

Laudo de Verificação e Quantificação de Lesões Permanentes

Informações do Acidente

Sinistro: **2012/658566**
Vítima: **JOAO PEDRO DA SILVA**
Local: **PE-CONDADO**
Data do Acidente: **08/10/2012**

Avaliação do Medico Perito Legista

I. Há lesão cuja etiologia (origem causa) seja exclusivamente decorrente de acidente pessoal com veículo automotor de via terrestre?

- a) SIM b) NÃO c) PREJ.

Só prosseguir em caso de resposta afirmativa

II. Descrever o quadro clínico atual informando:

a) Qual (quais) região (regiões) corporal (is) encontra (m) – se acometida (s);

SNC

b) As alterações (disfunções) presentes no patrimônio físico da vítima, que sejam evolutivas e temporalmente compatíveis com o quadro documentado no primeiro atendimento médico hospitalar, considerando-se as medidas terapêuticas tomadas na fase aguda do trauma.

TCE- FRATURA COM AFUNDAMENTO FRONTO PARIETAL À ESQUERDA- TRATAMENTO CIRÚRGICO

III. Há indicação de algum tratamento (em curso, prescrito, a ser prescrito), incluindo medidas de reabilitação?

- a) SIM b) NÃO

Se SIM descreva a(s) medida(s) terapêutica(s) indicada(s):

IV. Segundo o exame médico legal, pode-se afirmar que o quadro clínico cursa com:

- a) Disfunções apenas temporárias
b) Dano anatômico e/ou funcional definitivo(sequelas)

Em caso de dano anatômico e/ou funcional definitivo informar as limitações físicas irreparáveis e definitivas presentes no patrimônio físico da vítima.

REFERE CEFALÉIA, AMNÉSIA E DÉFICIT VISUAL À ESQUERDA. NÃO FEZ EX OFT.

V. Em virtude da evolução da lesão e/ou de tratamento, faz-se necessário exame complementar?

- a) SIM, em que prazo:
b) NÃO

Em caso de enquadramento na opção “a” do item IV ou de resposta afirmativa ao item V, favor NÃO preencher os demais campos abaixo assinalados.

VI. Segundo o previsto na Lei 11.945 de 4 de junho de 2009 favor promover a quantificação da(s) lesão (ões) permanente(s) que não seja(m) mais suscetível(is) a tratamento como sendo geradora(s) de dano(s) anatômico(s) e/ou funcional(is) definitivo(s), especificando, segundo o anexo constante à Lei 11.945/09, o(s) segmento(s) corporal(is) acometido(s) e ainda segundo o previsto no instrumento legal, firmar a sua graduação:

Segmento corporal acometido:

- a) Total (Dano anatômico ou funcional permanente que comprometa a integra do patrimônio físico e/ou mental da vítima).
b) Parcial (Dano anatômico e/ou funcional permanente que comprometa apenas parte do patrimônio físico e/ou mental da vítima). Em se tratando de dano parcial informar se o dano é:
b.1) Parcial Completo (Dano anatômico e/ou funcional permanente que comprometa de forma global algum segmento corporal da vítima)
b.2) Parcial Incompleto (Dano anatômico e/ou funcional permanente que comprometa apenas em parte a um (ou mais de um) segmento corporal da vítima)

b.2.1) Informar o grau da incapacidade definitiva da vítima, segundo o previsto na alínea II, 1º do art. 3º da Lei 6.194/74 com redação introduzida pelo artigo 31 da Lei 11.945/2009, correlacionando o percentual ao seu respectivo dano, em cada segmento corporal acometido

Segmento Anatômico**1^a Lesão****SNC**

Marque o percentual

 10% 25% 50% 75%**2^a Lesão**

Marque o percentual

 10% 25% 50% 75%**3^a Lesão**

Marque o percentual

 10% 25% 50% 75%**4^a Lesão**

Marque o percentual

 10% 25% 50% 75%

Observação: Havendo mais de quatro seqüelas permanentes a serem quantificadas, especifique a respectiva graduação de acordo com os critérios ao lado representados:

Local e data de realização do exame médico legal:

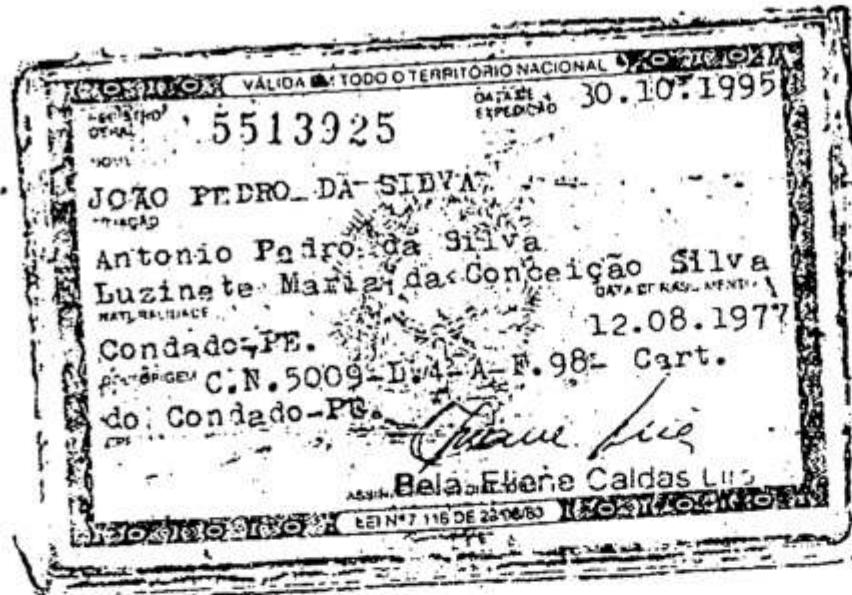
PE - RECIFE, 15/01/2013**Médico Perito:****Médico Revisor: DORES MARIA BERNARDES CARNEIRO MENDES CRM: 52258890****Dra. Dores M. B. C. Mendes**

Médica Perita
CRM-RJ 52 25889-0
Cadastro Nacional



Assinatura do médico revisor - CRM

Informações Complementares



CONTATOS
(81) 3191.0360 / 3131.8323
(31) 9219.0525 / 3075.5534
(31) 9218.3735 / 0874.8253

21/02/2012



Ministério da Fazenda

Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: 038.252.854-99

Nome da Pessoa Física: JOAO PEDRO DA SILVA

Situação Cadastral: REGULAR

Dígito Verificador: 00

Comprovante emitido às: 11:38:58 do dia 07/12/2012 (hora e data de Brasília).

Código de controle do comprovante: BEC3.8891.4D95.D599

A autenticidade deste comprovante deverá ser confirmada na página da Secretaria da Receita Federal do Brasil na Internet, no endereço www.receita.fazenda.gov.br.

Aprovado pela IN/RFB nº 1.042, de 10/06/2010.

21/12/2012

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUpanca

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 22/01/2013

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 3.375,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOAO PEDRO DA SILVA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 01792-2

CONTA: 000010019675-6

Nr. da Autenticação 57F95BA9F71417C7

Guia de Esclarecimento

Unidade de Saúde: HOSPITAL REGIONAL BELARMINO CORREIA DE GOIANA

REGIÃO : XII GERES

Nome: JOÃO PECÔO DA SILVA

Idade: 34 Sexo: M

Cor: Estado Civil:

Profissão:

Endereço:

Atendida ás: horas do dia, de de

Queixa Principal: Com fratura contusiva liga e ferimento com cedimento

Histórico do doente atual: doloroso II. Pd: Muito intenso clínico

Sintomas e Sinais: A. Muito intenso

Hipótese Diagnóstica: 1. Fratura contusiva

Prescrição:

Encaminhamento a (o): Pediatria ás 20 do dia, 11 de 20 de 20

Observação:

Foi internada para observação clínica por horas nesta unidade e não houve indicação para tratamento hospitalar

Ass. Médico - CRM. Carimbo ou Nome do Médico em letra de forma

DOCUMENTAÇÃO MÉDICO HOSPITALAR

1004031

Josemar Nunes Ferreira Junior
CRM-PE 2005-CREMEPE 16.095

3. AVALIAÇÃO MÉDICA

3.1-Queixa Principal (QP) / Histórico da Doença (HDA)

Acidente de motocicleta
jogado seu lado da avenida
Glasgow II
exaustão e calma e an-

3.2-Exame Físico:

Peso:

Kg

70Kg 2T
MV+ SIM

3.3-Hipótese Diagnóstica /Conduta

Pelotanismo
P.t. calmo, cerebral
olhos erg AP/EP
joelhos erg AP/EP

CID 10:

4-Código de Atendimento:

21 DEZ. 2012
21 DEZ. 2012

SELEÇÃO DE JAUDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
XII Gerência Regional de Saúde – XII GERES

HBC

Printe o

SUS:

Belarmino Correia

10088729 JOÃO PIEDRO DA SILVA
Ocorrência: Act. Moto (Queda, Colisão)
Nascimento: 12/08/1977 Idade: 35
Mae: LUCINETE MARIA DA CONCEICAO SILVA
Documento: Sem Documento
Acompanhante:
RUA MANOEL MARINHO DE ALBUQUERQUE N51
CONDADO CONDADO
Reg: CARMINHA 08/10/2012 19:58:00

Sexo: Masculino

Profissao:

FE 55940-000

Imp: CARMINHA 08/10/2012 19:59:28

Seqüencial de Contingênci

Nº

Hora da Chegada

:

Hora da Saída

00 : 30

17

2- AVALIAÇÃO DA ENFERMAGEM / ACOLHIMENTO

2.1- Queixa Principal:

- ()Febre ()Vômitos ()Dificuldade de Respirar ()Tosse _____
 ()Taquicardia ()Convulsão ()Desmaio ()Tonturas ()Fraqueza ()Confusão Mental
 ()Fadiga ()Cefaleia ()Distúrbios Visuais ()Parestesia e/ou Paralisia de parte do corpo
 ()Dor, Local _____
 ()Queixa Urinária _____
 ()Sangramento, Local _____
 ()Outras Queixas: _____

Encaminhamento:

- ()Clínico Geral
 ()Pediatra
 ()Cirurgião
 ()Ortopedista
 ()Serviço Social
 ()Maternidade
 ()Enfermagem
 ()Outros: _____

2.2-Antecedentes Mórbidos / Medicamentos:

- ()Hipertensão ()Diabetes ()Problemas Cardíacos ()Asma Bronquite ()Alergias
 ()Tuberculose ()Convulsão ()Tabagismo ()Enfisema ()Alcoolismo ()A.V.C
 ()Outros: _____
 ()Uso de Medicamentos: _____

Classificação:

2.3-Sinais Vitais:

P.A. _____ X _____ mmHg T° _____ °C P° _____ bpm F.R. _____ rpm

Ass. Enfermagem

3- AVALIAÇÃO MÉDICA

3.1-Queixa Principal (QP) / Histórico da Doença (HDA)

Acidente de motocicleta
 magoado em leito de alcoolice
 Glasgow 14
 orientar com esforço e dor

3.2-Exame Físico:

Peso: _____ Kg _____
 RHR 27.
 MVT 5/10

3.3-Hipótese Diagnóstica / Conduta

Palpitação materna
 Pt coluna cervical
 pulso esq AL/10
 poleiro esq AL/10

3
 21/10/2012

4-Código de Atendimento:

CID 10:

Atendimento: 57251

Prontrato: 1370382

Paciente: JOAO PEDRO DA SILVA

Nome: M. L. LUZINETE MARIA DA CONCEICAO SILVA

End: MANOEL MARINHO DE ABREU N° 51

Bairro: Condado Cidade: Condado PE

Nascimento: 07/12/1977

Localização: NEUROCIRURGIA ADULTO SUL - SA

Leito: 50245 Serviço: NEUROCIRURGIA

Data e Hora Atendimento: 09 Out-12 15:08



Diagnóstico Provável:

① TCC + Fractura

em afundamento

em sog

Tratamento Realizado: evacu

01/10/12

Retorno pronto 20/10/12

Observação:

ao ambulatorio

de Neurocirurgia

Cópia de:

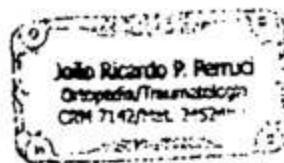
W. Marly

Médico - CRM-PB

15/10/12

ATENÇÃO: Este documento destina-se a comprovação de atendimento hospitalar ou ambulatorial para INSS, Empresas, Escolas, Ministério do Trabalho, Continuidade do tratamento ambulatorial, segundo a recomendação N° 04/2002 do Ministério Público do Estado de Pernambuco.

21/10/2012



Poss. José Pedro da Silva

Presento em 08/10/2012 para informar
que no dia 06 de novembro no
ans/ TEVE TCE grave com
atendimento de crânio fronto-
parietal escavado foi submetido
a tratamento cirúrgico de urgência
para craniotomia + trepanação
cerebral. TEVE alta hospitalar
em 20/10/2012 para acompanhamento da neurocirurgia, no
momento apresenta dor e altera-
ção visual do olho escavado.
Olho escavado com reflexo de
palpebra inferior esc.



SAMU

192

ACUANA

Hora do chamado: 18:20 H
 Chegada ao local: 18:33 H
 Saída do local: 18:30 H
 Hora da conclusão: 19:00 H
 Saída do Hospital: 19:50 H

GB 1931

FICHA DE ATENDIMENTO

Data da solicitação: 08/10/132	Distrito: Número da ocorrência: 775852
Motivo/solicitação: Queda Móvel	<input checked="" type="checkbox"/> UTE <input type="checkbox"/> Básica <input type="checkbox"/> Helicóptero
<input type="checkbox"/> VIA PÚBLICA <input type="checkbox"/> DOMICÍLIO	<input type="checkbox"/> EVENTOS <input type="checkbox"/> OBSTÉTRICO
<input type="checkbox"/> Clínico <input type="checkbox"/> Clínico	<input type="checkbox"/> HANGAR <input type="checkbox"/> PSQUIÁTRICO
<input type="checkbox"/> Causas Externas <input type="checkbox"/> Causas Externas	<input type="checkbox"/> METROPOLITANO <input type="checkbox"/> TROTE/CANCELADAS
	<input type="checkbox"/> ÓBITO <input type="checkbox"/> REMOÇÃO-senha:

IDENTIFICAÇÃO

Paciente: Moisés Pedro da Silva Idade: 34 anos

Sexo: Masculino Feminino Profissão: Fone:

End.: NAO INFORMADO Bairro:

Solicitante: Fone:

End. Ocorr.: PE 12 Bairro: GOMONERIO

Referência: PRÓXIMO A CHEF

CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTE/VIOLENCIA)

Acid. Automóveis	Acid. Motocicleta	Atropelamento	Mecan. do Trauma	
<input type="checkbox"/> Motorista <input type="checkbox"/> Passageiro/Erente <input type="checkbox"/> Passageiro/Strás Uso do Cinto: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input checked="" type="checkbox"/> Motociclista <input type="checkbox"/> Passageiro Uso do Capacete: <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Via Pública <input type="checkbox"/> Calçada <input type="checkbox"/> Outros	<input type="checkbox"/> Captamento <input type="checkbox"/> Explosão <input type="checkbox"/> Impacto Frontal <input type="checkbox"/> Impacto Lateral <input type="checkbox"/> Impacto Traseiro	
Acids. Trânsito	Acid. Ciclista	Intoxicação	Exposições	
<input type="checkbox"/> Carro ou Moto <input type="checkbox"/> ônibus <input type="checkbox"/> Caminhão	<input type="checkbox"/> Colisão <input type="checkbox"/> Queda <input type="checkbox"/> Outros	<input type="checkbox"/> Ar. Peçonhento <input type="checkbox"/> Exógena <input type="checkbox"/> Outros Agente Causador:	<input type="checkbox"/> Choque Elétrico <input type="checkbox"/> Fogo <input type="checkbox"/> Fumaça <input type="checkbox"/> Subst. Química	
Astfia	Queda	Agressões		
<input type="checkbox"/> Semi-Afogamento <input type="checkbox"/> Soterramento <input type="checkbox"/> Engasgo <input type="checkbox"/> Outros	<input type="checkbox"/> Própria Altura <input type="checkbox"/> Outra Altura Aproximadamente metros:	<input type="checkbox"/> Arma de Fogo Tipo: _____ <input type="checkbox"/> Arma Branca Tipo: _____	<input type="checkbox"/> Agressão Física <input type="checkbox"/> Maus Tratos <input type="checkbox"/> Abuso Sexual	

CAUSAS CLÍNICAS

História clínica atual: VITIMA COM TSC V.M
CONTE A CABECA MAIS ESCONDIDA

Hipótese Diagnóstica Conhecida:

AVALIAÇÃO CLÍNICA

Temperatura	Glicemia (HGT)	<input checked="" type="checkbox"/> Agitação Psicomotora <input type="checkbox"/> Desidratado <input type="checkbox"/> Lesões de face <input type="checkbox"/> Ictérico <input type="checkbox"/> Palidez <input type="checkbox"/> Cor da pele anormal	<input type="checkbox"/> Sudorese <input type="checkbox"/> Ratinhento Asa Nariz <input type="checkbox"/> Cidrose <input type="checkbox"/> Deformidade tórax <input type="checkbox"/> Disponéia <input type="checkbox"/> Oftalmia (ela/choro)	<input type="checkbox"/> Gemião/Estridor <input type="checkbox"/> Obst. das v. aéreas <input type="checkbox"/> Retração Xifóide <input type="checkbox"/> Sistemas Esplacitários <input type="checkbox"/> Turgor Intercostal Cirurgião P:
Vias Aéreas	Pulso	35-90 30-50 20-30 10-20	RR: 120-160 <3 anos: 20-340 Criança: 30-130 Adulto: 60-100	<input type="checkbox"/> Boa <input type="checkbox"/> Ruim
F.R.: 22				





SAMU
192

GIOMANI

EXAME NEUROLÓGICO

Avaliação Primária	Sinais de Disf. Cerebral	Avaliação das Pupilas	NATUREZA DA LESÃO
<input type="checkbox"/> Afeita	<input type="checkbox"/> Déficit Motor	<input checked="" type="checkbox"/> Isocôricas	<input type="checkbox"/> Lesões Intra-abdominais
<input checked="" type="checkbox"/> Resposta Verbal	<input type="checkbox"/> Desvio de Comissura Labial	<input type="checkbox"/> Anisocôricas	<input type="checkbox"/> Lesões Intra-tórica
<input type="checkbox"/> Resp. estímulo Dolor:	<input type="checkbox"/> Dificuldade na Fala	<input type="checkbox"/> Midriase	<input checked="" type="checkbox"/> Presença / Sangue
<input type="checkbox"/> Irresponsivo		<input type="checkbox"/> Miose	Fratura - Ossos Longos
			<input type="checkbox"/> Aberta <input type="checkbox"/> Fechada

CONDUTA CLÍNICA / EVOLUÇÃO

<input type="checkbox"/> <u>Aspiração de Sangue e Secretões</u> <input type="checkbox"/> <u>Entubação Orotraqueal</u> <input type="checkbox"/> <u>Imobilização da Coluna Cervical</u> <input type="checkbox"/> <u>Infusão de Fluidos</u> <input type="checkbox"/> <u>Reanimação Cardiopulmonar</u> <input type="checkbox"/> <u>Imobilização de membros</u>	<u>Ventilação Mecânica</u>	Outras Condutas: <u>O2 ml</u> <u>S.N.L</u>
	Modalidade: _____	
	FIO: _____	
	<u>Adaptação Ventilação</u>	Intercorréncias: _____
	<input type="checkbox"/> Bem <input type="checkbox"/> Mal	
	O's: <input type="checkbox"/> Catéter <input type="checkbox"/> CPAP <input type="checkbox"/> Venturi %a <input type="checkbox"/> Masc.c/ Reservatório	

USO DE ÁLCOOL E/OU OUTRAS DROGAS

<input checked="" type="checkbox"/> Álcool	<input type="checkbox"/> Anfetamina	<input type="checkbox"/> Cocaína	<input type="checkbox"/> Cola	<input type="checkbox"/> Crack	<input type="checkbox"/> Maconha	<input type="checkbox"/> _____
Informante:				<input type="checkbox"/> A própria vítima <input type="checkbox"/> Familiares <input type="checkbox"/> Outros - Especificar <u>AMIGO</u>		
<input type="checkbox"/> Alteração de Humor <input type="checkbox"/> Alteração na Marcha		<input type="checkbox"/> Agitado/Irritado <input type="checkbox"/> Agressivo		<input type="checkbox"/> Desorientado <input type="checkbox"/> Hálito Alcoólico		<input type="checkbox"/> Inconsciente <input type="checkbox"/> Sangrento
Refere ingestão de bebida alcoólica há <u>hs</u>						

CONCLUSÃO DO ATENDIMENTO

Hospital para onde foi encaminhado o Paciente:	<input type="checkbox"/> <i>Maca Retida na Unidade Hospitalar</i>
Registro no hospital: <i>11-110</i>	<input type="checkbox"/> <i>Orientação para o Ambulatório</i>
Médico que recebeu: <i>José Antônio Pimenta Palma MÉDICO CRM-PB 1000</i>	<input type="checkbox"/> <i>Óbito Antes do Atendimento</i>
	<input type="checkbox"/> <i>Óbito durante Atendimento</i>
	<input type="checkbox"/> <i>Prancha Retida</i>
	<input type="checkbox"/> <i>Removido antes do Atendimento</i>

EQUUS

Médico Regulador: DR. MIGUEL Médico Assistente: _____
Enfermeira: DR. CASSIN Socorrista: CARLOS
Condutor/Piloto: WALTER Op. de Fruta/OEE: RAFAELA

Função do Responsável pelo preenchimento: Ass.:

SOLICITOU APOIO DA UFI SIM NÃO

Obs: _____

EXONERAÇÃO DE RESPONSABILIDADE

Testemunhas:

DECLARAÇÃO

Eu João Pedro da Silva, portador
do RG 5.531.925, CPF nº: 038.252.854-99 declaro
para os devidos fins que resido à Rua Manoel Marinho de Abreu
Nº 51, no bairro de Int. São Roque na cidade de
Condado / PE CEP: 55940 - 000

CONTATOS

(81) 3491.0360 / 3431.8823
(81) 9219.0525 / 3075.6561
(81) 9218.3735 / 8874.8263

Condado / PE, 18/10/12.

João Pedro da Silva
Assinatura

21 DEZ 2012



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLICIA DA 053A. CIRCUNSCRICAO - CONDADO

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N. 12E0143001068



Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 29/10/2012 às 15:54

ACIDENTE DE TRANSITO COM VITIMA NAO FATAL - Doloso (Consumado) que aconteceu no dia 8/10/2012 às 17:00

Fato ocorrido no endereço: MUNICIPIO DE CONDADO, 1 - Bairro: CENTRO - Município: CONDADO

Estado: PERNAMBUCO - País: BRASIL

Lugar do Fato: VEICULO - Próximo: NAO INFORMADO

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:
JOAO PEDRO DA SILVA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): JOAO PEDRO DA SILVA

Qualificação da(s) pessoa(s) envolvida(s)

(VITIMA) - JOAO PEDRO DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino
MSE: NAO INFORMADO; PIB: NAO INFORMADO Data de Nascimento: NAO INFORMADO; Naturalidade: NAO INFORMADO / NAO INFORMADO / NAO INFORMADO

Estado Civil: NAO INFORMADO; Escolaridade: NAO INFORMADO; Profissão: NAO INFORMADO; Telefone de Contato: NAO INFORMADO;

Telefone Celular: NAO INFORMADO

Endereço Residencial: NAO INFORMADO

Endereço Comercial: NAO INFORMADO

Dados Comerciais: NAO INFORMADO

Qualificação do(s) objeto(s) envolvido(s)

MOTOCICLETA (VEICULO), que estava em posse do(a) Sr(a): JOAO PEDRO DA SILVA

Categoria/Marca/Modelo: MOTOCICLETA / HONDA / BIZ 125 - Objeto apreendido: Nao - Número de Série: NAO INFORMADO
Cor: NAO INFORMADO - Quantidade: 1 (UNIDADE NAO INFORMADA) Valor Unitário: (MOEDA NAO INFORMADA)

Descrição: PLACA KJW - 5212

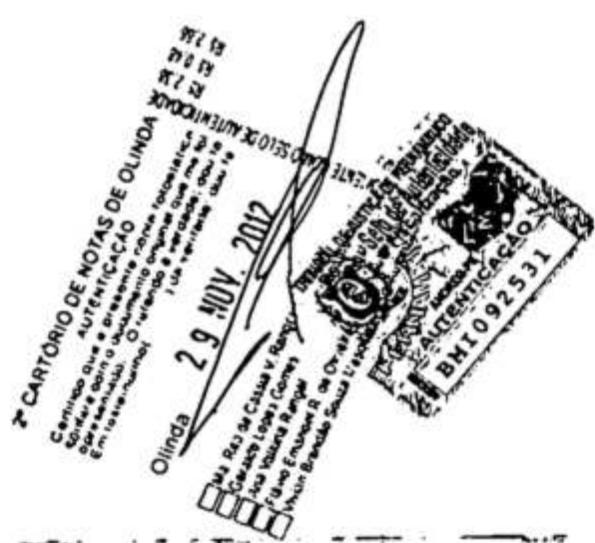
Complemento / Observação

QUE NO DIA SUPRACITADO A VITIMA ESTAVA TRANSITANDO NA VIA PE 62 OCASO, EM QUE PERDEU O CONTROLE DA MOTOCICLETA EM TELA ONDE VIO A CAIR AO CHAO, HAJA VISTA QUE O MESMO FOI CONDUZIDO AO HOSPITAL DA CIDADE DE GOIABA E POSTERIORMENTE A RECIFE AO HOSPITAL DO HR. VALE SALIENTAR QUE A VITIMA SOFREU UM CORTE PROFUNDO NO COURO CABELOUDO EM CONSEQUENCIA DO ACIDENTE. NADA DIGO

Assinatura da(s) pessoa(s) presente nesta unidade policial

JOAO PEDRO DA SILVA
(VITIMA)

B.O. registrado pelo policial: ALEXANDRE GABRIEL DA SILVA - Matrícula: 2736082



21/05/2012



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, João Pedro da Silva, portador da carteira de identidade nº 5 531.925 e inscrito no CPF/MF sob o nº 038.252.854-99, residente e domiciliado na Rua Manoel Marinho de Abreu, nº 51, São Roque, Cidade Condado, Estado Pernambuco, 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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
 O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
 O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

Condado/PE, 18 de Outubro de 2012.

Local e data

Assinatura do declarante

21 DEZ. 2012



AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DE SINISTRO DPVAT

Nº. DO SINISTRO _____

EU, João Pedro da Silva _____ PORTADOR (A) DO RG Nº
5.513.925 EXPEDIDO POR SSPIPE EM (DATA) 30.10.95 E CPF

03825285499



PROFISSÃO Guarda Municipal E RENDA MENSAL DE R\$ 622,00 NA QUALIDADE DE
FAVORECIDO (A) / BENEFICIÁRIO (A) DO VALOR REFERENTE A INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO

SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT DA VÍTIMA

João Pedro da Silva _____, AUTORIZO A
SEGURADORA _____ A EFETUAR O RESPECTIVO CRÉDITO,

DE ACORDO COM A FORMA ABAIXO INDICADA:

1. CRÉDITO EM CONTA CORRENTE.

Nº BANCO _____ Nº AGÊNCIA _____ C/C _____

2. CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA DO BANCO BRADESCO.

Nº BANCO 237 Nº AGÊNCIA _____ C/P _____

3. CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA DO BANCO DO BRASIL.

Nº BANCO 001 Nº AGÊNCIA 1792-2 C/P 19.675-4

4. CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA DO BANCO ITAÚ.

Nº BANCO 341 Nº AGÊNCIA _____ C/P _____

5. CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA DA CAIXA ECONÔMICA FEDERAL.

Nº BANCO 104 Nº AGÊNCIA _____ C/P _____

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE.

UMA VEZ EFETUADO O CRÉDITO DO VALOR DA INDENIZAÇÃO DO SINISTRO, DE ACORDO COM AS
INFORMAÇÕES ACIMA DESCritAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O
VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

Concedido IPE, 18 de Outubro de 2012

LOCAL / DATA

11 DEZ. 2012

João Pedro da Silva
ASSINATURA DO FAVORECIDO (A) / BENEFICIÁRIO (A)

SISBB SISTEMA DE INFORMAÇÕES BANCO DO BRASIL
29/11/2012 - Autoatendimento - 09:49:23
1792742/9 0421

**CÓMPROVANTE DE ENTREGA DE ENVELOPE
DEPÓSITO EM POUPANÇA - DINHEIRO**

FAVORECIDO
CLIENTE: JOÃO PEDRO DA SILVA
AGÊNCIA: 1792-2 CONTA: 19.075-4
VARIAÇÃO: 51
VALOR TOTAL: 3.000,00
NR. ENVELOPE: 2.108.693.311

* Valor sujeito a conferência.

DECLARO ME CLIENTE E DE ACORDO QUE OS
CREDITOS EM POUPANÇA EFETUADOS A PARTIR
DE 04/05/2012 ESTAO DISCIPLINADOS
PELA MEDIDA PROVISORIA 567/2012.

**GUARDE ESTE COMPROVANTE ATÉ A OPERAÇÃO
SER PROCESSADA.**

Leia ao verso como conservar este documento,
entre outras informações.

21/02/2012



Aviso de Sinistro DPVAT

Código: 443472

Na forma do disposto, na resolução Nº 01/75 do Conselho de Seguros Privados e Capitalização - CNSP - levo ao conhecimento desta companhia a ocorrência do acidente em questão, com o veículo descrito abaixo:

Tipo de Veículo 09-Ciclomotor/Motoneta/Motocicleta/Triciclo	Placa KJW-5212/PE			
Nome da Vítima JOAO PEDRO DA SILVA	Natureza 2 - INVALIDEZ			
Tipo Sinistrado 3 - Motorista	Data Nascimento 12/08/1977	Tipo de CPF 0 - Possui CPF	CPF da Vítima 038.252.854-99	Data Ocorrência 08/10/2012

Em cumprimento ao item 10 da resolução Nº 01/75 do CNSP, junto ao presente aviso de sinistro os seguintes documentos:

14 Certidão N° 12E0143001068 da autoridade policial sobre a ocorrência;

DUT Nº _____ _____ _____
 RG e CPF do Sinistrado _____ _____
 RG e CPF do(s) Beneficiário(s) _____ _____

Beneficiários

Beneficiários					
Nome	Tipo Benef.	Vínculo	Dt.Nasc.	CEP	CPF/CNPJ
JOAO PEDRO DA SILVA	Vitima	VITIMA	12/08/1977	55940-000	038.252.854-99

Declaro termos recebido a via original do presente Aviso do Sinistro, com todos os documentos assinalados com (X).
Observações:

Nota: Para cada vítima deverá ser emitido um aviso de sinistro, ainda que tenha havido diversas no mesmo acidente em 2(das) vias, permanecendo uma em poder do beneficiário, a título de protocolo de recebimento dos documentos

Local do Aviso **X6**

Data 07 DEZ. 2017

Local da Entrega

Data 07 DEZ. 2012

Gestão de Vida e Providência

Atenção:

- O processo de avaliação sobre o pagamento da indenização ou reembolso, ocorrerá somente após a apresentação de todos os documentos em conformidade com a legislação vigente.
 - O prazo determinado por Lei de 30 dias para o pagamento, somente será iniciado quando este processo completo for cadastrado na Seguradora Lider, gerado o número Megadata.

R SENADOR DANTAS, 80 , 17º ANDAR
CENTRO - Cep: 20031-204

Tel: (21) 2297-1212 Fax: (21) 2297-1212

site: <http://www.centrauroseg.com.br> e-mail: alexandre.almeida@salek.com.br
RIO DE JANEIRO - RJ

1004032

CONTRAN

DENATRAN

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DOS CIDADOS

DETAN - PE N° 9308643880
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VEÍCULO	1	123636752	RENAVAM	EXERCÍCIO
				2012
NOME				
EDILENE MARIA LOPES DE MEDEIROS				
CONDADO - PE				
PLACA				
856.745.404-20				
EJ45212				
PLACA ANTI-UF				
9C2JC42309R001438				
CHASSI				
COMBUSTÍVEL				
GÁSOLINA				
ESPECIE/DO				
MOTONETA				
MÁRCIA / MODELO				
HONDA/BIZ-125-MAIS				
CATEGORIA				
PARTIC				
VENC / COTAS				
1º COTA ÚNICA				
1º *****				
1º IPA 2012 QUITADO				
2º *****				
2º FADA/IPA				
3º *****				
3º FADA/IPA				
PRÉMIO TARIFÁRIO (R\$) 10 (R\$)				
PRÉMIO TOTAL (R\$) 10 (R\$)				
DATA DE PAGAMENTO				
SEGURÓ/PÁG				
OBSERVAÇÕES				
SEM RESERVANTO DE PÓRTE OBRIGATÓRIO				
NAO VAMANDO PARA TRANSFERÊNCIA				
LOCAL 16/04/12 DATA				
CONDADO				
INTER. Maria de Fátima Béserza, R. Costa				
Dir. Presidente DETRAN/PE				

PE N° 9308643880 BILHETE DE SEGURO DPVAT

SEGURÓ/OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VÉHICULOS AUTOMOTORES DE VIATORES, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS, OU NÃO, SEGURO DPVAT

EXERCÍCIO	2012
DESTAQUE E FORNECE O BILHETE DPVAT	
E.P.E. NÃO É DE PÓRTE OBRIGATÓRIO	
CPF / CNPJ	856.745.404-20
PLACA	EJ45212
PE-N° 9308643880	
EXERCÍCIO	2012
DATA EMISSÃO	16/04/12
PLACA	EJ45212
RENAVAM	123636752
MARCA / MODELO	HONDA/BIZ-125-MAIS
ANO FAB	2008
ANO EXP	2009
PLACA	9C2JC42309R001438
NO CLASSE	
PRÉMIO TARIFÁRIO	
DETAHANAS	
CUSTO DO SEGURO (R\$)	
FMS (R\$)	
SEGURÓ - PAGO	
PAGAMENTO	
PARCELADO	
COTA ÚNICA	
DATA DE EMISSÃO	
DATA DE VENCIMENTO DO SEGURO (R\$)	
IPF (R\$)	
DATA DE PAGAMENTO	
IPF (R\$)	
DATA DE EMISSÃO	

Seguradora Lider dos Consórcios
do Seguro DPVAT S/A

CNPJ: 09.248.608/0001-04

16/04/2012

16/04/2012

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 22/01/2013

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 3.375,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOAO PEDRO DA SILVA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 01792-2

CONTA: 000010019675-6

Nr. da Autenticação 57F95BA9F71417C7

DECLARAÇÃO

Eu João Pedro da Silva, portador
do RG 5.531.925, CPF nº: 038.252.854-99 declaro
para os devidos fins que resido à Rua Manoel Marinho de Abreu
Nº 51, no bairro de Lot. São Roque na cidade de
Condado / PE CEP: 55940 - 000

Condado / PE, 18/10/12.

CONTATOS

(81) 3491.0360 / 3431.8823
(81) 9219.0525 / 3075.6304
(81) 9218.3735 / 8874.8263

João Pedro da Silva
Assinatura

21 DEZ. 2012

PARECER DE ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL



DADOS DO SINISTRO

Número: 2012658566

Cidade: Condado

Natureza: Invalidez

Vítima: JOAO PEDRO DA SILVA

Data do acidente: 08/10/2012

Emissor do parecer: Juliana dos S

Seguradora: CENTAURO VIDA E
PREVIDÊNCIA S/A

Prestadora: Visão Médica Ltda

CRM do médico: 88043-4

PARECER

Data da análise: 08/01/2013

Valorização do IML:

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TCE

**Resultados a ESCLARECER
terapêuticos:**

**Sequelas
permanentes:**

Sequelas:

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações:

Valor pleiteado: 13.500,00

Médico avaliador: JULIANA WANIS

**UF do CRM do RJ
médico:**

DANOS

Dano	%	Dimensão	Graduação
Danos não definidos.			

Valor avaliado: 0,00

Guia de Esclarecimento

Unidade de Saúde: HOSPITAL REGIONAL BELARMINO CORREIA DE GOIANA

REGIÃO : XII GERES

Nome: JOÃO PECÔO DA SILVA

Idade: 34 Sexo: M

Cor: Estado Civil:

Profissão:

Endereço: Rua 535 nro 2600 condado/PE

Atendida ás: 7 horas do dia, de de

Queixa Principal: Com fratura cervical L1 e ferimento contuso

Histórico do doente atual: doloroso L1 de dor no centro clínico

Sintomas e Sinais: A.D. MVT. VTP

Hipótese Diagnóstica: Fratura contusiva

Prescrição:

Encaminhamento a (o): Pediatria ás 20 do dia, 1º de 20 de 20

Observação:

Foi internada para observação clínica por horas nesta unidade e não houve indicação para tratamento hospitalar

Ass. Médico - CRM. Carimbo ou Nome do Médico em letra de forma

DOCUMENTAÇÃO MÉDICO HOSPITALAR

1004031

Josemar Nunes Ferreira Junior
CRM-PE 2005-CREMEPE 16.095

3- AVALIAÇÃO MÉDICA

3.1-Queixa Principal (QP) / Histórico da Doença (HDA)

Residente de motocicleta
ingredes seu lado direito
Glasgow 14
exaure c/ esfuma e an

3.2-Exame Físico:

Peso:

Kg

200 21
MVT SIM

3.3-Hipótese Diagnóstica /Conduta

Pelvis articulada
Pct coluna, cervical
Dorsos esq APIP
fazendo esq APIP

CID 10:

4-Código de Atendimento:

21 DEZ. 2012
21 DEZ. 2012

Printe@
SUS:

10088729 JOÃO PIEDRO DA SILVA
Ocorrência: Act. Moto (Queda, Colisão)
Nascimento: 12/08/1977 Idade: 35
Mae: LUCINETE MARIA DA CONCEICAO SILVA
Documento: Sem Documento
Acompanhante:
RUA MANOEL MARINHO DE ABREU N51
CONDADO CONDADO
Reg: CARMINHA 08/10/2012 19:58:00

Sexo: Masculino

Profissao:

FE 55940-000

Imp: CARMINHA 08/10/2012 19:59:28

17

Seqüencial de Contingênci
Nº
Hora da Chegada
:
Hora da Saída
00 : 30

2- AVALIAÇÃO DA ENFERMAGEM / ACOLHIMENTO

2.1-Queixa Principal:

- ()Febre ()Vômitos ()Dificuldade de Respirar ()Tosse _____
 ()Taquicardia ()Convulsão ()Desmaio ()Tonturas ()Fraqueza ()Confusão Mental
 ()Fadiga ()Cefaléia ()Distúrbios Visuais ()Parestesia e/ou Paralisia de parte do corpo
 ()Dor. Local _____
 ()Queixa Urinária _____
 ()Sangramento. Local _____
 ()Outras Queixas: _____

- Encaminhamento:
 ()Clínico Geral
 ()Pediatra
 ()Cirurgião
 ()Ortopedista
 ()Serviço Social
 ()Maternidade
 ()Enfermagem
 ()Outros: _____

2.2-Antecedentes Mórbidos / Medicamentos:

- ()Hipertensão ()Diabetes ()Problemas Cardíacos ()Asma Bronquite ()Alergias
 ()Tuberculose ()Convulsão ()Tabagismo ()Enfisema ()Alcoolismo ()A.V.C
 ()Outros: _____
 ()Uso de Medicamentos: _____

Classificação:

2.3-Sinais Vitais:

P.A. _____ X _____ mmHg T° _____ °C P° _____ bpm F.R. _____ rpm

Ass. Enfermagem

3- AVALIAÇÃO MÉDICA

3.1-Queixa Principal (QP) / Histórico da Doença (HDA)

Acidente de motocicleta
 magoado nas costas, dor lombar
 Glasgow 14
 orientado e orientado

3.2-Exame Físico:

Peso: Kg 70
 RHR 27.
 MVT 5/5

3.3-Hipótese Diagnóstica / Conduta

Palpitação materna
 Rx coluna cervical
 pulso esg AL/1P
 poleiro esg AL/1P

4-Código de Atendimento:

CID 10:

27/10/2012

Patient ID: 57251 Prontuario: 1370382
Patient: JOAO PEDRO DA SILVA
Name: LUZINete MARIA DA CONCEICAO SILVA
End: MANOEL MARINHO DE ABREU N° 51
Bairro: Cidade: CONDADO PE
Nascimento: 01/12/1977
Localização: NEUROCIRURGIA ADULTO SUL - SA
Cel: 5024-5 Serviço: NEUROCIRURGIA
Data e Hora Atendimento: 09 Out-12 15:00



Diagnóstico Provável:

① TCC + Prostata

em afundamento

CID SO9.

Tratamento Realizado: Enfíngico

01/10/12

Retorno pronto 20/10/12

Observação:

Ato ambulatorial

de Neurocirurgia

Cópia de:

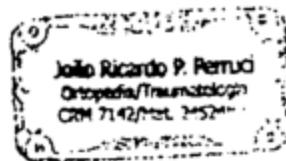
Wesley

Médico - CRM-PB

15/10/12

ATENÇÃO: Este documento destina-se a comprovação de atendimento hospitalar ou ambulatorial para INSS, Empresas, Escolas, Ministério do Trabalho, Continuidade do tratamento ambulatorial, segundo a recomendação N° 04/2002 do Ministério Público do Estado de Pernambuco.

21/10/2012



Poss. José Pedro da Silva

Paciente em 08/10/2012 foi vítima de acidente de motocicleta no qual TEVE TCE grave com atingimento de crânio fronto-parietal envolvendo fôr. subperiosteais e fraturado crânico de infraorbital poss. gipsostomia + incisões paracorbitárias. TEVE alta hospitalar em 20/10/2012 para monitoramento da neuroanatomia, no momento apresenta dor e alteração visual do olho esquerdo. Olho esquerdo com RETROSCÓPIO DE PALPEBRA INFERIOR ero.

Laudo de Verificação e Quantificação de Lesões Permanentes

Informações do Acidente

Sinistro: **2012/658566**
Vítima: **JOAO PEDRO DA SILVA**
Local: **PE-CONDADO**
Data do Acidente: **08/10/2012**

Avaliação do Medico Perito Legista

I. Há lesão cuja etiologia (origem causa) seja exclusivamente decorrente de acidente pessoal com veículo automotor de via terrestre?

- a) SIM b) NÃO c) PREJ.

Só prosseguir em caso de resposta afirmativa

II. Descrever o quadro clínico atual informando:

a) Qual (quais) região (regiões) corporal (is) encontra (m) – se acometida (s);

SNC

b) As alterações (disfunções) presentes no patrimônio físico da vítima, que sejam evolutivas e temporalmente compatíveis com o quadro documentado no primeiro atendimento médico hospitalar, considerando-se as medidas terapêuticas tomadas na fase aguda do trauma.

TCE- FRATURA COM AFUNDAMENTO FRONTO PARIETAL À ESQUERDA- TRATAMENTO CIRÚRGICO

III. Há indicação de algum tratamento (em curso, prescrito, a ser prescrito), incluindo medidas de reabilitação?

- a) SIM b) NÃO

Se SIM descreva a(s) medida(s) terapêutica(s) indicada(s):

IV. Segundo o exame médico legal, pode-se afirmar que o quadro clínico cursa com:

- a) Disfunções apenas temporárias
b) Dano anatômico e/ou funcional definitivo(sequelas)

Em caso de dano anatômico e/ou funcional definitivo informar as limitações físicas irreparáveis e definitivas presentes no patrimônio físico da vítima.

REFERE CEFALÉIA, AMNÉSIA E DÉFICIT VISUAL À ESQUERDA. NÃO FEZ EX OFT.

V. Em virtude da evolução da lesão e/ou de tratamento, faz-se necessário exame complementar?

- a) SIM, em que prazo:
b) NÃO

Em caso de enquadramento na opção “a” do item IV ou de resposta afirmativa ao item V, favor NÃO preencher os demais campos abaixo assinalados.

VI. Segundo o previsto na Lei 11.945 de 4 de junho de 2009 favor promover a quantificação da(s) lesão (ões) permanente(s) que não seja(m) mais suscetível(is) a tratamento como sendo geradora(s) de dano(s) anatômico(s) e/ou funcional(is) definitivo(s), especificando, segundo o anexo constante à Lei 11.945/09, o(s) segmento(s) corporal(is) acometido(s) e ainda segundo o previsto no instrumento legal, firmar a sua graduação:

Segmento corporal acometido:

- a) Total (Dano anatômico ou funcional permanente que comprometa a integra do patrimônio físico e/ou mental da vítima).
b) Parcial (Dano anatômico e/ou funcional permanente que comprometa apenas parte do patrimônio físico e/ou mental da vítima). Em se tratando de dano parcial informar se o dano é:
b.1) Parcial Completo (Dano anatômico e/ou funcional permanente que comprometa de forma global algum segmento corporal da vítima)
b.2) Parcial Incompleto (Dano anatômico e/ou funcional permanente que comprometa apenas em parte a um (ou mais de um) segmento corporal da vítima)

b.2.1) Informar o grau da incapacidade definitiva da vítima, segundo o previsto na alínea II, 1º do art. 3º da Lei 6.194/74 com redação introduzida pelo artigo 31 da Lei 11.945/2009, correlacionando o percentual ao seu respectivo dano, em cada segmento corporal acometido

Segmento Anatômico**1^a Lesão****SNC**

Marque o percentual

 10% 25% 50% 75%**2^a Lesão**

Marque o percentual

 10% 25% 50% 75%**3^a Lesão**

Marque o percentual

 10% 25% 50% 75%**4^a Lesão**

Marque o percentual

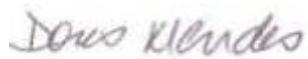
 10% 25% 50% 75%

Observação: Havendo mais de quatro seqüelas permanentes a serem quantificadas, especifique a respectiva graduação de acordo com os critérios ao lado representados:

Local e data de realização do exame médico legal:

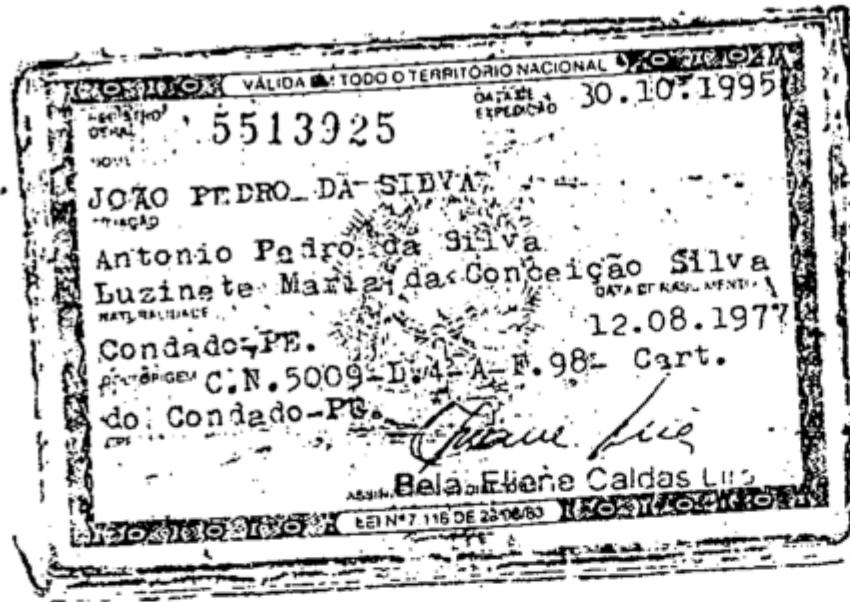
PE - RECIFE, 15/01/2013**Médico Perito:****Médico Revisor: DORES MARIA BERNARDES CARNEIRO MENDES CRM: 52258890****Dra. Dores M. B. C. Mendes**

Médica Perita
CRM-RJ 52 25889-0
Cadastro Nacional



Assinatura do médico revisor - CRM

Informações Complementares



CONTATOS
(81) 3491.0360 / 3431.8323
(31) 9219.0525 / 2075.5534
(61) 9218.3735 / 6814.8203

21.02.2012



Ministério da Fazenda

Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: 038.252.854-99

Nome da Pessoa Física: JOAO PEDRO DA SILVA

Situação Cadastral: REGULAR

Dígito Verificador: 00

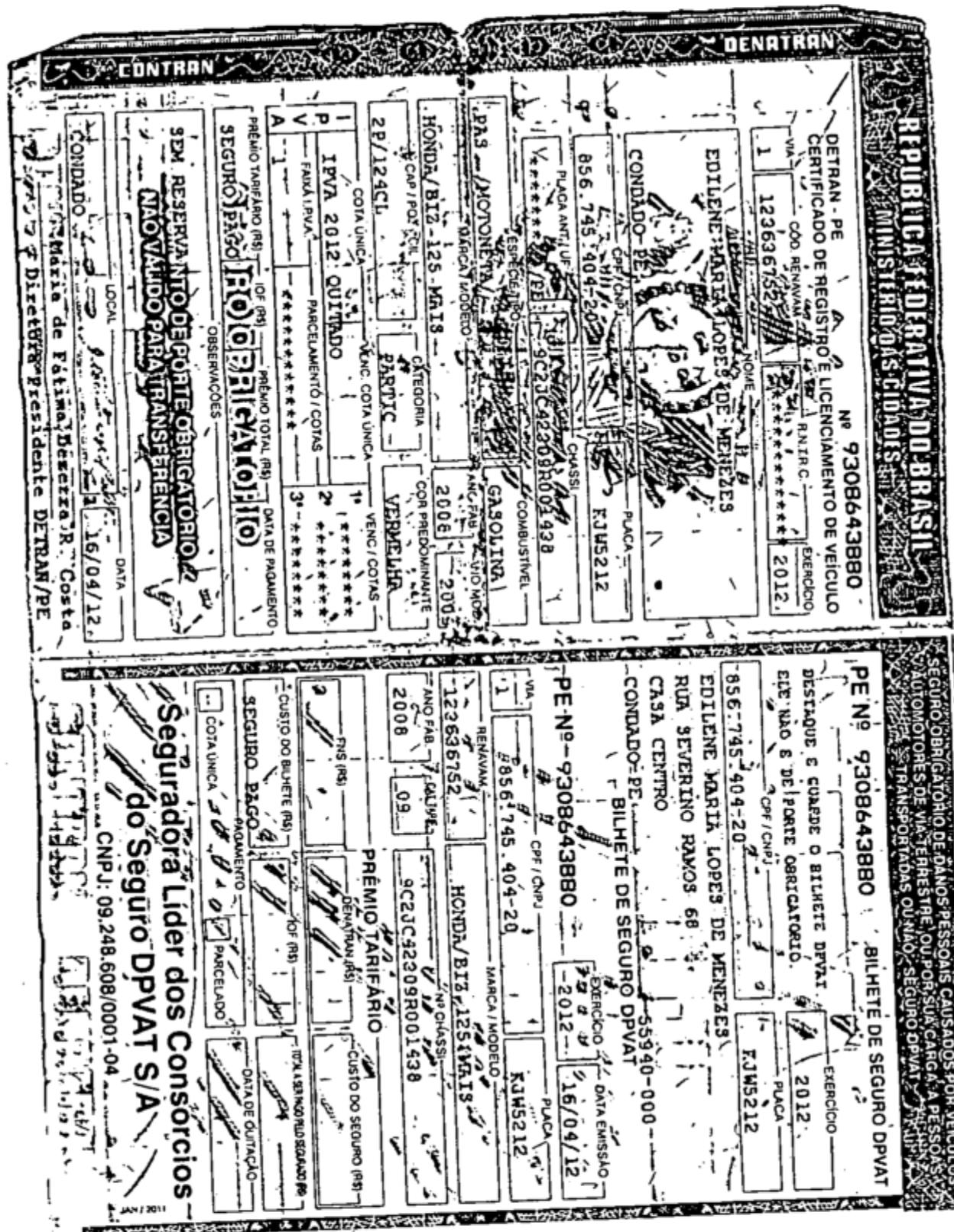
Comprovante emitido às: 11:38:58 do dia 07/12/2012 (hora e data de Brasília).

Código de controle do comprovante: BEC3.8891.4D95.D599

A autenticidade deste comprovante deverá ser confirmada na página da Secretaria da Receita Federal do Brasil na Internet, no endereço www.receita.fazenda.gov.br.

Aprovado pela IN/RFB nº 1.042, de 10/06/2010.

21/12/2012



DEZ. 2012



Aviso de Sinistro DPVAT

Código: 443472

Na forma do disposto, na resolução Nº 01/75 do Conselho de Seguros Privados e Capitalização - CNSP - levo ao conhecimento desta companhia a ocorrência do acidente em questão, com o veículo descrito abaixo:

Tipo de Veículo 09-Ciclomotor/Motoneta/Motocicleta/Triciclo		Placa KJW-5212/PE		
Nome da Vítima JOAO PEDRO DA SILVA		Natureza 2 - INVALIDEZ		
Tipo Sinistrado 3 - Motorista	Data Nascimento 12/08/1977	Tipo de CPF 0 - Possui CPF	CPF da Vítima 038.252.854-99	Data Ocorrência 08/10/2012

Em cumprimento ao item 10 da resolução Nº 01/75 do CNSP, junto ao presente aviso de sinistro os seguintes documentos.:

Certidão Nº 12E0143001068 da autoridade policial sobre a ocorrência;

DUT Nº _____ () _____ () _____

RG e CPF do Sinistrado () _____ () _____

RG e CPF do(s) Beneficiário(s) () _____ () _____

Beneficiários

Nome	Tipo Benef.	Vínculo	Dt.Nasc.	CEP	CPF/CNPJ
JOAO PEDRO DA SILVA	Vítima	VITIMA	12/08/1977	55940-000	038.252.854-99

Declaramos ter recebido a via original do presente Aviso do Sinistro, com todos os documentos assinalados com (X).

Observações.:

Nota.: Para cada vítima deverá ser emitido um aviso de sinistro, ainda que tenha havido diversas no mesmo acidente em 2(duas) vias, permanecendo uma em poder do beneficiário, a título de protocolo de recebimento dos documentos.

Local do Aviso RS

Data 07 DEZ. 2012

Local da Entrega RS

Data 07 DEZ. 2012

 Beneficiário

 Centauro Vida e Previdência

Atenção :

- O processo de avaliação sobre o pagamento da indenização ou reembolso, ocorrerá somente após a apresentação de todos os documentos em conformidade com a legislação vigente.
- O prazo determinado por Lei de 30 dias para o pagamento, somente será iniciado quando este processo completo for cadastrado na Seguradora Lider, gerado o número Megadata.

R SENADOR DANTAS, 80 , 17º ANDAR
CENTRO – Cep: 20031-204

Tel.: (21) 2297-1212 Fax: (21) 2297-1212

site: <http://www.centauroseg.com.br> e-mail: alexandre.almeida@salek.com.br
RIO DE JANEIRO - RJ

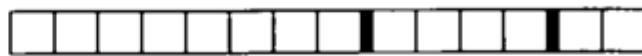


AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DE SINISTRO DPVAT

Nº DO SINISTRO _____

EU, João Pedro da Silva _____ PORTADOR (A) DO RG Nº
5.513.925 EXPEDIDO POR SSPIPE EM (DATA) 30.10.95 E CPF

03825285499



PROFISSÃO Guarda Municipal E RENDA MENSAL DE R\$ 622,00 NA QUALIDADE DE
FAVORECIDO (A) / BENEFICIÁRIO (A) DO VALOR REFERENTE A INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO

SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT DA VÍTIMA

João Pedro da Silva _____ AUTORIZO A
SEGURADORA _____ A EFETUAR O RESPECTIVO CRÉDITO,

DE ACORDO COM A FORMA ABAIXO INDICADA:

1. CRÉDITO EM CONTA CORRENTE.

Nº BANCO _____ Nº AGÊNCIA _____ C/C _____

2. CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA DO BANCO BRADESCO.

Nº BANCO 237 Nº AGÊNCIA _____ C/P _____

3. CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA DO BANCO DO BRASIL.

Nº BANCO 001 Nº AGÊNCIA 1792-2 C/P 19.675-4

4. CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA DO BANCO ITAÚ.

Nº BANCO 341 Nº AGÊNCIA _____ C/P _____

5. CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA DA CAIXA ECONÔMICA FEDERAL.

Nº BANCO 104 Nº AGÊNCIA _____ C/P _____

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE.
UMA VEZ EFETUADO O CRÉDITO DO VALOR DA INDENIZAÇÃO DO SINISTRO, DE ACORDO COM AS
INFORMAÇÕES ACIMA DESCRIAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O
VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

Concedido 1º DE 18 de Outubro de 2012

LOCAL / DATA

11 DEZ. 2012

João Pedro da Silva
ASSINATURA DO FAVORECIDO (A) / BENEFICIÁRIO (A)

SISBB - SISTEMA DE INFORMAÇÕES BANCO DO BRASIL
29/11/2012 - Autoatendimento - 09:49:23
1792742/9 0421

**CÓMPROVANTE DE ENTREGA DE ENVELOPE
DEPÓSITO EM PÔU PANCA - DINHEIRO**

FAVORECIDO
CLIENTE: JOÃO PEDRO DA SILVA
AGÊNCIA: 1792-2 CONTA: 19.075-4
VARIAÇÃO: 51
VALOR TOTAL: 3.000,00
NR. ENVELOPE: 2.108.693.311

* Valor sujeito a conferência.

DECLARO ME CLIENTE E DE ACORDO QUE OS
CREDITOS EM PÔU PANCA EFETUADOS A PARTIR
DE 04/05/2012 ESTAO DISCIPLINADOS
PELA MEDIDA PROVISORIA 567/2012.

**GUARDE ESTE COMPROVANTE ATÉ A OPERAÇÃO
SER PROCESSADA.**

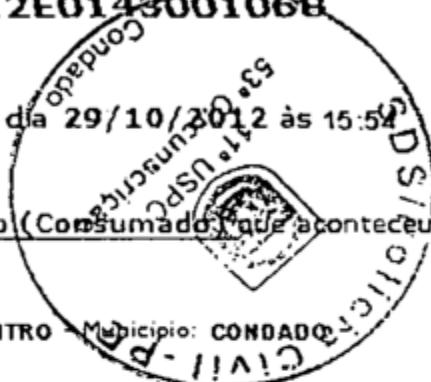
Leia ao verso como conservar este documento,
entre outras informações.

21/02/2012



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLICIA DA 053A. CIRCUNSCRICAO - CONDADO

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N. 12E0143001068



Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 29/10/2012 às 15:54

ACIDENTE DE TRANSITO COM VITIMA NAO FATAL - Doloso (Consumado) que aconteceu no dia 8/10/2012 às 17:00

Fato ocorrido no endereço: MUNICIPIO DE CONDADO, 1 - Bairro: CENTRO - Município: CONDADO
Estado: PERNAMBUCO - País: BRASIL
Local do Fato: VEICULO - Próximo: NAO INFORMADO

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:
JOAO PEDRO DA SILVA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:
VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): JOAO PEDRO DA SILVA

Qualificação da(s) pessoa(s) envolvida(s)

(VITIMA) - JOAO PEDRO DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino
Mae: NAO INFORMADO; Pai: NAO INFORMADO Data de Nascimento: NAO INFORMADO; Naturalidade: NAO INFORMADO / NAO INFORMADO / NAO INFORMADO

Estado Civil: NAO INFORMADO; Escolaridade: NAO INFORMADO; Profissao: NAO INFORMADO; Telefone de Contato: NAO INFORMADO;
Telefone Celular: NAO INFORMADO
Endereço Residencial: NAO INFORMADO
Endereço Comercial: NAO INFORMADO
Dados Comerciais: NAO INFORMADO

Qualificação do(s) objeto(s) envolvido(s)

MOTOCICLETA (VEICULO) , que estava em posse do(a) Sr(a): JOAO PEDRO DA SILVA

Categoria/Marca/Modelo: MOTOCICLETA / HONDA / BIZ 125 - Objeto apreendido: Nao - Número de Série: NAO INFORMADO
Cor: NAO INFORMADO - Quantidade: 1 (UNIDADE NAO INFORMADA) Valor Unitário: (MOEDA NAO INFORMADA)

Descrição: PLACA KJW -5212

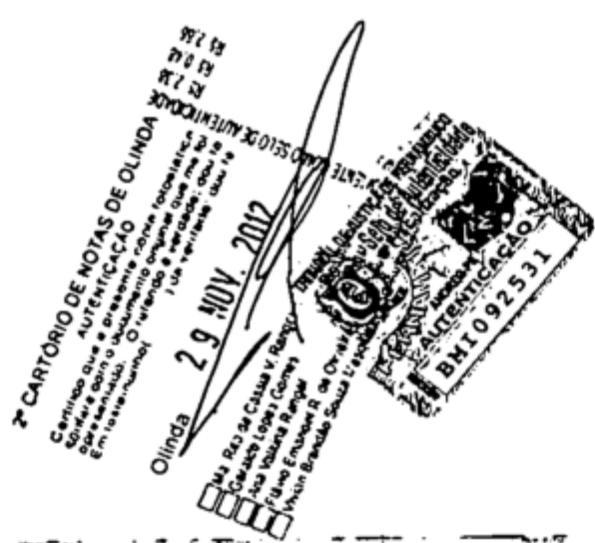
Complemento / Observação

QUE NO DIA SUPRACITADO A VITIMA ESTAVA TRANSITANDO NA VIA PE 62 OCASO QUE PERDEU O CONTROLE DA MOTOCICLETA EM TELA ONDE VIO A CAIR AO CHAO HAJA VISTA QUE O MESMO FOI CONDUZIDO AO HOSPITAL DA CIDADE DE GOIABA E POSTERIORMENTE A RECIFE AO HOSPITAL DO HR. VALE SALIENTAR QUE A VITIMA SOFREU UM CORTE PROFUNDO NO COURO CABELOUDO EM CONSEQUENCIA DO ACIDENTE.NADA DIGO

Assinatura da(s) pessoa(s) presente nesta unidade policial

JOAO PEDRO DA SILVA
(VITIMA)

B.O. registrado pelo policial: ALEXANDRE GABRIEL DA SILVA - Matrícula: 2738082



21 DEZ. 2012



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, João Pedro da Silva, portador da carteira de identidade nº 5 531.925 e inscrito no CPF/MF sob o nº 038.252.854-99, residente e domiciliado na Rua Manoel Marinho de Abreu, nº 51, São Roque, Cidade Condado, Estado Pernambuco, 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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
 O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
 O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

Condado/PE, 18 de Outubro de 2012.

Local e data

Assinatura do declarante

21 DEZ. 2012



SAMU

-192-

SCIVNA

ora do chamado: 18:00 H
 chegada ao local: 18:13 H
 saída do local: 18:30 H
 hora da conclusão: 19:30 H
 saída do Hospital: 19:50 H

FICHA DE ATENDIMENTO

Data da solicitação: 08/10/12 Distrito: Niterói Número da ocorrência: 775852
Motivo/solicitação: VEREDA MÓB UTE Básica Helicóptero

<input type="checkbox"/> <u>VIA PÚBLICA</u>	<input type="checkbox"/> <u>DOMICILIO</u>	<input type="checkbox"/> EVENTOS	<input type="checkbox"/> OBSTÉTRICO
<input type="checkbox"/> Clínico	<input type="checkbox"/> Clínico	<input checked="" type="checkbox"/> HANGAR	<input type="checkbox"/> PSQUIÁTRICO
<input type="checkbox"/> Causas Externas	<input type="checkbox"/> Causas Externas	<input type="checkbox"/> METROPOLITANO	<input type="checkbox"/> TROTE/CANCELADAS

IDENTIFICAÇÃO

Paciente: João Pedro da Silva Idade: 34 anos

Sexo: Mas. Fem. Profissão: _____ Fone: _____

Sollte die Anwendung der Vorschriften nicht möglich sein, ist dies in der Begründung zu erläutern.

End. Ocorr.: PE 12 Bairro: ~~GOVERNO~~

Referência: PROXIMO A CHEFE

CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTE/VIOLENCIA)

Acid. Automóvel		Acid. Motocicleta		Atropelamento		Mecanismo do Trauma	
<input type="checkbox"/> Motorista	<input checked="" type="checkbox"/> Motociclista	<input type="checkbox"/> Passageiro	<input type="checkbox"/> Via Pública	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> Capotamento		
<input type="checkbox"/> Passageiro/Frente	<input type="checkbox"/> Passageiro	<input type="checkbox"/> Calçada	<input type="checkbox"/> Ejeção				
<input type="checkbox"/> Passageiro/Trás	<input type="checkbox"/> Uso do Capacete	<input type="checkbox"/> Outros	<input type="checkbox"/> Impacto Frontal				
Uso do Capacete:	<input type="checkbox"/> Sim	<input checked="" type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Impacto Lateral				
<input type="checkbox"/> Sim	<input checked="" type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Impacto Traseiro					
Acid. Trânsito		Acid. Ciclista		Intoxicação		Expoções	
<input type="checkbox"/> Carro ou Moto	<input type="checkbox"/> Colisão	<input type="checkbox"/> Alt. Peçonhento	<input type="checkbox"/> Choque Elétrico				
<input type="checkbox"/> Ônibus	<input type="checkbox"/> Queda	<input type="checkbox"/> Exógena	<input type="checkbox"/> Fogo				
<input type="checkbox"/> Caminhão	<input type="checkbox"/> Outros	<input type="checkbox"/> Outros	<input type="checkbox"/> (11° / 12° / 13°)				
Placa:		Agente Causador	<input type="checkbox"/> Fumaça				
Astúxia		Queda		Agressões			
<input type="checkbox"/> Semi-Afogamento	<input type="checkbox"/> Própria Altura	<input type="checkbox"/> Arma de Fogo	<input type="checkbox"/> Agressão Física				
<input type="checkbox"/> Soterramento	<input type="checkbox"/> Outra Altura	Tipo - _____	<input type="checkbox"/> Maus Tratos				
<input type="checkbox"/> Engasgo	Aproximadamente	<input type="checkbox"/> Arma Branca	<input type="checkbox"/> Abuso Sexual				
<input type="checkbox"/> Outros	metros	Tipo - _____	<input type="checkbox"/> _____				



CAUSAS CLÍNICAS

História clínica atual: 11/11/14 - COM TEE, V.M.
CONTE A CABECA MAIS ESQUINAS

Hipótese Diagnóstica Conhecida:

AVALIAÇÃO CLÍNICA

Temperatura	Glicemias (HGT)	<input type="checkbox"/> Agitação Psicomotora	<input type="checkbox"/> Sudorese	<input type="checkbox"/> Gemiado/Estridor
		<input type="checkbox"/> Desidratado	<input type="checkbox"/> Ratinhento Asa Nariz	<input type="checkbox"/> Obst. das v. aéreas
Vias Aéreas	Pulso	<input type="checkbox"/> Lesões de face	<input type="checkbox"/> Cidrose	<input type="checkbox"/> Retração Xifóide
F.R.: 32	70 b/p.m	<input type="checkbox"/> Ictérico	<input type="checkbox"/> Desformidade tórax	<input type="checkbox"/> Sibilos Espiratórios
11: 35-50	R.H.: 120-160	<input type="checkbox"/> Palidez	<input type="checkbox"/> Disponéla	<input type="checkbox"/> Turgor Intercostal
10: 30-50	<3 anos: 10-140	<input type="checkbox"/> Cor da pele anormal	<input type="checkbox"/> Distonia (ela/choro)	<input type="checkbox"/> Chorilacria Ps.
9: 20-30	Infantil: 30-110			
8: 17-20	Adulto: 60-100			



SAMU
192

GEOMARCA

EXAME NEUROLÓGICO

Avaliação Primária	Sinais de Disf. Cerebral	Avaliação das Pupilas	Natureza da lesão
<input type="checkbox"/> Aleita <input checked="" type="checkbox"/> Resposta Verbal <input type="checkbox"/> Resp. estímulo Dolor: <input type="checkbox"/> Irresponsivo	<input type="checkbox"/> Déficit Motor <input type="checkbox"/> Desvio de Comissura Labial <input type="checkbox"/> Dificuldade na Fala	<input checked="" type="checkbox"/> Isocônicas <input type="checkbox"/> Anisocônicas <input type="checkbox"/> Midriase <input type="checkbox"/> Miose	<input type="checkbox"/> Lesões Intra-abdominais <input type="checkbox"/> Lesões Intra-torácica <input checked="" type="checkbox"/> Presença / Sangue Fratura - Ossos Longos <input type="checkbox"/> Aberta <input type="checkbox"/> Fechada

ESCALA DE GLASGOW

Abertura Ocular	Resposta Verbal	Resposta Motora	Total de Pontos
Abertura Ocular Espontânea	Orientado	Obedece Comando	
Abertura Ocular à Voz	Confuso	Localiza Estímulo Doloroso	
Abertura Ocular à Dor	Resposta Inapropriada	Retirada ao Estímulo Doloroso	
Sem Abertura Ocular	Sons Ininteligíveis	Pleria Anormal (Decorticação)	
	Sem Resposta Verbal	Extensão Anormal (Descerebração)	
		Sem Resposta Motora	
			15

CONDUTA CLÍNICA / EVOLUÇÃO

<input type="checkbox"/> <u>Aspiração de Sangue e Secretões</u> <input type="checkbox"/> <u>Entubação Orotraqueal</u> <input type="checkbox"/> <u>Imobilização da Coluna Cervical</u> <input type="checkbox"/> <u>Infusão de Fluidos</u> <input type="checkbox"/> <u>Reanimação Cardiopulmonar</u> <input type="checkbox"/> <u>Imobilização de membros</u>	<u>Ventilação Mecânica</u>	Outras Condutas: <u>502 ml</u> <u>S.N.L</u>
	Modalidade: _____ FIO: _____	
	<u>Adaptação Ventilação</u>	Intercorrências: _____
	<input type="checkbox"/> Bem <input type="checkbox"/> Mal	

USO DE ÁLCOOL E/OU OUTRAS DROGAS

<input checked="" type="checkbox"/> Álcool	<input type="checkbox"/> Anfetamina	<input type="checkbox"/> Cocaína	<input type="checkbox"/> Cola	<input type="checkbox"/> Crack	<input type="checkbox"/> Maconha	<input type="checkbox"/> _____
Informante:				<input type="checkbox"/> A própria vítima <input type="checkbox"/> Familiares <input checked="" type="checkbox"/> Outros - Especificar		
AMIGO						
<input type="checkbox"/> Alteração de Humor	<input type="checkbox"/> Agitado/Irritado	<input type="checkbox"/> Desorientado	<input type="checkbox"/> Inconsciente	Refere ingestão de		
<input type="checkbox"/> Alteração na Marcha	<input type="checkbox"/> Agressivo	<input type="checkbox"/> Hálito Alcoólico	<input type="checkbox"/> Sonolento	bebida alcoólica há		
hs						

CÓNCLUSÃO DO ATENDIMENTO

Hospital para onde foi encaminhado o Paciente:	<input type="checkbox"/> <i>Maca Retida na Unidade Hospitalar</i> <input type="checkbox"/> <i>Orçamentação para o Ambulatório</i> <input type="checkbox"/> <i>Óbito Antes do Atendimento</i> <input type="checkbox"/> <i>Óbito durante Atendimento</i> <input type="checkbox"/> <i>Prancha Retida</i> <input type="checkbox"/> <i>Removido antes do Atendimento</i>
Registro no hospital: <i>11-1107</i>	
Médico que recebeu: <i>DR. JOSÉ MACHADO - PNEU</i>	

Assinatura do Médico Responsável:

EQUIPE

Médico Regulador: DR. M. C. I. O. M. Médico Assistente: _____
Enfermeira: DR. CASSIN Socorrista: CARLOS
Condutor/Piloto: WALTER Op. de Frota/OEE: NAFTA

Função do Responsável pelo preenchimento: **Ass.:**

SOLICITUD AEROPORTUARIA 8m 10m

EXONERAÇÃO DE RESPONSABILIDADE

Testicularias: