



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
75226955	15/02/2021 13:36	ANEXO 1	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



credicard



CTC RECIFE PE PL2 PC-11

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



721101423030580000000029780 291119

Postagem: 29/11/2019

Vencimento: 11/12/2019

Emissão: 27/11/2019

Fechamento próxima fatura: 27/12/2019

Total da

Pagares

Saldo fin

Limite

Total d

Atenção:

consultar

fatura, in

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

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/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 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 COAF¹.

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 A MESMA

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

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

☒ Recusa 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 PRISPO 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>53610433</u>	Tel.(DDD): <u>81985992354</u>

Local e Data: IGARASSU 30 DE ABRIL DE 2020

Hanse Lindbergh Cins de Souza
Assinatura do Declarante



SENHA DA REGULAÇÃO:

NEPI-HR

24/01/2020



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco

Hospital da Restauração

Ficha de Atendimento

URACHA

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	Paciente: JOSE INACIO MONTEIRO SIC Idade: 62a 5m 9d Profissão:	Nm. Social: Sexo: MASCULINO 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 <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:	Assistente Social	
# N I R #		
História Clínica: Paciente vítima de atropelamento há 8 horas, SI queixas de perda de consciência e vômitos. Refere dor em antebraços ①. Pupilas isofotéricas bilaterais. Boa mobilidade dos quatro membros. C.C.G.		
Atendimento Médico		
Perda de consciência: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Episódio Emético: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Acidente de Trabalho: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Transporte realizado Por:	
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?		
Exame Físico:		
A: Geral Via aérea está pervia: Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	O paciente fala: Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Temp:
B: Respiratório MUCO ANT S/R		
C: Circulatório PA: X mm	Pulso: 85	bpm
RCR-2T BUF SLS.		



D: Exame Neurológico		Deficiência motora: MSD <input type="checkbox"/> MSE <input type="checkbox"/> MID <input type="checkbox"/> MIE <input type="checkbox"/>		Pupilas: Isocóricas <input type="checkbox"/> Anisocóricas <input type="checkbox"/>	
Glasgow: Abertura Ocular	Score: 4	Glasgow: Resposta Verbal	Score: 5	Glasgow: Resposta Motora	Score: 6
E: Exposição/Abdômen:		Plano, depressível, fígado, indolor a palpação			
Diagnóstico Inicial: Politraumatizado		Cod. Procedimento			
Condução:		Ass. Médico			
1 Avaliação do C.G. 2 Observação de VCR		Ass. Enfermagem			
Evolução de Enfermagem:					

Definição do Caso:		Condição de Alta:	
<input type="checkbox"/> Internamento	<input type="checkbox"/> Cirurgia	<input type="checkbox"/> Curado	<input type="checkbox"/> Melhorado
<input type="checkbox"/> Óbito	<input type="checkbox"/> Termo de Alta a Pedido	<input type="checkbox"/> Inalterado	<input type="checkbox"/> Piorado
<input type="checkbox"/> Evadiu-se	<input type="checkbox"/> Alta	<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 transportes 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

112 558214

20/01/2020

03h

→ Resposta transitória. Sinais vitais em boa posição. Rx Tórax 11/01/20.

As 10h: 03h, 11/01/20, 11/01/2020

AR 11/01/20. ALTA P.O. 11/01/2020/ Paulo Lino

AR 11/01/20, 11/01/2020, 11/01/2020

Assinatura: Paulo Lino
Médico
CRM: 11/01/2020



**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. Tan Lacerda
Ortopedia/Traumatologia
CRM-PE: 23590/CRM-PE: 9624

ASSINATURA DO MÉDICO, CARIMBO E CRM

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



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 29.148

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

Hospital: H R Convênio: SVS Cidade: Recife
Nome do Paciente: Jose Tracio Monteiro Data da Cirurgia: 20-01-2020
Médico: _____ Membro Operado: _____

MATERIAL	ESPECIFICAÇÃO	QUANT.	LOTE
035918 Código: F02 1 163 SISTEMA DE FIXAÇÃO OSSEO SARTORI - COLLES 160 - ESTERIL Fab.: 05/12/2019 Val.: 12/2024 Registro Anvisa Nº 8083650031 Material ACO INOX/ALUMINIO			
Luiz Guilherme Sartori & Cia Ltda - EPP CNPJ: 04.861.623/0001-00 - Rio Claro /SP Tel: +55 19 3538-1910 info@sartori.ind.br			
035985 Código: AF35 3 450 PINO INTRAMEDULAR OSSEO - R XD X 3,0 X 100 X T			
Fab.: 05/12/2019 Val.: 12/2024 Registro Anvisa Nº 8083650026 Material ACO INOX F138			
Luiz Guilherme Sartori & Cia Ltda - EPP CNPJ: 04.861.623/0001-00 - Rio Claro /SP Tel: +55 19 3538-1910 info@sartori.ind.br			
035555 Código: AF35 3 440 PINO INTRAMEDULAR OSSEO - R XD X 2,5 X 100 X T			
Fab.: 05/12/2019 Val.: 12/2024 Registro Anvisa Nº 8083650026 Material ACO INOX F138			
Luiz Guilherme Sartori & Cia Ltda - EPP CNPJ: 04.861.623/0001-00 - Rio Claro /SP Tel: +55 19 3538-1910 info@sartori.ind.br			

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

JK09472

EVOLUÇÃO CLÍNICA

20/01/2020 X Traumatológico 03:15
paciente vítima de atropelamento
na rua, apresentando
deformidade em punho direito.
Ao exame físico apresenta uma
fratura fechada em punho direito,
com deformidade e edema.
Pulsos e neurovascular preservados.
Ao Rx apresenta fratura
de ossos metacarpais do 5º (D3a2).
CD: galeto palmar. Aparar-
do liberação do N.D. Ampla-
mento traumático.
Cefalotina 2p.

Dr. Sérgio Roberto de Mello
Ortopedia e Traumatologia
CREMEP 27787

20/01/2020

CG

04 35h

HD. Fratura fechada do MSD

Peletrauma

Paciente vítima de atropelamento evolui hemodinami-
camente estável queixando-se de dor em MSD e em
face lateral da perna D. Nega dispneia, dor torácica e
abdômenal.

Ao exame EG regular, corado, quente, ereto,
bem perfundido. *durante*

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

22.01.20

cod. 0123





REGISTRO DE ENFERMAGEM CENTRO CIRÚRGICO HR

PACIENTE: <u>Jose Fracis</u>	REGISTRO: <u>1409452</u>
IDADE: <u>62</u>	SEXO: <u>M</u> () F ()
SETOR DE PROCEDENCIA: <u>Urgencia</u>	

1-EQUIPE CIRÚRGICA

CIRURGIÃO: <u>Dr. Bastião / Viny</u>	ANESTESISTA: <u>Dr. Danilo</u>
1ª AUXILIAR: _____	2ª AUXILIAR: _____
INSTRUMENTADOR: _____	ENFERMEIRA: <u>Juliana</u>
CIRCULANTE: <u>Sandra</u>	

2-DADOS DA CIRURGIA:

CIRURGIA: <u>Transp de pumão</u>	INICIO: <u>11:15</u>	TÉRMINO: <u>13:00</u>
TIPO DE ANESTESIA: <u>sedação + bloqueio</u>	INICIO: <u>11:15</u>	TÉRMINO: <u>13:30</u>

3-DADOS PRÉ-OPERATÓRIOS

ESTADO GERAL: <input checked="" type="checkbox"/> BOA () REGULAR () GRAVE ()	NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: <input checked="" type="checkbox"/> CONSCIENTE () ORIENTADO () SONHANTE () SEDADO () INCONSCIENTE ()
RESPIRAÇÃO: <input checked="" type="checkbox"/> ESPONTÂNEA () INTUBADO () TRAQUEOSTOMIZADO ()	CIRCULAÇÃO: FREQUÊNCIA CARDÍACA: _____ PULSO: _____ PA: _____
PELE: ÍNTEGRA () LESIONADA ()	DIURESE: ESPONTÂNEA () SONDA ()
DISPOSITIVO URINÁRIO: _____	ALERGIA: _____
PERTENCES: _____	
PREPARO PARA CIRURGIA: BANHO PRÉ-OP ()	TRICOTOMIA ()
MARCAÇÃO DO SITO CIRÚRGICO: <input checked="" type="checkbox"/> SIM () NÃO ()	PROTESE DENTÁRIA: <input checked="" type="checkbox"/> SIM () NÃO ()

4-TRANS-OPERATÓRIO

POSICÃO: <input checked="" type="checkbox"/> FEMURAL () LATERAL () DORSAL () VENTRAL () GINECOLÓGICA ()	PROTEÇÃO OCULAR: <input checked="" type="checkbox"/> SIM () NÃO ()	LOCAL DE PLACA CIRÚRGICA: _____
CONTAGEM DE COMPRESSAS: INÍCIO: <u>15</u> FINAL: <u>15</u>	CONTROLE DE PERFURAÇÕES: FIO AGULHADO: INÍCIO: <u>5</u> FINAL: <u>5</u>	SIM () NÃO ()
ANTIBIÓTICO PROFILÁTICO: <input checked="" type="checkbox"/> SIM () NÃO ()	QUAL: <u>Vigamox</u>	HORA: _____
PREENCHEU COTA: <input checked="" type="checkbox"/> SIM () NÃO ()		
GARROTEAMENTO: <input checked="" type="checkbox"/> SIM () NÃO ()	TEMPO DE GARROTE: INÍCIO: <u>13:15</u> FINAL: <u>13:15</u>	
CONTAGEM DE INSTRUMENTOS: <u>Sin</u>	CONFERIDO POR: <u>Sandra + Viny</u>	HORA: _____

5-EQUIPAMENTOS/MATERIAIS

MONITOR ()	OXÍMETRO ()	CAPNÓGRAFO ()	PNÚ ()	ASPIRADOR MONTADO ()	MANTA TÉRMICA ()	AP. VÍDEO ()	TORPEDO DE NITROGÊNIO ()	TORPEDO DE CO ₂ ()	BISTURI ELÉTRICO ()	MICROSCÓPIO ()	CAVITRON ()	INTENSIFICADOR ()	BOMBA DE INFUSÃO ()	DIFUSOR ()	ESTIMULADOR DE NERVOS ()	DERMATOMO ()	BISTURI ULTRASSÔNICO ()
INSTRUMENTAIS CONSIGNADOS <input checked="" type="checkbox"/> SIM () NÃO ()																	

6-PEÇA CIRÚRGICA/EXAMES

ANATOMO PATOLÓGICO: <input checked="" type="checkbox"/> SIM () NÃO ()	NOME DA PEÇA: _____	MATERIAL: _____
SOLUÇÃO: _____	IDENTIFICADO POR: _____	
CULTURA: <input checked="" type="checkbox"/> SIM () NÃO ()	EXAMES LABORATORIAIS: <input checked="" type="checkbox"/> SIM () NÃO ()	GASOMETRIA: <input checked="" type="checkbox"/> SIM () NÃO ()
RX: <input checked="" type="checkbox"/> 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 ORTOPIEDIA

cordeiro
29.01.20
Amelia
Dr. Stanley Napoleão
Alôto
CREME 29.148





HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

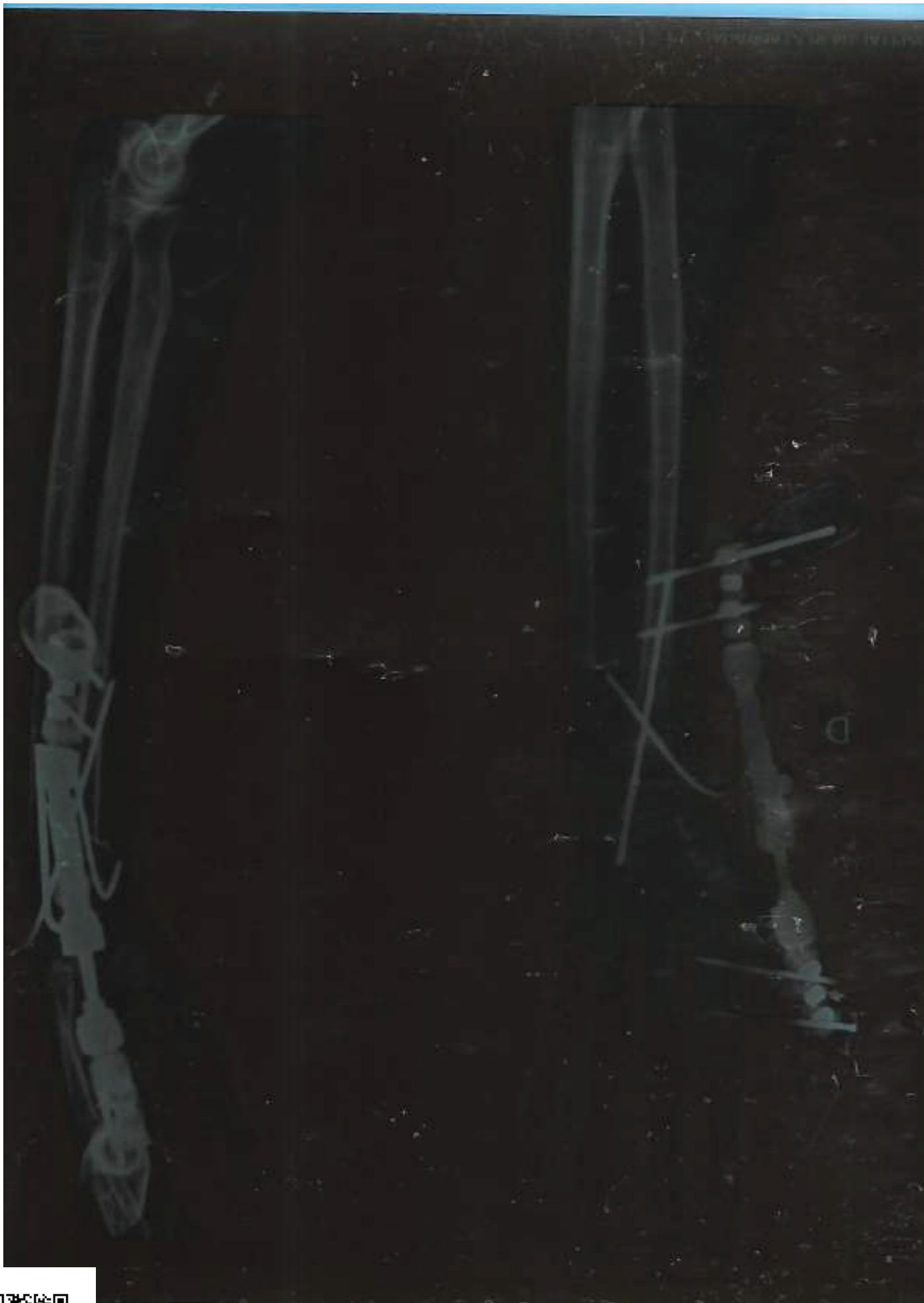
RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

PERNAMBUCO
GOVERNO DO ESTADO

Unidade de Saúde : HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO		
Paciente : <i>Jon Inacio Monteiro</i>	Nº do Registro :	
Clínica : <i>ORTOPEDIA</i>	Nº do Leito :	
Operador : <i>Dr. Rodrigo PASTOR</i>		
1º Assistente : <i>Dr. Junior</i>	2º Assistente : <i>—</i>	
Instrumentador : <i>—</i>	Anestesista : <i>Dr. Renato</i>	
Anestesia :	Duração :	
Data da Operação : <i>20/01/2020</i>	Início :	Fim :
Diagnóstico Pré-Operatório : <i>Fratura distal de omes do antebraço direito</i>		
Diagnóstico Pós-Operatório : <i>sem</i>		
Operação Proposta : <i>Tratamento cirúrgico de fratura distal de omes do antebraço direito</i>		
Operação Realizada : <i>sem</i>		
DESCRIÇÃO DO ATO OPERATÓRIO		
<p>1. Pac. em pos. sup. bloqueio de plexo + sedação</p> <p>2. Assepsia + antisepticos + preparo de campo antiseptico;</p> <p>3. Realizada incisão em foco de fratura + divulgação do plano + limpeza exaustiva com SF0,9% + observar de foco de fratura + fixado com fixador externo de colares + fixador com OR FIO 15.</p> <p>4. Realizado sutura por plano + curativo estéril</p>		
<p>Dr. Antonio Carlos Melo CREMEPE 25.799</p>		

COD. 0342







REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

EX-ALDO DE PONTA VERDE

64M-01



José Inácio Monteiro

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

1.693.849

07/05/2015

« « JOSÉ INÁCIO MONTEIRO » »

« « MANOEL INÁCIO MONTEIRO » »

« « ANTONIA CABRAL MONTEIRO » »

LIMOEIRO - PE

11/08/1957

« « CN.167371-55-F-28TV CART. LIMOEIRO-PE 20.12.1958 » »

613.045.964-65

15/07/16 DE 2008/03



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 DA - CRUZ DE REBOUSAS
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

Data do acidente: 19/01/2020

CPF: 613.345.964-68

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOSE INACIO MONTEIRO

Seguradora: INVESTPREV 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 Carolyn Lins Veloso
CPF: 115.938.994-24

HANSE LINDBERGHT LINS DE SOUZA

Steffany Carolyn Lins Veloso





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. 01299/01300 - carta_01 - INVALIDEZ





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

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) de 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: **3** 10 - Complemento: **A**
11 - Bairro: **CRUZ DE REBOUCAS** 12 - Cidade: **SCARAPASSU** 13 - Estado: **PE** 14 - CEP: **53620142**
15 - E-mail: **RECUSA** 16 - Tel.(DDD): **81985492354**

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

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☐ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção): ☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: **2191** CONTA: **00048320** 3

(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 (a) nascido? ☐ 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: **SCARAPASSU 20 DE ABRIL DE 2020**

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): **JOSE INACIO MONTEIRO**
43 - Assinatura do Procurador (se houver): _____

Assinatura do Representante Legal (se houver)

0007/2010



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 clique em buscar





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	Canteiro 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 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, 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.trf.gov.br/hoje/validar>, informando o protocolo 20003658B01 e o número de controle B896605CDE3EDCCF851BC4AD6939A0.

191





MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL

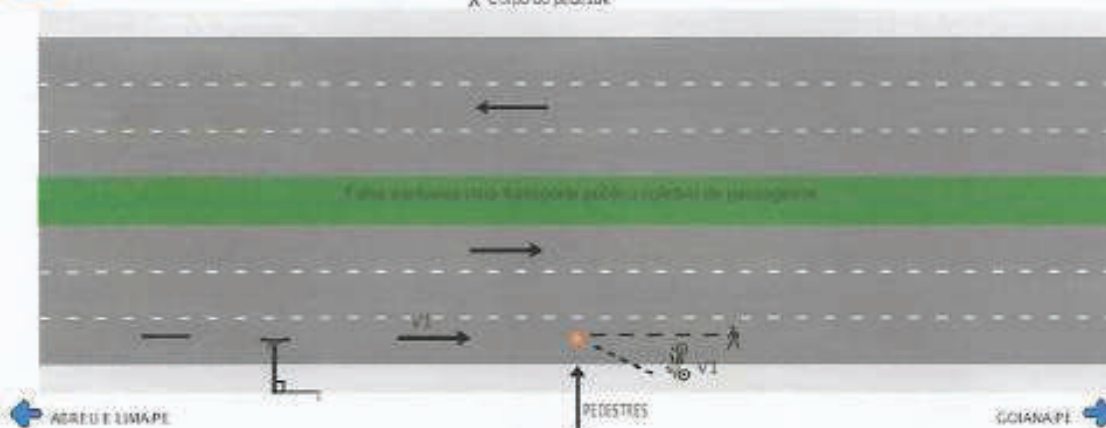


BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 20003658B01

CROQUI DA CENA DO ACIDENTE



Local parcialmente pavimentado
Atropelamento de pedestre
Velocidade regulamentar V1: 50 km/h
Corpo do pedestre



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 MORAIS, matrícula 1970035, Polícia Rodoviária Federal, em 28/01/2021, 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. 8º 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/novoportal/autenticar>, informando o protocolo 20003658B01 e o número de controle BBR5C5CDE1EDC0R851BCARD63940.

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.



Documento assinado eletronicamente por PEDRO MORAIS, matrícula 1970025, 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/validar/autenticar>, informando o protocolo 20003658B01 e o número de controle B8VE6C5CDE3EDCCF651BC4AD6939A.

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

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	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 (triciclos)			X	

Dano de Monto: 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 2.200-2, 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/portal/autenticar>, informando o protocolo 20003658B01 e o número de controle BB9F6C5CDE3EDCCE6510C4AD6939A.

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
UF: PE

Primeira habilitação: 05/05/2017
Vencimento da habilitação: 27/05/2021

Nº Registro: 06837306713
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, José Inácio Monteiro.

Data de Nascimento:
Sexo: Masculino

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. 8º 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 2013.
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.ptf.gov.br/ptfweb/autenticar>, informando o protocolo 20003658B01 e o número de controle 889E6C5C0E3ED0CF951BC4AD6939A0.

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, 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 II 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/boinovotab/suonilcar>, informando o protocolo 20003658B01 e o número de controle B9F64C5CDE3EDCCF851BC4AD8928AD.

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

Condução 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 26/01/2020, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2004, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e no inciso b do inciso 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/novoebal/autenticar>, informando o protocolo 20003658B01 e o número de controle B89E6C5CDE5EDCC2D518C4AD693RAD.

191



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 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: 10 - Complemento: A
11 - Bairro: CRUZ DE REBOUCAS 12 - Cidade: SERRA PASSU 13 - Estado: PE 14 - CEP: 53620142
15 - E-mail: RECUSA 16 - Tel.(DDD): 81985492354

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

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☐ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção): ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: _____
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 2191 CONTA: 00048320 3 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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 (a) nascido? ☐ 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: SERRA PASSU 20 DE ABRIL DE 2020

JOSE INACIO MONTEIRO

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)



SENHA DA REGULAÇÃO:

NEPI-HR

24/01/2020



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco

Hospital da Restauração

Ficha de Atendimento

URACHA

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	Paciente: JOSE INACIO MONTEIRO SIC Idade: 62a 5m 9d Profissão:	Nm. Social: Sexo: MASCULINO 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 <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:	Assistente Social	
História Clínica:		
<p>Paciente vítima de atropelamento há 8 horas, 1º queixa de perda de consciência e vômitos. Refere dor em antebraços</p> <p>①. Pupilas isocóricas e iguais bilaterais. Boa mobilidade dos quatro membros. C.C.G.</p>		
Atendimento Médico		
Perda de consciência: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Episódio Emético: 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:	Transporte realizado Por:	
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?		
Exame Físico:		
A: Geral	Via aérea está pervia: Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	O paciente fala: Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Temp:
B: Respiratório		
C: Circulatório	PA: X mm	Pulso: 85 bpm
RCR-2T BUF 51.5.		



