



Número: **0082038-37.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 30ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **29/12/2020**

Valor da causa: **R\$ 7.762,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
JOSE INACIO MONTEIRO (AUTOR)	PAULO ANTONIO COELHO CASTOR (ADVOGADO)
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)	
COMPANHIA EXCELSIOR DE SEGUROS (REU)	
HENRIQUE AUGUSTO LEITE MARQUES (PERITO)	

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
75226 955	15/02/2021 13:36	<u>ANEXO 1</u>	Outros (Documento)

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



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 15/02/2021 13:36:01
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21021513360158800000073725395>
Número do documento: 21021513360158800000073725395

Num. 75226955 - Pág. 1

www.credicard.com.br SAC 0800 720 0031



CTC RECIFE PE/PL2

PC-11

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



7211054230306E30000000029730 291119

Postagem: 29/11/2019
Vencimento: 11/12/2019
Emissão: 27/11/2019

Fechamento próxima fatura: 27/12/2019

Atenções:

corrobórico

fatura, inci

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

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

vencimento

A) pagamento total

B) pagamento mínimo



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 15/02/2021 13:36:01
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21021513360158800000073725395>
Número do documento: 21021513360158800000073725395

Num. 75226955 - Pág. 3



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/BIBLIOTECAWEB/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 folha 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.

³ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO, ⁷ 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 CIUS 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 N° 613.395.969, 68,

do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima À MESA

Inscrito (a) no CPF sob o N° _____, 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 à 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 PO DE CARVALHO NETO</u>		
Bairro:	<u>CENTRO</u>	Cidade:	<u>IGUAÇU</u>
E-mail:	<u>RECUSA</u>	Estado:	<u>PE</u> CEP: <u>53610433</u> Tel.(DDD): <u>81985992354</u>

Local e Data: IGUAÇU 30 DE AGOSTO DE 2020

Hanse Lindbergh Cius de Souza

Assinatura do Declarante

DLDRL001 V001/2017



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 15/02/2021 13:36:01
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21021513360158800000073725395>

Número do documento: 21021513360158800000073725395

Num. 75226955 - Pág. 4

SENHA DA REGULAÇÃO:

ATT
NEPI-HR
24/01/2020

Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco

Hospital da Restauração

Ficha de Atendimento

CRACHA

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 Data de nascimento: 11/08/1957 Estado Civil: SOLTEIRO DOC ID / Data expedição 1693849 /	Paciente: JOSE INACIO MONTEIRO SIC Idade: 62a 5m 9d Profissão: Mãe: ANTONIA CABRAL MONTEIRO Pai: MANOEL INACIO MONTEIRO	Nm. Social: Sexo: MASCULINO Acompanhante: MARIA APARECIDA INACIO M Cartão SUS: Endereço: RUA TENTE ESQUECER Bairro: ENCANTO IGARASSU Cidade: IGARASSU Número 1 Complemento: 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 <input type="checkbox"/> Caso Social <input type="checkbox"/> Encaminhamentos: Rede de Apoio <input type="checkbox"/> GPCA <input type="checkbox"/> Cons.Tutelar <input type="checkbox"/> Delegacias <input type="checkbox"/> Minist. Público <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/>				
Observação: # N 18 #	Assistente Social			
História Clínica: Paciente vítima de atropelamento há 8 horas, SI queixas de perda da consciência e vômitos. Referiu dor em antebraço D. pupilas isoféricas bilaterais. Boa mobilidade dos quatro membros. C.C G				
Atendimento Médico				
Perda de consciência: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Episódio Embólico: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Acidente de Trabalho: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Acidente de Trânsito: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Tipo: Imobilização Cervical: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sofreu Queda: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Altura: Condições de imobilização adequadas: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Por Quê?	Transporte realizado Por:			
Exame Físico:				
A: Geral	Via aérea está pélvia: Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	O paciente fala: Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Temp:	
<i>Buz, constat, espneico.</i>				
<i>B: Respiratório MV^Q A_{ST} 31 R</i>				
C: Circulatório	PA: X mm	P脉:	85	bpm
<i>RCR - 2T BUF 515.</i>				



D: Exame Neurológico	Deficiência motora:	MSD <input type="checkbox"/> MSE <input type="checkbox"/> MID <input type="checkbox"/> MIE <input type="checkbox"/>	Pupilas:	Isocônicas <input type="checkbox"/> Anisocônicas <input type="checkbox"/>	
Glasgow: Abertura Ocular Escore: 4	Hora: 4	Glasgow: Resposta Verbal Escore: 3	Hora: 3	Glasgow: Resposta Motoria Escore: 6	Hora: 6

(S)

2111-304

E: Exposição/Abdômen:

Plano, lúpoxial, flácido, indolor a palpação

Diagnóstico Inicial:	Poli-traumatizado	Cod. Procedimento
----------------------	-------------------	-------------------

Conduta:	① Avaliação do C.G. ② Observação da UCR	Ass. Médico
		rita Mota m: 19281-PE Médica urocirurgia?

Evolução de Enfermagem:	Ass. Enfermagem
-------------------------	-----------------

Definição do Caso:	Condição de Alta:
<input type="checkbox"/> Internamento <input type="checkbox"/> Cirurgia <input type="checkbox"/> Óbito <input type="checkbox"/> Termo de Alta a Pedido <input type="checkbox"/> Evadiu-se <input type="checkbox"/> Alta	<input type="checkbox"/> Curado <input type="checkbox"/> Melhorado
Internado na Clínica:	<input type="checkbox"/> Inalterado <input type="checkbox"/> Piorado
Transferido para:	<input type="checkbox"/> 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 nosocomio, 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

#CIR 35001#

20/01/2020

03h → Recado trazido signatário na sua casa. Rx TORAX SI OCT.

to dia: 03/01/2020, 11:00:00:000
Assist. Dr. Fábio Zanotto/Palo Alto

Obs: Flacidez, desorientado, indiferente.





MIGUEL ARRAES

IMIP
Instituto de Medicina Integral
Prof. Fernando Figueiredo

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 TERÇ 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/CNH-PE: 9624

ASSINATURA DO MÉDICO, CARIMBO E CRM

Estrada da Fazendinha, S/N, Jaguaribe, CEP: 53400-000, Paulista - PE



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 15/02/2021 13:36:01
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21021513360158800000073725395>
Número do documento: 21021513360158800000073725395

Num. 75226955 - Pág. 7



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



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 OROPEDEIA
2) ANTIBIOTICO

Encaminhado para:

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

CRM-EPE 29.148
Dr. Sérgio Nogueira
Medicôco

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.

Av. Agamenon Magalhães, S/N - Derby - Recife - PE CEP 52.010-040
Fones (0XX)81 - 3181-5400





Estrada do Encanamento, 61 - Paracaimirim
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)
N. 062546

1º Via Fixa

1209472

Hospital H R Convênio: SUS Cidade: Recife
Nome do Paciente: José Trácio Montes Data da Cirurgia: 20.01.2021
Médico: _____ Membro Operado: _____

MATERIAL	ESPECIFICAÇÃO	QUANT.	LOTE
e: 035918 Código: F0211363 SISTEMA DE FIXAÇÃO OSSEO SARTORI - COLLES 160. ESTERIL Fab.: 05/12/2019 Val.: 12/2024 Registro Anvisa N° 80083650031 Material ACO INOX/ALUMÍNIO			
Luz Guilherme Sartori & Cia Ltda - EPP CNPJ: 04.861.623/0001-00 - Rio Claro / SP Tel: +55 19 3538-1910 info@sartori.ind.br			
Lote: 035985 Código: AF35 3 450 PINHO INTRAMEDULAR OSSEO - R X D X 2,5 X 100 X 7	Lote: 035555 Código: AF15 3 440 PINHO INTRAMEDULAR OSSEO - R X D X 2,5 X 100 X 7		
Fab.: 05/12/2019 Val.: 12/2024 Registro Anvisa N° 80083650026 Material ACO INOX F138	Fab.: 05/12/2019 Val.: 12/2024 Registro Anvisa N° 80083650026 Material ACO INOX F138		
Luz Guilherme Sartori & Cia Ltda - EPP CNPJ: 04.861.623/0001-00 - Rio Claro / SP Tel: +55 19 3538-1910 info@sartori.ind.br	Luz Guilherme Sartori & Cia Ltda - EPP CNPJ: 04.861.623/0001-00 - Rio Claro / SP Tel: +55 19 3538-1910 info@sartori.ind.br		

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

Enfermaria/Leito

Registro

Tese Inacio

JX09472

EVOLUÇÃO CLÍNICA

20/01/2020 X fraturado op: 15
victima de atropelamento
Má 90 dias, agudizando
desformidade em punho direito.
Ao ex físcico desvio de braço
punção em punho direito.
com desformidade e edema.
Pulso e muscular fraco do
braço direito com dor.
CD: galo fino palmar. Apun-
do libusco > VCP. Acompa-
nhamento traumático.
Cefalotina 2g.

Dr. Sérgio Belchior
Ortopedia e Traumatologia
CRMPE 2778

20/01/2020

CG

CM 3sh

HO: Fratura fechada da MSD

Oftalmoma

Paciente vítima de atropelamento evoluíu hemodinâmi-
camente estável querendo-se de dor em MSD e em
face lateral da perna D. Nega dispneia, dor torácica ou
abdominal.

AO exame FG regular, corrente, orientado, erado,
bem perfundido

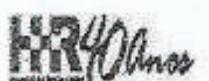
duritivo

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

22.01.20

medicamento. COD. 0123





REGISTRO DE ENFERMAGEM CENTRO CIRÚRGICO HR

PACIENTE: José Inacio REGISTRO: 1709472
 IDADE: 69 SEXO: MASC F) SETOR DE PROCEDÊNCIA: Urgência

1-EQUIPE CIRÚRGICA

CIRURGÃO: Dra. Rosângela Vargas ANESTESISTA: Dr. Renato
 1º AUXILIAR: _____ 2º AUXILIAR: _____ INSTRUMENTADOR: _____
 ENFERMEIRA: Juliana CIRCULANTE: Silvana

2-DADOS DA CIRURGIA:

CIRURGIA: Trauma de pulmão INÍCIO: 11:15 TÉRMINO: 13:00
 TIPO DE ANESTESIA: Sedado + Bloqueio INÍCIO: 11:15 TÉRMINO: 13:30

3-DADOS PRÉ-OPERATÓRIOS

ESTADO GERAL: SIM REGULAR GRAVES NÍVEL DE CONSCIENCIA: CONSCIENTE ORIENTADO SONOLÉTICO SEDADO INCONSCIENTE
 RESPIRAÇÃO: ESPONTÂNEA EXTUBADO TRAQUEOSTOMIZADO CIRCULAÇÃO: FREQUÊNCIA CARDÍACA: PULSOS: PA:
 PELE INTEGRAL LESÕES DIURESE: ESPONTÂNEA SONDA DISPOSITIVO URINÁRIO ALERGIA: PERTINÊNCIAS:
 PREPARO PARA CIRURGIA: BANHO PRÉ-OP: TRICOTOMIA: MARCAÇÃO DO SITIO CIRURGICO: SIM: NÃO: PROTESE DENTÁRIA: SIM: NÃO:

4-TRANS-OPERATÓRIO

POSIÇÃO: FOWLER LATERAL DORSAL VENTRAL BIECOLOGRICA PROTEÇÃO OCULAR: SIM: NÃO: LOCAL DE PLACA CIRÚRGICA: _____
 CONTAGEM DE COMPRESAS: INÍCIO: 15 FINAL: 15 CONTROLE DE PERFUROS: FIO AGULHA: INÍCIO: 5 FINAL:
 ANTIBIÓTICO PROFILÁTICO: SIM: NÃO: QUAI: Vifor 3000 HORA: 11:00 PREENCHEU COTA: SIM: NÃO:
 GARROTEAMENTO: SIM: NÃO: TEMPO DE GARROTE: INÍCIO: 11:30 FINAL: 13:15
 CONTAGEM DE INSTRUMENTOS: Sis CONFIRMADO POR: Saudre + Linc HORA: 13:30

5-EQUIPAMENTOS MATERIAIS

MONITOR: OXIMETRÔ CAPNOGRAFO: PNU: ASPIRADOR MONTADO: MANTA TERMICA: AP.VIDEO: TORPEDO DE NITROGÉNIO: TORPEDO DE CO2: BISTURI ELÉTRICO: MICOSCÓPIO: CAVITRON: INTENSIFICADOR: BOMBA DE INFUSÃO: DIPRIFUSOR: ESTIMULADOR DE NERVOS: DERMATOMO: BISTURI ULTRASSÔNICO:
 INSTRUMENTOS CONSEGUNCIADOS 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 PÚBLICA, DEU ENTRADA NA URGENCIA COM FERIMENTO EM REGIÃO DE PUNHO DIREITO + DEFORMIDADE + CREPTAÇÃO, NEUROLOGICO E VASCULAR PRESERVADO.

HD: FRATURA EXPOSTA RÁDIO DISTAL DIREITO
REALIZADO LIMPEZA CIRÚRGICA + FIXADOR EXTERNO TIPO COLLES EM PUNHO DIREITO

CHAMADA ORTOPEDIA

minut. 00:
29.01.20
Jucille
Dr. Stanley Napoléon
Médico
CRM/PE 29.148





SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO



RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

PERNAMBUCO

DD
TIPC
DAT

Unidade de Saúde : HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

Paciente :	<i>Jean Thales Montero</i>	Nº do Registro :
Clinica :	<i>Otorrino</i>	Nº do Leito :
Operador :	<i>Dr. Rodrigo Patrick</i>	
1º Assistente :	<i>Dr. Júnior</i>	2º Assistente :
Instrumentador :		
Anestesia :	Duração :	
Data da Operação :	<i>20/01/2020</i>	Início :
	Fim :	

Diagnóstico Pré-Operatório : *Fratura distal de osso do metacarpo direito*Diagnóstico Pós-Operatório : *Auxílio;*Operação Proposta : *Tratamento emergencial profissional*
*do osso do metacarpo direito*Operação Realizada : *Auxílio;*

DESCRÍÇÃO DO ATO OPERATÓRIO

1. Foi em uso sob bloqueio de placa + sedação;
2. Aspira + antiséptico + operação de campo articular;
3. Realizado incisão em face da fratura + divulsões nos planos + limpeza exaustiva com 5% 0,9% + desbridamento das faces da fratura + fixação com fixador externo de collens + FRANKE com 02 KIO M.
4. Realizado sutura por placa + curativo clássico

*DR. RODRIGO PATRICK
ORL - OTO - RIN*

COD. 0342





Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 15/02/2021 13:36:01
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21021513360158800000073725395>
Número do documento: 21021513360158800000073725395

Num. 75226955 - Pág. 14



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 15/02/2021 13:36:01
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21021513360158800000073725395>
Número do documento: 21021513360158800000073725395

Num. 75226955 - Pág. 15



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
RESIDENTE NOME	1.693.849
07/05/2015	
<< JOSÉ INÁCIO MONTEIRO >>	
<< MANOEL INACIO MONTEIRO >>	
<< ANTONIA CABRAL MONTEIRO >>	
RESIDÊNCIA LIMOEIRO - PE	DATA DE NASCIMENTO 11/08/1957
<< CN.16717.1.55.F.203V CART LIMOEIRO-PE 20.12.1998 >>	
613.3HS.984-65	
MANUFATURA DO DOCUMENTO 07/05/2015	



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 15/02/2021 13:36:01
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21021513360158800000073725395>
Número do documento: 21021513360158800000073725395

Num. 75226955 - Pág. 16

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 FENIX ESQUECER 3 A - CRUZ DE REBOUÇAS
IGARASSU - PE

OUTORGADO:

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

Pelo presente instrumento particular de procuração, nomeo 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

José Inácio 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

CPF de: Próprio

Data do acidente: 19/01/2020

Titular do CPF: JOSE INACIO MONTEIRO

Seguradora: INVESTITPREV SEGUROS E PREVIDENCIA

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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

HANSE LINDBERGHT LINS DE SOUZA

Steffany Caroliny Lins Veloso



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 15/02/2021 13:36:01
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21021513360158800000073725395>
Número do documento: 21021513360158800000073725395

Num. 75226955 - Pág. 19



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

Rio de Janeiro, 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

Carta nº 16063119

Pag. 012990/1300 - carta_01 - INVALIDEZ



00010650



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 15/02/2021 13:36:01
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21021513360158800000073725395>
Número do documento: 21021513360158800000073725395

Num. 75226955 - Pág. 20



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

Rio de Janeiro, 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 LINDBERGHT LINS DE SOUZA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOSE INACIO MONTEIRO

Informações que os pagamentos da

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%

% Invalides Permanentes 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 POUPANCA

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, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalididade 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

DADOS CADASTRAIS

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

NÃO ALFABETIZADO

TESTEMUNHAS

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

2 - N° 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 (VITIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo: JOSE INACIO MONTEIRO 6 - CPF: 613.345.964-68
 7 - Profissão: RECUSO 8 - Endereço: RUA TENTO ESQUECER 9 - Número: 1 10 - Complemento: A
 11 - Bairro: CRUZ DE REGOUCAS 12 - Cidade: CRUZ DE REGOUCAS 13 - Estado: PE 14 - CEP: 53620142
 15 - E-mail: RECUSO 16 - Tel.(DDD): 81985492359

DAÓS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VITIMA/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)

<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)	<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos)
<input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341)	Name do BANCO: _____
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	AGÊNCIA: <input type="text"/> CONTA: <input type="text"/> (Informar o dígito se existir)
AGÊNCIA: <input type="text"/> CONTA: <input type="text"/> (Informar o dígito se existir)	AGÊNCIA: <input type="text"/> CONTA: <input type="text"/> (Informar o dígito se existir)

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

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 Lider 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 rendição 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 da óbito da vítima: _____

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

28 - Vítima: Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: Sim Não 30 - Vítima deixou herdeiros (nascidos): Sim Não 31 - Vítima teve irmãos? Sim Não 32 - Se tinha Irmãos, informar Vivos: Falecidos: Sim Não 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

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

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: 20 de Maio de 2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

0007/2014



PRF

The letters "PRF" are written vertically in large, bold, dark blue capital letters on the left side of the page.

BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

PROTÓCOLO: 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





MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
PÓLICIA RODOVIÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTÓCOLO Nº 20003658B01

INFORMAÇÕES GERAIS

Data: 19/01/2020 Hora: 18:45 Municipio: 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	Canteiro Central: Sim
Condição meteorológica: Céu Claro	Fase do dia: Plena Noite

IMAGENS PANORÂMICAS



SENTO DECRESCENTE



SENTO 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 seguia 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, Policial Rodoviário Federal, em 28/01/2020, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 1º da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8539, de 8 de outubro de 2016 e no 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/hotsite/validador>, informando o protocolo 20003658B01 e o número de controle BB966C5CDE3EDCCF851BC4AD6939A0.

191



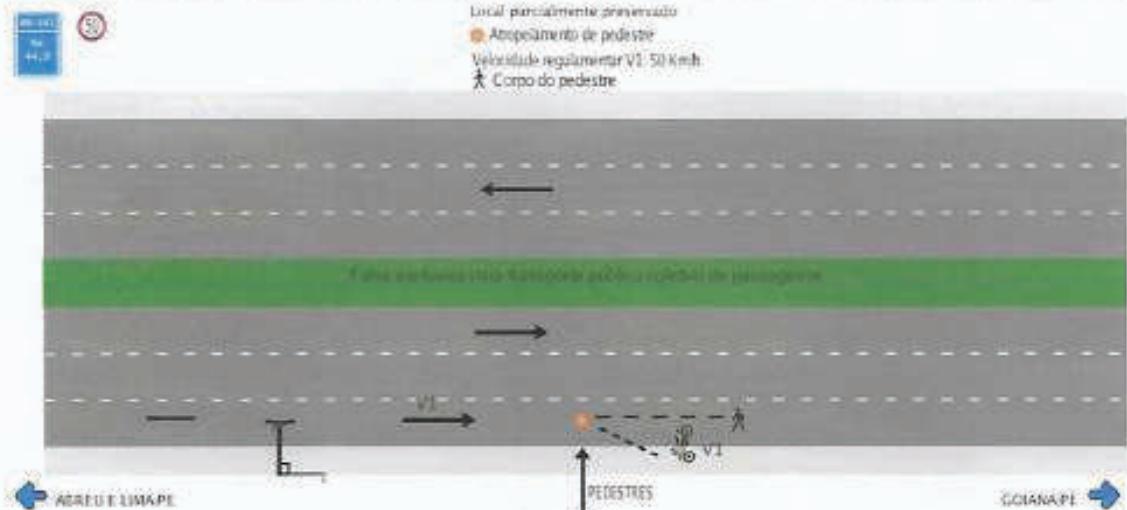


MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
PÓLICIA RODOVIÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTÓCOLO N° 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 PÉDRO MORAES, matrícula 1170035, Policial Rodoviário Federal, em 28/01/2021, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória N° 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto N° 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do Inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa N° 61-DG, de 13 de novembro de 2015.
A autenticidade desse documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/nova/bat/autenticar>, informando o protocolo 20003658B01 e o número de controle BB9E8C5CDE3EDCF851BC4AD619940.

191





MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
PÓLICIA RODOVIÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTÓCOLO N° 20003658B01

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

Renavam: 01116421787

Ano fabricação: 2017 Chassi: 9C2KC2210HR011306

Tipo de veículo: Motocicleta

Especie: 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.



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. 4º da Decreto nº 5.539, de 8 de outubro de 2005 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa nº 61-DG, de 13 de novembro de 2019.

A autenticidade desse documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/meusbus/autenticar>, informando o protocolo 20003658B01 e o número de controle BBWE6C5CDE3EDCCF6519C4AD69390.

191





MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
PÓLICIA RODOVIÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTÓCOLO N° 20003658B01

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

Veículo: V1 / HONDA/CG 160 TITAN EX

Placa: PCK9344

Nº BOAT: 20003658B01

Nome do Agente: PEDRO MORAIS

Matrícula do Agente: 1970035

Data: 19/01/2020

Item	Descrição do Item	Valor	Item danificado no acidente		
			Sim	Não	N/A
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 (triciclos)		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, Policial Rodoviário Federal, em 28/01/2020, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 1º da Medida Provisória N° 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 8º do Decreto N° 6.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do Inciso V do art. 2º da Instrução Normativa N° 61-DG, de 11 de novembro de 2015.
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://view.prf.gov.br/novaobustestejar>, informando o protocolo 20003658B01 e o número de controle BBWE6SGCE3EDCCF6518C4AD69399.

191





MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
PÓLICIA RODOVIÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 20003658B01

V1 - Proprietário

Nome: ANDRE LUIZ ROCHA DA SILVA

CPF/CNPJ: 107.984.854-18

Email:

Telefone:

Endereço: RECIFE-PE

V1C - CONDUTOR DE V1 - ANDRE LUIZ ROCHA DA SILVA

V1C - Informações

Nome: ANDRE LUIZ ROCHA DA SILVA

Data de Nascimento: 21/09/1994

CPF: 107.984.854-18

Sexo: Masculino

Estado físico: Lesões Leves

Usava capacete: Ignorado

V1C - Dados da Habilitação para Conduzir Veículo Automotor

Categoria: A8

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

Condutor se recusou a realizar o teste: Não

Visíveis sinais de embriaguez: Não

Sinais de uso de substâncias psicoativas: Não

V1C - Dados do Contato

Endereço: RUA VICENTINA, 000000039, CASA, AGUA FRIA, RECIFE-PE

Telefone: Email:

E1 - PEDESTRE - NÃO IDENTIFICADO

E1 - Informações

Nome:

Data de Nascimento:

Envolvimento: Pedestre

Sexo: Masculino

Estado físico: Lesões Graves

Informações complementares: Foi colhido apenas o nome do pedestre José Inácio Monteiro.

E1 - 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

E1 - Dados do Contato



Documento assinado eletronicamente por PEDRO MORAIS, matrícula 1970035, Policial Rodoviário Federal, em 28/07/2020, conforme horário oficial do Brasil, com fundamento no § 2º do art. 1º da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 4º do Decreto Nº 6.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do Inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2018.
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/informesautenticar>, informando o protocolo 20003658B01 e o número de controle 889E6C5C0E3ED0CF851BC4AD6939AB.

191





MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
PÓLICIA RODOVIÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO N° 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 MORAES, matrícula 199000, Policial Rodoviário Federal, em 28/01/2020, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória N° 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto N° 5.359, de 6 de outubro de 2005 e na alínea b) em inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa N° 51-DG, de 13 de novembro de 2015.
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/validarautenticar>, informando o protocolo 20003658B01 e o número do controle 8BNE/C5GDE3EDCCF851BC4AD929A0.

191





MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
PÓLICIA RODOVIÁRIA FEDERAL



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
Visíveis sinais de embriaguez: Não

E2 - Dados do Contato

Endereço: CANDEAIS, SN, RURAL, PASSIRA-PE
Telefone: Email:



191



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

DADOS CADASTRAIS

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

NÃO ALFABETIZADO

TESTEMUNHAS

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

2 - N° 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 (VITIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo: JOSE INACIO MONTEIRO 6 - CPF: 613.345.964-68
 7 - Profissão: RECUSO 8 - Endereço: RUA TENTO ESQUECER 9 - Número: 1 10 - Complemento: A
 11 - Bairro: CRUZ DE REGOUCAS 12 - Cidade: CRUZ DE REGOUCAS 13 - Estado: PE 14 - CEP: 53620142
 15 - E-mail: RECUSO 16 - Tel.(DDD): 81985492359

DAÓS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VITIMA/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)

<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)	<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos)
<input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341)	Name do BANCO: _____
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	AGÊNCIA: <input type="text"/> CONTA: <input type="text"/> (Informar o dígito se existir)
AGÊNCIA: <input type="text"/> CONTA: <input type="text"/> (Informar o dígito se existir)	AGÊNCIA: <input type="text"/> CONTA: <input type="text"/> (Informar o dígito se existir)

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

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 Lider 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 rendição 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 da óbito da vítima: _____

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

28 - Vítima: Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: Sim Não 30 - Vítima deixou herdeiros (nascidos): Sim Não 31 - Vítima teve irmãos? Sim Não 32 - Se tinha Irmãos, informar Vivos: Falecidos: Sim Não 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

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

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: 20 de Maio de 2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

0007/2014

SENHA DA REGULAÇÃO:

ATT
NEPI-HR
24/01/2020

Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco

Hospital da Restauração

Ficha de Atendimento

CRACHA

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 Data de nascimento: 11/08/1957 Estado Civil: SOLTEIRO DOC ID / Data expedição 1693849 /	Paciente: JOSE INACIO MONTEIRO SIC Idade: 62a 5m 9d Profissão: Mãe: ANTONIA CABRAL MONTEIRO Pai: MANOEL INACIO MONTEIRO	Nm. Social: Sexo: MASCULINO Acompanhante: MARIA APARECIDA INACIO M Cartão SUS: Endereço: RUA TENTE ESQUECER Bairro: ENCANTO IGARASSU Cidade: IGARASSU Número 1 Complemento: 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 <input type="checkbox"/> Caso Social <input type="checkbox"/> Encaminhamentos: Rede de Apoio <input type="checkbox"/> GPCA <input type="checkbox"/> Cons.Tutelar <input type="checkbox"/> Delegacias <input type="checkbox"/> Minist. Públco <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/>			
Observação: # N 18 #	Assistente Social		
História Clínica: Paciente vítima de atropelamento há 8 horas, S/ queixas de perda da consciência e vômitos. Referiu dor em antebraço D. Pupilas isoféricas bilaterais. Boa mobilidade dos quatro membros. C.C. G.	FATURADA		
Atendimento Médico			
Perda de consciência: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Episódio Embólico: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Acidente de Trabalho: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Acidente de Trânsito: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Tipo: Imobilização Cervical: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sofreu Queda: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Altura: Condições de imobilização adequadas: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Por Quê?	Transporte realizado Por:		
Exame Físico:			
A: Geral Via aérea está pélvia: Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	O paciente fala: Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>		Temp:
<i>Buz, constat, espneico.</i>			
B: Respiratório MV ^Q AAT 31 R			
C: Circulatório PA: X mm	Pulso: 85 bpm		
<i>RCR - 2T BUF 515.</i>			



D: Exame Neurológico	Deficiência motora:	MSD <input type="checkbox"/> MSE <input type="checkbox"/> MID <input type="checkbox"/> MIE <input type="checkbox"/>	Pupilas:	Isocônicas <input type="checkbox"/> Anisocônicas <input type="checkbox"/>	
Glasgow: Abertura Ocular Escore: 4	Hora: 4	Glasgow: Resposta Verbal Escore: 3	Hora: 3	Glasgow: Resposta Motoria Escore: 6	Hora: 6

(S)

2111-304

E: Exposição/Abdômen:

Plano, lúpoxial, flácido, indolor a palpação

Diagnóstico Inicial:	Poli-traumatizado	Cod. Procedimento
----------------------	-------------------	-------------------

Conduta:	① Avaliação do C.G. ② Observação da UCR	Ass. Médico
		rita Mota m: 19281-PE Médica urocirurgia?

Evolução de Enfermagem:	Ass. Enfermagem
-------------------------	-----------------

Definição do Caso:	Condição de Alta:
<input type="checkbox"/> Internamento <input type="checkbox"/> Cirurgia <input type="checkbox"/> Óbito <input type="checkbox"/> Termo de Alta a Pedido <input type="checkbox"/> Evadiu-se <input type="checkbox"/> Alta	<input type="checkbox"/> Curado <input type="checkbox"/> Melhorado
Internado na Clínica:	<input type="checkbox"/> Inalterado <input type="checkbox"/> Piorado
Transferido para:	<input type="checkbox"/> 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 nosocomio, 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

#CIR 35004#

20/01/2020

03h → Recado trazido signatário na sua casa. Rx TORAX SI OCT.

to dia: 03/01/2020, 11:00:00:000
Assist. Dr. Fábio Zanotto/Palo Alto

Obs: Fluxo, débito, indicação

