e outorgado acima qualificado, aquém confio poderes para representar-me

- Perante as SEGURADORAS, referente ao seguro obrigatório-DPVAT.

IGARASSU 20 de AGOSTO 2020

Jose Inacio Monteiro

=Assinatura do Outorgante=

Por autenticidade

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0238031/20

Vítima: JOSE INACIO MONTEIRO

CPF: 613.345.964-68

Seguradora: INVESTPREV SEGUROS E PREVIDENCIA

Data do acidente: 19/01/2020

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOSE INACIO MONTEIRO

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação

HANSE LINDBERGHT LINS DE SOUZA : 042.760.234-32

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

JOSE INACIO MONTEIRO : 613.345.964-68

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: 25/08/2020
Nome: HANSE LINDBERGHT LINS DE SOUZA
CPF: 042.760.234-32

HANSE LINDBERGHT LINS DE SOUZA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 25/08/2020
Nome: Steffany Carolyn Lins Veloso
CPF: 115.938.994-24

Steffany Carolyn Lins Veloso

Rio de Janeiro, 25 de Agosto de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200303465

Vítima: JOSE INACIO MONTEIRO

Data do Acidente: 19/01/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: HANSE LINDBERGHT LINS DE SOUZA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOSE INACIO MONTEIRO

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, contados 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, 16 de Setembro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200303465

Vítima: JOSE INACIO MONTEIRO

Data do Acidente: 19/01/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: HANSE LINDBERGH T LINS DE SOUZA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOSE INACIO MONTEIRO

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\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos punhos

25%

Graduação: Em grau médio 50%

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

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

Recebedor: **JOSE INACIO MONTEIRO**

Valor: **R\$ 1.687,50**

Banco: **104**

Agência: **000002191**

Conta: **0000048320-3**

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

1 - Escolha o(s) tipo(s) da cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: _____ 3 - CPF da vítima: 613.345.964-68 4 - Nome completo da vítima: JOSE INACIO MONTEIRO

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo: JOSE INACIO MONTEIRO 6 - CPF: 613.345.964-68
7 - Profissão: RECUSA 8 - Endereço: RUA TENTE ESQUECER 9 - Número: 1 10 - Complemento: A
11 - Bairro: CRUZ DE REBOUCAS 12 - Cidade: SGARRASSU 13 - Estado: PE 14 - CEP: 53620142
15 - E-mail: RECUSA 15 - Tel.(DDD): 81985492354

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 9 A 35 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: 2191 CONTA: 00048320 3
(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 do 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) ☐ Divorçado ☐ 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 (ou nascos)? ☐ 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 alfabetizado
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 - 1º Nome: _____ CPF: _____
Assinatura da testemunha
39 - 2º Nome: _____ CPF: _____
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: SGARRASSU 20 de Agosto de 2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): JOSE INACIO MONTEIRO
43 - Assinatura do Procurador (se houver): Francisco de Assis...

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)



PRF

BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

PROTOCOLO: Nº 20003658B01



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



Para cópia do seu Boletim acesse o sítio: www.prf.gov.br/novobat
/consultar Informe o número do protocolo e o CPF/CNPJ de um
dos envolvidos no acidente e o PRF emitirá o Boletim



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 20003658B01

INFORMAÇÕES GERAIS

Data: 19/01/2020 Hora: 18:45 Município: IGARASSU/PE
BR: 101 KM: 44,9 Sentido: Decrescente
Policial responsável pelo atendimento: PEDRO MORAIS, 1970035

ASPECTOS DO LOCAL

Tipo de via: Principal	Tipo de pavimento: Asfalto
Tipo de pista: Múltipla	Condição da Pista: Seca
Estrutura Viária: Reta	Localidade urbanizada: Sim
Acostamento: Não	Canleiro Central: Sim
Condição meteorológica: Céu Claro	Fase do dia: Plena Noite

IMAGENS PANORÂMICAS



SENTIDO DECRESCENTE



SENTIDO CRESCENTE

NARRATIVA

No dia 19/01/2020, por volta das 18:45, no km 44,9, da BR 101, no município de Igarassu - PE, sentido Golana - PE, ocorreu um acidente do tipo atropelamento de pedestre, com um morto, com uma vítima com lesões leves, e, com uma vítima com lesões graves. O veículo envolvido foi uma HONDA/CG 160 TITAN EX(V1). Com base na análise dos vestígios materiais identificados (configuração/condições da pista e do trânsito e características do local) constatou-se que V1 seguiu o fluxo, na pista de rolamento, quando dois pedestres atravessaram a rodovia, em local não apropriado para isso, sem a atenção e os cuidados necessários à segurança, vindo a causar os seus atropelamentos. A dinâmica do acidente encontra-se representada no croqui. O local foi, parcialmente, preservado. Não foi possível a realização dos testes de alcoolemia, em virtude de encaminhamento das vítimas, para socorro médico.



Documento assinado eletronicamente por PEDRO MORAIS, matrícula 1970035, Polícia Rodoviária Federal, em 28/01/2020, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobol/validar>, informando o protocolo 20003658B01 e o número de controle B8966C5CDE3EDCCF851BC4AD6939A0.

191

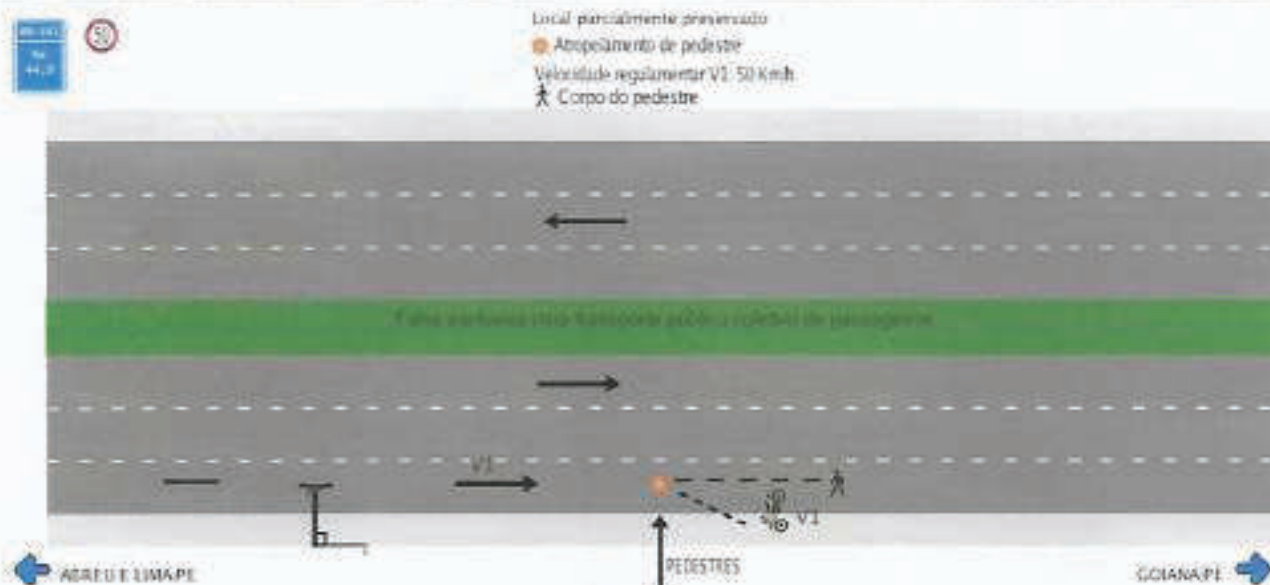


MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 20003658B01

CROQUI DA CENA DO ACIDENTE



AMARRAÇÃO - COORDENADA CARTESIANA

Descrição do Ponto	X (m)	Y (m)
Ponto de colisão	12,50	4,10
Corpo do morto	15,60	4,10

EVENTOS SUCESSIVOS

Ordem	Tipo de Evento	Veículos Envolvidos
1	Atropelamento de Pedestre	

MARCAS NO PAVIMENTO

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

DANOS COLATERAIS - NÃO HOUVE

APOIO EXTERNO

Tipo de Órgão	Solicitação	Comparecimento
Polícia Civil	19/01/2020 19:00	
Polícia Civil	19/01/2020 18:45	

V1 - VEÍCULO 1 - PCK9344 - MOTOCICLETA

V1 - Informações



Documento assinado eletronicamente por PEDRO NORRIS, matrícula 1970035, Polícia Rodoviária Federal, em 28/01/2020, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/revista-autenticar>, informando o protocolo 20003658B01 e o número de controle B89E6C5CDE3EDCCF8518C4AD6499A0.

191



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 20003658B01

Placa: PCK9344 Marca/modelo: HONDA/CG 160 TITAN EX

Renavam: 01116421787

Ano fabricação: 2017 Chassi: 9C2KC2210HR011306

Tipo de veículo: Motocicleta

Espécie: Passageiro Categoria: Particular

Cor: Vermelha

Manobra no momento do acidente: Seguindo o fluxo, na faixa de rolamento

Informações complementares: O veículo foi entregue ao detentor do CRLV, parente do condutor e proprietário, Eraldo Soares de Lima Neto, RG 7251022/SDS/PE. Registre-se que não foi preservada a posição final de V1, após a colisão, não tendo sido, em virtude disso, realizada a amarração deste.



Assinatura
eletrônica

Documento assinado eletronicamente por PEDRO MORAIS, matrícula 1970025, Policial Rodoviário Federal, em 28/01/2020, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2016.
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/navegabaautenticar>, informando o protocolo 20003658B01 e o número de controle B8VE6C5CDE5EDCCF8519C4AD6939N3.

191



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 20003658B01

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

Veículo: V1 / HONDA/CG 160 TITAN EX
Nome do Agente: PEDRO MORAIS

Placa: PCK9344
Matrícula do Agente: 1970035

Nº BOAT: 20003658B01
Data: 19/01/2020

Item	Descrição do Item	Valor	Item danificado no acidente		
			Sim	Não	NA
1	Garfo dianteiro			X	
2	Mesa superior da suspensão dianteira			X	
3	Mesa inferior da suspensão dianteira			X	
4	Coluna de direção			X	
5	Chassi			X	
6	Garfo traseiro			X	
7	Eixo traseiro (triclícos)			X	

Dano de Monta: Pequena

V1 - Imagens Obrigatórias



IMAGEM DA LATERAL DIREITA



IMAGEM DA TRASEIRA



IMAGEM DA LATERAL ESQUERDA



IMAGEM DA FRENTE



Documento assinado eletronicamente por PEDRO MORAIS, matrícula 1970035, Polícia Rodoviária Federal, em 28/01/2020, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.220-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.
A autenticidade deste documento pode ser confirmada no site <http://www.prf.gov.br/mrcibai/autenticar>, informando o protocolo 20003658B01 e o número de controle BB9F6C5CDE3EDCCF651BC4AD6939A9.

191



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 20003658B01

V1 - Proprietário

Nome: ANDRE LUIZ ROCHA DA SILVA
Email:
Endereço: RECIFE-PE

CPF/CNPJ: 107.984.854-18
Telefone:

V1C - CONDUTOR DE V1 - ANDRE LUIZ ROCHA DA SILVA

V1C - Informações

Nome: ANDRE LUIZ ROCHA DA SILVA
CPF: 107.984.854-18
Estado físico: Lesões Leves

Data de Nascimento: 21/09/1994
Sexo: Masculino
Usava capacete: Ignorado

V1C - Dados da Habilitação para Conduzir Veículo Automotor

Categoria: AB

Primeira habilitação: 05/05/2017

Nº Registro: 06837306713

UF: PE

Vencimento da habilitação: 27/05
/2021

Motorista profissional: Não

Observações CNH: 99 - sem
observações

V1C - Alterações da Capacidade Motora

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

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

V1C - Dados do Contato

Endereço: RUA VICENTINA, 0000000039, CASA, AGUA FRIA, RECIFE-PE
Telefone:

Email:

E1 - PEDESTRE - NÃO IDENTIFICADO

E1 - Informações

Nome:
Envolvimento: Pedestre
Estado físico: Lesões Graves
Informações complementares: Foi colhido apenas o nome do pedestre.

Data de Nascimento:
Sexo: Masculino

José Inácio Monteiro

E1 - Alterações da Capacidade Motora

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

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

E1 - Dados do Contato



Documento assinado eletronicamente por PEDRO MORAIS, matrícula 1970035, Polícia Rodoviária Federal, em 28/01/2020, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 4º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/imprensa/autenticar>, informando o protocolo 20003658B01 e o número de controle 889E6C5CDE3EDCCF851BC4AD6939AD.

191



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 20003658B01

Endereço:

Telefone:

Email:

E2 - PEDESTRE - CIZENANDO INACIO MONTEIRO

E2 - Informações

Nome: CIZENANDO INACIO MONTEIRO

Data de Nascimento: 02/08/1950

Envolvimento: Pedestre

CPF: 613.582.234-91

Sexo: Masculino

Estado físico: Morto

Informações complementares: Número de Identificação do cadáver: 102594.

E2 - Alterações da Capacidade Motora

Foi possível realizar teste do etilômetro: Não

Condutor se recusou a realizar o teste: Não

Visíveis sinais de embriaguez: Não

Sinais de uso de substâncias psicoativas: Não

E2 - Dados do Contato

Endereço: CANDEAIS, SN, RURAL, PASSIRA-PE

Telefone:

Email:



Documento assinado eletronicamente por PEDRO MORAIS, matrícula 199000, Policial Rodoviário Federal, em 26/01/2020, conforme horário oficial do Brasil, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 6 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 51-DG, de 13 de novembro de 2015.
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novotabautenticar>, informando o protocolo 20003658B01 e o número de controle B8F6E6C5CDE3EDCCF8518C4AD6939AD.

191



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 20003658B01

Endereço:

Telefone:

Email:

E2 - PEDESTRE - CIZENANDO INACIO MONTEIRO

E2 - Informações

Nome: CIZENANDO INACIO MONTEIRO

Data de Nascimento: 02/08/1950

Envolvimento: Pedestre

CPF: 613.582.234-91

Sexo: Masculino

Estado físico: Morto

Informações complementares: Número de Identificação do cadáver: 102594.

E2 - Alterações da Capacidade Motora

Foi possível realizar teste do etilômetro: Não

Condutor se recusou a realizar o teste: Não

Visíveis sinais de embriaguez: Não

Sinais de uso de substâncias psicoativas: Não

E2 - Dados do Contato

Endereço: CANDEAIS, SN, RURAL, PASSIRA-PE

Telefone:

Email:



Documento assinado eletronicamente por PEDRO MORAIS, matrícula 1970035, Policial Rodoviário Federal, em 28/01/2020, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e no inciso II do parágrafo IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 12 de novembro de 2015.
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobal/autenticar>, informando o protocolo 20003658B01 e o número de controle B89E6C5CDE3E0CC27518C4AD6934A0.

191

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - Escolha o(s) tipo(s) da cobertura: ☐ DADS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: _____ 3 - CPF da vítima: 613.345.964-68 4 - Nome completo da vítima: JOSE INACIO MONTEIRO

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo: JOSE INACIO MONTEIRO 6 - CPF: 613.345.964-68
7 - Profissão: RECUSA 8 - Endereço: RUA TENTE ESQUECER 9 - Número: 1 10 - Complemento: A
11 - Bairro: CRUZ DE REBOUCAS 12 - Cidade: SGARRASSU 13 - Estado: PE 14 - CEP: 53620142
15 - E-mail: RECUSA 15 - Tel.(DDD): 81985492354

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 9 A 35 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: 2191 CONTA: 00048320 3
(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 do 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 (na Civil) ☐ Divorçado ☐ 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 (ou nascos)? ☐ 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 - Impresão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado
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 - 1º Nome: _____ CPF: _____
Assinatura da testemunha
39 - 2º Nome: _____ CPF: _____
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: SGARRASSU 20 de Agosto de 2020
JOSE INACIO MONTEIRO
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)
42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)
43 - Assinatura do Procurador (se houver)

SENHA DA REGULAÇÃO:



CRACHA

NEPI-HR

24/01/2020

Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
Hospital da Restauração

Ficha de Atendimento

ETIQUETA

PRÓTESE

Nº PRONTUÁRIO: 1709472	Data e Hora de Atendimento: 20/01/2020 01:36	Local de Entrada: EMERGENCIA GERAL
Atendimento Manual:		
Nº. ATEND.: 1538633	Paciente: JOSE INACIO MONTEIRO SIC	Nm. Social:
Data de nascimento: 11/08/1957	Idade: 62a 5m 9d	Sexo: MASCULINO
Estado Civil: SOLTEIRO	Profissão:	Acompanhante: MARIA APARECIDA INACIO M
DOC ID / Data expedição 1693849 /	Mãe: ANTONIA CABRAL MONTEIRO Pai: MANOEL INACIO MONTEIRO	Cartão SUS:
Endereço: RUA TENTE ESQUECER Bairro: ENCANTO IGARASSU Cidade: IGARASSU	UF: PE	Telefone: 973190913
Ocorrências:		
Motivo do atendimento: VITIMA DE ATROPELAMENTO		
Procedência: HOSPITAL MIGUEL ARRAES		
Informações do Serviço Social:		
Confirmação de nome:	Fones:	Assistente Social
Confirmação de endereço:		
Providências: Alta ☐ Caso Social ☐		
Encaminhamentos: Rede de Apoio ☐ GPCA ☐ Cons. Tutelar ☐ Delegacias ☐ Minist. Público ☐		
Outros ☐		
Observação:	Assistente Social	
# N 12 #		
História Clínica:		
Paciente vítima de atropelamento há 8 horas, SI queixa de perda de consciência e vômitos. Refere estar em antebraço ①. Rupelous isofotocagentes bilaterais. Base mobilizada dos quatro membros. C.C. G		
Atendimento Médico		
Perda de consciência: Sim ☐ Não ☐	Episódio Emético: Sim ☐ Não ☐	Acidente de Trabalho: Sim ☐ Não ☐
Acidente de Trânsito: Sim ☐ Não ☐	Tipo:	Transporte realizado Por:
Imobilização Cervical: Sim ☐ Não ☐	Sofreu Queda: Sim ☐ Não ☐	Altura:
Condições de imobilização adequadas: Sim ☐ Não ☐	Por Que?	
Exame Físico:		
A: Geral	Via aérea está pervia: Sim ☒ Não ☐	O paciente fala: Sim ☒ Não ☐ Temp:
B: Respiratório		
C: Circulatório		
PA: X mm	Pulso: 85 bpm	
RCR-2T BUF 51.5.		

