



GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
17ª DELEGACIA SECCIONAL DE POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE **PIANCÓ**
(83) 3452-2450 - delegaciapianco@gmail.com



Atendimento

Data: 15/09/2020

Hora: 10:10

BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL Nº 300/2020

1ª via notificante; 2ª via arquivo; 3ª via Delegado.

Natureza da ocorrência: **ATROPELAMENTO**

Data do fato: 14/07/2020- KM 61 DA BR 361, OLHO D'ÁGUA-PB hora:

Por volta das 04hs58

Sob a responsabilidade do Del. Pol. GLÊBERSON FERNANDES DA SILVA.

Notificante: JOSÉ EDGLEY PEREIRA DE ARAÚJO, alcunha " ",
Nacionalidade: Brasileira, naturalidade: OLHO D'ÁGUA-PB, nascido
em 24/07/1984, documento: RG nº 2824372-SEDS-PB, CPF 066.764.264-
12, filho de JOÃO PEREIRA FILHO e de SEBASTIANA ARAÚJO PEREIRA,
endereço: Rua PROJETADA, 09, CONJUNTO LÚCIA BRAGA, OLHO D'ÁGUA-PB,
referência: 83-9.9863-8227.

Vítima: O NOTIFICANTE ACIMA QUALIFICADO, alcunha " ",
Nacionalidade: , naturalidade: , idade: ***,

HISTORICO DO FATO

O(a) notificante, após cientificado(a) das penalidades cominadas ao Art. 299 do CPB, declarou o SEGUINTE: Afirma a vítima que na data, hora e local acima mencionados trafegava conduzindo uma carroça tração animal quando foi atropelada pelo veículo Marca/modelo: I/FIAT DUCATO ENGESIGMIC, ANO 2020, CHASSI 3C6EFVEK3LE113570, Tipo de veículo: Micro-ônibus, cor branca, sem placas, conduzida por JOSÉ RODRIGUES DE MOURA; Que na ocasião do acidente foi socorrida pelo SAMU e, após os primeiros socorros foi transferida para o Hospital Regional da Cidade de Patos, onde ficou internada e passou por cirurgia de amputação de membro inferior esquerdo; Que, apresenta nesta Delegacia de Polícia a FICHA DE REGULAÇÃO MÉDICA/ATENDIMENTO VTR: 11, SAMU da Cidade de Catingueira; Que, registra a ocorrência e solicita certidão; . Nada mais a consignar.

José Edgley Pereira de Araújo

Notificante / Testemunha Arrogada

Francisco Alves Bento

Francisco Alves Bento
Agente de Investigação
Matrícula: 137.339-1

Francisco Alves Bento
Mat. 137.339-1

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 024.2004/20 3 - CPF da vítima: 066.764.264/12 4 - Nome completo da vítima: Sr. Edgley Riu de Araujo

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

5 - Nome completo: Sr. Edgley Riu de Araujo 6 - CPF: 066.764.264-12
7 - Profissão: 8 - Endereço: Rua Brejoiro 9 - Número: 89 10 - Complemento:
11 - Bairro: Centro 12 - Cidade: Olho d'Água 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58760-000
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): 9323341289

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. Assinalar uma opção)

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

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 3571 CONTA: 39423 3

AGÊNCIA: CONTA:

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

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro(vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

Assinatura digital da vítima ou beneficiário ou representante legal

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, Compl. Grandi - PB 24/08/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



SAMU
192

PREFEITURA MUNICIPAL DE CATINGUEIRA

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA - SAMU 192



FICHA DE REGULAÇÃO MÉDICA / ATENDIMENTO VTR: 11

IDENTIFICAÇÃO / OCORRÊNCIA:

DATA <u>14-07-2022</u>	OCORRÊNCIA Nº <u>169</u>	PACIENTE / USUÁRIO <u>Jose Edilson Pereira de Araújo</u>	IDADE <u>35</u>	SEXO ☒ MASC ☐ FEM
LOCAL DA OCORRÊNCIA <u>138 361</u>		Bairro	MÉDICO REGULADOR <u>Dr. Fellenio</u>	
APOIO NO LOCAL: ☐ PM ☐ RESGATE / BOMBEIROS ☐ RESGATE PRF ☐ CPTRAN ☐ STTRANS ☐ OUTRO:				
QTA: ☐ SOCORRIDO POR TERCEIROS ☐ RECUSOU ATENDIMENTO ☐ SOCORRIDO PELO BOMBEIRO ☐ LOCAL NÃO ENCONTRADO ☐ OUTRO:				

TIPO DE AGRAVO:

☒ ACIDENTE DE TRÂNSITO	☐ PEDIÁTRICO
☐ AGRESSÃO	☐ PSIQUIÁTRICO
☐ CLÍNICO	☐ QUASE AFOGAMENTO/AFOGAMENTO
☐ DESABAMENTO/SOTERRAMENTO	☐ QUEDA _____ METROS
☐ ELETROCUSÃO	☐ QUEIMADURAS
☐ F.A.B.	☐ OUTROS
☐ F.A.F. (P.A.F.)	
☐ GINECO-OBSTÉTRICO	
☐ LESÕES TÉRMICAS	

ANTECEDENTES:

☐ AIDS	☐ DOENÇA MENTAL
☐ ALCOOLISMO	☐ DOENÇA RENAL
☐ AVC	☐ DROGA
☐ CIRURGIAS REALIZADAS	☐ HIPERTENSÃO ARTERIAL
☐ CONVULSÕES	☐ INTERNAMENTOS ANTERIORES
☐ DIABETES	☐ MEDICAMENTOS
☐ DOENÇA CARDÍACA	☐ PROBLEMAS RESPIRATÓRIOS
☐ DOENÇA INFECTO-CONTAGIOSA	☐ OUTROS

DESTINO DO PACIENTE:

SERVIÇO MÉDICO: CHR RESPONSÁVEL: X FUNÇÃO:

MOTIVO DE TRANSPORTE:

☐ APOIO DIAGNÓSTICO ☐ SERVIÇO DE MAIOR COMPLEXIDADE ☐ TRANSFERÊNCIA SIMPLES
☐ OUTRO:

TRANSPORTE SECUNDÁRIO - DESTINO

LOCAL: RESPONSÁVEL: FUNÇÃO:

EXAME CLÍNICO (PRINCIPAIS SINTOMAS / QUEIXAS):

→ Corto em ambos cotovelos, fratura exposta mte

DADOS VITAIS:

VVAA: ☐ LIVRE ☐ OBSTRUÍDA / RESPIRAÇÃO ☐ >30rpm ☐ <30rpm / PULSO RADIAL: ☐ Presente ☐ Ausente / PAS: ☐ >90mm Hg ☐ <90mm Hg

P.A.: 160 x 90 FC: FR: 918 TEMP.: °C - GLICEMIA: mg/dl - E. Com: SpO2s/O2: 97 SpO2c/O2:

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM:

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM:

☐ Ansiedade ☐ Capacidade Adaptativa Intracraniana Diminuída ☐ Comunicação verbal Prejudicada ☐ Confusão Aguda ☐ Deambulação Prejudicada ☐ Débito Cardíaco Diminuído ☐ Desobstrução Ineficaz das VVAA ☐ Disreflexia Autônoma ☐ Dor Aguda ☐ Hipertermia ☐ Hipotermia ☐ Integridade da Pele Prejudicada ☐ Integridade Tissular Prejudicada ☐ Medo ☐ Intolerância a Atividade ☐ Mucosa Oral Prejudicada ☐ Padrão Respiratório Ineficaz ☐ Perfusão Tissular Cerebral Ineficaz ☐ Perfusão Tissular Cardiopulmonar Ineficaz ☐ Perfusão Tissular Gastrointestinal Ineficaz ☐ Perfusão Tissular Renal Ineficaz ☐ Termorregulação Ineficaz ☐ Troca de Gases Prejudicada ☐ Ventilação Espontânea Prejudicada ☐ Volume de Líquidos Deficiente ☐ Volume Excessivo de Líquidos ☐ Náusea ☐ Retenção Urinária ☐ Percepção Sensorial Perturbada ☐ Interação Social Prejudicada ☐ Incontinência Intestinal ☐ Eliminação Urinária Prejudicada ☐ Constipação ☐ Outros:

INTERVENÇÕES:

→ AVP, medicação, imobilização, controle da hemorragia

EVOLUÇÃO DO ENFERMEIRO:

p.e sexo m, 35 anos, vítima de acidente de trânsito, com fratura exposta em ambos cotovelos, fratura exposta em mte, realizando imobilizações, controle da hemorragia, AVP com 3 R7500, dipirona + AD IV e encaminhado para CHR

Grupo 01, Iodo 18 03, atadura, compressos
 cirurgicos 02, siringa 30 ml 03, espar-
 drado, alcool 100ml 01 - x -

E.C.G.:

☐ NORMAL ☐ ALTERADO ☐ NÃO REALIZADO

EXAME NEUROLÓGICO:

☐ AGITAÇÃO ☐ SONOLÊNCIA ☐ COMA ☐ CONVULSÃO ☐ OTORRAGIA ☐ RIGIDEZ ☐

EXAME GINECO-OBSTÉTRICO

☐ ABORTAMENTO ☐ HEMORRAGIA VAGINAL ☐ NORMAL SEMANAS ☐ TRABALHO DE PARTO

☐ OUTROS: _____

DIAGNÓSTICOS E PROCEDIMENTOS:

DIAGNÓSTICOS:

PROCEDIMENTOS:

☐ DESOBSTRUÇÃO VIAS AÉREAS ☐ INTUBAÇÃO NASO / OROTRAQUEAL ☐ CÂNULA OROFARINGEA ☐ CRICOTIREIDOSTOMIA
☐ VENTILAÇÃO MECÂNICA (MANUAL - "AMBU") ☐ RESPIRADOR ☐ INALAÇÃO DE OXIGÊNIO (02) ☐ DRENAGEM TORÁCICA
☐ MASSAGEM CARDÍACA EXTERNA ☐ DESFIBILAÇÃO / CARDIOVERSÃO ☐ CONTROLE DE HEMORRAGIA ☐ CURATIVO
☐ PUNÇÃO VENOSA ☐ Sonda GÁSTRICA ☐ Sonda VESICAL ☐ SEDAÇÃO ☐ IMOBILIZAÇÃO DE MEMBROS ☐ COLAR CERVICAL
☐ TALAS / TRAÇÃO ☐ OROTRAQUEAL ☐ OUTROS: _____

TERAPÊUTICA / MEDICAMENTOS (PRESCRIÇÃO DIRETA OU POR TELEMEDICINA):

→ S.R. 500 + diluente + AD EV - x -

EVOLUÇÃO CLÍNICA / INTERCORRÊNCIAS (MÉDICOS)

ENCAMINHAMENTO:

☐ LIBERADO APÓS O ATENDIMENTO ☐ RECUSA O ATENDIMENTO ☐ ÓBITO NO LOCAL ☐ ÓBITO DURANTE O ATENDIMENTO
☐ ÓBITO DURANTE O TRANSPORTE

POSIÇÃO DE TRANSPORTE:

☐ DECÚBITO DORSAL ☐ DECÚBITO LATERAL ☐ DECÚBITO VENTRAL ☐ SENTADO ☐ ELEVÇÃO DE CABECEIRA (CABEÇA)

RECUSA:

NOME: _____ R.G.: _____

ASSINATURA: _____

IDENTIFICAÇÃO DA EQUIPE:

MÉDICO: Drs. Telmo CRM: _____ MAT.: _____ENFERMEIRO(A): Amélia COREN: 298-658 MAT.: _____AUX. TÉCNICO DE ENFERM.: Luciana COREN: _____ MAT.: _____CONDUTOR: Antônio

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: 20/10/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 7.087,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE EDGLEY PEREIRA DE ARAUJO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03571

CONTA: 000000039423-3

Nr. da Autenticação 2C38CF0CE0589799

UPC 01-741185

HORA DA ALTA MÉDICA:

ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins que o(a) Sr.(a)

Jose' Edgley Araújo

portador(a) da identidade

RG _____, que o(a) mesmo(a) foi atendido(a) por mim no

dia de hoje, às _____ h _____, portador(a) da patologia CID-10 Ampicilina sens sendo

permanecer afastado(a) de suas atividades laborativas por um período de 180 dias, a partir

desta data.

Dr. Wilson José de Sá
Médico (Urologia) - CRM: 1277 - TROF 7515

Patos

18072020


Assinatura e carimbo do(a) Médico(a)

AUTORIZAÇÃO

Eu, _____, autorizo o(a) Dr.(a)

_____ a registrar o diagnóstico codificado CID-10

ou por extenso neste atestado médico.

Assinatura do(a) paciente ou responsável legal

1ª via - paciente 2ª via - anexar ao prontuário de atendimento

Rua Horácio Nobrega, s/n Belo Horizonte 58704-000 Patos PB Fone 83 3423.2741

ATENDIMENTO COM ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Data 14 / 07 / 2020 Hora 06 h 34 Genero Hc 34 anos

Nome/Nome Social João Edgar Pereira de Araújo

Origem* Via Pública

Regulado? ☐ Sim ☒ Não

Queixa principal/História atual da doença/Início dos sintomas

Encaminhado? ☐ Sim ☒ Não

Motivo do atendimento* 005

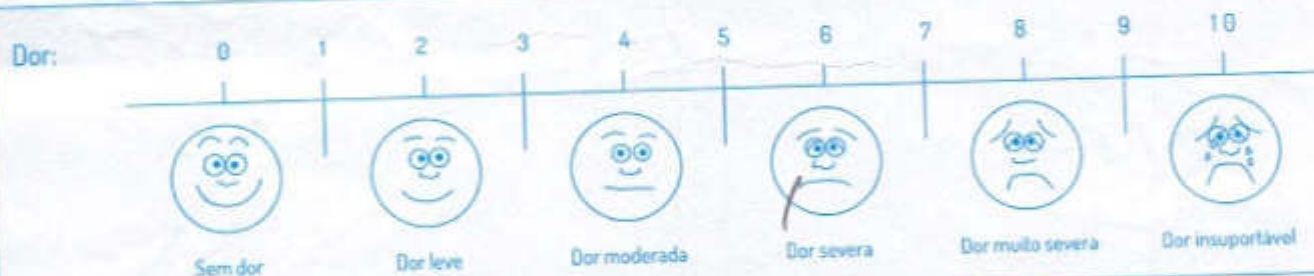
Cliente olho de gata

Transporte SMU

Uso de medicação? ☒ Não ☐ Sim

Doença prévia? ☒ Não ☐ Sim

Temp. °C Pulso bpm Resp. irpm SpO₂ % PA mmHg HGT mg/Dl



Classificação de Risco: ☒ Vermelho ☐ Amarelo ☐ Verde ☐ Azul ☐ Laranja

Especialidade Médica Urologia

acompanhante: ☒ S/ Acomp. (Setor Crítico) ☐ S/ Acomp. (paciente consciente, orientado e capaz de autocuidado)
☐ Acomp. p/ menor de 18 anos ou maior de 60 ☐ Acomp. p/ paciente com cond. clínica limitadora

* Consultar tabela para preencher

Região de Saúde de Araripe
CORREIO 490-594

Enfermeiro/Carimbo

FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

CNES 2605473
NOME HOSPITAL REGIONAL DEP JANDUHY CARNEIRO
ENDEREÇO RUA HORÁCIO NOBREGA, S/N
CIDADE PATOS UF PB

CNPJ 08.778.268/0023/76

CLASSIF. RISCO: VERMELHO
ORIGEM: VIA PUBLICA
PACIENTE: JOSE EDGLEY PEREIRA DE ARAUJO

NOME SOCIAL	JOSE EDGLEY PEREIRA DE ARAUJO
FILIAÇÃO I	SEBASTIANA PEREIRA ARAUJO
NASCIMENTO	24/07/1984
PROFISSÃO	AGRICULTOR
ENDEREÇO	RUA CONJUNTO LUCIA BRAGA
CIDADE	OLHO D'AGUA
TELEFONE	(83)9644-6776
CNS	708508339337675 R.G
ESTADO CIVIL	CASADO

FILIAÇÃO II JOAO PEREIRA FILHO
IDADE 35a 11m COR PARDO
BAIRRO CENTRO
CEP 58760000

GÈNERO M

F.A.A	114033
MOTIVO	ACIDENTE DE TRANSITO AUTOMOVE
DATA	14/07/2020 Horário: 06:35
TRATER	02 -URGENCIA
CEDIMENTO	0000000000 - .PROCEDIMENTO NAO DEFINIDO
CONVENIO	SUS AMBULATORIO
TRANSPORTE	SAMU
PRESTADOR	LEONALDO TORRES DINIZ

PRONTUÁRIO	54205
OPERADOR	MCARMO
TIPO DE SERVIÇO	URGENCIA E EMERGENCI

ASS. DO PACIENTE / ACOMPANHANTE OU RESPONSÁVEL

EL
24ª Mônica P. da Silva

PESO= _____ PA= _____ X _____ mmHg TEMP= _____

ANAMNESE EXAME FÍSICO (SUMÁRIO)

Exames realizados na unidade (tipo)

SOLICITAÇÃO DE PARECER
H min

DIAGNÓSTICO

PROCEDIMENTO (DESCRIÇÃO)	DATA	ASSINATURA
1. Verificação da documentação necessária para a realização da obra, incluindo licenças, projetos e autorizações.	15/03/2024	[Assinatura]
2. Realização de reunião com o cliente para alinhamento das expectativas e definição do escopo do trabalho.	22/03/2024	[Assinatura]
3. Elaboração do cronograma de atividades e planejamento da execução da obra.	29/03/2024	[Assinatura]
4. Mobilização da equipe e dos materiais necessários para a execução da obra.	05/04/2024	[Assinatura]
5. Início das atividades de construção, incluindo a fundação e a estrutura da obra.	12/04/2024	[Assinatura]
6. Monitoramento contínuo da obra, verificando o andamento e a qualidade das atividades.	19/04/2024	[Assinatura]
7. Realização de reuniões de acompanhamento e comunicação com o cliente.	26/04/2024	[Assinatura]
8. Conclusão das atividades de construção e entrega da obra ao cliente.	03/05/2024	[Assinatura]

CID

MATERIAIS, MEDICAMENTOS E OUTROS

OBSERVAÇÃO (☒) SIM (☐) NÃO

MÉDICO/CRM/CNS

CBO

EXCLUSIVO PARA ONCOLOGIA

ESTADIAMENTO PELO SISTEMA TNM

0301060061

0321010072

Carrique

on tp

FICHA DE INTERNAÇÃO

INTERNAÇÃO	114036	PRONTUÁRIO	54205
DATA	14/07/2020	HORA	07:21
OCORRÊNCIA	URGENCIA	OPERADOR	KGOMES
CLASSIF. RISCO			
ORIGEM	VIA PUBLICA		
MÉDICO	JOAO HERBET SUASSUNA LAUREANO		
MOTIVO	ACIDENTE DE TRANSITO AUTOMOVEL		
PACIENTE	JOSE EDGLEY PEREIRA DE ARAUJO	IDADE	35a 11m GÊNERO MASCULINO
FILIAÇÃO I	SEBASTIANA ARAUJO PEREIRA		
FILIAÇÃO II	JOAO PEREIRA FILHO		
CIDADE	OLHO D'AGUA	PB	58760000
ENDEREÇO	RUA CONJUNTO LUCIA BRAGA 09		
BAIRRO	CENTRO		
TEL. RESIDENCIAL	OLHO D'AGUA		
TELEFONE	8396446776	CELULAR	
C.N.S.	708508339337675	IDENTIDADE	2824372
C.P.F.	066.764.264-12	REG. NAC.	
NASCIMENTO	24/07/1984	COR	PARDO
EST. CIVIL	CASADO	PROFISSÃO	AGRICULTOR

RESPONSÁVEL MONICA PEREIRA DA SILVA Ass. Resp./Paciente Ma. Mônica Pereira da Silva

ANAMNESE (História da Moléstia atual, antecedentes pessoais, antecedentes hereditários).

Vitório de acidente de trânsito

EXAMES OBJETIVOS (Inspeção geral, exame da região afetada, exame dos diversos aparelhos).

Do 1º e 2º membros superiores e membros inferiores + pé (E)EXAMES COMPLEMENTARES (Raio X, laboratoriais) Pré-00

DIAGNÓSTICO

Suprator trauma do 1º e 2º membros superiores + pé (E)

DADOS DA SAÍDA

Data

18.07.2020

Hora

H

Min

MOTIVO

() Alta Curado

() Alta Melhorado

() Alta a Pedido

() Transferência

() Evasão

() Óbito

MÉDICO/CRM

Dr. Walmerson José de Souza
Médico Traumatista-Ortopedista
CRM: 52777-7/GO 17516

Nome do Paciente: José Edgley P. de Araújo		Nº Prontuário:
Data da Cirurgia:	Enf.:	Leito:
Cirurgião: Dr. José Sussano	1º Auxiliar: Dr. Sérgio	
2º Auxiliar:	3º Auxiliar:	Instrumentador:
Anestesista: Dr. Lino	Tipo de Anestesia:	
Diagnóstico Pré-Operatório: ruptura do ligamento 1/3 médio		
Tipo de Cirurgia: Reclusão do ligamento 1/3 médio		
Diagnóstico Pós-Operatório: o mesmo		
Relatório Imediato do Patologista:		
Exame Radiológico no ato:		
Acidente Durante a Cirurgia:		

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

- ① Partida dos efeitos anestésicos
- ② Assépsia e colocação do membro
- ③ LMC extensiva a SFQ 1.
- ④ Reclusão do ligamento 1/3 médio + ligamento Vasoar subcutâneo + Hemostase Vasoar subcutâneo
- ⑤ Debridamento tecido necrótico
- ⑥ LMC a SFQ 1. + SUTs + WASH

11/11/2017
Ortopedia e Traumatologia
José H. Sussano
Ouro Preto

QT.: *João Carlos Pereira de Araújo*
 LEITO: *hms* CONVÊNIO: *hms* IDADE: *35* REGISTRO: *54205*
 CIRURGIA: *Amputação traumática do MIE* CIRURGIÃO: *Dr. João Guapina*
 ANESTESIA: *Raqui* ANESTESISTA: *Dr. Taísio*
 INSTRUMENTADORA: *Guap* DATA: *14.07.2010* INÍCIO: *07:35* FIM:

NOTA DE SALA - MATERIAL

QUANTIDADE	MATERIAL	QUANTIDADE	MATERIAL
	TX. de Instrumentador		Equipo p/ soro e sangue
	TX. Capnógrafo		Scalp
	TX. Bomba de Infusão		Luva Est. p/ Procedimentos
	TX. Aplicação de Sangue		Lâmina de Bisturi
	TX. Monitor Córdio-Respirador		Sonda Foley
	TX. de Laser		Coletor de Urina
	TX. de Curativo		Seringa 1 ml
	TX. de Instalação S. Vesical		Seringa 3 ml
	TX. Sala		Seringa 5 ml
	TX. Bisturi Elétrico		Seringa 10 ml
	TX. Aspirador Elétrico		Seringa 20 ml
	TX. Oxímetro de Pulso		Eletrodos desc.
	Neocaín <i>peract</i>		Atadura de Crepom 10 cm
	Halotano		Atadura de Crepom 20 cm
	Thionembatal		Atadura Gessada 10 cm
	Quelicín		Sonda Uretral
	Pavulon		Sonda Nesogástrica
	Dorminid		Éter Sulfúrico
	Fetanil 0,05 mg		Dreno Penrose
	Xilestesin a 5%		Dreno Sucção
	Inoval		Dreno de Tórax
	Xilocaína a 2%		Esparadrapo
	Etodimide		Xilocaína Gel
	Ketalar		Álcool 70%
	Pubicovaina 0,5%		PVPI Tintura
	Dimorf <i>0,2</i>		Gases
	Lanexat 0,5 ml		Algodão Hidrófilo
	Narcan		Algodão Ortopédico
	Forane		Cidex
	Sufenta		Vaselina Estéril
	Diazepan		Agulha Descartável
	Água destilada 10 ml		Pastilha de Formol
	Prostigmine		Fio Cromado 0 c/ agulha
	Atropina <i>Epanina</i>		Fio Cromado 0 s/ agulha
	Adrenalina		Fio Cromado 1 c/ agulha
	Efortil		Fio Cromado 1 s/ agulha
	Cefalotina 19 g		Fio Cromado 2-0 c/ agulha
	Dixtal		Fio Cromado 2-0 s/ agulha
	Plasil		Cat-gut Simples 0 c/ agulha
	Dipirona		Cat-gut Simples 0 s/ agulha
	Esparin 5000 VI		Cat-gut Simples 2-0 c/ agulha
	Tilatil		Cat-gut Simples 2-0 s/ agulha
	Amicacina 500 mg		Cat-gut 2-0 p/ amigdalectomia
	Agulha de Raque Descartável		Cat-gut Simples 3-0 c/ agulha
	Abbocate 20 e 22		Polycot 0 c/ agulha
	Polycot 0 s/ agulha		Polycot 2-0 c/ agulha
	Polycot 2-0 s/ agulha		Polycot 3-0 c/ agulha
	Polycot 3-0 s/ agulha		Prolene 2-0 c/ agulha
	Prolene 0 c/ agulha <i>nylon 0.2</i>		

FOLHA DE ANESTESIA

Hospital: _____ Enfermaria: _____

Leito: _____ N° Prontuário: _____ Data: 14/07/2020

Nome: José Edgley P. de Araújo

Sexo: () Feminino ☒ Masculino Idade: _____ Peso: _____ kg Altura: _____ Cor: _____

Data Nascimento: _____ Pressão Arterial Pulso: _____ Respiração: _____

Temperatura: _____ Tipo Sanguíneo: _____ Hemáticas: _____ Hemoglobina: _____

Hematócrito: _____ Glicemia: _____ Uréia: _____ Outros: _____

Urina: _____

Aparelho Respiratório: _____ Asma: _____ Bronquite: _____

Aparelho Circulatório: _____ Eletrocardiograma: _____

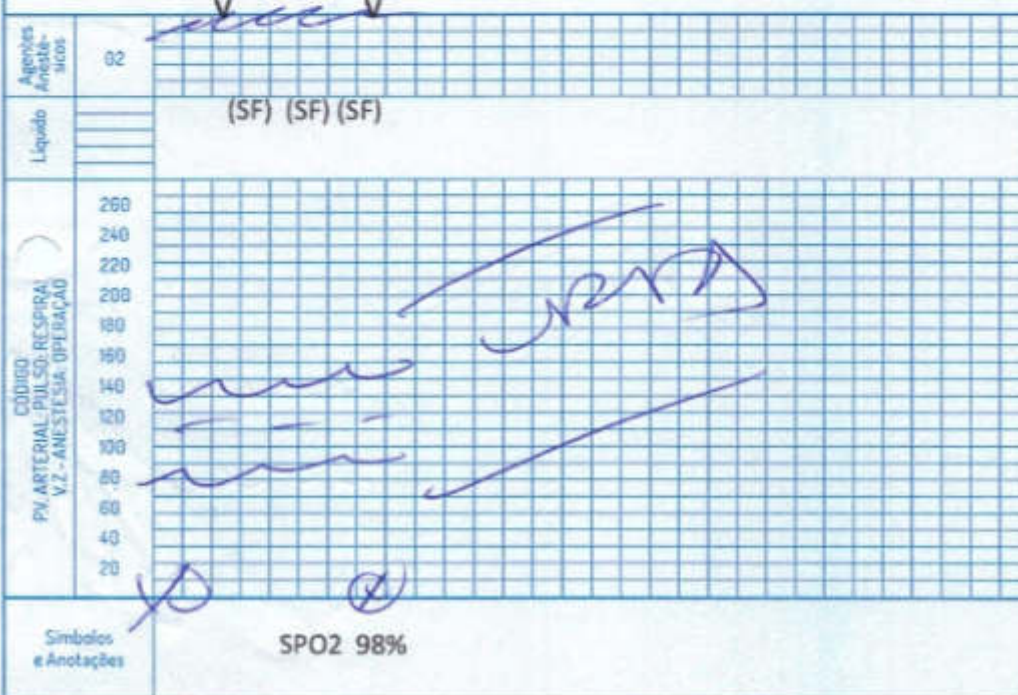
Aparelho Digestivo: JEJUM OK Dentes: _____ Pecoço: _____ Ap. Urinário: _____

Estado Mental: CONSCIENTE Ataraxicos: _____ Corticoides: _____ Alergia: _____ Hipotensores: _____

Diagnóstico Prê Operatório: lesão em MIE Estado Físico: _____ Risco: _____

Anestesia Anteriores: _____

Medicação Pré-Anestésica: MIDAZOLAM 5 Mg Aplicada às: _____ Efeito: _____



INDUÇÃO

Satisf _____ Excit _____ Tosse _____

Laringo Espasmo _____ Lenta _____

Náuseas _____ Vômitos _____

Outros: Cefazolina 2g Dexamet. 8mg

Efortil 10mg Propofol 20mg

Anef. 2g Sin. 8mg

Não, porque? _____

DESPERTAR

Reflexos na SO _____

Obstr. _____ CO2 _____ Excit. _____

Náuseas _____ Vômitos _____

Outros _____

Com cânula para o leito sim _____ não _____

Posição: _____

Agentes: NEOCAINA 0,5% 157 (ps) mg + DIMORF 80 mcg Cânula: _____

Técnica: RAQUIANESTESIA: Punção lombar entre L3-L4 ag. 25 quincke LCR-s/ Alterações

Cirurgiões: Dr. João Anestesistas: Dr. Távio Leal Januário

Observações: CIRURGIA: Anestesia local MIE CRMPB 5774



RESUMO DE ALTA

Nº ATENDIMENTO 114036

DATA 14/07/2020

HORA 07:21

MÉDICO JOAO HERBET SUASSUNA LAUREANO

PRONTUÁRIO 54205

OPERADOR KGOMES

PACIENTE JOSE EDGLEY PEREIRA DE ARAUJO

IDADE 35a 11m

RESUMO CLÍNICO:

Paciente vítima acidente moto
Colisão moto - Camionete.

DIAGNÓSTICO:

Impuberdade traumática penis ES

CID-10:

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

Tratamento Cirurgico

EVOLUÇÃO E INTERCORRÊNCIAS:

S/ Intercorrências

ORIENTAÇÕES APÓS A ALTA:

→ Retorno e acompanhamento
Ambulatorial

CONDIÇÕES DE ALTA/TRANSFERÊNCIA () Curado (X) Melhorado () Inalterado () Óbito

DESTINO () Residência () Atendimento domiciliar

() Transferência para

Dr. Anderson José de Souza
Médico Traumatologista
CRM: 5277 - TEOT 7516

PATOS/PB, 18 DE 07 DE 2020

HORA DA ALTA MÉDICA:

D



E



TERMO CONSENTIMENTO INFORMADO

O presente Termo de Consentimento Informado tem o objetivo de informar ao paciente e/ou responsável, quantos aos principais aspectos relacionados ao procedimento cirúrgico ao qual será submetido, complementando as informações prestadas pelo seu médico e pela equipe de profissionais e prestadores de serviços do Complexo Hospitalar Regional Deputado Jandúhy Carneiro.

Nome do Paciente Jose Edgley Pereira de Melo RG 2824372

Nome do Médico _____ CRM _____

Procedimento Cirúrgico _____

Data da realização ____/____/____

- ☒ Fui informado que as avaliações e exames realizados revelaram alterações e diagnósticos de meu estado de saúde, com indicação de realização do procedimento cirúrgico descrito acima.
- ☒ 2. Recebi todas as informações necessárias quanto aos riscos, benefícios e alternativas do procedimento proposto. Tive a oportunidade de fazer perguntas, e todas foram respondidas satisfatoriamente.
- ☒ 3. Compreendo que durante o procedimento poderão apresentar-se outras situações ainda não diagnosticadas, assim como poderão ocorrer situações imprevisíveis. Estou ciente que em procedimentos médicos invasivos, como o proposto, podem ocorrer complicações gerais, inclusive risco de morte.
- ☒ 4. Estou ciente de que para realizar o procedimento proposto, será necessário o emprego da anestesia, cujos métodos, as técnicas e os fármacos serão indicados pelo médico anestesia, estando também ciente dos riscos e benefício e alternativa.
- ☒ 5. Autorizo qualquer outro procedimento, exame, tratamento e/ou cirurgia, incluindo transfusão de sangue ou hemoderivados, em situações imprevistas que possam ocorrer e necessitem de cuidados diferentes daqueles inicialmente propostos.
- ☒ Autorizo que qualquer órgão ou tecido removido cirurgicamente possa ser encaminhado para exames histopatológicos ou microbiológicos pertinentes.
- ☒ Confirmo que recebi explicações, li, compreendo e concordo com tudo que me foi esclarecido e que me foi concedido a oportunidade de anular ou questionar qualquer parágrafo ou palavras com as quais não concordasse. Assim tendo conhecimento, autorizo a realização do procedimento proposto.

Patos, 14 de Julho de 20

X M^{te} Mônica P. da Silva
Assinatura do Paciente ou Responsável

TERMO DE RESPONSABILIDADE MÉDICA

Declaro que esclareci ao paciente/responsável, sobre o procedimento cirúrgico proposto, resultados esperados, riscos, alternativas previsíveis e intercorrências inesperadas, bem como as consequências que poderão decorrer da recusa em aceitar o procedimento proposto. Respondo todas as perguntas feitas pelo paciente/responsável e acredito ter sido compreendido. Assumo a responsabilidade pela realização do procedimento cirúrgico a que será submetido.

Patos, ____ de ____ de ____



CONTROLE DA PRESCRIÇÃO DE ANTIMICROBIANOS
SFH/CCIH



*Nome José Goulley Pereira da Penha Prontuário _____

Clínica _____ Enfermaria _____ Leito _____ Data de Admissão ____/____/____

Sexo () Masc. () Fem. **Peso _____ **Idade _____

*Indicação de Antimicrobiano: () Profilático () Terapêutico

Se uso profilático por tempo maior que 48 horas, justifique: _____

*Indicação de Antimicrobiano de uso Restrito: () sim () não

Se sim, justifique: _____

*Topografia da infecção: () Tratounirário () Respiratória () Cirurgia
() Pele e Tecidos subcutâneo () Corrente sanguínea () Outra _____

Classificação da infecção: () Comunitária () Hospitalar

*Antimicrobianos/Dosagem	*Via	*Posologia	*Tempo (dias)
1 Cefazolin 1g	IV	08/08h	54
2 Gentamicin 240mg	IV	05x24	54
3 Metformin 500mg	IV	08/08h	54

Se o tempo de uso do antimicrobiano for maior do que 14 dias, justifique: _____

*Itens de preenchimento obrigatório para início da liberação de antimicrobiano.

**Apenas se idade menor de 12 anos

Data: 14/07/20

Identificação do Médico _____

João H. Suassuna Laureano
Ortopedia e Traumatologia
CRM/PB 7417

Assinatura/Carimbo

Preenchimento em duas vias:

1ª via prontuário

2ª via farmácia

PARECER: () De acordo
() Contrário

Observações: _____

Data: ____/____/____

CCIH _____ SFH _____

PRONT...: 54205 N°REQUIS.: 36993
NUMERO DO ATENDIMENTO: 114036
PACIENTE: JOSE EDGLEY PEREIRA DE ARAUJO
SETOR...: CLINICA CIRURGICA
LAUREANO

I ISSÃO.: 14/07/2020

SEXO: M IDADE....: 35
MICO.: Dr(*) JOAO HERBET SUASSUNA

HEMOGRAMA COMPLETO

Material: SANGUE

Método...:

NIHON OHDEN

VALOR DE REFERÊNCIA

ERITOGRAMA

HEMÁCIAS.....: 4.07 milhões/mm³
milhões/mm³

FEMININO 4 a 5,2 milhões/mm³
MASCULINO 4,5 a 5,9

HEMOGLOBINA.....: 12.4 g/dL

FEMININO 12 a 16
MASCULINO 13,5 a 17,5

HEMATÓCRITO.....: 34.4 %

FEMININO 35 a 46
MASCULINO 41 a 53

VCM.....: 84,5 fL

NORMAL 80 a 100

HCM.....: 30,5 pg

NORMAL 26 a 34

CHCM.....: 36,0 g/dL

NORMAL 31 a 55

RDW.....: 13.4 %

NORMAL 11 a 15

LEUCOGRAMA

LEUCÓCITOS.....: 29.600 /mm³

NORMAL 4.000 a 10.000

PROMIELÓCITOS.....: 000 % 0000 /mm³ NORMAL 0 a 0

MIELÓCITOS.....: 000 % 0000 /mm³ NORMAL 0 a 0

METAMIELÓCITOS.....: 000 % 0000 /mm³ NORMAL 0 a 0

BASTONETES.....: 000 % 0000 /mm³ NORMAL 0 a 5

SEGMENTADOS.....: 86 % 2545 /mm³ NORMAL 35 a 65

EOSINÓFILOS.....: 01 % 0296 /mm³ NORMAL 1 a 4

BASÓFILOS.....: 000 % 0000 /mm³ NORMAL 0 a 1

LINFÓCITOS.....: 10 % 2960 /mm³ NORMAL 25 a 45

MONÓCITOS.....: 03 % 0888 /mm³ NORMAL 2 a 8

NORMAL 0 a 0

NORMAL 0 a 0

NORMAL 0 a 0

NORMAL 0 a 9000

NORMAL 1800 a 8500

NORMAL 35 a 600

NORMAL 0 a 100

NORMAL 875 a 4500

NORMAL 70 a 1000

CONTAGEM DE PLAQUETAS

CONTAGEM DE PLAQUETAS...: 286.000 mil/mm³

NORMAL 150.000 a 450.000

OBSERVAÇÃO

SÉRIE VERMELHA.....:

SÉRIE BRANCA.....:

SÉRIE PLAQUETÁRIA.....:

OUTRAS OBSERVAÇÕES

Assinatura do Médico
FELICIANO
CRB 10.000

P-92

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
ESTADO DA PARAIBA
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO




20.11.1942 Teresopolis

CARTÃO DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO DE
CARTÃO 1042 DATA DE
REGISTRO 31.12.1980

NOME JOSÉ EDGLEY PEREIRA DE ARAÚJO

PATRONATO João Pereira Filho
Sebastiana Araújo Pereira

OLHO D'água-PB 24.07.1984
DATA DE NASCIMENTO

Cert. Nasc. 5.248, fls. 117, liv. A-
6, Cart. Olho D'água-PB

CPF

Assinatura do Detentor

LEI Nº 118 DE 29/09/65

MINISTÉRIO DA FAZENDA
SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL DO BRASIL

CPF

Cadastro de Pessoas Físicas
Número de Inscrição

156.784.204-12

Nome

JOSÉ EDGLEY PEREIRA DE ARAÚJO

Nascimento

P-92

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
ESTADO DA PARAIBA
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO




20.11.1942 Teresopolis

CARTÃO DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO DE
CARTÃO 1042 DATA DE
REGISTRO 31.12.1980

NOME JOSÉ EDGLEY PEREIRA DE ARAÚJO

PATRONATO João Pereira Filho
Sebastiana Araújo Pereira

OLHO D'água-PB 24.07.1984
DATA DE NASCIMENTO

Cert. Nasc. 5.248, fls. 117, liv. A-
6, Cart. Olho D'água-PB

CPF

Assinatura do Detentor

LEI Nº 118 DE 29/09/65

MINISTÉRIO DA FAZENDA
SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL DO BRASIL

CPF

Cadastro de Pessoas Físicas
Número de Inscrição

156.784.204-12

Nome

JOSÉ EDGLEY PEREIRA DE ARAÚJO

Nascimento

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3200308223 **Cidade:** Olho D'Água **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE EDGLEY PEREIRA DE ARAUJO **Data do acidente:** 14/07/2020 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 14/10/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: AMPUTAÇÃO TRAUMÁTICA DA PERNA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE REGULARIZAÇÃO DE COTO DE AMPUTAÇÃO TRANSTIBIAL DE MEMBRO INFERIOR ESQUERDO E ALTA MÉDICA. PÁG 4

Sequelas permanentes: DÉFICIT ANATÔMICO DO MEMBRO INFERIOR 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 PERDA ANATÔMICA PARCIAL DO MEMBRO INFERIOR 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 anatômica completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau intenso - 75 %	52,5%	R\$ 7.087,50
Total			52,5 %	R\$ 7.087,50

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0242004/20

Número do Sinistro: 3200308223

Vítima: JOSE EDGLEY PEREIRA DE ARAUJO

CPF: 066.764.264-12

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 14/07/2020

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOSE EDGLEY PEREIRA DE ARAUJO

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência

Documentação médico-hospitalar

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: 09/10/2020
Nome: JOSE EDGLEY PEREIRA DE ARAUJO
CPF: 066.764.264-12

JOSE EDGLEY PEREIRA DE ARAUJO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 09/10/2020
Nome: SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA
CPF: 614.058.096-04

SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA

Rio de Janeiro, 31 de Agosto de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200308223

Vítima: JOSE EDGLEY PEREIRA DE ARAUJO

Data do Acidente: 14/07/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOSE EDGLEY PEREIRA DE ARAUJO

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contados a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 03 de Setembro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200308223

Vítima: JOSE EDGLEY PEREIRA DE ARAUJO

Data do Acidente: 14/07/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), JOSE EDGLEY PEREIRA DE ARAUJO

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Boletim de ocorrência	Apresentar o Registro de Ocorrência Policial, original ou cópia autenticada, com o nome completo e sem abreviações do proprietário e os dados do veículo em que a vítima estava no acidente, pois o entregue não possui estas informações.
Documentação médico-hospitalar	Apresentar a cópia simples da ficha médica do centro cirúrgico, com a descrição do procedimento cirúrgico realizado, materiais utilizados e folha do anestesista, com identificação completa e correta da vítima e do médico responsável, com data, assinatura e CRM legíveis, sem abreviações e/ou rasuras, pois a entregue está incorreta.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Os documentos pendentes podem ser recebidos através do site <https://documentospendentes.seguradoralider.com.br>

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 24 de Outubro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200308223

Vítima: JOSE EDGLEY PEREIRA DE ARAUJO

Data do Acidente: 14/07/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOSE EDGLEY PEREIRA DE ARAUJO

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\$ 7.087,50

Dano Pessoal: Perda anatômica completa de um dos membros

inferiores 70%

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 70%) 52,50%

Valor a indenizar: 52,50% x 13.500,00 = R\$ 7.087,50

Recebedor: JOSE EDGLEY PEREIRA DE ARAUJO

Valor: R\$ 7.087,50

Banco: 104

Agência: 000003571

Conta: 0000039423-3

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



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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 024.2004/20 3 - CPF da vítima: 066.764.264/12 4 - Nome completo da vítima: Sr. Edgley Raimundo de Araújo

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

5 - Nome completo: Sr. Edgley Raimundo de Araújo 6 - CPF: 066.764.264-12
7 - Profissão: 8 - Endereço: Rua Brejo do 9 - Número: 89 10 - Complemento:
11 - Bairro: Centro 12 - Cidade: Olho d'Água 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58760-000
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): 9323341289

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. Assinalar uma opção)

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

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 3571 CONTA: 39423 3

AGÊNCIA: CONTA:

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

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

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

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

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

34 - 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, Campina Grande - PB 21/08/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



PRF

BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

PROTOCOLO: Nº 20033515B01



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



Para cópia do seu Boletim acesse o site: www.prf.gov.br/novobat /consultar Informe o número do protocolo e o CPF/CNPJ de um dos envolvidos no acidente; e Clique em Imprimir.



Atenção: As vítimas de acidente têm direito ao recebimento do Seguro DPVAT. Para maiores informações, acesse: www.dpvatseguro.com.br Em casos de avaliação de danos com MÉDIA ou GRANDE MONTA, verificar os trâmites da Resolução 544 do CONTRAN. Procure o órgão estadual de trânsito (DETRAN) do seu Estado, antes de fazer reparos no veículo.



Assinatura
eletrônica

Documento assinado eletronicamente por DANIEL MEDEIROS, matrícula 1969802, Policial Rodoviário Federal, em 20/07/2020, 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 da Decisão 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/novobat/autenticar>, informando o protocolo 20033515B01 e o número de controle 554DCD44DECEFC6C55042B043430E5.

191



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 20033515B01

INFORMAÇÕES GERAIS

Data: 14/07/2020 Hora: 04:58 Município: OLHO D'ÁGUA/PB
BR: 361 KM: 61,0 Sentido: Decrescente
Policial responsável pelo atendimento: DANIEL MEDEIROS, 1969802

ASPECTOS DO LOCAL

Tipo de via: Principal
Tipo de pista: Simples
Estrutura Viária: Ativa, Reta
Acostamento: Sim
Condição meteorológica: Céu Claro

Tipo de pavimento: Asfalto
Condição da Pista: Seca
Localidade urbanizada: Não
Canteiro Central: Não
Fase do dia: Amanhecer

IMAGENS PANORÂMICAS



SENTIDO DECRESCENTE



SENTIDO CRESCENTE

NARRATIVA

No dia 14/07/2020, por volta das 04h58, no km 61 da BR-361, em Olho D'água-PB, ocorreu um acidente, do tipo colisão traseira, com uma vítima com lesões graves. Os veículos envolvidos foram: o automóvel FIAT DUCATO ENGESIGMIC (V1); e o veículo de tração animal tipo Carroça (V2). Com base na análise dos vestígios identificados, constatou-se que V1 trafegava na faixa de trânsito do Piancó-PB / Patos-PB, quando colidiu na traseira de V2, que estava parte no acostamento e parte sobre a pista de rolamento, tendo em vista que o acostamento da referida rodovia é de aproximadamente 1 metro, ou seja, menor que a largura da Carroça (conforme orientação de danos nos veículos). A colisão ocorreu na faixa de trânsito do sentido Patos-PB, conforme constatação de marca de sulcagem na via, de fragmentos desprendidos dos veículos e vestígios orgânicos. Com o impacto, V2 ficou destruído, seu ocupante arremessado, ocorrendo queda de ocupante de veículo, saída de letto carroçável, ficando o animal, que o tracionava, morto à margem da rodovia. A dinâmica do acidente encontra-se representada no croqui. Conforme constatações em levantamento de local de acidente, concluiu-se que o fator principal do acidente foi DEFEITO NA VIA, pois o acostamento é estreito, não permitindo que V2 trafegasse completamente pelo acostamento. Observações: O local do acidente estava parcialmente preservado. O local apresentava sinalização horizontal de proibição de ultrapassagem no sentido Patos-PB. Velocidade regulamentar: 80 km/h. O condutor de V2 foi socorrido pelo SAMU. Em razão da gravidade dos



Documento assinado eletronicamente por DANIEL MEDEIROS, matrícula 1969802, Policial Rodoviária Federal, em 20/07/2020, 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/innovat/autenticar>, informando o protocolo 20033515B01 e o número de controle 5540CD44D8CEFC6C55042B043430E5.

191

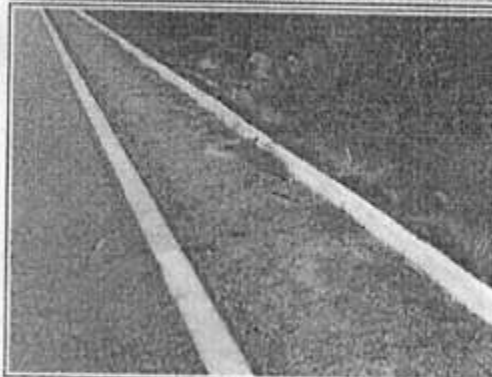


DANOS COLATERAIS - NÃO HOUE

APOIO EXTERNO

Tipo de Órgão	Solicitação	Comparecimento	
Poder Judiciário	1	1	
Poder Executivo	1	1	
Poder Legislativo	1	1	
Poder Judiciário	1	1	
Poder Executivo	1	1	
Poder Legislativo	1	1	
Poder Judiciário	1	1	
Poder Executivo	1	1	
Poder Legislativo	1	1	
Poder Judiciário	1	1	
Poder Executivo	1	1	
Poder Legislativo	1	1	
Poder Judiciário	1	1	
Poder Executivo	1	1	
Poder Legislativo	1	1	
Poder Judiciário	1	1	
Poder Executivo	1	1	
Poder Legislativo	1	1	
Poder Judiciário	1	1	
Poder Executivo	1	1	
Poder Legislativo	1	1	
Poder Judiciário	1	1	
Poder Executivo	1	1	
Poder Legislativo	1	1	
Poder Judiciário	1	1	
Poder Executivo	1	1	
Poder Legislativo	1	1	
Poder Judiciário	1	1	
Poder Executivo	1	1	

IMAGENS COMPLEMENTARES



V1 - VEÍCULO 1 - SEM 1º REGISTRO - MICROÔNIBUS

V1 - Informações

Placa: Marca/modelo: I/FIAT DUCATO ENGESIGMIC

Renavam:

Ano fabricação: 2020 Chassi: 3C6EFVEK3LE113570

Tipo de veículo: Microônibus

Espécie: Passageiro Categoria:

Cor: Branca

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

Informações complementares: Veículo sem 1º emplacamento devido à pandemia, amparado pela Deliberação nº 185/2020 do CONTRAN.

V1 - Cronotacógrafo

Assinatura
elettrónica

Documento assinado eletronicamente por DANIEL MEDEIROS, matrícula 1969802, Policial Rodoviário Federal, em 20/07/2020, 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 85.539, de 6 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.pr.gov.br/movato/autenticar>, informando o protocolo 20033515B01 e o número de controle 554DCD48CEFC6C55042B043430E5.

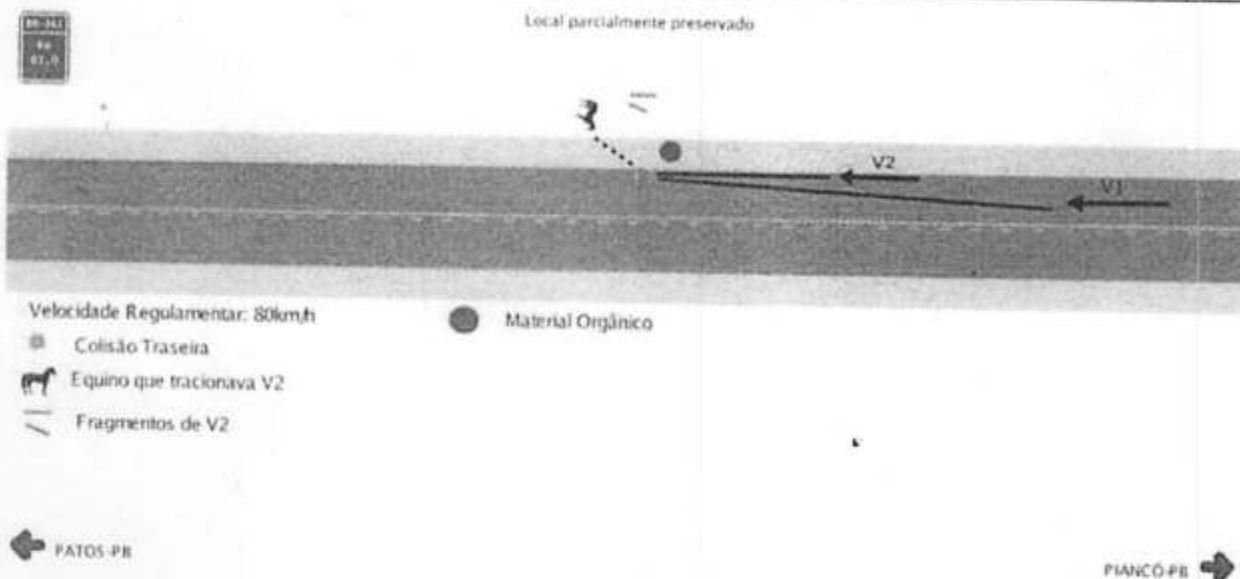
☎ 191



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 20033515B01

ferimentos, o condutor foi transportado do local para o Hospital de Emergência de Patos. O veículo V1 foi entregue no local para o próprio condutor envolvido. O veículo V2 ficou destruído, restando apenas destroços no local. O condutor de V1 realizou teste de etilômetro 1182, cujo resultado não acusou ingestão de álcool. Também preencheu Termo de Declaração do Envolvido. O condutor de V2 realizou teste de etilômetro 1183, cujo resultado não acusou ingestão de álcool. Foi utilizado o etilômetro número de série : 22000009.

CROQUI DA CENA DO ACIDENTE



AMARRAÇÃO - NÃO NECESSÁRIA

EVENTOS SUCESSIVOS

Ordem	Tipo de Evento	Veículos Envolvidos
1	Colisão traseira	V2, V1
2	Saída de leito carroçável	V2
3	Queda de ocupante de veículo	V2

MARCAS NO PAVIMENTO

Evento	Veículo	Frenagem (m)	Detrapagem (m)	Arrastamento (m)
1	V1			
1	V2			
2	V2			
3	V2			



Documento assinado eletronicamente por DANIEL MEDEIROS, matrícula 1969802, Policial Rodoviário Federal, em 20/07/2020, 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 6.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/movobat/autenticar>, informando o protocolo 20033515B01 e o número de controle 554DCD44D8CEFC6C55042B043430E5.

191



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 20033515B01

Obrigatório para este tipo de veículo: Sim

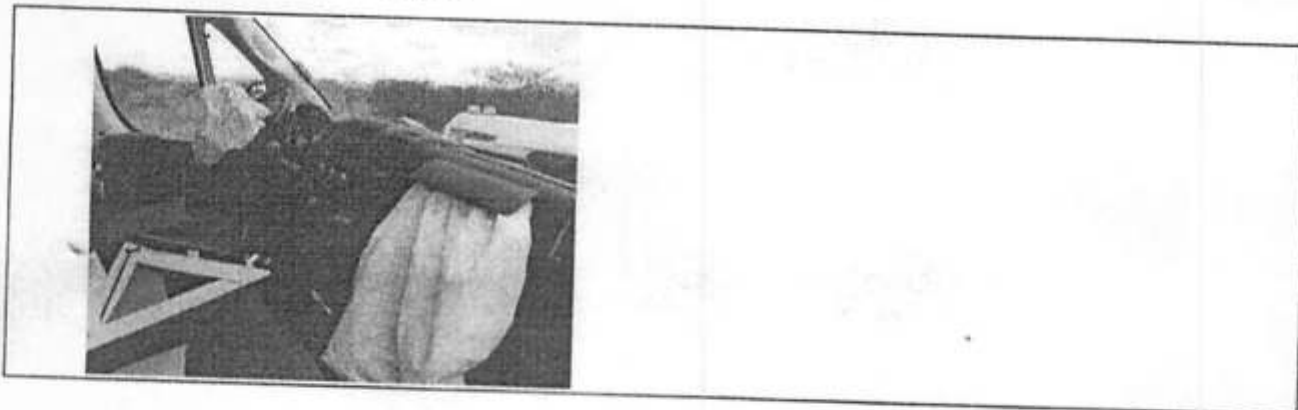
Presente: Sim

Equipamento atende à legislação: Sim

Diagrama foi recolhido: Sim

Tempos de parada/descanso atendem à legislação: Sim

V1 - IMAGENS COMPLEMENTARES



Assinatura
eletrônica

Documento assinado eletronicamente por DANIEL MEDEIROS, matrícula 1969802, Policial Rodoviário Federal, em 20/07/2020, 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 6.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-OG, de 13 de novembro de 2015.
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novcbat/autenticar>, informando o protocolo 20033515B01 e o número de controle 554DCD44D8CEFC6C55042B043430E5.

191



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 20033515B01

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

Veículo: V1 / I/FIAT DUCATO ENGESIGMIC

Placa:

Nº BOAT: 20033515B01

Nome do Agente: DANIEL MEDEIROS

Matrícula do Agente: 1969802

Data: 14/07/2020

Item	Descrição do Item	Valor	Item danificado no acidente		
			Sim	Não	NA
1	Dano em qualquer componente do Sistema de Suspensão.	M		X	
2	Avaria em qualquer um dos eixos	M		X	
3	Dano em qualquer componente do Sistema de freios.	M		X	
4	Chassi com deformação torcional menor ou igual à altura da longarina.	M		X	
5	Chassi com deformação vertical menor ou igual à altura da longarina	M		X	
6	Chassi com deformação lateral menor ou igual à distância interna entre as longarinas	M		X	
7	Chassi com deformação torcional maior que a altura da longarina.	G		X	
8	Chassi com deformação vertical maior que a altura da longarina.	G		X	
9	Chassi com deformação lateral maior que a distância interna entre as longarinas	G		X	
10	Chassi afetado termicamente na região onde está fixada a suspensão	M		X	
11	Avaria na estrutura das laterais ou do teto afetando o posto do condutor.	M		X	
12	Avaria na estrutura afetando a coluna "B" da carroçaria.	M		X	
13	Avaria na estrutura afetando qualquer ponto de fixação das poltronas/bancos.	M		X	
14	Avarias na estrutura das laterais ou do teto atingindo o compartimento interno dos passageiros podendo ultrapassar o plano que passa pela linha de referência do peltoril (parte inferior das janelas).	M		X	
15	Estrutura com deformação vertical, podendo afetar o compartimento dos passageiros e os componentes de união da base da carroçaria com o chassi	M		X	
16	Estrutura com deformação lateral, podendo afetar o compartimento dos passageiros e os componentes de união da base da carroçaria com o chassi	M		X	
17	Região da carroçaria e/ou do chassi termicamente afetada com dimensão menor ou igual a 2/3 do comprimento do chassi.	M		X	
18	Região do chassis termicamente afetada com dimensão maior que a 2/3 do comprimento do chassi.	G		X	

Dano de Montagem: Pequena



Documento assinado eletronicamente por DANIEL MEDEIROS, matrícula 1969802, Policial Rodoviário Federal, em 20/07/2020, 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/innovat/autenticar>, informando o protocolo 20033515B01 e o número de controle 554DCD44D8CEFC6C55042B043430E5.

191



V1 - Imagens Obrigatórias



IMAGEM DA LATERAL DIREITA



IMAGEM DA TRASEIRA



IMAGEM DA LATERAL ESQUERDA



IMAGEM DA FRENTE



Assinatura
eletrônica

Documento assinado eletronicamente por DANIEL MEDEIROS, matrícula 1959802, Policial Rodoviário Federal, em 30/07/2020, 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.pr.gov.br/movobat/autenticar>, informando o protocolo 20033515B01 e o número de controle 554DCD44D8CEFC6C55042B043430E5.

191



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 20033515B01

V1 - Proprietário

Nome: NUBIA INACIO DE QUEIROZ

CPF/CNPJ: 03.627.721/0001-14

Email:

Telefone: (83)3454-1056

Endereço: RUO OSORIO PINTO RAMALHO, 351, CENTRO, IBIARA-PB

V1C - CONDUTOR DE V1 - JOSE RODRIGUES DE MOURA

V1C - Informações

Nome: JOSE RODRIGUES DE MOURA

Data de Nascimento: 26/11/1963

CPF: 488.934.634-15

Estado civil: Casado(a)

Sexo: Masculino

Estado físico: Ileso

Morreu após remoção: Não

Usava cinto de segurança: Sim

V1C - Dados da Habilitação para Conduzir Veículo Automotor

Categoria: AD

Primeira habilitação: 16/08/1990

Nº Registro: 01270205050

UF: PB

Vencimento da habilitação: 27/04/2020

Motorista profissional: Não

Observações CNH: 99

V1C - Alterações da Capacidade Motora

Foi possível realizar teste do etilômetro: Sim

Condutor se recusou a realizar o teste: Não

Visíveis sinais de embriaguez: Não

Sinais de uso de substâncias psicoativas: Não

Resultado obtido: 0,00 mg/l

V1C - Dados do Contato

Endereço: RUA JOSE QUINTINO DE MAGALHAES, SN, CASA, CENTRO, SANTANA DE MANGUEIRA-PB

Telefone: (83)98852-6940

Email:



Documento assinado eletronicamente por DANIEL MEDEIROS, matrícula 1969802, Policial Rodoviário Federal, em 20/07/2020, 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/novobat/autenticar>, informando o protocolo 20033515B01 e o número de controle 554DCD4D8CEFC6C55042B043436E5.

191



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 20033515B01

V1C - Termo de Declaração de Envolvido

Formulário de Declaração de Envolvido (V1C) da Polícia Rodoviária Federal. O documento contém campos para identificação do envolvido, data e hora do acidente, e uma seção para a declaração de responsabilidade assinada pelo envolvido.



Assinatura
eletrônica

Documento assinado eletronicamente por DANIEL MEDEIROS, matrícula 1969802, Policial Rodoviário Federal, em 20/07/2020, 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/novobat/autenticar>, informando o protocolo 20033515B01 e o número de controle 554DCD44D8CEFC6C56042B043430E5.

191

**BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO**
PROTOCOLO Nº 20033515B01**V1P1 - PASSAGEIRO 1 DO V1 - MARIA ELIZETE GALDINO BARBOSA****V1P1 - Informações**

Nome: MARIA ELIZETE GALDINO BARBOSA

CPF: 086.981.194-09

Estado físico: Ileso

Usava cinto de segurança: Sim

Data de Nascimento: 17/09/1989

Sexo: Feminino

Morreu após remoção: Não

V1P1 - Dados do Contato

Endereço: JOANA AMELIA, CENTRO, SANTANA DE MANGUEIRA-PB

Telefone:

Email:

V1P2 - PASSAGEIRO 2 DO V1 - MACIELMA JERONIMO DE LIMA**V1P2 - Informações**

Nome: MACIELMA JERONIMO DE LIMA

CPF: 110.464.074-06

Estado físico: Ileso

Usava cinto de segurança: Sim

Data de Nascimento: 22/11/1994

Sexo: Feminino

Morreu após remoção: Não

V1P2 - Dados do Contato

Endereço: PROJETADA, CENTRO, SANTANA DE MANGUEIRA-PB

Telefone:

Email:

V1P3 - PASSAGEIRO 3 DO V1 - MARIA JOSE VICENTE DE LIMA**V1P3 - Informações**

Nome: MARIA JOSE VICENTE DE LIMA

CPF: 036.569.114-36

Estado físico: Ileso

Usava cinto de segurança: Sim

Data de Nascimento: 12/10/1967

Sexo: Feminino

Morreu após remoção: Não

V1P3 - Dados do Contato

Endereço: MARINHO, CASA, ZONA RURAL, SANTANA DE MANGUEIRA-PB

Telefone:

Email:

V2 - VEÍCULO 2 - NÃO SE APLICA - CARROÇA/CHARRETE**V2 - Informações**

Documento assinado eletronicamente por DANIEL MEDEIROS, matrícula 1969802, Polícia Rodoviária Federal, em 20/07/2020, 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 41-DG, de 13 de novembro de 2015.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 20033515B01 e o número de controle 554DCD44D8CEFC6C55042B043430E5.

191



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 20033515B01

Placa: Marca/modelo:
Ano fabricação: Chassi:

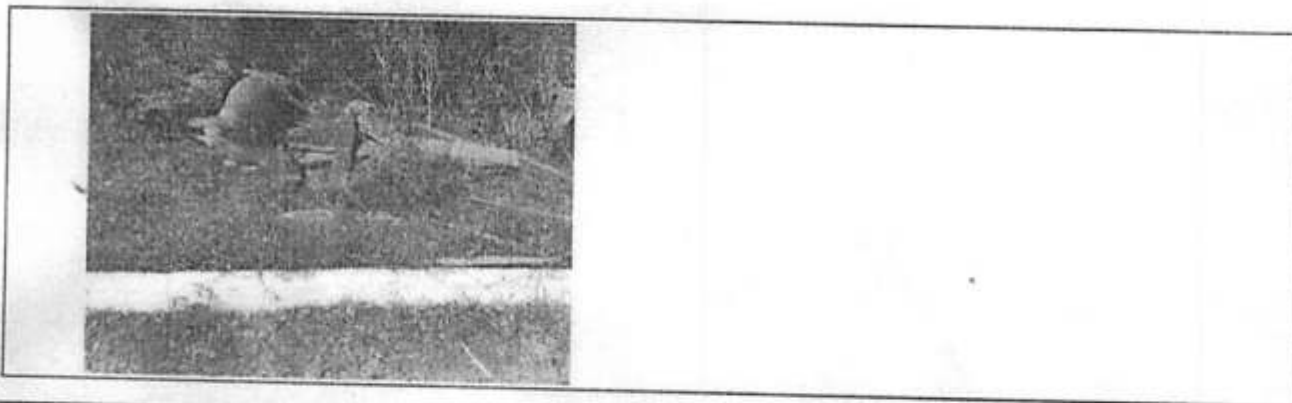
Renavam:
Tipo de veículo: Carroça
/Charrete

Espécie: Categoria:

Cor:

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

V2 - IMAGENS COMPLEMENTARES



V2 - Imagens Obrigatórias



Assinatura
eletrônica

Documento assinado eletronicamente por DANIEL MEDEIROS, matrícula 1969802, Polícia Rodoviária Federal, em 20/07/2020, 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 e1-DG, de 13 de novembro de 2015.
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 20033515B01 e o número de controle 554DCD44D8CEFC6C55042B043430E5.

191

BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 20033515B01

V2 - Proprietário

Nome:

Email:

Endereço:

CPF/CNPJ:

Telefone:

V2C - CONDUTOR DE V2 - JOSE EDGLEY PEREIRA DE ARAUJO

V2C - Informações

Nome: JOSE EDGLEY PEREIRA DE ARAUJO

CPF: 066.764.264-12

Sexo: Masculino

Morreu após remoção: Não

Data de Nascimento: 24/07/1984

Estado civil: Casado(a)

Estado físico: Lesões Graves

V2C - Dados da Habilitação para Conduzir Veículo Automotor

Categoria:

Primeira habilitação:

Nº Registro:

UF:

Vencimento da habilitação:

Motorista profissional: Não

Observações CNH:

V2C - Alterações da Capacidade Motora

Foi possível realizar teste do etilômetro: Sim

Visíveis sinais de embriaguez: Não

Resultado obtido: 0,00 mg/l

Condutor se recusou a realizar o teste: Não

Sinais de uso de substâncias psicoativas: Não

V2C - Dados do Contato

Endereço: RUA CONJUNTO LUCIA BRAGA, 09, CENTRO, OLHO D'ÁGUA-PB

Telefone: (83)99644-6776

Email:

E1 - TESTEMUNHA - MARIA MONICA PEREIRA DA SILVA

E1 - Informações

Nome: MARIA MONICA PEREIRA DA SILVA

Envolvimento: Testemunha

Sexo:

Morreu após remoção: Não

Data de Nascimento:

CPF: 068.092.724-70

Estado físico:

Informações complementares: Apresentou-se a equipe PRF como esposa de JOSE EDGLEY PEREIRA DE ARAUJO, condutor de V2, desejando relatar sua versão, porém não presenciou o acidente.

E1 - Alterações da Capacidade Motora



Documento assinado eletronicamente por DANIEL MEDEIROS, matrícula 1949802, Policial Rodoviária Federal, em 20/07/2020, 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/movobat/autenticar>, informando o protocolo 20033515B01 e o número de controle 554DC044D8CEF6C65042B043430E5.

191



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 20033515B01

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

Endereço: CONJUNTO LÚCIA BRAGA, S/N, CONJUNTO SANTA LÚCIA, OLHO D'ÁGUA-PB

Telefone: (83)99644-6776

Email: manikpereirinha.234@gmail.com



Assinatura
eletrônica

Documento assinado eletronicamente por DANIEL MEDEIROS, matrícula 1969802, Policial Rodoviário Federal, em 20/07/2020, 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 2015.
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/movobal/autenticar>, informando o protocolo 20033515B01 e o número de controle 554DCD44D8CEFC6C55042B043430E5.

191

BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 20033515B01

E1 - Termo de Declaração de Envolvido

[illegible]

Documento assinado eletronicamente por DANIEL MEDEIROS, matrícula 1969802, Polícia Rodoviária Federal, em 20/07/2020, 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/novobate/autenticar>, informando o protocolo 20033515B01 e o número de controle 554DC4D8CEFC6c55042B643430E5.

☎ 191