

Enviado a todos e cartão com selo original de nota em região central, membro superior (D) e membros inferiores e olhos.

Report of the Secretary
of the
U.S. Department of the Interior
BUREAU OF LAND MANAGEMENT
WASHINGTON, D.C. 20250

Redigado aucto e auct



Secretaria Municipal de Saúde de Pelotas

Central de Regulação - Saúde em Rede
LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

000218257

Usuário: INGRITACOBRE
Emitido em : 25/02/2019 às 0

Identificação do Estabelecimento de Saúde:

Unidade Hospitalar:

SANTA CASA DE MISERICORDIA DE PELOTAS

Unidade Executora:

CNES:

2253054

CNES:

Identificação do Paciente:

Nome: MAURICIO DE OLIVEIRA VIEIRA

Prontuário: 0289253

CNS:

Nasc: 21/05/1991 Sexo: MASCULINO

Nº do Prontuário:

96179499

Sexo:

Masculino

Telefone de Contato:

5391560302

Mãe: VERA LUCIA DE OLIVEIRA VIEIRA

Fone: (51) 5156-0302

Edu: EDUARDO CORRÊA 226

Cidade: PELOTAS 4314407 RS 96000-500

Município de Residência:

PELOTAS

Cen. IBS Municipal:

4314407

U.F.

RS

CER:

96045530

Principais Sinais e Sintomas Clínicos:

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PACIENTE APRESENTADO FRATURA EXPOSTA EM FEMUR DEXTRO

Alexandro: 0285191-19

MAURICIO DE OLIVEIRA VIEIRA

Sexo: MASCULINO Cor: BRANCA

Prof.: ORTOPEDISTA

Sobrenome: JOSE IT - TRAUMATOLOGISTA

Conv.: SUS

Med.: 23750 RENAN DE OLIVEIRA BARBOSA

Prontuário: 0289253

Idade: 28

D.O.: 21/05/1991

Cidade: 402 - 12

D. 147: 23/02/2019

Condições que justifiquem a internação:

NECESSIDADE DE CIRURGIA

Principais resultados de provas diagnósticas:

RX

EXAME FÍSICO

Diagnóstico Inicial:

FRATURA DA DIÁFISE DO FEMUR

CID 10 Principal:

S72.0

CID 10 Secundário:

CID 10 Causas Associadas:

Descrição do Procedimento Solicitado:

PROCEDIMENTO SOLICITADO

TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA

Clínica:

CIRURGIA ORTOPEDICA E

Nome do Profissional Solicitante/Assistente:

RENAN DE OLIVEIRA BARBOSA

Caráter da Internação:

URGÊNCIA

Documento

☒ CNS: ☐ CPF:

Nº Documento Prof. Solicitante:

127969586730018

Data da Solicitação:

25/02/2019

Assinatura e Carimbo do Conselho:

Rodolfo P. M. Res. Conselho

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

CNPJ da Seguradora:

() Acidente de Trânsito

() Acidente de Trabalho Típico

() Acidente de Trabalho Trajeto

Vínculo com a Previdência:

() Empregado

() Empregador

() Autônomo

() Desempregado

() Aposentado

() Não Segurado

Forma profissional Autorização:

Documento:

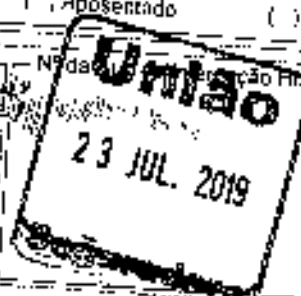
☐ CNS: ☐ CPF:

Data da Autorização:

Nº Documento Prof. Autorizador:

Assinatura e Carimbo do Conselho:

Nome do Paciente: Nome do Paciente: Nome da UNIT





Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

Nome do Estabelecimento Solicitante

CNES

Nome do Estabelecimento Executante

SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PELOTAS

CNES

2 2 5 3 0 5 4

Identificação do Paciente

Nome: MAURÍCIO DE OLIVEIRA VIERA

Pront: 9288263

Nº do Prontuário

CNS:

Nasc: 21/03/1993 Sexo: MASCULINO

62RA

scimento

Masc.

Sexo

Fem.

Mel: VERA LUCIA DE OLIVEIRA VIERA

Fone: (51) 3134-0302

End: EDUARDO CORREA 224

Cidade: PELOTAS 43144-97 RS 96000-500

DUB

Telefone de Contato
Nº do Telefone

Município de Residência

Cód. IBGE do Município

UF

CEP

Justificativa da Internação

Principais sinais e sintomas clínicos

- PRESENTE APRESENTANDO FRATURA EXPOSTA EM FÊMUR DIREITO

Condições que justificam a internação

- NECESSIDADE DO TRATAMENTO

Principais resultados de provas diagnósticas (resultados de exames realizados)

- RX + EXAME FÍSICO



Diagnóstico Inicial

Cid 10 Principal

Cid 10 Secundário

Cid 10 Causas Associadas

S42.3

Procedimento Solicitado

Descrição do Procedimento Solicitado

Código do Procedimento

TRT. CLIN. DE FR. DA DIÁFISE DO FÊMUR 0408050519

Clínica

Caráter da Internação

Documento

() CNS () CPF

Nº Documento (CNS/CPF) do Profissional Solicitante/Assistente

Nome do Profissional Solicitante/Assistente

Data da Solicitação

23/02/19

Assinatura e Carimbo do Registro do Conselho

Preencher em caso de Causas Externas (Acidentes ou Violências)

() Acidente de Trânsito

CNPJ da Seguradora

Nº do Bilhete

Série

() Acidente de trabalho físico

CNPJ da Empresa

CNAE da Empresa

CBOR

() Acidente de trabalho químico

Vínculo com a Previdência

() Empregado

() Empregador

() Autônomo

() Desempregado

() Aposentado

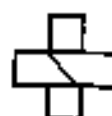
() Não Segurado

Autorização

Nome do Profissional Autorizador

Cód. Órgão Emissor

Nº da autorização de internação hospitalar

**SUS**Sistema
Único de
SaúdeMinistério
da
SaúdeLAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇA DE FOLHA
PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTOS(S) ESPECIAL(AIS) 2/2

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS) - CONTINUAÇÃO

30 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	31 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	32 - QTD
33 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	34 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	35 - QTD
36 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	37 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	38 - QTD
39 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	40 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	41 - QTD
42 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	43 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	44 - QTD
45 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	46 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	47 - QTD
48 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	49 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	50 - QTD
51 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	52 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	53 - QTD
54 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	55 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	56 - QTD
57 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	58 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	59 - QTD
60 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	61 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	62 - QTD
63 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	64 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	65 - QTD
66 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	67 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	68 - QTD
69 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	70 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	71 - QTD
72 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	73 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	74 - QTD
75 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	76 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	77 - QTD
78 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	79 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	80 - QTD
81 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	82 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	83 - QTD
84 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	85 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	86 - QTD
87 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	88 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	89 - QTD
89 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	90 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	91 - QTD
92 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	93 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	94 - QTD
95 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	96 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	97 - QTD
98 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO (continuação)		



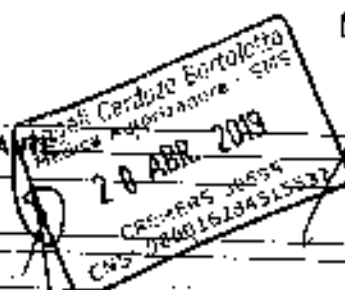
bonos difere immanência, fixar
fatoras; bonos TC autorização
notas FATEM e com

PROFISSIONAL SOLICITANTE

ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

AUTORIZAÇÃO

ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

Dr. Rafael Almeida
Diretor Técnico
CREMERS - 29226

Atendimento: 1738958-19

Paciente: MAURICIO DE OLIVEIRA VIERA

Médico solicitante: DR RENAN DE OLIVEIRA BARBOSA

Convênio: SUS

Cód. exame:

Data: 27/02/2019

Idade: 25,09

Sector: SAO JOSE II -

SAME: 0288263

Quarto/Leito: 402/12

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE JOELHO DIREITO

Controle tomográfico computadorizado para avaliação de fratura complexa/cominutiva intra-articular na extremidade distal do fêmur com significativo grau de desvio e cavalgamento dos principais fragmentos.

Percebe-se também fratura complexa na patela, sendo que um dos fragmentos mostra-se junto ao côndilo lateral, e o segundo fragmento entre o complexo fraturado intercondiliano, invertida.

Sinais de ruptura do tendão patelar.

Hematrose.

Presença gás de permeio a fratura descrita entre os tecidos moles adjacentes, relacionados a fratura exposta.

Planalto tibial preservado.

DR DECIO VALENTE RENCK
CRM: 21486



SALA

Nº de alunos

() Mente técnica

() Over:

ROPM

04 Come Cher Bomb - Bomb

Rita de Cassia
Téc. Enferm. 1981
COREN-RS 638774

SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PELOTAS

Nome: _____ Endereço: _____
 Residência: _____ Data: _____
 Responsável: _____

Diagnóstico pré-operatório: _____

Diagnóstico pós-operatório: _____

Cirurgia realizada: Hf co de fratura supracondilária do braço

Exame radiológico trans-operatório: _____

Complicações pós-operatório: _____

Cirurgião: Dr. Marcel 1º auxiliar: Dr. Rodrigo, Morgado L.

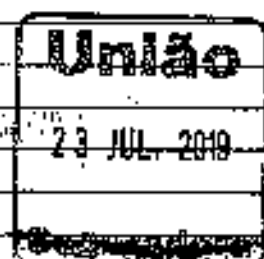
2º auxiliar: _____ 3º auxiliar: _____

Anestesista: _____ Anestesia: _____

Internação: _____ Cirurgia: _____

DESCRIÇÃO DO ATO CIRÚRGICO

- 1) Paciente sob sedação em decúbito dorsal
- 2) Limpeza e desinfecção da pele do braço e do antebraço
- 3) Desbridamento da lesão, remoção do corpo estranho e do conteúdo articular
- 4) Fixação do pulso p/ o antebraço
- 5) Fixação do braço p/ o tórax superior e tórax inferior
- 6) Reparo da pele com pontos e sutura
- 7) Curativo asséptico
- 8) A pele do antebraço



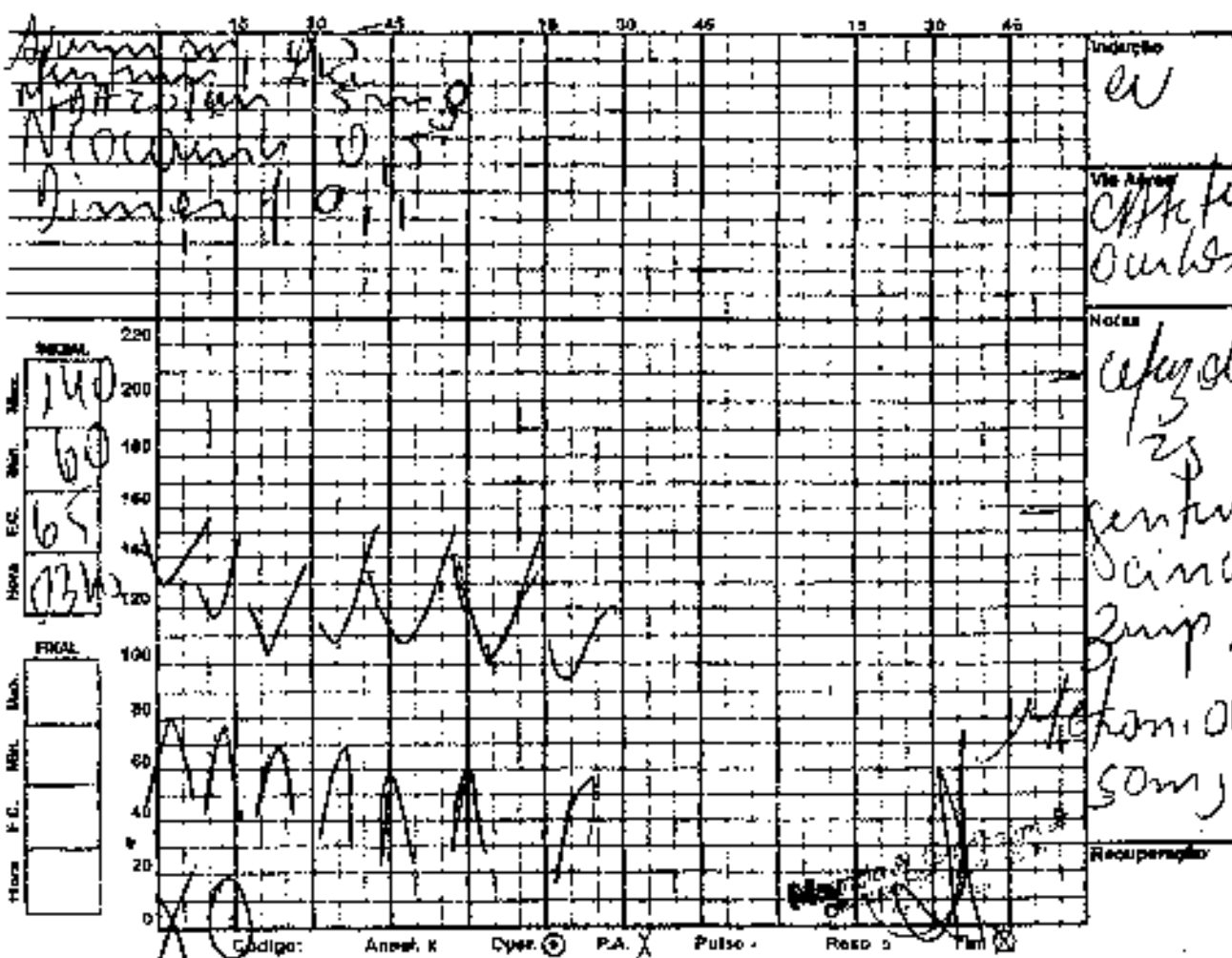
Marcel Cruz Amorim
 CREMER 32337

Para uso em: EMERGÊNCIAS, COMPLEMENTAÇÃO E AMBULATORIAL

FICHA DE ANESTESIA

Nome: JOSE CARLOS DE OLIVEIRA Relação recente: _____
 Idade: 20/03/80 Idade: _____ Posição: _____
 Sexo: MASCULINO End-anest: _____
 Quando: 13/03/80 Data: _____
 Data: 13/03/80
 OPERAÇÃO PROPOSTA: Supla cirurgião
 DIAGNÓSTICO: Distúrbio
 DADOS PRÉ OPERATÓRIOS: _____

EFETO: _____
 ESTADO FÍSICO: _____



Agência: _____
 Técnica: Rob. A 22
 Anestesiologista: Manoel
 Operação realizada: 13:30 - 5:30
 Flúidos:

FLUIDOS	INICIADOS	ABSORVIDOS
Sol. Glc.		
Sol. Fisol.	1000	1000
Ringer L.		
Sangue	201	

Atendimento: 1738870-19

Paciente: MAURICIO DE OLIVEIRA VIERA

Médico solicitante: DR RENAN DE OLIVEIRA BARBOSA

Convênio: SUS

Cód. exame: 19

Data: 26/02/2019

Idade: 25,08

Sector: SAO JOSE II -
SAME: 0288263

Quarto/Letto: 402/12

JOELHO D:
Fratura cominutiva do fêmur distal,
Presença de tração


DR. EUSON TADEU NOLTHAUSEN
CRM: 4405



Atendimento: 1738136-19

Data: 23/02/2019

Paciente: MAURICIO DE OLIVEIRA VIERA

Idade: 25,09

Médico solicitante: DR. DANILO FERNANDES DE OLIVEIRA ARAÚJO- R1

Convênio: SUS AMBULATORIAL

Setor: EXTERNO

Cód. exame:

SAME: 0208263

COXA D
JOELHO D

Fratura intra-articular e cominutiva na extremidade distal do fêmur direito.


DR. ERNESTO SOUSA NUNES
CRM: 98719



Identificação do Estabelecimento de Saúde

Nome do estabelecimento solicitante

CNES

Nome do Estabelecimento Executante

SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PELOTAS

CNES

2 2 6 3 0 5 4

Identificação do Paciente

Nome do paciente

Nº do prontuário

Cartão de

Nome do paciente

Nome do paciente

Nome da

Nome da

Nome do paciente

Sexo

Masc.

Fem.

Telefone de contato

DDD

Nº telefone

Endereço

Endereço

Endereço

Município

Município

UF

UF

CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Principais sinais e sintomas clínicos

Realizou cirurgia em 26/02 p/ corrigir fratura exposta de fêmur distal direito, segundo hospitalizados necessita de nova intervenção cirúrgica reposicionar fratura e curativo cirúrgico

Condições que justificam a internação

An. cirúrgico

Principais resultados de provas diagnósticas (resultados de exames realizados)

exame físico - anamnése



Diagnóstico inicial

inf. loc. de pele

CID 10 principal

L089

CID 10 secundário

CID 10 causas associadas

PROCEDIMENTO SOLICITADO

Descrição do procedimento solicitado

DESMEMBAMENTO DE FASCIOTE NEUROTIZANTE

Código do procedimento

0 1 1 5 0 4 0 0 2 7

Clinica

Caráter da internação

Documento

Nº Documento (CNS/CNPJ) do profissional solicitante/assistente

(CNS) (CNPJ)

CNPJ

CNPJ

CNPJ

CNPJ

CNPJ

CNPJ

CNPJ

CNPJ

CNPJ

CNPJ

CNPJ

CNPJ

Nome do profissional solicitante/assistente

Doutor em medicina

Data da solicitação

15/03/2019

Assinatura e carimbo (Nº do registro do conselho)

Ortopedia e Traumatologia

CREMER 45069

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

() Acidente de trânsito

() Acidente de trabalho típico

() Acidente de trabalho atípico

CNPJ da seguradora

Nº do bilhete

Sono

CNPJ Empresa

CNAE da Empresa

CBOR

Vínculo com a previdência

() Empregado

() Empregador

() Autônomo

() Desempregado

() Aposentado

() Não segurado

Nome do profissional autorizador

Cod. órgão emissor

Nº da autorização de internação hospitalar

Documento

Nº documento (CNS/CNPJ) do profissional autorizador

(CNS) (CNPJ)

Data de autorização

Assinatura e carimbo (Nº do registro do conselho)

Jivago da Fonseca Lopes
 Médico Autorizador
 CNS 706104942-3530
 RJM 35666-150145/RS

04/04/19

Apartment: 00091-194

Franklin D. Roosevelt

WHEELS OF DIVERSITY

Seqn.: NSQJDC Cars BRAND

Index: 25

Part 1111111111

Ref.: 23/05/1503

Enfermagem José de - FARMACOLOGIA

Indice: 467 - 12

1.74-1.76

13:INT:25/09/2019

Ind.: 22759 - GYMN. DE OLIVEIRA BARBOSA

IMPLEMENTAÇÃO E AMBULATORIAL

NESTESIA

Relatório recente: NAG

Practitioner: D. D. Sembrat

Pré-avis: *Naš*

। अक्षरः

Peso: 96 kg

Sexo: ☒ M

Amur: 1.82

Cor: 10 1Cat: 505

Quinto:

Hosp.: Santo Esau

Date: 15/09/18

આલય: ૦૩

OPERACÃO PROPOSTA: Cultivo Urbano

DIAGNÓSTICO: leishmaniose exposta de 1º grau

DADOS PRÉ-OPERATÓRIOS: Epilepsia (controlado). Em uso de

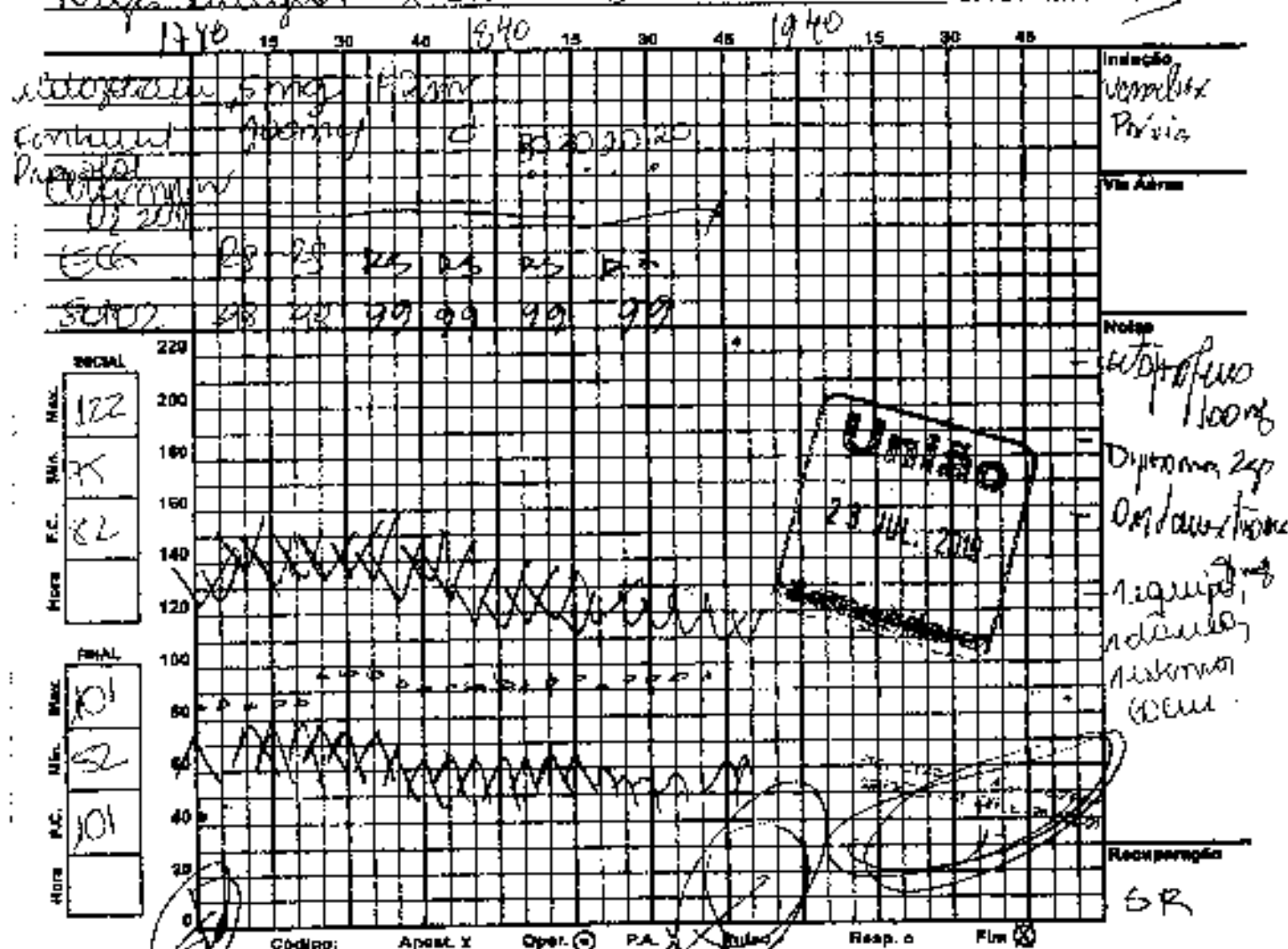
view bearing witness. DEBORAH ONE

Inischer Kinn - m. I. - R. - sp

Nigg. pilosus 1. gutten. sordidior

REF ID: A66110

ESTADO FÍSICO



Hours	P.C.	Mile.	Max.	Total
				122
			75	
			82	

Hours	P.C.	Mile.	Max.	Total
				101
			52	
			101	

Agentes Supervocados Superbancos

Kend, missing Gang

Técnica B3A, Pl. 134 A, 27. Intestino

202. *Arctostaphylos*

Operação realizada

17:40 — 19:30

FLUIDOS	
INICIADOS	ABSORVIDOS
Sol. Glic. _____	
Sol. Fisiol. _____	
Ringer L. <u>500</u>	<u>560</u>
<u>1500</u>	
Sangre <u>400ml</u>	

SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PELOTAS

Nome: _____ N° Prontuário: _____

Residência: _____ Idade: _____

Responsável: _____

Diagnóstico pré-operatório: FRATURA EXPOSTA DE JOELHO ⑦

Diagnóstico pós-operatório: O MESMO ACERVA

Cirurgia realizada: TUBERTEIA DE FR. EXPOSTA DE JOELHO ⑦

Exame radiológico trans-operatório: _____

Complicações pós-operatório: _____

Cirurgião: DR. LOURIVAL 1º auxiliar: DR. DANILLO

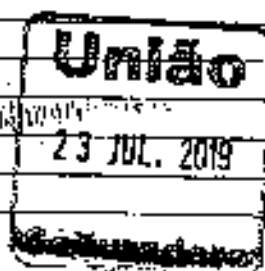
2º auxiliar: _____ 3º auxiliar: _____

Anestesiista: _____ Anestesia: _____

Internação: _____ Cirurgia: _____

DESCRIÇÃO DO ATO CIRÚRGICO

- ① PEI EM D.D. SOB RAQUIANESTESIA
- ② ASSÉPSIA + ANTI SÉPSIS + PCE
- ③ REALIZAÇÃO LAVAGEM EXAUSTIVA COM S.F. 4% 2x + DEBRIDAMENTO DE TECIDOS MORTOS.
- ④ REPOSIÇÃO DE FIXADOR EXTERNO
- ⑤ SUTURA DOS TECIDOS POR PLANOS + CURATIVO
- ⑥ PEI ENTÃO ENCAMINHADO A RPA



[Handwritten signature]
Lourival
Cirurgião Geral
cd. 4310

Nome do paciente: FRANCISCA DE OLIVEIRA

Nome do pai/mãe: FRANCISCO DE OLIVEIRA

Endereço: rua da liberdade

Cidade: JOÃO PESSOA

UF: PB

(CONTA DIVIDIDA 2ª PARTE)

Qual o motivo da consulta? 13.03.19

Qual o nome do médico? DR. ROBERTO

Qual o nome do consultório? CLÍNICA DE OTO-RINO-LARINGOLOGIA

Qual o nome do médico responsável? DR. ROBERTO

Qual o nome do paciente? FRANCISCA DE OLIVEIRA

Qual o nome do paciente? FRANCISCA DE OLIVEIRA

Qual o nome do consultório? CLÍNICA DE OTO-RINO-LARINGOLOGIA

Qual o nome do médico responsável? DR. ROBERTO

Qual o nome do paciente? FRANCISCA DE OLIVEIRA

Qual o nome do consultório? CLÍNICA DE OTO-RINO-LARINGOLOGIA

Qual o nome do médico responsável? DR. ROBERTO

Qual o nome do paciente? FRANCISCA DE OLIVEIRA

Qual o nome do consultório? CLÍNICA DE OTO-RINO-LARINGOLOGIA

Qual o nome do médico responsável? DR. ROBERTO

Qual o nome do paciente? FRANCISCA DE OLIVEIRA

Qual o nome do consultório? CLÍNICA DE OTO-RINO-LARINGOLOGIA

Qual o nome do consultório? CLÍNICA DE OTO-RINO-LARINGOLOGIA

Qual o nome do médico responsável? DR. ROBERTO

Qual o nome do paciente? FRANCISCA DE OLIVEIRA

Qual o nome do consultório? CLÍNICA DE OTO-RINO-LARINGOLOGIA

Data de emissão: 21.03.2019

Local de emissão: JOÃO PESSOA

Motivo da consulta: FRANCISCA EXPOSTA EM ACIDENTE

DE CÍRURGIA E REPERAÇÃO DE PONTOS DE FIXAÇÃO

Histórico da consulta: CONFORME ANEXOS

Exame físico: CONFORME ANEXOS

Exame físico: EM TRATAMENTO

Diagnóstico: CONTA DIVIDIDA, PACIENTE APRESENTANDO INTERESSES

DE OTO-RINO-LARINGOLOGIA, NECESSITANDO DE NOVA INTERVENÇÃO CIRÚRGICA

Assinado: Roberto F. Menezes
Médico
CRM: 16.4899

União

23 JUL 2019

Atendimento: 005171 19
MARCELO DE OLIVEIRA VIEIRA

Intervenção: 008263

5

Nome: _____

Sexo: MASCULINO Data de Nascimento: _____

Idade: 35

Profissão: ENFERMEIRO

D.H. 12/05/1993

Residência: _____

Operador: JOSE TE - TRAUMATOLOGIA

Setor: 002 - 10

Endereço: _____

D.H. 12/05/2017

Residência: RUA DO OLIVEIRA VIEIRA

Responsável: _____

Diagnóstico pré-operatório: _____

Diagnóstico pós-operatório: _____

Cirurgia realizada: _____

Cirúrgico

Exame radiológico trans-operatório: _____

Complicações pós-operatório: _____

Cirurgião: _____

Marcel

1º auxiliar: _____

3º auxiliar

2º auxiliar: _____

Daniel

3º auxiliar: _____

Anestesista: _____

Anestesia: _____

Interação: _____

Cirurgia: _____

DESCRIÇÃO DO ATO CIRÚRGICO

1) Sob anestesia

2) AHA + CCE

3) Incisão sobre a cicatriz antiga

4) Insuflação da cavidade torácica

5) Dissecção da musculatura da parede torácica

6) Remoção da lesão

7) Análise da cavidade

8) Sutura da cavidade

9) Posicionamento do

10) Sutura da pele

11) Sutura da pele

12) Sutura da pele

União

23 JUL 2019

Marcelo de Oliveira Vieira
CRM 19822

identifiers: 028545

Idade: 25
U.N.: 21/06/1995
Lento: 902 - 12
D. HT: 25/02/2012

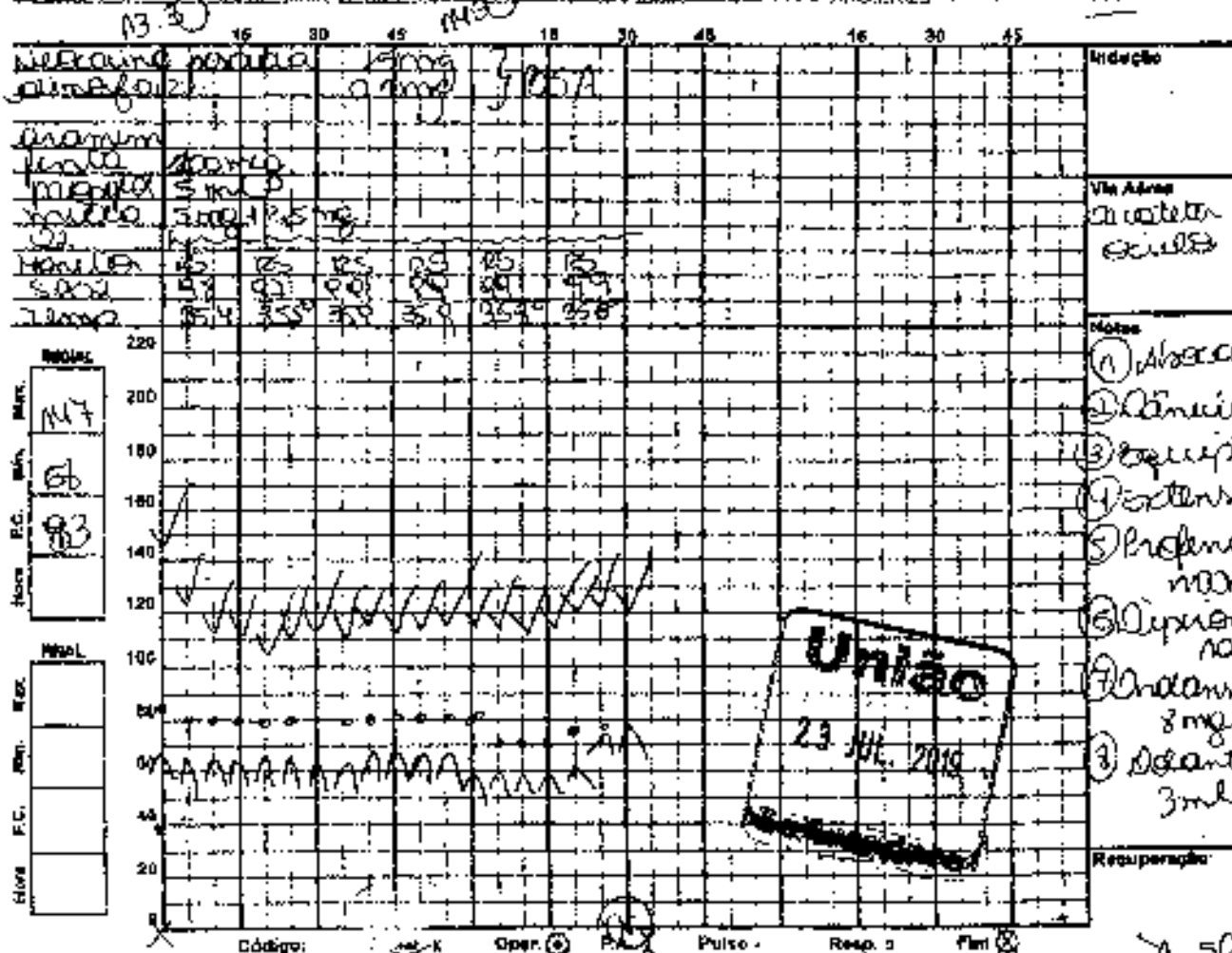
ENTÃO E AMBULATORIAL

No: _____ Refeição recente: Não
Idade: _____ Peso: 90kg Prática: D. Diária
Sexo: _____ Altura: 1,83 Cor: B Cal: 5,5 Fim-teste: sim

Quarto: _____ Hosp.: 5C
Data: 22.03.19 Setor: 06

OPERAÇÃO PROPOSTA: craniotomia bitemporal
 DIAGNÓSTICO: fratura exposta (acidente automobilístico),
fratura + infecção local
 DADOS PRE-OPERATÓRIOS: Paciente não obstrução da
construção. Período recente. Exatidão prévia
(fixação + craniotomia) - local - m

ESTADO FÍSICO III



A 52

Agonias _____

Técnica Radiométrica / Lanchas 27

Ampliar, com 14-15 Anestesiado Maria Maria Unipol
Operação realizada 14/05/97

NY 30

pg 30

Anestesiado Maria Inês de Jesus
 Operação realizada 13/05/2010
 13/05/2010
 13/05/2010

80100

INICIADOS	ABSORVIDOS
Sol. Glc. _____	_____
Sol. Fieci. _____	_____
Ringer L. <u>500-500</u>	<u>300</u>
_____	_____
Sangre _____	_____

Atendimento: 1745622-19

Paciente: MAURICIO DE OLIVEIRA VIERA

Médico solicitante: DR RENAN DE OLIVEIRA BARBOSA

Convênio: SUS

Cód. exame:

Data: 25/03/2019

Idade: 25,1

Sutor: SAO JOSE II -
SAME.0286263

Quarto/Leito: 402/12

ECODOPPLER ARTERIAL DO MEMBRO INFERIOR DIREITO

As artérias femorais comum, superficial e profunda, bem como as porções passíveis de avaliação da artéria poplítea, são vasos péricios, com trajeto e calibre usual, apresentando fluxos vasculares preservados.

As porções passíveis de avaliação das artérias tibiais anterior e posterior apresentam-se péricios e com calibre usual, com fluxos vasculares preservados.

CONCLUSÃO:

Ecodoppler arterial do membro inferior direito sem evidência de comprometimento hemodinâmico.

DR MARCOS GEBER ANDREAZZA
CRM 30246



131.04362.69-5

3111692

003-0

RS

Município de Oliveira Viçosa



IDENTIFICAÇÃO CIVIL - BRASIL

MAURICIO DE OLIVEIRA VIERA

FILIAÇÃO: MARCO AURELIO SCHUMACHER VIERA
VIERA LUCIA DE OLIVEIRA VIERA
SEXO: MASCULINO

NASCIMENTO: 21/07/1960

ESTADO CIVIL: SOLTEIRO

NATURALIDADE: PELOTAS - RS

DOCUMENTO: C NASC 40130 LV 143 1ª TONA

LEI Nº 9.046, DE 18 DE MARÇO DE 1996

CNPJ: 07.182.370-20

TÍT. ELEITOR

LOCALIDADE DE EMISSÃO: FOTAS DE PELOTAS - 07/06/2008

ALTERAÇÃO DE IDENTIDADE



[illegible]

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190442902 **Cidade:** Pelotas **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MAURICIO DE OLIVEIRA VIERA **Data do acidente:** 24/02/2019 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 29/07/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DO FÊMUR DISTAL DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIXADOR EXTERNO).
ALTA.(P1/2/3/5/8/9FC/10/11/12/15/16FC/19FC/20)

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO JOELHO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO JOELHO DIREITO.

Documentos

complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190442902 **Cidade:** Pelotas **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MAURICIO DE OLIVEIRA VIERA **Data do acidente:** 24/02/2019 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 26/07/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DO FÊMUR DISTAL DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIXADOR EXTERNO).
ALTA.(P1/2/3/5/8/9FC/10/11/12/15/16FC/19FC/20)

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO JOELHO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO JOELHO DIREITO.

Documentos

complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

Rio de Janeiro, 24 de Julho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190442902

Vítima: MAURICIO DE OLIVEIRA VIERA

Data do Acidente: 24/02/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: SILMARA FERNANDES

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MAURICIO DE OLIVEIRA VIERA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 08 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190442902

Vítima: MAURICIO DE OLIVEIRA VIERA

Data do Acidente: 24/02/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: SILMARA FERNANDES

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), MAURICIO DE OLIVEIRA VIERA

Informamos que o pagamento da indenização o 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 joelho 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: MAURICIO DE OLIVEIRA VIERA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 4424

Conta: 0000010291-0

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: ☐ DANOS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do documento ou ASI: 3 - CPF do vítima: 4 - Nome completo da vítima:
027.189.370-25 Maurício de Oliveira Vieira

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SJ/SEP Nº 445/2013

5 - Nome completo: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Telefone:
Maurício de Oliveira Vieira 027.189.370-25 Motorista R. Getúlio Vargas da Cruz 236 96050 000 Freguesia Pelotas RS 96050 000

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAI, 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:

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

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

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (343)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 4424 CONTA: 10221

(Informar o dígito verificador)

(Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autoriza 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, a 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 da 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 não 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 E-394/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestação, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE UMICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou CIV) ☐ 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 resíduo(a) herança? ☐ 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 usarem 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

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

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

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

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data

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 19010115B01



Para maiores dúvidas acesse: www.prf.gov.br/portal



Para cópia do seu Boletim acesse o site: www.prf.gov.br/novo/bat /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 MAREDA, marcelo 1072699, Polícia Rodoviária Federal, em 28/07/2019, conforme haste digital de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Lei nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 4º da Lei nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alteração da Instrução da art. 2º da Instrução Normativa nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.
A autenticidade deste documento pode ser conferida em <http://www.prf.gov.br/novo/bat/autenticar>, informando o protocolo 19010115B01 e o número do veículo: FA25854 TFD/LUBEA/CAR/19BDBUSCAR.

19



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 19010115B01

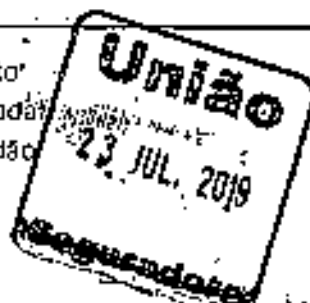
INFORMAÇÕES GERAIS

Data: 24/02/2019 Hora: 21:50 Município: PELOTAS/RS
BR: 392 KM: 90,4 Sentido: Crescente
Policial responsável pelo atendimento: MOREDA, 1072691

ASPECTOS DO LOCAL

Tipo de via: Principal
Tipo de pista: Simples
Estrutura Viária: Declive
Acostamento: Sim
Condição meteorológica: Chuva

Tipo de pavimento: Asfalto
Condição da Pista: Molhada
Localidade urbanizada: Não
Canteiro Central: Não
Fase do dia: Piena-Noite



IMAGENS PANORÂMICAS



SENTIDO DECRESCENTE



SENTIDO CRESCENTE

NARRATIVA

Protocolo: 19010115B01 No dia 24/02/2019, por volta das 21h50, no Km 90,4 sentido crescente da BR 392, em Pelotas-RS, ocorreu um acidente, do tipo Tombamento com 02 feridos. O veículo envolvido (V1) Scania/G420 de cor branca, placas IQV8219/RS tracionando só S/Rs placas ISE 2149/RS e ISE 2147/RS conduzido por Marcos Antonio Coelho de Oliveira com lesões leves, sendo também vítima com ferimentos graves o passageiro Mauricio de Oliveira Vieira socorridos pelo Ecosul ao HPS de Pelotas. FATOR PRINCIPAL DO ACIDENTE: Velocidade incompatível. Com base na análise dos vestígios identificados, constatou-se que veículo (01) transitava no sentido Pelotas x Canguçu, quando desgovernou, vindo a tombar sobre a pista, derramando sua carga de ração animal, causando lesões nos dois ocupantes e danos ao veículo. A dinâmica do acidente encontra-se representada no croqui. Conforme constatações registradas nessa narrativa e interpretação dos vestígios materiais identificados no local, conclui-se que o fator principal do acidente foi a velocidade incompatível, mas também a falta de atenção a condução. Realizados registros fotográficos, medições não foram realizadas. A velocidade no local é de 40 km/h. A ultrapassagem é permitida no sentido crescente. A rodovia é devidamente sinalizada tanto horizontalmente quanto verticalmente. O Resgate e médico da Ecosul fez o atendimento no local e encaminhamento das vítimas feridas ao HPS de Pelotas, onde ficaram para atendimento.

CROQUI DA CENA DO ACIDENTE



Documento assinado eletronicamente por MOREDA, memcda 1072691, Policial Rodoviária Federal, em 28/02/2019, conforme horário oficial do Brasil, com fundamento no § 2º da Lei 10.181/2001 e Lei 10.181/2001, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2016 e no Anexo II da Lei nº 12.966, de 13 de novembro de 2015. A autenticidade deste documento pode ser verificada no site <http://brasil.pf.gov.br/assinaturas/verificar>, informando o protocolo 19010115B01 e o número de controle FA2683471 DCLUBAFCUR715104FAC40.

19



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 19010115B01



Local parcialmente preservado



← Cameta

Fotos →

AMARRAÇÃO - NÃO REALIZADA

EVENTOS SUCESSIVOS

Ordem	Tipo de Evento	Veículos Envolvidos
1	Tombamento	

MARCAS NO PAVIMENTO

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

DANOS COLATERAIS - NÃO HOUVE

APOIO EXTERNO

Tipo de Órgão	Solicitação	Comparecimento
---------------	-------------	----------------



Documento assinado eletronicamente por MOREDA, PAULO, 1017081, Polícia Rodoviária Federal, em 25/02/2019, conforme modelo oficial de União, 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 R-528, de 11 de outubro de 2015 e na Ordem do Inquérito Nº 12 de 24 de fevereiro de 2015, em 13 de novembro de 2015.
A autenticidade deste documento pode ser verificada no site <http://www.prf.gov.br/interior/autenticar>. Informando o protocolo 19010115B01 e o número de controle FA2695A7FDEEBBAC692190D9C0C49.

19

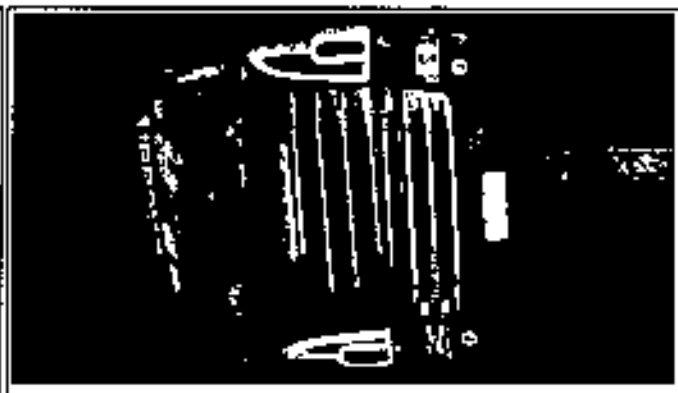


MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 19010115B01

IMAGENS COMPLEMENTARES



V1 - VEÍCULO 1 - IQV8219 - CAMINHÃO-TRATOR

V1 - Informações

Placa: IQV8219 Marca/modelo: SCANIA/G 420 A4X2
Ano fabricação: 2010 Chassi: 9BSG4X20DA3663000

Renavam: 00213914930

Tipo de veículo: Caminhão-
tractor

Espécie: Tração Categoria: Aluguel

Cor: Branca

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

V1 - IMAGENS COMPLEMENTARES



Documento assinado eletronicamente por MQUIDA, matrícula 1072691, Polícia Rodoviária Federal, em 28/02/2019, conforme sistema oficial do Brasil, com fundamento no § 2º do art. 10 da Lei nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 2º da Lei nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na Lei nº 12.965, de 20 de maio de 2015, e na Instrução Normativa nº 61-DG, de 11 de novembro de 2015.
A autenticação deste documento pode ser verificada no site <http://www.prf.gov.br/autenticacao>. Informando o protocolo 19010115B01 e o número de controle FA26B5A7F0EE8B87C09215BD3EBC49.

19



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 19010115B01

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

Veículo: V1 / SCANIA/G 420 A4X2

Placa: IQV8219

Nº BOAT: 19010115B01

Nome do Agente: MOREDA

Matrícula do Agente: 1072691

Data: 24/02/2019

Item	Descrição do item	Valor	Item danificado no acidente
			Sim Não NA
1	Cabine com avarias na estrutura, afetando coluna(s) dianteiras ou traseira(s), painel corta-fogo, soleira ou assoalho.	M	X
2	Carroceria com avarias na estrutura das laterais ou do teto (quando houver) atingindo o compartimento de carga, ou com deformação vertical ou lateral afetando o compartimento de carga, ou afetando os componentes de união da base da carroceria com o chassi.	M	X
3	Para choque traseiro danificado.	M	X
4	Dano em qualquer componente do Sistema de Suspensão.	M	X
5	Avaria em qualquer um dos eixos	M	X
6	Dano em qualquer componente do Sistema de Freios.	M	X
7	Chassi com deformação torcional menor ou igual à altura da longitudinal.	M	X
8	Chassi com deformação vertical menor ou igual à altura da longitudinal.	M	X
9	Chassi com deformação lateral menor ou igual à distância interna entre as longitudinais	M	X
10	Chassi com deformação torcional maior que a altura da longitudinal.	G	X
11	Chassi com deformação vertical maior que a altura da longitudinal.	G	X
12	Chassi com deformação lateral maior que a distância interna entre as longitudinais.	G	X
13	Chassi com região termicamente afetada com dimensão menor ou igual a 2/3 do comprimento do chassi.	M	X
14	Chassi afetado termicamente na região onde está fixada a suspensão.	M	X
15	Chassi com região termicamente afetada com dimensão maior que 2/3 do comprimento do chassi.	G	X
16	Air bags (se existir)	M	X

Dano de Monta: Média



Documento assinado eletronicamente por MOREDA, matrícula 1012201, Polícia Rodoviária Federal, em 25/02/2019, conforme modelo oficial da Fundação, com fundamento no § 2º do art. 10 da Lei nº 13.260-2, 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 II do art. 3º da Instrução Normativa nº 61-DI, de 13 de novembro de 2015.
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/validar>, informando o protocolo 19010115B01 e o número de controle FA265A7FDEE5AFC69219BD81AC19

19



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 19010115801

V1 - Imagens Obrigatórias



IMAGEM DA LATERAL DIREITA



IMAGEM DA TRASEIRA



IMAGEM DA LATERAL ESQUERDA



IMAGEM DA FRENTE



Assinatura
digitalizada

Documento assinado eletronicamente por MGR/DIA, matrícula 1012696, Polícia Rodoviária Federal, em 28/02/2019, conforme Protocolo oficial do Brasil, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 4º da Lei 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.portal.gov.br/mvrbol/autenticar>, informando o protocolo 19010115801 e o número de controle F426R5A7F0EERRAFC693148D8EAC-01.

19



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 19010115B01

V1 - Proprietário

Nome: NICOLAS CAMPOS RODEGHIERO MF
Email:
Endereço: PELOTAS-RS

CPF/CNPJ: 11.412.192/0001-00
Telefone: 53981525514

V1C - CONDUTOR DE V1 - MARCOS ANTONIO COELHO DE OLIVEIRA

V1C - Informações

Nome: MARCOS ANTONIO COELHO DE OLIVEIRA
CPF: 353.285.760-04
Estado físico: Lesões Leves

Data de Nascimento: 02/11/1964
Sexo: Masculino
Usava cinto de segurança: Ignorado

V1C - Dados da Habilitação para Conduzir Veículo Automotor

Categoria: E
UF: RS
Observações CNH: A 1E
Primeira habilitação: 03/10/1983
Vencimento da habilitação: 15/01/2024

Nº Registro: 03425825935
Motorista profissional: Não

V1C - Alterações da Capacidade Motora

Foi possível realizar teste do odômetro: 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 EPITACIO PESSOA, 1047, FRAGAIA, PELOTAS-RS
Telefone: 53991715004
Email: mloliveirasbj59@gmail.com

V1P1 - PASSAGEIRO 1 DO V1 - MAURICIO DE OLIVEIRA VIERA

V1P1 - Informações

Nome: MAURICIO DE OLIVEIRA VIERA
CPF: 027.109.370-25
Estado físico: Lesões Graves

Data de Nascimento: 21/05/1993
Sexo: Masculino
Usava cinto de segurança: Ignorado

V1P1 - Dados do Contato

Endereço: TV SETE PAULO Z DA CRUZ, 226, FRAGAIA, PELOTAS-RS
Telefone: 53991211014
Email: marioliveira.silva536@gmail.com

TRACIONADO (REBOQUE/SEMI-REBOQUE E OUTROS) DO VEICULO 1 - V1R1 - ISE2147

V1R1 - Informações



Este documento eletrônico foi assinado por MARECA, mediante o uso de uma Assinatura Eletrônica, em 28/07/2019, conforme o Regulamento de Assinatura Eletrônica, no § 2º do art. 1º da Medida Provisória nº 217-04, em 24 de agosto de 2001, no art. 3º da Lei nº 10.696, de 02 de setembro de 2003, e no art. 1º da Lei nº 12.365, em 20 de novembro de 2010. A autenticidade desta assinatura pode ser conferida no site <http://www.grupoempresarialmeca.com.br>, informando o protocolo 19010115B01 e o número de verificação FA265A7FDEEB6AC6931ED5E8245.

19



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODOMIÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 19010115B01

Placa: ISE2147 Marca/modelo: SR/IJBRFLATO SRCD 2E
Ano fabricação: 2011 Chassi: 9A9CD3142C1B15030
Espécie: Carga Categoria: Aluguel
Manobra no momento do acidente:
Informações complementares da carga: perdida

Renavam: 00340/82447
Tipo de veículo: Semireboque
Cor: Branca

V1R1 - Proprietário

Nome: HERTER CEREAIS LTDA
Email:
Endereço: LUPANCIREIA-RS

CNPJ/CNPJ: 04.830.826/0001-28
Telefone:



Este boletim assinado eletronicamente por MOREIRA, Manoel, matrícula 107209, Polícia RodomIária - Federal, em 28/02/2019, encontra-se no site oficial do Brasil, em: www.gov.br/brasil, no 6º andar, 1º andar do Bloco de Residência Nº 20003, de 24 de agosto de 2007, no 1º andar do Bloco Nº 539 do Itinerário de Acesso à Unidade Oficial do Instituto de Polícia RodomIária Nacional Nº 01/20, no 1º andar do Bloco de 2015.
A autenticidade desta assinatura pode ser verificada no site: <http://www.prf.gov.br/assinatura>, informando o protocolo 19010115B01 e o número de controle 1A905A00017114AF2672092855C49.

19



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 19010115B01

V1R1 - Relatório de Avarias - Resolução nº 544/2015-CONTRAN

Veículo: V1R1 / SR/LIBRELATO SRCD 2E

Placa: ISE2147

Nº BOAT: 19010115B01

Nome do Agente: MOREDA

Matrícula do Agente: 1072691

Data: 24/02/2019

Item	Descrição do item	Valor	Item danificado no acidente
			Sim Não NA
1	Cabine com avarias na estrutura, afetando coluna(s) dianteiras ou traseira(s), painel corta-fogo, soleira ou assoalho.	M	X
2	Carroceria com avarias na estrutura das laterais ou do teto (quando houver) atingindo o compartimento de carga ou com deformação vertical ou lateral afetando o compartimento de carga ou afetando os componentes de união da base da carroceria com o chassi.	M	X
3	Para choque traseiro danificado.	M	X
4	Dano em qualquer componente do Sistema de Suspensão.	M	X
5	Avaria em qualquer um dos eixos.	M	X
6	Dano em qualquer componente do Sistema de freios.	M	X
7	Chassi com deformação torcional menor ou igual à altura da longarina.	M	X
8	Chassi com deformação vertical menor ou igual à altura da longarina.	M	X
9	Chassi com deformação lateral menor ou igual à distância interna entre as longarinas.	M	X
10	Chassi com deformação torcional maior que a altura da longarina.	G	X
11	Chassi com deformação vertical maior que a altura da longarina.	G	X
12	Chassi com deformação lateral maior que a distância interna entre as longarinas.	G	X
13	Chassi com região termicamente afetada com dimensão menor ou igual a 2/3 do comprimento do chassi.	M	X
14	Chassi afetado termicamente na região onde está fixada a suspensão.	M	X
15	Chassi com região termicamente afetada com dimensão maior que 2/3 do comprimento do chassi.	G	X
16	Air bags (se existir).	M	X

Dano de Monta: Pequena



Documento assinado eletronicamente por MOREDA, Matrícula 1072691, Polícia Rodoviária Federal, em 28/02/2019, mediante sistema oficial do Brasil, com instrumento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.300-7, de 24 de agosto de 2001, no art. 5º do Decreto Nº 8.039, de 8 de outubro de 2015 e no Anexo B do Anexo IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 614/G, de 12 de novembro de 2015.
A autenticidade deste documento pode ser verificada no site: <http://www.prf.gov.br/novos/novos/novos>, informando o protocolo 19010115B01 e o número de controle 1A2089A F0D7B4AFCA92193DBE8C49.

19



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 19010115B01

VIR1 - Imagens Obrigatórias



IMAGEM DA LATERAL DIREITA



IMAGEM DA TRASEIRA

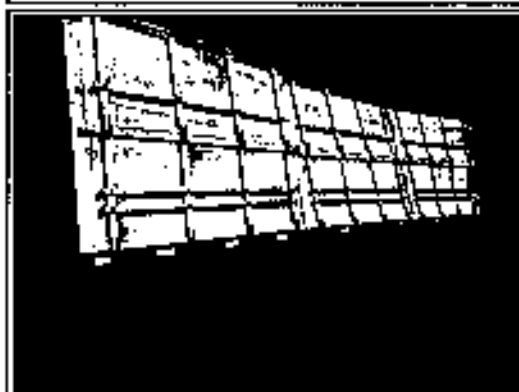


IMAGEM DA LATERAL ESQUERDA

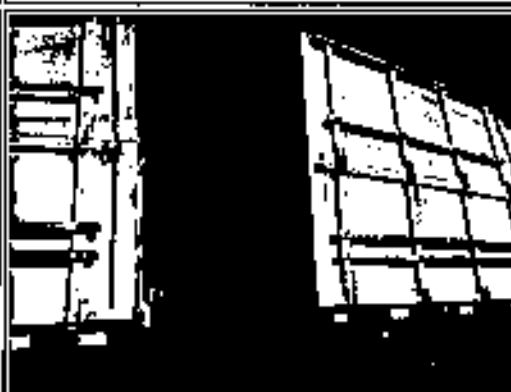


IMAGEM DA FRENTE



Aplicativo
móvel

Documento assinado eletronicamente por MIRLEON, marcelo 1072691, Polícia Rodoviária Federal, em 28/02/2019, conforme certificado oficial do Brasil, com fundamento no 2º do art. 10 da Medida Provisória nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 4º da Diretriz nº 9.539, de 8 de outubro de 2015 e no Anexo II do Anexo IV da Lei nº 12.015/2009, de 12 de novembro de 2015.
A autenticidade deste documento pode ser verificada no site <http://www.prf.gov.br/validacao/verificar>, informando o protocolo 19010115B01 e o número de controle F426B5A7FDEEBBAC65719604EAC40.

19



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 19010115B01

TRACIONADO (REBOQUE/SEMI-REBOQUE E OUTROS) DO VEICULO 1 - V1R2 - ISE2149

V1R2 - Informações

Placa: ISF2149 Marca/modelo: SR/LIBRELATO SRCT 2F Renavam: 00340/84040
Ano fabricação: 2011 Chassi: 9A9C13122CLDJ5030 Tipo de veículo: Semireboque
Espécie: Carga Categoria: Aluguel Cor: Branca
Manobra no momento do acidente:
Informações complementares da carga: perdida

V1R2 - Proprietário

Nome: HERTER CERFAIS LTDA CPF/CNPJ: 04.930.028/0001-28
Email: Telefone:
Endereço: LUIZ ANCILOTA-MS



Documento assinado eletronicamente por MENDES, MARCELO, em data 20/07/2019, à 14:41, na Polícia Rodoviária Federal, em 20/07/2019, com o certificado eletrônico, com o certificado no 52160411, no âmbito da Instrução Normativa nº 2/2012, de 24 de agosto de 2012, no art. 5º do Decreto nº 115.919, de 16 de outubro de 2013 e no âmbito do sistema de aut. da Instrução Normativa nº 51/2016, de 12 de novembro de 2016.
A autenticidade deste documento pode ser verificada no site <http://www.prf.gov.br/portal/autenticacao>. Informações e protocolo: 19010115B01 ou, número de controle: 1A196A7FDEE8EAF069279328E2C49.

19



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 19010115B01

V1R2 - Relatório de Avarias - Resolução nº 544/2015-CONTRAN

Veículo: V1R2 / SR/LIBRELATO SRCT 2E

Placa: ISE2149

Nº BOAT: 19010115B01

Nome do Agente: MOREDA

Matrícula do Agente: 1072691

Data: 24/02/2019

Item	Descrição do Item	Valor	Item danificado no acidente		
			Sim	Não	NA
1	Cabine com avarias na estrutura, afetando coluna(s) dianteira(s) ou traseira(s), painel corta-fogo, soleira ou assoalho.	M		X	
2	Carroceria com avarias na estrutura das laterais ou do teto (quando houver) atingindo o compartimento de carga, ou com deformação vertical ou lateral afetando o compartimento de carga, ou afetando os componentes de união da base da carroceria com o chassi.	M		X	
3	Para choque traseiro danificado.	M		X	
4	Dano em qualquer componente do Sistema de Suspensão.	M		X	
5	Avaria em qualquer um dos eixos.	M		X	
6	Dano em qualquer componente do Sistema de freios.	M		X	
7	Chassi com deformação torcional menor ou igual à altura da longarina.	M		X	
8	Chassi com deformação vertical menor ou igual à altura da longarina.	M		X	
9	Chassi com deformação lateral menor ou igual à distância interna entre as longarinas.	M		X	
10	Chassi com deformação torcional maior que a altura da longarina.	G		X	
11	Chassi com deformação vertical maior que a altura da longarina.	G		X	
12	Chassi com deformação lateral maior que a distância interna entre as longarinas.	G		X	
13	Chassi com região termicamente afetada com dimensão menor ou igual a 2/3 do comprimento do chassi.	M		X	
14	Chassi afetado termicamente na região onde está fixada a suspensão.	M		X	
15	Chassi com região termicamente afetada com dimensão maior que 2/3 do comprimento do chassi.	G		X	
16	Air bags (se existir).	M		X	

Dano de Monta: Pequena



Documento assinado eletronicamente por MOREDA, matrícula 1072691, Polícia Rodoviária Federal, em 24/02/2019, conforme imagem oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Lei nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º da Lei nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na Lei nº 11.127, de 27 de novembro de 2015. A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.ptf.gov.br/novoportal/autenticar>, informando o protocolo 19010115B01 e o número de controle FA26B5A7D0LLBEAF06921900DAE0049.

191



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 19010115B01

V1R2 - Imagens Obrigatórias



IMAGEM DA FRENTE



IMAGEM DA LATERAL ESQUERDA



IMAGEM DA LATERAL DIREITA



IMAGEM DA TRASEIRA



Documento assinado eletronicamente por MADRIDA, marlyane 1910/91, Polícia Rodoviária Federal, em 28/02/2019, conforme Assinatura eletrônica de Brasília, com fundamento no § 2º da Lei, 10 da Lei de Acesso Público nº 2.206-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º da Lei nº 8.537, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b da Instrução nº 10 do art. 2º da Instrução Normativa nº 61-DG, de 12 de novembro de 2015.
A autenticidade desta assinatura pode ser verificada no site: <http://www.prf.gov.br/informacao/autenticar>, informando o protocolo 19010115B01 e o número de controle FA26B5A7F0CCEBA7C6A719113117AC49.

19



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 19010115B01

V1R2 - IMAGENS COMPLEMENTARES



Documento assinado eletronicamente por MOREDA, MATHEUS 1017681, Polícia Rodoviária Federal, em 28/07/2019, conforme protocolo eletrônico 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 Circular Nº H.S.39, de 8 de outubro de 2015 e na Portaria da Pessoa Nº 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/segurancas/autenticar>, inserindo o protocolo 19010115301 e o número de controle FAD685A7F0EEFBAC69219BDBEBC49.

19

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do seguro ou ASI: 3 - CPF do vítima: 4 - Nome completo da vítima:
027.189.370-25 027.189.370-25 Maurício de Oliveira Vieira

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SJ/SEP Nº 445/2013

5 - Nome completo: 6 - CPF:
Maurício de Oliveira Vieira 027.189.370-25
7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento:
Motorista R. Getúlio Vargas da Cruz 236
11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP:
Fragosa Pelotas RS 96050-000
15 - E-mail: 16 - Telefone:

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAI, 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: ☐ RECLUSO INFORMAR ☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 A R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☒ R\$1.001,00 A R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

☒ CONTA POUQUANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção): ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (343) Nome do BANCO: _____
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104) AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito verificador) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autoriza 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, a 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 da 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 período.

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 não 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 E-394/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestação, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE UMICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou CIV) ☐ 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 resíduo patrimonial? ☐ 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 usarem 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

35 - Nome legível de quem assina a roga/pedido

36 - CPF legível de quem assina a roga/pedido

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

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 01/08/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MAURICIO DE OLIVEIRA VIERA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 04424

CONTA: 000000010291-0

Nr. da Autenticação BD46384753A34BAA



CEEE
Energia para todos

COMPANHIA ESTADUAL DE ENERGIA ELÉTRICA
Av. Joaquim Porto Vilanova, 201, P. 1, A. 1 - CEP 94410-400
Porto Alegre/RS
CNPJ 08.487.115/0001-00 (E: 096/3156659)
NOTA FISCAL E CÍPULA DE ENERGIA ELÉTRICA
TAXA 01-2019418632612/7-20 (E: 096 - E 256)
Série Única 1 - 9L*8434

Número da UC
52867358

Endereço do cliente:
MARCO ANTONIO SCHIMACH VIEIRA

TRV SEBASTIÃO ZILARDEZ, 226
PILOTAS-RS

CNPJ: 08455006000

Classificação: RESIDENCIAL, RESIDENCIAL

Tensão Nominal: 220V

MONTASCO

AS (1, E 48,0)

Valor da parcela: 421177002367

CONSUMO	FATURAMENTO	VENCIMENTO	TOTAL
112 kWh	MAI/2019	04/06/2019	R\$*****94,69

Descrição	Quantidade	Preço	Valor Total
CONSUMO	112	R\$ 0,841964	94,18
ADICIONAL BANDA AMARELA			1,51

Tributos (Valores incluídos no preço)

ICMS: R\$ 28,40 (Base para cálculo: R\$ 94,69, Alíquota: 30%)
PIS/COFINS: R\$ 2,97 (Alíquota: 4,18%)

Composição da Fatura (em R\$)

Descrição	Transmissão	Distribuição	Perdas	Cargos e Serviços	Tributos
	11,50	4,16	18,73	1,29	9,64
					32,42

Resumo da Fatura

7B96.3850.F6BF.79A2.5AC8.3D03.C1C9.8B11

Mês/Ano	Dias de Consumo	Consumo médio	Período Faturado	Data	Valor
MAI/19	30	112	Período Faturado	01/05/2019	
ABR/19	30	98	Enlaxado / Apresentação	27/04/2019	
ABR/19	29	87	Problema técnico e problema	25/04/2019	
FEV/19	28	83	Problema técnico	02/03/2019	
JAN/19	31	98	Período Faturado	01/01/2019	
DEZ/18	31	94	Período Faturado	27/12/2018	
NOV/18	30	104	Período Faturado	27/11/2018	
OCT/18	31	105	Período Faturado	27/10/2018	
SET/18	30	97	Período Faturado	27/09/2018	
AUG/18	31	107	Período Faturado	27/08/2018	
JUL/18	31	82	Período Faturado	27/07/2018	
JUN/18	30	96	Período Faturado	27/06/2018	
MAR/18	31	93	Período Faturado	27/03/2018	

Indicadores de Qualidade do Fornecimento

(Nota detalhada sobre os dados de qualidade do fornecimento)

Indicador	Valor	Unidade
Condição elétrica de sua UC: PILOTAS 2	4,43	Trimestral
DMC - Duração das interrupções (h)	3,17	Anual
FIC - Quantidade de interrupções	2,69	Anual
DMIC - Duração máxima das interrupções (h)	13,22	Anual
DMRI - Duração das interrupções em horas (h)	20,10	Anual
EUSD - Encargos da Unidade Sistema de Distribuição (R\$)		

Período de validade: 01/05/2019 a 31/05/2019

**Bradesco****[237-2]**

Nome do pagador: **SILVANA FERNANDES** - CNPJ: **23794.15009 90017.278772 75000.211401 9 00000000000000**
RUA SANTOS DUMONT - 210 -
CENTRO - PILITAS - RS - CEP 96020-700
Número da conta: **00001728775-3**

Nome do beneficiário: **BRADESCO** - CNPJ: **00728775-3**

Nome do beneficiário: **BRADESCO** - CNPJ: **00728775-3**

Nome do beneficiário: **BRADESCO** - CNPJ: **00728775-3**

Nome do beneficiário: **BRADESCO** - CNPJ: **00728775-3**

Nome do beneficiário: **BRADESCO** - CNPJ: **00728775-3**

Nome do beneficiário: **BRADESCO** - CNPJ: **00728775-3**

Nome do beneficiário: **BRADESCO** - CNPJ: **00728775-3**

Nome do beneficiário: **BRADESCO** - CNPJ: **00728775-3**

Nome do beneficiário: **BRADESCO** - CNPJ: **00728775-3**

Nome do beneficiário: **BRADESCO** - CNPJ: **00728775-3**

Nome do beneficiário: **BRADESCO** - CNPJ: **00728775-3**

Nome do beneficiário: **BRADESCO** - CNPJ: **00728775-3**

Nome do beneficiário: **BRADESCO** - CNPJ: **00728775-3**

Nome do beneficiário: **BRADESCO** - CNPJ: **00728775-3**

Nome do beneficiário: **BRADESCO** - CNPJ: **00728775-3**

Nome do beneficiário: **BRADESCO** - CNPJ: **00728775-3**

União**23 JUL. 2018**

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221706 [exclusivo para pessoas com deficiência auditiva]

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

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

A Circular SUSEP¹ 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 COAF².

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados do 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 sanções administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu SILMARA FERNANDES inscrito (a) no CPF sob o Nº 538.767.849-72, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário MAURICIO DE OLIVEIRA VIEIRA inscrito (a) no CPF sob o Nº 027.189.370 / 25 do sinistro de DPVAT cobertura INVALID 2 da Vítima MAURICIO DE OLIVEIRA VIEIRA inscrito (a) no CPF sob o Nº 027.189.370 / 25, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: EMPRESÁRIA Renda: R\$4.077,98 e apresento os documentos comprobatórios:

☐ PRO-LABORE

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 SANTOS DUMONT</u>		Número <u>230</u>	Complemento
Bairro <u>CENTRO</u>	Cidade <u>PELOTAS</u>	Estado <u>RS</u>	CEP <u>96.020-380</u>
E-mail <u>contatofacil@hotmail.com</u>		Telefone comercial (DDD) <u>53</u> <u>30285318</u>	Telefone celular (DDD) <u>53</u> <u>98448113</u>

Peletas 23 de Julho de 2019
Local e data


Assinatura do Declarante



FICKS & FERNANDES SERVIÇOS DE ESCRITÓRIO LTDA - ME
 CNPJ: 20.511.824/0001-33

CC: DIRETORIA
 Mensalista

Folha Mensal
 Março de 2019

Nome do Funcionário
 1 SILMARA FERNANDES
 SÓCIA

Ido 141410
 Admissão: 01/09/2014

Código	Descrição	Retenções	Vencimentos	Descontos
100	PRO-LABORE			
843	INSS EMPREGADOR	220,00	4.990,00	
656	IARF EMPREGADOR	11,00		546,90
		22,50		363,12
Matrícula INSS:			Total de Vencimentos	Total de Descontos
			4.990,00	912,02
			Valor Líquido	4.077,98
Salário Base	Sal. Contrib. INSS	Sal. Contrib. PPS	P.R.O.B. de 10%	Sal. D.M. 10%
4.990,00	4.990,00	0,00	0,00	4.441,10
				Sal. SUP
				22,50

Declarar recebido a importância líquida do(assunto) folha mensal.

Assinatura do Funcionário

Data

