

## 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 medico legal, pode-se afirmar que o quadro clínico cursa com:

- a) ☐ Disfunções apenas temporárias  
b) ☒ Dano anatômico e/ou funcional definitivo(seqüelas)

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 susceptível(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 íntegra 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

1ª Lesão

**SNC**

Marque o percentual

☐ 10% ☒ 25% ☐ 50% ☐ 75%

2ª Lesão

Marque o percentual

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75%

3ª Lesão

Marque o percentual

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75%

4ª 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. Dorez M. B. C. Mendes*  
Médica Perita  
CRM-RJ 52 25889-0  
Cadastro Nacional

*Dorez Mendes*

Assinatura do médico revisor - CRM

**Informações Complementares**



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

5513925

DATA DE EXPEDICAO 30.10.1995

JOÃO PEDRO DA SILVA

Antonio Pedro da Silva

Luzinete Maria da Conceição Silva

Condado-PE.

12.08.1977

C.N. 5009-L-4-A-F.98- Cart.

do Condado-PE.

*Bele Elene Caldas Lins*

ASSIN. Bele Elene Caldas Lins

LEI Nº 7.116 DE 23.06.83

CONTATOS

(81) 3491.0360 / 3431.8323

(81) 9219.0525 / 2075.6504

(81) 9218.3735 / 8874.8263

21 DEZ. 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

Digito 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](http://www.receita.fazenda.gov.br).

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

21 DEZ 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: JOAO PIANO DA SILVA

Idade: 34 Sexo: M Cor: BRANCO Estado Civil: CASADO

Profissão:

Endereço:

Atendida às: horas do dia de de

Queixa Principal: COM PRONTA LIGAMENTAÇÃO COM O SERVIÇO DE EMERGÊNCIA

Histórico do doente atual: Colapso 15 PM: 15:10 Pronto Socorro

Sintomas e Sinais: A.P. 15:10

Hipótese Diagnóstica: 1. Lesão Cerebral

Prescrição:

Encaminhamento a (o): PRONTO SOCORRO às 15 do dia 15 de 12 de 2012

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 MÉDICA HOSPITALAR

\*1004031\*



Josemar Nunes Ferreira Junior  
CRM 15.125- CREMEPE 16.095  
MÉDICO

### 3- AVALIAÇÃO MÉDICA

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

Prontidão de notificação  
urgente em lesão cerebral  
Colapso 15  
Exame com exame e an

3.2-Exame Físico:

Peso: Kg 70,20  
Alt: 1,70

3.3-Hipótese Diagnóstica / Conduta

Politraumático  
Rx coluna cervical  
Mielograma AP/PP  
Pneumografia AP/PP

4-Código de Atendimento:

CID 10:

21 DEZ. 2012

Prêmio

SUS:

1408877 JOAO PEDRO DA SILVA

Ocorrência: Act. Moto (Queda, Colisão)

Nascimento: 12/08/1977 Idade: 35

Sexo: Masculino

Mãe: LUZINETE MARIA DA CONCEICAO SILVA

Documento: Sem Documento

Profissão:

Acompanhante:

RUA MANOEL MARINHO DE ABEU NS1

CONDADO

CONDADO

Reg: CARMINHA 08/10/2012 19:58:00

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

FE 55940-000

17

Sequência de Contingência

N°

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 ( ) Cefaleia ( ) Distúrbios Visuais ( ) Parestesia e/ou Paralisia de parte do corpo  
 ( ) Dor, Local  
 ( ) Queixa Urinária  
 ( ) Sangramento, Local  
 ( ) Outras Queixas:

## 2.2-Antecedentes Mórbitos / Medicamentos:

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

## 2.3-Sinais Vitais:

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

## 2.4-Exames Diagnósticos auxiliares:

- ( ) Glicemia Capilar \_\_\_\_\_ mg/dl

## Encaminhamento:

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

## Classificação:

Ass. Enfermagem

## 3-AVALIAÇÃO MÉDICA

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

*Acidente de motocicleta  
 atingido por bebida alcoólica  
 Glasgow 15  
 Exat 5 cm coluna an*

## 3.2-Exame Físico:

Peso: \_\_\_\_\_ Kg

MC 27

MT 51 cm

## 3.3-Hipótese Diagnóstica / Conduta

*Politraumatismo  
 Dxt coluna cervical  
 Dxts eq ALIP  
 Dxts eq ALIP*

## 4-Código de Atendimento:

CID 10:

21/02/2012



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco  
XII Gerência Regional de Saúde - XII GERES  
Hospital Belarmino Correia 3976135

## Guia de Esclarecimento

Unidade de Saúde: JOÃO RICARDO DA SILVA HOSPITAL REGIONAL BELARMINO CORREIA DE GOIANA

REGIÃO: XII GERES

Nome: JOÃO RICARDO DA SILVA

Idade: 34 Sexo: M Cor: BRANCO Estado Civil: COMPROVADO

Profissão: \_\_\_\_\_

Endereço: AV. BRASIL, 1000 - JARDIM BELARMINO

Atendida às: \_\_\_\_\_ horas do dia \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Queixa Principal: PRONTIDÃO LABORATORIAL PARA INVESTIGAR DOENÇA

Histórico do doente atual: Solange M. Silva, 1978, 1978, 1978, 1978

Sintomas e Sinais: Não há

Hipótese Diagnóstica: Infecção urinária

Prescrição: \_\_\_\_\_

Encaminhamento a (o): Em observação às 20 do dia 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

Josemar Nunes Ferreira Junior  
MÉDICO  
CRM-PE 15.095

21 DEZ. 2012



Atendimento: 57251

Protocolo: 13/8382

**R**  
ESTAB. 10

Paciente: JOAO PEDRO DA SILVA

Nome Mãe: LUZINETE MARIA DA CONCEICAO SILVA

End: MANOEL MARINHO DE ABREU

Nº 51

Bairro:

Cidade: CONDADO

PE

Nascimento: 8/12/1977

Localização: NEUROCIRURGIA ADULTO SUL - SA

Leito: 502-5

Serviço: NEUROCIRURGIA

Data e Hora Atendimento: 09 Dez-12 15:38

Diagnóstico Provável:

① 705: Prontina

afundamento

CID 509

Tratamento Realizado:

cirúrgico

9/10/12

Retorno pronto 20/10/12

Observação:

Adm. Ambulatório

de Neurocirurgia

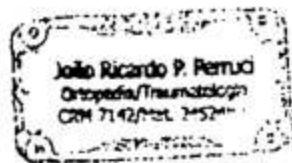
Cópia de:

[Assinatura]  
Médico - CRM nº

1576012

**ATENÇÃO:** Este documento destina-se a comprovação de atendimento hospitalar ou ambulatorial para INSS, Empresas, Escolas, Ministério do Trabalho, Continuidade do tratamento ambulatorial, segundo a recomendação Nº 04/2002 do Ministério Público do Estado de Pernambuco.

21 DEZ. 2012



Paciente: João Pedro da Silva

Paciente em 08/10/2012 foi vítima de acidente de trânsito no qual teve TCE grave com afundamento de crânio frontal. Paciente esovendo foi submetido a instrumento cirúrgico de urgência para descompressão + trancos e encefálico. Teve alta hospitalar em 20/10/2012 para acompanhamento da neurocirurgia. No momento apresenta dor e alteração visual do olho esquerdo. Olho esquerdo com retração de pálpebras inferior esquerda.

21 DEZ 2012  
João Ricardo P. Perruci  
Ortopedia/Traumatologia  
CRM 7142/MAT 245248-0



SAMU  
192

GOIANA

Hora 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: 19:30 H

FICHA DE ATENDIMENTO

Data da solicitação: 08/04/12 Distrito: Número da ocorrência: 775852  
Motivo/solicitação: QUEDA MOTO ☒ UTI ☐ Básica ☐ Helicóptero

☒ VIA PÚBLICA ☐ DOMICÍLIO ☐ EVENTOS ☐ OBSTÉTRICO  
☐ Clínico ☐ Clínico ☒ HANGAR ☒ PSIQUIÁTRICO  
☐ Causas Externas ☐ Causas Externas ☐ METROPOLITANO ☐ TROTE/CANCELADAS  
☐ ÓBITO ☐ REMOÇÃO-senha:

IDENTIFICAÇÃO

Paciente: João Pedro da Silva Idade: 34 anos

Sexo: ☒ Masc. ☐ Fem. Profissão: Fone:

End.: RUA INFORMADO Bairro:

Solicitante: Fone:

End. Ocorr.: PE 62 Bairro: COMENDADO

Referência: PROXIMO A CHESF

CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTE/VIOLENCIA)

<p><b>Acid. Automóvel</b></p> <p><input type="checkbox"/> Motorista <input type="checkbox"/> Passageiro/Frente <input type="checkbox"/> Passageiro/Trás Uso do Cinto: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p>	<p><b>Acid. Motocicleta</b></p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Motociclista <input type="checkbox"/> Passageiro Uso do Capacete <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não</p>	<p><b>Atropelamento</b></p> <p><input type="checkbox"/> Via Pública <input type="checkbox"/> Calçada <input type="checkbox"/> Outros</p>	<p><b>Mecan. do Trauma</b></p> <p><input type="checkbox"/> Capotamento <input type="checkbox"/> Ejeção <input type="checkbox"/> Impacto Frontal <input type="checkbox"/> Impacto Lateral <input type="checkbox"/> Impacto Traseiro</p>	
<p><b>Acid. Trânsito</b></p> <p><input type="checkbox"/> Carro ou Moto <input type="checkbox"/> Ônibus <input type="checkbox"/> Caminhão</p>	<p><b>Acid. Ciclista</b></p> <p><input type="checkbox"/> Colisão <input type="checkbox"/> Queda <input type="checkbox"/> Outros</p>	<p><b>Intoxicação</b></p> <p><input type="checkbox"/> Air. Peçonhento <input type="checkbox"/> Exógena <input type="checkbox"/> Outros</p>	<p><b>Exposições</b></p> <p><input type="checkbox"/> Choque Elétrico <input type="checkbox"/> Fogo ( 18° / 12° / 13° ) <input type="checkbox"/> Fumaça <input type="checkbox"/> Subst. Química</p>	
<p><b>Asfixia</b></p> <p><input type="checkbox"/> Semi-Afogamento <input type="checkbox"/> Soterramento <input type="checkbox"/> Engasgo <input type="checkbox"/> Outros</p>	<p><b>Queda</b></p> <p><input type="checkbox"/> Própria Altura <input type="checkbox"/> Outra Altura Aproximadamente ____ metros</p>	<p><b>Agressões</b></p> <p><input type="checkbox"/> Arma de Fogo Tipo - <input type="checkbox"/> Arma Branca Tipo -</p>	<p><input type="checkbox"/> Agressão Física <input type="checkbox"/> Maus Tratos <input type="checkbox"/> Abuso Sexual</p>	

CAUSAS CLÍNICAS

História clínica atual: VITIMA COM TEE VM  
CONTE A CABECA MÃO ESQUERDA  
Hipótese Diagnóstica Conhecida:

AValiação CLÍNICA

<p><b>Temperatura</b></p> <p>Vinc. Aéreas</p> <p>F.R.: 22</p>	<p><b>Glicemia (HGT)</b></p> <p>Pulso</p> <p>106 bpm</p>	<p><input checked="" type="checkbox"/> Agitação Psicomotora <input checked="" type="checkbox"/> Desidratado <input type="checkbox"/> Lesões de face <input type="checkbox"/> Ictérico <input type="checkbox"/> Palidez <input type="checkbox"/> Cor da pele uniforme</p>	<p><input type="checkbox"/> Sudorese <input type="checkbox"/> Batimento Asa Nariz <input type="checkbox"/> Cianose <input type="checkbox"/> Deformidade tórax <input type="checkbox"/> Dispneia <input type="checkbox"/> Distonia (ela/choro)</p>	<p><input type="checkbox"/> Gemido/Estridor <input type="checkbox"/> Obst. das v. aéreas <input type="checkbox"/> Retração Xifóide <input type="checkbox"/> Sibilos Expiratórios <input type="checkbox"/> Tiragem Intercostal</p>
<p>35-38 30-30 20-30 17-20</p>	<p>RR: 170-160 43 anos: 50-140 Criança: 30-130 Adulto: 60-100</p>	<p>Perfusão Capilar: <input type="checkbox"/> Boa <input type="checkbox"/> Ruim</p>	<p>14/12</p>	

COMPROVADO DE ATO DECLARATORIO





**SAMU  
192**

**GOIANA**

**EXAME NEUROLÓGICO**

<b>Avaliação Primária</b>	<b>Sinais de Disf. Cerebral</b>	<b>Avaliação das Pupilas</b>	<b>NATUREZA DA LESÃO</b>
<input type="checkbox"/> Alerta <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"/> Isocóricas <input type="checkbox"/> Anisocóricas <input type="checkbox"/> Midríase <input type="checkbox"/> Miose	<input type="checkbox"/> Lesões Intra-abdominais <input type="checkbox"/> Lesões Intra-torácicas <input checked="" type="checkbox"/> Presença / Sangue <b>Fratura - Ossos Longos</b> <input type="checkbox"/> Aberta <input type="checkbox"/> Fechada

**ESCALA DE GLASGOW**

<b>Abertura Ocular</b>	<b>Resposta Verbal</b>	<b>Resposta Motora</b>	<b>Total de Pontos</b>
Abertura Ocular Espontânea	5 Orientado	6 Obedece Comando	15
Abertura Ocular à Voz	4 Confuso	5 Localiza Estímulo Doloroso	
Abertura Ocular à Dor	3 Resposta Inapropriada	4 Retirada do Estímulo Doloroso	
Sem Abertura Ocular	2 Sons Ininteligíveis	3 Flexão Anormal (Decorticação)	
	1 Sem Resposta Verbal	2 Extensão Anormal (Decerebração)	
		1 Sem Resposta Motora	

**CONDUTA CLÍNICA / EVOLUÇÃO**

<input type="checkbox"/> Aspiração de Sangue e Secreções <input type="checkbox"/> Intubação Orotraqueal <input type="checkbox"/> Imobilização da Coluna Cervical <input type="checkbox"/> Infusão de Fluidos <input type="checkbox"/> Reanimação Cardiorpulmonar <input type="checkbox"/> Imobilização de membros	<b>Ventilação Mecânica</b> Modalidade: _____ FIO <sub>2</sub> : _____ <b>Adaptação Ventilação</b> <input type="checkbox"/> Bem <input type="checkbox"/> Mal	Outras Condutas: <u>502 ml</u> <u>S.N.I.</u> Intercorrências: _____
O <sub>2</sub> : <input type="checkbox"/> Cateter <input type="checkbox"/> CPAP <input type="checkbox"/> Venturi _____ % <input type="checkbox"/> Masc.c/ Reservatório		

**USO DE ALCOOL E/OU OUTRAS DROGAS**

<input checked="" type="checkbox"/> Alcool <input type="checkbox"/> Anfetamina <input type="checkbox"/> Cocaína <input type="checkbox"/> Cola <input type="checkbox"/> Crack <input type="checkbox"/> Maconha	<b>Informante:</b> <input type="checkbox"/> A própria Vítima <input type="checkbox"/> Familiares <input checked="" 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"/> Sonolento	Refere ingestão de bebida alcoólica há: _____ Hs

**CONCLUSÃO DO ATENDIMENTO**

Hospital para onde foi encaminhado o Paciente:	<input type="checkbox"/> Maca Retida na Unidade Hospitalar <input type="checkbox"/> Orientação para a Ambulatório <input type="checkbox"/> Óbito Antes do Atendimento <input type="checkbox"/> Óbito durante Atendimento <input type="checkbox"/> Prancha Retida <input type="checkbox"/> Removido antes do Atendimento
Registro no hospital: <u>11.12.08</u>	
Médico que recebeu:	
Assinatura do Médico Responsável:	

**EQUIPE**

Médico Regulador: <u>DR. ALCION</u>	Médico Assistente: _____
Enfermeira: <u>DR. CASSIO</u>	Socorrista: <u>CARLOS</u>
Condutor/Piloto: <u>WALTER</u>	Op. de Frota/OEE: <u>RAFAELA</u>

Função do Responsável pelo preenchimento: _____	Ass.: _____
<b>SOLICITOU APOIO DA UTI</b> <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	

Obs: _____
------------

**EXONERAÇÃO DE RESPONSABILIDADE**

O _____ certifica que o paciente recusa atendimento mesmo contra orientação médica.	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 Lot. São Roque na cidade de  
Condado / PE CEP: 55940-000

## CONTATOS

(81) 3491.0360 / 3431.8823  
(81) 9219.0525 / 3075.6361  
(81) 9218.3735 / 8874.8263

Condado / PE, 18 / 10 / 12.

João Pedro da Silva  
Assinatura

21 DEZ 2012



443472



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  
Mãe: NAO INFORMADO; Pai: NAO INFORMADO Data de Nascimento: NAO INFORMADO; Nacionalidade: 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 / BIZ125 - 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 OCAIANDO 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 GOIANA E POSTERIORMENTE A RECIFE AO HOSPITAL DO HR. VALE SALIENTAR QUE A VITIMA SOFREU UM CORTE PROFUNDO NO COURO CABELUDO 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 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 Alencar, 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

João Pedro da Silva  
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

0	3	8	2	5	2	8	5	4	9	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

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 19.675-44. ☐ 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.

Condado PE, 18 de Outubro de 2012

LOCAL / DATA

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

21 DEZ. 2012

SIS08 SISTEMA DE INFORMAÇÕES BANCO DO BRASIL  
29/11/2012 - Autoatendimento - 09:49:23  
1792742/9 0421

COMPROVANTE DE ENTREGA DE ENVELOPE  
DEPÓSITO EM POUPANÇA - DINHEIRO

FAVORECIDO  
CLIENTE JIMAO PEDRO DA SILVA  
AGENCIA: 1792-2 CONTA: 19.075-4  
VARIACAO 51  
VALOR TOTAL 3.000,00  
NR. ENVELOPE 2.100.693.311

Valor sujeito a conferência.

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

GUARDE ESTE COMPROVANTE ATÉ A OPERAÇÃO  
SER PROCESSADA.

Leia no verso como conservar este documento,  
entre outras informações.

21.11.2012



## 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

[Assinatura]  
Beneficiário

[Assinatura]  
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](mailto:alexandre.almeida@salek.com.br)

RIO DE JANEIRO - RJ



• 1004032 •

<b>REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL</b> <b>MINISTÉRIO DAS CIDADES</b>		<b>DETRAN - PE</b> <b>CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO</b> <b>Nº 9308643880</b>	
<b>CONTRAN</b>		<b>DENATRAN</b>	
<b>PLACA ANTE. UF</b> <b>856.745.404-20</b>		<b>PLACA</b> <b>FJ45212</b>	
<b>ESPEC. DO VEÍCULO</b> <b>9C2JC42308R001438</b>		<b>COMBUSTÍVEL</b> <b>GASOLINA</b>	
<b>PLACA ANTE. UF</b> <b>856.745.404-20</b>		<b>COMBUSTÍVEL</b> <b>GASOLINA</b>	
<b>ESPEC. DO VEÍCULO</b> <b>9C2JC42308R001438</b>		<b>COMBUSTÍVEL</b> <b>GASOLINA</b>	
<b>PLACA ANTE. UF</b> <b>856.745.404-20</b>		<b>COMBUSTÍVEL</b> <b>GASOLINA</b>	
<b>ESPEC. DO VEÍCULO</b> <b>9C2JC42308R001438</b>		<b>COMBUSTÍVEL</b> <b>GASOLINA</b>	
<b>PLACA ANTE. UF</b> <b>856.745.404-20</b>		<b>COMBUSTÍVEL</b> <b>GASOLINA</b>	
<b>ESPEC. DO VEÍCULO</b> <b>9C2JC42308R001438</b>		<b>COMBUSTÍVEL</b> <b>GASOLINA</b>	
<b>PLACA ANTE. UF</b> <b>856.745.404-20</b>		<b>COMBUSTÍVEL</b> <b>GASOLINA</b>	
<b>ESPEC. DO VEÍCULO</b> <b>9C2JC42308R001438</b>		<b>COMBUSTÍVEL</b> <b>GASOLINA</b>	
<b>PLACA ANTE. UF</b> <b>856.745.404-20</b>		<b>COMBUSTÍVEL</b> <b>GASOLINA</b>	
<b>ESPEC. DO VEÍCULO</b> <b>9C2JC42308R001438</b>		<b>COMBUSTÍVEL</b> <b>GASOLINA</b>	
<b>PLACA ANTE. UF</b> <b>856.745.404-20</b>		<b>COMBUSTÍVEL</b> <b>GASOLINA</b>	
<b>ESPEC. DO VEÍCULO</b> <b>9C2JC42308R001438</b>		<b>COMBUSTÍVEL</b> <b>GASOLINA</b>	
<b>PLACA ANTE. UF</b> <b>856.745.404-20</b>		<b>COMBUSTÍVEL</b> <b>GASOLINA</b>	
<b>ESPEC. DO VEÍCULO</b> <b>9C2JC42308R001438</b>		<b>COMBUSTÍVEL</b> <b>GASOLINA</b>	
<b>PLACA ANTE. UF</b> <b>856.745.404-20</b>		<b>COMBUSTÍVEL</b> <b>GASOLINA</b>	
<b>ESPEC. DO VEÍCULO</b> <b>9C2JC42308R001438</b>		<b>COMBUSTÍVEL</b> <b>GASOLINA</b>	
<b>PLACA ANTE. UF</b> <b>856.745.404-20</b>		<b>COMBUSTÍVEL</b> <b>GASOLINA</b>	
<b>ESPEC. DO VEÍCULO</b> <b>9C2JC42308R001438</b>		<b>COMBUSTÍVEL</b> <b>GASOLINA</b>	
<b>PLACA ANTE. UF</b> <b>856.745.404-20</b>		<b>COMBUSTÍVEL</b> <b>GASOLINA</b>	
<b>ESPEC. DO VEÍCULO</b> <b>9C2JC42308R001438</b>		<b>COMBUSTÍVEL</b> <b>GASOLINA</b>	
<b>PLACA ANTE. UF</b> <b>856.745.404-20</b>		<b>COMBUSTÍVEL</b> <b>GASOLINA</b>	
<b>ESPEC. DO VEÍCULO</b> <b>9C2JC42308R001438</b>		<b>COMBUSTÍVEL</b> <b>GASOLINA</b>	
<b>PLACA ANTE. UF</b> <b>856.745.404-20</b>		<b>COMBUSTÍVEL</b> <b>GASOLINA</b>	
<b>ESPEC. DO VEÍCULO</b> <b>9C2JC42308R001438</b>		<b>COMBUSTÍVEL</b> <b>GASOLINA</b>	
<b>PLACA ANTE. UF</b> <b>856.745.404-20</b>		<b>COMBUSTÍVEL</b> <b>GASOLINA</b>	
<b>ESPEC. DO VEÍCULO</b> <b>9C2JC42308R001438</b>		<b>COMBUSTÍVEL</b> <b>GASOLINA</b>	
<b>PLACA ANTE. UF</b> <b>856.745.404-20</b>		<b>COMBUSTÍVEL</b> <b>GASOLINA</b>	
<b>ESPEC. DO VEÍCULO</b> <b>9C2JC42308R001438</b>		<b>COMBUSTÍVEL</b> <b>GASOLINA</b>	
<b>PLACA ANTE. UF</b> <b>856.745.404-20</b>		<b>COMBUSTÍVEL</b> <b>GASOLINA</b>	
<b>ESPEC. DO VEÍCULO</b> <b>9C2JC42308R001438</b>		<b>COMBUSTÍVEL</b> <b>GASOLINA</b>	
<b>PLACA ANTE. UF</b> <b>856.745.404-20</b>		<b>COMBUSTÍVEL</b> <b>GASOLINA</b>	
<b>ESPEC. DO VEÍCULO</b> <b>9C2JC42308R001438</b>		<b>COMBUSTÍVEL</b> <b>GASOLINA</b>	
<b>PLACA ANTE. UF</b> <b>856.745.404-20</b>		<b>COMBUSTÍVEL</b> <b>GASOLINA</b>	
<b>ESPEC. DO VEÍCULO</b> <b>9C2JC42308R001438</b>		<b>COMBUSTÍVEL</b> <b>GASOLINA</b>	
<b>PLACA ANTE. UF</b> <b>856.745.404-20</b>		<b>COMBUSTÍVEL</b> <b>GASOLINA</b>	
<b>ESPEC. DO VEÍCULO</b> <b>9C2JC42308R001438</b>		<b>COMBUSTÍVEL</b> <b>GASOLINA</b>	
<b>PLACA ANTE. UF</b> <b>856.745.404-20</b>		<b>COMBUSTÍVEL</b> <b>GASOLINA</b>	
<b>ESPEC. DO VEÍCULO</b> <b>9C2JC42308R001438</b>		<b>COMBUSTÍVEL</b> <b>GASOLINA</b>	
<b>PLACA ANTE. UF</b> <b>856.745.404-20</b>		<b>COMBUSTÍVEL</b> <b>GASOLINA</b>	
<b>ESPEC. DO VEÍCULO</b> <b>9C2JC42308R001438</b>		<b>COMBUSTÍVEL</b> <b>GASOLINA</b>	
<b>PLACA ANTE. UF</b> <b>856.745.404-20</b>		<b>COMBUSTÍVEL</b> <b>GASOLINA</b>	
<b>ESPEC. DO VEÍCULO</b> <b>9C2JC42308R001438</b>		<b>COMBUSTÍVEL</b> <b>GASOLINA</b>	
<b>PLACA ANTE. UF</b> <b>856.745.404-20</b>		<b>COMBUSTÍVEL</b> <b>GASOLINA</b>	
<b>ESPEC. DO VEÍCULO</b> <b>9C2JC42308R001438</b>		<b>COMBUSTÍVEL</b> <b>GASOLINA</b>	
<b>PLACA ANTE. UF</b> 			

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

PE Nº 9308643880 BILHETE DE SEGURO DPVAT

EXERCÍCIO 2012

PLACA FJM5212

CPF/CNPJ 856.745.404-20

EDILENE MARIA LOPES DE MENEZES

RUA SEVERINO RAMOS 68

CASA CENTRO

CONTADO-PE 55940-000

BILHETE DE SEGURO DPVAT

EXERCÍCIO 2012

DATA EMISSÃO 16/04/12

PE Nº 9308643880

VIA 1

CPF/CNPJ 856.745.404-20

PLACA RJM5212

RENAVAM 123636752

MARCA / MODELO HONDA / BIZ 125

ANO FAB 2008

VALOR 09

Nº CLASSE 9C2JC42309R001438

PRÊMIO TARIFÁRIO

FMS (R\$)

OF (R\$)

IPVA (R\$)

CUSTO DO SEGURO (R\$)

CUSTO DO BILHETE (R\$)

SEGURO PAGO

PAGAMENTO

PARCELADO

COTA ÚNICA

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A

CNPJ: 09.248.608/0001-04

21 DEZ. 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

## CONTATOS

(81) 3491.0360 / 3431.8823  
(81) 9219.0525 / 3075.6501  
(81) 9218.3735 / 8874.8263

Condado / PE, 18 / 10 / 12.

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  
Wanis

**Seguradora:** CENTAURO VIDA E  
PREVIDÊNCIA S/A

**Prestadora:** Visão Médica Ltda

**CRM do médico:** 88043-4

### PARECER

**Data da análise:** 08/01/2013

#### Valoração 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: JOAO PIANO DA SILVA

Idade: 34 Sexo: M Cor: BRANCO Estado Civil: CASADO

Profissão:

Endereço: RUA SANTO ANTONIO, 1000

Atendida às: 10 horas do dia 20 de Dezembro de 2012

Queixa Principal: Dor abdominal localizada no lado esquerdo da região superior

Histórico do doente atual: Dor abdominal há 15 dias, progressiva, associada a náuseas e vômitos.

Sintomas e Sinais: A.P. sem febre, sem icterícia.

Hipótese Diagnóstica: Infecção bacteriana

Prescrição:

Encaminhamento a (o): Para observação às 20 do dia 20 de 2012

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 MÉDICA HOSPITALAR

\*1004031\*



Josemar Nunes Ferreira Junior  
CRM nº 20555 - CREMEPE 16.095  
MÉDICO

### 3- AVALIAÇÃO MÉDICA

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

Doença de intestino  
irregular, com dor abdominal  
localizada no lado esquerdo da região superior

3.2-Exame Físico:

Peso: Kg 70,00  
Altura: 1,70 m

3.3-Hipótese Diagnóstica / Conduta

Politraumático  
Dx: coluna cervical  
Dx: esq. AP/PP  
Dx: esq. AP/PP

4-Código de Atendimento:

CID 10:

21 DEZ. 2012



Prêmio

SUS:

1408079 JOAO PEDRO DA SILVA

Ocorrência: Act. Moto (Queda, Colisão)

Nascimento: 12/08/1977 Idade: 35

Sexo: Masculino

Mãe: LUZINETE MARIA DA CONCEICAO SILVA

Documento: Sem Documento

Profissão:

Acompanhante:

RUA MANOEL MARINHO DE ABEU N.º 1

CONDADO

CONDADO

Reg: CARMINHA 08/10/2012 19:58:00

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

FE 55940-000

17

Sequencial de Contingência

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 ( ) Cefaleia ( ) Distúrbios Visuais ( ) Parestesia e/ou Paralisia de parte do corpo  
 ( ) Dor. Local  
 ( ) Queixa Urinária  
 ( ) Sangramento. Local  
 ( ) Outras Queixas:

## 2.2-Antecedentes Mórbitos / Medicamentos:

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

## 2.3-Sinais Vitais:

P.A. \_\_\_\_\_ X \_\_\_\_\_ mmHg T<sup>m</sup> \_\_\_\_\_ °C P<sup>m</sup> \_\_\_\_\_ bpm F.R.<sup>m</sup> \_\_\_\_\_ rpm

## 2.4-Exames Diagnósticos auxiliares:

- ( ) Glicemia Capilar \_\_\_\_\_ mg/dl

## Encaminhamento:

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

## Classificação:

Ass. Enfermagem

## 3-AVALIAÇÃO MÉDICA

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

*Acidente de motocicleta  
 atingido por bebida alcoólica  
 Glasgow 15  
 Exat 5 cm coluna an*

## 3.2-Exame Físico:

Peso: \_\_\_\_\_ Kg

MC 27

MT 51 cm

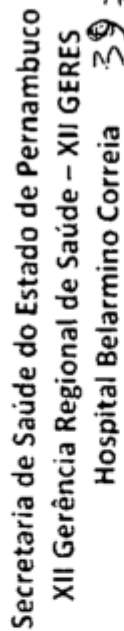
## 3.3-Hipótese Diagnóstica / Conduta

*Politraumatismo  
 Dxt coluna cervical  
 Dxts eq ALIP  
 Dxts eq ALIP*

## 4-Código de Atendimento:

CID 10:

21 JUL 2012



## Guia de Esclarecimento

Unidade de Saúde: **HOSPITAL REGIONAL BELARMINO CORREIA DE GOIANA**

REGIÃO: XII GERES -

Name: JOAO PEDRO PA SILVA

Idade: 34 Sexo: M Cor: branco Estado Civil: casado  
Endereço: rua 15

Profissão:

Atendida às: \_\_\_\_\_ horas do dia, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

Queixa Principal: Tontura no ouvido direito de início há 06 meses.

Histórico do doente atual: 1° 0

Sintomas e Sinais: \_\_\_\_\_

Hipótese Diagnóstica:

**Prescrição:**

Encaminhamento a (o): Pro Secretário às 20 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

Josemar Nunes Ferreira Junior  
MÉDICO  
CRM-PR 2064 CREMEPE 15.095

21 DEZ. 2012

Atendimento: 57251

Prontuário: 15/8382

**R**  
ESTAB. 10

Paciente: JOAO PEDRO DA SILVA

Nome Mãe: LUZINETE MARIA DA CONCEICAO SILVA

End: MANOEL MARINHO DE ABREU

Nº 51

Bairro:

Cidade: CONDADO

PE

Nascimento: 8/12/1977

Localização: NEUROCIRURGIA ADULTO SUL - SA

Leito: 502-5

Serviço: NEUROCIRURGIA

Data e Hora Atendimento: 09 Dez-12 15:38

Diagnóstico Provável:

① 705: Prontuário

afundamento

CID 509

Tratamento Realizado:

cirúrgico

01/10/12

Retorno pronto 20/10/12

Observação:

At Ambulatório

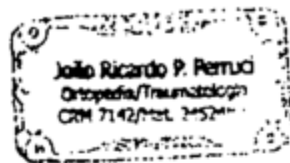
de Neurocirurgia

Cópia de:

15/10/12  
Médico CRM nº

**ATENÇÃO:** Este documento destina-se a comprovação de atendimento hospitalar ou ambulatorial para INSS, Empresas, Escolas, Ministério do Trabalho, Continuidade do tratamento ambulatorial, segundo a recomendação Nº 04/2002 do Ministério Público do Estado de Pernambuco.

21 DEZ. 2012



Paciente: João Pedro da Silva

Paciente em 08/10/2012 foi vítima  
de acidente de trânsito no  
qual TEVE TCE GRAVE COM  
AFUNDAMENTO DE CÚMULO FRONTAL.  
Paciente esovendo foi submetido  
a instrumento cirúrgico de urgência  
para descompressão + trancese  
encefalica. TEVE ALTA HEMIPLEGIA  
EM 20/10/2012 para monitora-  
mento da NEUROMUNIFIC. NO  
momento apresenta dor e altera-  
ção VISUAL do olho esquerdo.  
olho esquerdo com retração DE  
Pálpebras INFERIOR ESQ.

21 DEZ 2012

João Ricardo P. Perruci  
Ortopedia/Traumatologia  
CRM 7142/MAT 245248-0

## 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 medico legal, pode-se afirmar que o quadro clínico cursa com:

- a) ☐ Disfunções apenas temporárias  
b) ☒ Dano anatômico e/ou funcional definitivo(seqüelas)

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 susceptível(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 íntegra 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

1ª Lesão

**SNC**

Marque o percentual

☐ 10% ☒ 25% ☐ 50% ☐ 75%

2ª Lesão

Marque o percentual

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75%

3ª Lesão

Marque o percentual

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75%

4ª 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. Dorez M. B. C. Mendes*  
Médica Perita  
CRM-RJ 52 25889-0  
Cadastro Nacional

*Dorez Mendes*

Assinatura do médico revisor - CRM

**Informações Complementares**



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

5513925

DATA DE EXPEDICAO 30.10.1995

JOÃO PEDRO DA SILVA

Antonio Pedro da Silva

Luzinete Maria da Conceição Silva

Condado-PE.

12.08.1977

C.N. 5009-D-4-A-E.98- Cart.

do Condado-PE.

ASSIN. Bela Elene Caldas Lins

LEI N° 7.116 DE 23.06.83

CONTATOS

(81) 3491.0360 / 3431.8323

(81) 9219.0525 / 2075.6534

(81) 9218.3735 / 8874.8263

21 DEZ. 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

Digito 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](http://www.receita.fazenda.gov.br).

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

21 DEZ 2012



DUT

\*1004032\*



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL		MINISTERIO DOS CIDADOS	
DETTRAN - PE		Nº 9308643880	
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEICULO			
VIA	COO RENAVAM	RATIFIC.	EXERCICIO
1	123636752	2012	2012
EDILENE MARIA LOPES DE MENEZES			
CONDOMIO - PE			
PLACA ANT./UF	CHASSI	PLACA	
856.745.404-20	9C2JC42309R001438	FJM5212	
ESPEC. CATEG.	COMBUSTIVEL		
2P/124CL	GASOLINA		
HONDA/BIZ-125-MAIS	2008	2005	
2P/124CL	CATEGORIA	COR PREDOMINANTE	
1	1	VERMELHA	
P	IPVA 2012 QUITADO	2	
V	FAVIA IPVA	3	
A	1		
PRÊMIO TARIFARIO (R\$)			
PRÊMIO TOTAL (R\$)			
DATA DE PAGAMENTO			
SEGUNDO PAGO (R\$)			
OBSERVAÇÕES			
SEM RESERVANTO DE PORTE OBRIGATORIO			
NAO VALIDO PARA TRANSFERENCIA			
CONDOMIO - PE			
LOCAL	DATA		
16/04/12			
Márcia de Fátima, Diretora R. Costa			
Diretor Presidente DETRAN/PE			

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL		MINISTERIO DOS CIDADOS	
PE Nº 9308643880		BILHETE DE SEGURO DPVAT	
DESTAQUE E CUPONDE O BILHETE DPVAT			
ELE NÃO É DE PORTE OBRIGATORIO			
CPF / CNPJ	EXERCICIO	PLACA	
856.745.404-20	2012	FJM5212	
EDILENE MARIA LOPES DE MENEZES			
RUA SEVERINO RAMOS 68			
CASA CENTRO			
CONDOMIO - PE			
BILHETE DE SEGURO DPVAT			
PE Nº 9308643880	EXERCICIO	DATA EMISSAO	
856.745.404-20	2012	16/04/12	
RENAVAM	CHASSI	PLACA	
123636752	9C2JC42309R001438	FJM5212	
HONDA/BIZ-125/MAIS	2008		
ANO FAB	09		
PRÊMIO TARIFARIO			
CUSTO DO BILHETE (R\$)			
CUSTO DO SEGURO (R\$)			
SEGUNDO PAGO (R\$)			
COTA UNICA			
DATA DE QUITACAO			
Seguradora Líder dos Consórcios			
do Seguro DPVAT S/A			
CNPJ: 09.248.608/0001-04			

2012 730 12



## 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

[Assinatura]  
Beneficiário

[Assinatura]  
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](mailto: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

0	3	8	2	5	2	8	5	4	9	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

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 19.675-44. ☐ 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.

Condado PE, 18 de Outubro de 2012

LOCAL / DATA

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

21 DEZ. 2012

SIS08 SISTEMA DE INFORMAÇÕES BANCO DO BRASIL  
29/11/2012 - Autoatendimento - 09:49:23  
1792742/9 0421

COMPROVANTE DE ENTREGA DE ENVELOPE  
DEPÓSITO EM POUPANÇA - DINHEIRO

FAVORECIDO  
CLIENTE JIMAO PEDRO DA SILVA  
AGENCIA: 1792-2 CONTA: 19.075-4  
VARIACAO 51  
VALOR TOTAL 3.000,00  
NR. ENVELOPE 2.100.693.311

Valor sujeito a conferência.

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

GUARDE ESTE COMPROVANTE ATÉ A OPERAÇÃO  
SER PROCESSADA.

Leia no verso como conservar este documento,  
entre outras informações.

21 SET 2012



443472



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  
Mãe: NAO INFORMADO; Pai: NAO INFORMADO; Data de Nascimento: NAO INFORMADO; Nacionalidade: 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 / BIZ125 - 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 OCAIANDO 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 GOIANA E POSTERIORMENTE A RECIFE AO HOSPITAL DO HR. VALE SALIENTAR QUE A VITIMA SOFREU UM CORTE PROFUNDO NO COURO CABELUDO EM CONSEQUENCIA DO ACIDENTE. NADA DIGO

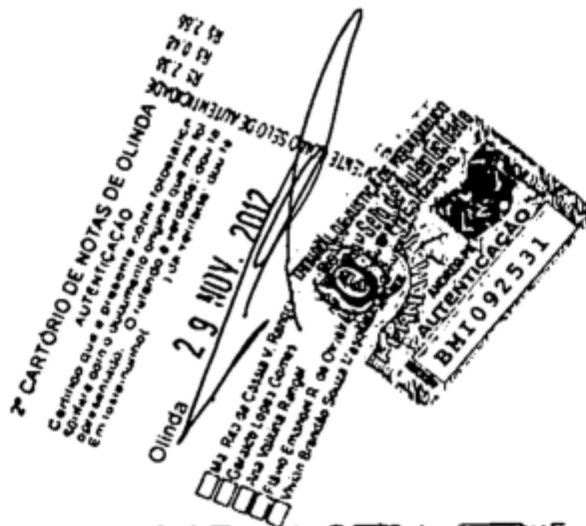
Assinatura da(s) pessoa(s) presente nesta unidade policial



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 Alencar, 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

João Pedro da Silva  
Assinatura do declarante

21 DEZ. 2012





SAMU  
192

GOIÂNIA

Hora 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: 19:30 H

FICHA DE ATENDIMENTO

Data da solicitação: 08/04/12 Distrito: Número da ocorrência: 775852  
Motivo/solicitação: QUEDA MOTO ☒ UTI ☐ Básica ☐ Helicóptero

<input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> PSIQUIÁTRICO
<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: João Pedro da Silva Idade: 34 anos  
Sexo: ☒ Masc. ☐ Fem. Profissão: Fone:  
End.: RUA INFORMADO Bairro:  
Solicitante: Fone:  
End. Ocorr.: PE 62 Bairro: COMENDADO  
Referência: PROXIMO A CHESF

CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTE/VIOLENCIA)

<b>Acid. Automóvel</b> <input type="checkbox"/> Motorista <input type="checkbox"/> Passageiro/Frente <input type="checkbox"/> Passageiro/Trás Uso do Cintur. <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<b>Acid. Motocicleta</b> <input checked="" type="checkbox"/> Motociclista <input type="checkbox"/> Passageiro Uso do Capacete <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	<b>Atropelamento</b> <input type="checkbox"/> Via Pública <input type="checkbox"/> Calçada <input type="checkbox"/> Outros	<b>Mecan. do Trauma</b> <input type="checkbox"/> Capotamento <input type="checkbox"/> Ejeção <input type="checkbox"/> Impacto Frontal <input type="checkbox"/> Impacto Lateral <input type="checkbox"/> Impacto Traseiro	
<b>Acid. Trânsito</b> <input type="checkbox"/> Carro ou Moto <input type="checkbox"/> Ônibus <input type="checkbox"/> Caminhão	<b>Acid. Ciclista</b> <input type="checkbox"/> Colisão <input type="checkbox"/> Queda <input type="checkbox"/> Outros	<b>Intoxicação</b> <input type="checkbox"/> Air. Peçonhento <input type="checkbox"/> Exógena <input type="checkbox"/> Outros	<b>Exposições</b> <input type="checkbox"/> Choque Elétrico <input type="checkbox"/> Fogo ( 18° / 12° / 13° ) <input type="checkbox"/> Fumaça <input type="checkbox"/> Subst. Química	
<b>Asfixia</b> <input type="checkbox"/> Semi-Afogamento <input type="checkbox"/> Soterramento <input type="checkbox"/> Engasgo <input type="checkbox"/> Outros	<b>Queda</b> <input type="checkbox"/> Própria Altura <input type="checkbox"/> Outra Altura Aproximadamente ____ metros	<b>Agressões</b> <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 <input type="checkbox"/>	
<b>Placa:</b>		<b>Agente Causador</b>		

CAUSAS CLÍNICAS

História clínica atual: VITIMA COM TCE VM  
CONTE A CABECA MÃO ESQUERDA  
Hipótese Diagnóstica Conhecida:

AValiação CLÍNICA

<b>Temperatura</b>	<b>Glicemia (HGT)</b>	<input checked="" type="checkbox"/> Agitação Psicomotora	<input type="checkbox"/> Sudorese	<input type="checkbox"/> Gemido/Estridor
<b>Vias Aéreas</b>	<b>Pulso</b>	<input checked="" type="checkbox"/> Desidratado	<input type="checkbox"/> Batimento Asa Nariz	<input type="checkbox"/> Obst. das v. aéreas
F.R.: 22	106 bpm	<input type="checkbox"/> Lesões de face	<input type="checkbox"/> Cianose	<input type="checkbox"/> Retração Xifóide
		<input type="checkbox"/> Ictérico	<input type="checkbox"/> Deformidade tórax	<input type="checkbox"/> Sibilos Expiratórios
		<input type="checkbox"/> Palidez	<input type="checkbox"/> Dispneia	<input type="checkbox"/> Tiragem Intercostal
		<input type="checkbox"/> Cor da pele uniforme	<input type="checkbox"/> Distonia (ela/choro)	<input type="checkbox"/> Circulação Ps.
		<b>Perfusão Capilar</b>	<input type="checkbox"/> Boa	<input type="checkbox"/> Ruim

COMPROVADO DE ATO DECLARATORIO







SAMU  
192

GOIANA

### EXAME NEUROLÓGICO

Avaliação Primária	Sinais de Dist. Cerebral	Avaliação das Pupilas	NATUREZA DA LESÃO
<input type="checkbox"/> Alerta <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"/> Isocóricas <input type="checkbox"/> Anisocóricas <input type="checkbox"/> Midríase <input type="checkbox"/> Miose	<input type="checkbox"/> Lesões Intra-abdominais <input type="checkbox"/> Lesões Intra-torácicas <input checked="" type="checkbox"/> Presença / Sangue <b>Fratura - Ossos Longos</b> <input type="checkbox"/> Aberta <input type="checkbox"/> Fechada

### ESCALA DE GLASGOW

Abertura Ocular	Resposta Verbal	Resposta Motora	Total de Pontos
Abertura Ocular Espontânea	1 Orientado	6 Obedece Comando	15
Abertura Ocular à Voz	2 Confuso	5 Localiza Estímulo Doloroso	
Abertura Ocular à Dor	3 Resposta Inapropriada	4 Retirada do Estímulo Doloroso	
Sem Abertura Ocular	4 Sons Ininteligíveis	3 Flexão Anormal (Decorticação)	
	5 Sem Resposta Verbal	2 Extensão Anormal (Decerebração)	
		1 Sem Resposta Motora	

### CONDUTA CLÍNICA / EVOLUÇÃO

<input type="checkbox"/> Aspiração de Sangue e Secreções <input type="checkbox"/> Entubação Orotraqueal <input type="checkbox"/> Imobilização da Coluna Cervical <input type="checkbox"/> Infusão de Fluidos <input type="checkbox"/> Reanimação Cardiorpulmonar <input type="checkbox"/> Imobilização de membros	<b>Ventilação Mecânica</b> Modalidade: _____ FIO <sub>2</sub> : _____ <b>Adaptação Ventilação</b> <input type="checkbox"/> Bem <input type="checkbox"/> Mal	Outras Condutas: <u>502 ml</u> <u>S.N.I.</u> Intercorrências: _____
O <sub>2</sub> : <input type="checkbox"/> Cateter <input type="checkbox"/> CPAP <input type="checkbox"/> Venturi % <input type="checkbox"/> Masc.c/ Reservatório		

### USO DE ALCOOL E/OU OUTRAS DROGAS

<input checked="" type="checkbox"/> Alcool <input type="checkbox"/> Anfetamina <input type="checkbox"/> Cocaína <input type="checkbox"/> Cola <input type="checkbox"/> Crack <input type="checkbox"/> Maconha	Informante: <input type="checkbox"/> A própria Vítima <input type="checkbox"/> Familiares <input checked="" 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"/> Sonolento	Refere ingestão de bebida alcoólica há: _____ Hs

### CONCLUSÃO DO ATENDIMENTO

Hospital para onde foi encaminhado o Paciente:	<input type="checkbox"/> Maca Retida na Unidade Hospitalar <input type="checkbox"/> Orientação para o Ambulatório <input type="checkbox"/> Óbito Antes do Atendimento <input type="checkbox"/> Óbito durante Atendimento <input type="checkbox"/> Prancha Retida <input type="checkbox"/> Removido antes do Atendimento
Registro no hospital: <u>11.12.08</u>	
Médico que recebeu: _____	
Assinatura do Médico Responsável: _____	

### EQUIPE

Médico Regulador: <u>DR. ALCION</u>	Médico Assistente: _____
Enfermeira: <u>DR. CASSIO</u>	Socorrista: <u>CARLOS</u>
Conductor/Piloto: <u>WALTER</u>	Op. de Frota/OEE: <u>RAFAELA</u>

Função do Responsável pelo preenchimento: \_\_\_\_\_ Ass.: \_\_\_\_\_

SOLICITOU APOIO DA UTI ☐ SIM ☐ NÃO

Obs: \_\_\_\_\_

### EXONERAÇÃO DE RESPONSABILIDADE

O _____ certifica que o paciente recusa atendimento mesmo contra orientação médica.	Testemunhas: _____
---	--------------------