

**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Nome do(a) Examinado(a): Jose Amaro da Silva Filho
Endereço do(a) Examinado(a): R Dr Jose Maria, 390
S Pedro Bezerros PE CEP: 55660-000
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / SP] 28055056
Data local do exame: [02/02/2016] Caruaru [PE]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)

Contusão de joelho direito e lesão corto contusa de mão esquerda.

Edema residual em joelho direito, com limitação de grau moderado na mobilidade articular, com deficit de força local.

Deficit de força residual da mão esquerda devido a retração cicatricial em 3 QDE, sem prejuízo na preensão.

a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação?

(X) Sim **Não**

Caso a resposta seja “Não”, favor NÃO preencher os demais campos abaixo, exceto o das observações (item V(*)), se necessário

b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico?

(X) Sim **Não**

Caso a resposta seja “Não”, prosseguir SOMENTE se houver alguma correlação entre a queixa e o histórico do acidente, justificando-a nas observações (item V(*))

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações.

Tratado conservadoramente da lesão do joelho e com sutura da lesão da mão, evoluindo sem complicações. Fez fisioterapia.

Data da alta: Alta há cerca de 20 dias.

Tratamento com imobilização e analgesia para o joelho e sutura para a mão.

Complicações: Sem complicações.

III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)?

(X) Sim **Não**

Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

Limitação funcional de grau moderado do joelho direito e residual da mão esquerda.

Caso a resposta seja “Não”, concluir dentre as opções no item IV “a”. Caso a resposta seja “Sim”, valorar o dano permanente no item IV opções “b” ou “c”

IV. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

“Vítima em tratamento”

“Sem sequela permanente”

Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

“Exame não permite conclusão”

Vide motivo do impedimento no campo das observações

b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

Joelho - Lado Direito

% do dano: 10% residual 25% leve

Região Corporal (Sequela):

Mão - Lado Esquerdo

% do dano: **(X) 10% residual** 25% leve

50% médio 75% intensa 100% completo

50% médio 75% intensa 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: 10% residual 25% leve

50% médio 75% intensa 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: 10% residual 25% leve

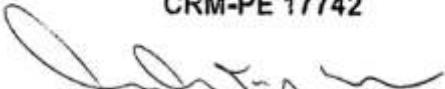
50% médio 75% intensa 100% completo

c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações (*).

Total = “100% da IS”

V. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

SAUDESEG
Dr. Leonardo Neves
CRM-PE 17742



Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com Nome e CRM

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 05/02/2016

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.632,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE AMARO DA SILVA FILHO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 02192

CONTA: 00000076812-2

Nr. da Autenticação 8C9C8F2C7154B2B0



Rio de Janeiro, 14 de Janeiro de 2016

Carta nº: 8437904

A/C: JOSE AMARO DA SILVA FILHO

Sinistro: 3160036876
Vitima: JOSE AMARO DA SILVA FILHO
Data Acidente: 27/11/2015
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site www.dpvatsegurodotransito.com.br, ou ligue para o SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site www.dpvatsegurodotransito.com.br, não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do inicio ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A de origem onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,



Rio de Janeiro, 26 de Janeiro de 2016

Carta nº: 8497320

A/C: JOSE AMARO DA SILVA FILHO

Sinistro: 3160036876
Vítima: JOSE AMARO DA SILVA FILHO
Data Acidente: 27/11/2015
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

Em relação sinistro acima referenciado, comunicamos que após análise da documentação apresentada, foi detectada a necessidade de informações complementares, razão pela qual está sendo interrompido o prazo regulamentar para o pagamento da indenização.

Pedimos aguardar novo pronunciamento o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as averiguações cabíveis.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.dpvatsegurodotransito.com.br.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do inicio ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





SUS
Sistema
Único
de Saúde

PREFEITURA MUNICIPAL DE BEZERROS-PE

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE BEZERROS-PE

SAMU REGIONAL AGRESTE - REGISTRO DE ATENDIMENTO



SAMU
192

IDENTIFICAÇÃO

Médico Regulador <i>Dra. Alexandre</i>	TARM	Operador de Frota <i>Franckisco</i>					
Data <i>27/11/2015</i>	Hora <i>01:26</i>	ID <i>D-332</i>	Nº Ocorrência <i>651</i>	<input type="checkbox"/> USB <input checked="" type="checkbox"/> USA	Base da Unidade		
Endereço <i>Vila Local da BR 232</i>	Bairro <i>S Sebastião</i>	Município <i>Bezerros</i>					
Ponto de Referência <i>Posto a Lombada eletrônica</i>	Nome da Vítima <i>José Moisés da Silva Filho</i>		Idade <i>46</i>	Sexo <i>M</i>			
Solicitante/Fone <i>Populares</i>			Cartão de Saúde do SUS				
Queixa <i>Colisão misto c/ carro</i>			<input type="checkbox"/> Transferência:				
<input type="checkbox"/> Apoio da QPM		<input type="checkbox"/> Médico Prestando Suporte a USB		<input type="checkbox"/> Liberação da USB da Unidade de Referência pelo Médico Regulador			
<input type="checkbox"/> Socorrido por Terceiros Declaro para devidos fins que quando a equipe do SAMU 192 chegou ao local, foi constatado que a/as vítima/as foi/foram socorrida/s por terceiros, nesta oportunidade assino: CPF ou RG: _____ Assinatura: _____ CPF ou RG: _____ Assinatura: _____							
Comunicação <i>10:25</i>	Saída da Base <i>10:26</i>	Chegada ao Local <i>10:30</i>	Saída do Local <i>10:54</i>	Chegada ao Destino <i>11:05</i>	Saída do Destino <i>11:13</i>	Chegada a Base <i>11:45</i>	

Tipo de Agravos:

- Acidente de Trânsito: *Colisão*
- Pedestre Condutor do Veículo Condutor do Veículo
 Clínico FAF FAB
 Queimadura Térmica Química Elétrica

- Pediátrico Psiquiátrico PCR
 Quase Afogamento Queda _____ Metros Agressão
 Queda da Própria Altura Lesões Térmicas Eletrocussão
 Palidez Genico-Obstétrico Desabamento / Soterramento
 Sangramento Náuseas Outros:

Antecedentes:

- AIDS Convulsões
 Alcoolismo Diabetes Drogadição
 Alergia Doença Cardíaca Hipertensão Arterial
 AVC Doença Infecto Contagiosa Internamentos Anteriores
 Cirurgias Realizadas Doença Mental Medicamentos:
 Doença Renal Doença Respiratória Problemas Respiratórios
 Outros:

- Doença Renal Doença Respiratória Problemas Respiratórios
 Doença Mental Doença Cardíaca Doença Infecto Contagiosa
 Doença Cardíaca Doença Renal Doença Mental

- Doença Renal Doença Respiratória Problemas Respiratórios
 Doença Mental Doença Cardíaca Doença Infecto Contagiosa
 Doença Cardíaca Doença Renal Doença Mental

Exame Clínico: Principais Sintomas/Queixas:

- Agitação / Agressividade Convulsão
 Alergia Disúria Cefaléia: Moderada Intensa
 Ausência de Pulso Diarreia Palidez
 Cianose Dispneia Sangramento
 Inconsciente / Desmaio Febre Vômito
 Dor Precordial Sudorese Hálito Etilico
 Dor Local: *MTD + MSK* Náuseas
 Outros:

- Convulsão Disúria Cefaléia: Moderada Intensa
 Disúria Diarreia Palidez
 Diarreia Dispneia Sangramento
 Dispneia Febre Vômito
 Febre Sudorese Hálito Etilico
 Sudorese Dor Local: *MTD + MSK* Náuseas
 Outros:

Início dos Sintomas: Menos de 1 hora 1 a 3 horas Mais de 4 horas Mais de 24 horas Não Sebe

Dados Vitais:

Horas	PA	Pulso	FR	Temp. Axilar	Glicemia	Saturação O ₂ %	Glasgow
Inicio: <i>10:30</i>	<i>140x90</i>	<i>99</i>	<i>22</i>	<i>37°C</i>	—	<i>95</i>	<i>15</i>
Fim: _____							

Respiração:

Vias Aéreas: Livre Obstrução Parcial Obstrução Total Corpo Estranho Bronco Aspirado Edema de Glote
 Respiração / Ventilação: Espontânea Parada Respiratória Assistida Ritmo Irregular
 Ausculta: Normal Roncos / Sibilos Estridores Diminuição MV Ausência MV
 Expansibilidade: Normal Superficial Regular Irregular

COMPRA EM SEGUROS
E PREVIDÊNCIAS/A

Circulação:

Pulso: Regular Irregular Fino Cheio Ausente
 Pele: Normal Cianose Fria Quente Umida Seca Palidez Outros:
 Edema: Ausente Palpebral Membros Inferiores Anasarca
 Perfusion: Normal Retardada Ausente
 Ausculta: Normal Aritmia Sopro Outros:
 ECG: Normal Alterado Não Realizado

RECEB 14 JAN 2016



DOCUMENTO 3 - T3%

Principais Lesões	Crânio	Face	Pescoco	Dorsو	Tórax	Abdômen	Pélvis	MS	M!
	E	I	D	E	D				
Amputação									
Contusão		X					X		
Escoriação								X	
Esmagamento									X
Perfurante									
Contuso		X					X		
Fratura Fechada								X	
Fratura Aberta									X
Lacerção									
Luxação									
Queimadura %									

Observações: Vítima encontrada sentado em sua cama, consciente, orientado, sangrando muito por v. O. boca. OK!

Exame Neurológico:

- Pouco Comunitivo
- Agitação
- Sonolência
- Coma
- Confusão
- Inconsciência
- Parestesia
- Afasia
- Rinoliquorrágia
- Outros:

Sinais	E	I	D
Sinal de Battle			
Sinal de Guaxinim			
Otorragia			
Otoliquorrágia			
Pupilas			
Midriase			
Miosis			
<input type="checkbox"/> Reagente	<input type="checkbox"/> Não Reagente		

Escala de Coma de Glasgow

Abertura Ocular	Resposta Motora	Resposta Verbal
Exspontânea	4	Orientado
Ao Comando Verbal	3	Confuso
A Dor	2	Inapropriada
Ausência	1	Incompreensível
TOTAL:	15	Ausência

Seguimento:

Pescoco: Normal Desvio de Traquéia Outro: _____
 Abdômen: Normal Distorção Ascite Doloroso/Defesa Hepatomegalia Espplenomegalia Outros: _____
 Urogenital: Anúria Disúria Hematuria Giardiano Direito e/ou Esquerdo Outros: _____

Gineco-Obstétrico

Hemorragia Vaginal Perda do Tampão Mucoso Ameaça de Abortamento Abortamento
 Trabalho de Parto: 1 cm/d 1 à 3 cm/d 3 à 5 cm/d Mais de 5 cm/d
 Nascimento: Parto Único Gêmeos Líquido Meconial APGAR: _____

Observações:

Procedimentos:

- Intubação Orotraqueal
- Intubação Nasotraqueal
- Cânula Orofaríngea
- Respirador
- Ventilação Mecânica Ambu
- Inalação O₂ Cateter de O₂ Máscara Venturi _____ %
- Massagem Cardíaca Externa
- Desfibrilação / Cardioversão DEA
- Controle de Hemorragia
- Desobstrução de Vias Aéreas

- Contenção Física
- Curativo
- Punção Venosa Periférica
- Punção Venosa Central
- Sonda Gástrica Sonda Vesical
- Imobilização de Membros
- Colar Cervical
- Monitoração Cardíaca Oximetria Aferição SSVV
- Aspiração
- Estímulo Doloroso Com Resposta Sem Resposta
- Outros:

IG	DPP
Semanas	
Dias	1 1

Reposição Volêmica	Volume	Medicações	Dose	Via	Horário
Ringer com Lactato	500 ML		01amp	EV	10:40
Soro Fisiológico 0,9%					
Soro Glicosado 5%					
Outros					

Destino:

Unidade Hospitalar: _____

Município: _____

COMPRESSEURS
EPREVIDENCIASIA
14 JUN 2005

Dr. Bruno Rummel
CRM-PE 23713
Assinatura e Carimbo do Médico
(Unidade de Destino)
Hora: _____

Assinatura do Receptor

Porteadores do Paciente	Nome do Receptor e CPF	Assinatura do Receptor

Equipe

Médico Regulador	Médico da Viatura	Enfermeiro ou Técnico de Enfermagem	Condutor
J. M. X. P. A. V.			José Pedro

Termo de Recusa:

Declaro para os devidos fins que estou recusando o atendimento disponibilizado pelo SAMU REGIONAL DO AGreste, nesta oportunidade:
 RG ou CPF: _____ Assinatura: _____

Testemunha RG ou CPF: _____ Assinatura: _____

COREN-PE 386299

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, José Amaro da Silva Filho, portador da carteira de
Identidade nº 0331 6110331 e inscrito no CPF/MF sob o nº 642.727.834-49,
residente e domiciliado na Rua Dr. José Maria, 390, Centro,
Cidade Belo Horizonte, Estado MG, 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.

DOCUMENTO 2 *T2%



José Amaro da Silva Filho

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

Fortaleza - Ceará, 12 de Janeiro de 2016

Local e data

COMPREV SEGUROS
E PREVIDÊNCIAS/A

RECEB 14 JAN 2016

Name:

3160036876

DOCUMENTO 1 "T1%"



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DINTER1 - 14ª DELEGACIA SECCIONAL DE POLÍCIA CIVIL - CARUARU

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 15E0045009870

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **10/12/2015 às 15:38**

ACIDENTE DE TRANSITO COM VITIMA NAO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia **27/11/2015** no período da **Manhã**

Fato ocorrido no endereço: **RODOVIA BR 232(LOT SANTA FELICIDADE), 01, VIA LOCAL DA BR 232.** - Bairro: **COHAB - BEZERROS/PERNAMBUCO/BRASIL** - Ponto de Referência: **LIU PNEUS**.
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

COMPREV SEGUROS
E PREVIDÊNCIA S/A

RECEB 14 JAN 2016

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR / AGENTE)
JOSE AMARO DA SILVA FILHO (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a) JOSE AMARO DA SILVA FILHO

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a) DESCONHECIDO

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

JOSE AMARO DA SILVA FILHO (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mão: **SEVERINA BEZERRA TORRES** Pai: **JOSE AMARO DA SILVA** Data de Nascimento: **21/1/1969** Naturalidade: **BEZERROS / PERNAMBUCO / BRASIL**



DESCONHECIDO (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

MOTOCICLETA (VEICULO), que estava em posse do(a) Sr(a): **JOSE AMARO DA SILVA FILHO**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/BIZ125** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRETA** - Quantidade: **1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PGK1494** (PERNAMBUCO/BEZERROS) Renavam: **524707839** Chassi: **9C2JC4820DR044236**
Combustível: **ALCO/GASOL**
Descrição: **PROPRIETARIO: MARIA ANDREIA DA SILVA**

AUTOMOVEL (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**
Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMOVEL/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **BRANCA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Complemento / Observação

A VITIMA CONDUZIA A MOTOCICLETA EM QUESTÃO PELO LOCLA ACIMA CITADO, QUANDO NAS PROXIMIDADES DO POSTO DE LIU PNEUS, UMA AUTOMOVEL DE COR BRANCA, MODELO E PLACAS NÃO IDENTIFICADOS PELA VITIMA, O QUAL ERA CONDUZIDO POR ALGUEMS DECONHECIDO, E QUE EM DETERMINADO MOMENTO O AUTOMOVEL FREIOU BRUSCAMENTE, OCASIÃO QUE A VITIMA NÃO CONSEGUIU EVITAR COLIDINDO NA TRAZEIRA DO AUTOMOVEL, CAINDO EM SEGUIDA AO CHÃO, TENDO LESÕES PELO CORPO, SENDO SOCORRIDO PELO SAMU E LEVADO PARA A UNIDADE MISTA SÃO JOSE, LOCAL ESTE ONDE FOI ATENDIDO E DEVIDO A GRAVIDADE DAS LESÕES O MESMO FOI TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL REGIONAL DO AGreste NA CIDADE DE CARUARU-PE, CONFORME OCNSTA NAS DECLARAÇÕES APRESENTADAS PELA PROPRIA VITIMA, NADA MAIS A DECLARAR.

Assinatura da(s) pessoa(s) presente neste ato policial

JOSE AMARO DA SILVA FILHO
JOSE AMARO DA SILVA FILHO
(VITIMA)

B.O. registrado por: CICERO ABILIO DE ALMEIDA - Matrícula: 1581678

COMPREV SEGUROS
E PREVIDÊNCIA S/A

RECEB 14 JAN 2016

Nome: *[Assinatura]*

DOCUMENTO 1 T1%



AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO _____

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com **dados do beneficiário** da Indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da Indenização no banco.

EU, José Amaro da Silva Filho.PORTADOR(A) DO RG N° 0331610331 EXPEDIDO POR Petram EM 28/06/2004CPF 641727834-49 /CNPJ 00000000000000000000, PROFISSÃO E RENDA MENSAL DE R\$ 0 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA 0 Mil, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da Indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados não devem, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional;
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

**COMPREV SEGUROS
E PREVIDÊNCIA S/A**

MECEB 14 JAN 2016

Name:

IMPORTANTE: Também não devem ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO _____ N° da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ N° da CONTA (com dígito, se existir) _____

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO 104 N° da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 2192 N° da CONTA (com dígito, se existir) 76812-2

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

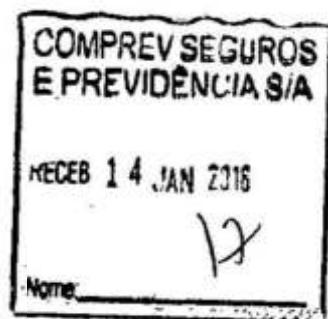
LOCAL E DATA

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO



ATENÇÃO

O Seguro DPVAT garante Indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s-beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), Indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA JUSTIÇA

DETAN - PE
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
Nº 011972632226

Nº 011972632226
EXERCÍCIO
2015

VA COD. REAR/VM
1 52470793

MARIA ANDRAE S. S. BEZERROS

PE Nº 011972632226 BILHETE DE SEGURO DPVAT

MARIA ANDRAE S. S. BEZERROS

COMPREV SEGUROS
E PREVIDÊNCIAS/A

Name:

EXERCÍCIO 2015 DATA EMISSÃO 27/11/2015
PUCAL 066-367-864-40 PEC 494

RENUMAR HONDA/ETZ 125 E3

ANO FAB. 2013 DATA 02/02/2013 CUSTO DO BILHETE (R\$) 922,90

PRÉMIO TARIFÁRIO 922,90 PREMIUM (R\$) 0,00

PAGAMENTO PARCELADO DATA DE OBTENÇÃO (R\$) 922,90

CUSTO DO BILHETE (R\$) 922,90 TOTAIS SEMPRE ATUALIZADOS

CUSTO DO BILHETE (R\$) 922,90 PAGAMENTO PARCELADO DATA DE OBTENÇÃO (R\$) 922,90

CUSTO DO BILHETE (R\$) 922,90 PAGAMENTO PARCELADO DATA DE OBTENÇÃO (R\$) 922,90

CUSTO DO BILHETE (R\$) 922,90 PAGAMENTO PARCELADO DATA DE OBTENÇÃO (R\$) 922,90

CUSTO DO BILHETE (R\$) 922,90 PAGAMENTO PARCELADO DATA DE OBTENÇÃO (R\$) 922,90

CUSTO DO BILHETE (R\$) 922,90 PAGAMENTO PARCELADO DATA DE OBTENÇÃO (R\$) 922,90

CUSTO DO BILHETE (R\$) 922,90 PAGAMENTO PARCELADO DATA DE OBTENÇÃO (R\$) 922,90

CUSTO DO BILHETE (R\$) 922,90 PAGAMENTO PARCELADO DATA DE OBTENÇÃO (R\$) 922,90

CUSTO DO BILHETE (R\$) 922,90 PAGAMENTO PARCELADO DATA DE OBTENÇÃO (R\$) 922,90

CUSTO DO BILHETE (R\$) 922,90 PAGAMENTO PARCELADO DATA DE OBTENÇÃO (R\$) 922,90

CUSTO DO BILHETE (R\$) 922,90 PAGAMENTO PARCELADO DATA DE OBTENÇÃO (R\$) 922,90

CUSTO DO BILHETE (R\$) 922,90 PAGAMENTO PARCELADO DATA DE OBTENÇÃO (R\$) 922,90

CUSTO DO BILHETE (R\$) 922,90 PAGAMENTO PARCELADO DATA DE OBTENÇÃO (R\$) 922,90

CUSTO DO BILHETE (R\$) 922,90 PAGAMENTO PARCELADO DATA DE OBTENÇÃO (R\$) 922,90

CUSTO DO BILHETE (R\$) 922,90 PAGAMENTO PARCELADO DATA DE OBTENÇÃO (R\$) 922,90

SEGURADORA LÍBER - DPVAT

CHP J 09.248.600/0001-04
www.seguradonaliber.com.br

FEB-2015

ESTADO DE PERNAMBUCO
BILHETE DPVAT

CHARLES ANDRAE SOARES
niterói - RJ

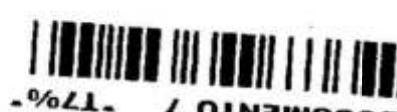
ESTADO DE RIO GRANDE DO SUL
BILHETE DPVAT

ESTADO DE SANTA CATARINA
BILHETE DPVAT

ESTADO DE PARANÁ
BILHETE DPVAT

ESTADO DE MATO GROSSO
BILHETE DPVAT

ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL
BILHETE DPVAT



DOCUMENTO 7 17%

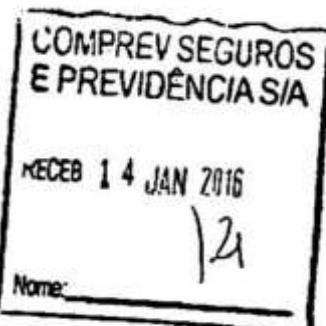
DOCUMENTO 6 T6%



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIÊNCIAS, TECNOLOGIA E
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME JOSE AMARO DA SILVA FILHO		DOC. IDENTIDADE/ÓRG. EMISSOR/UF 28055056 88P SP
QT 641.727.834-49		DATA NASCIMENTO 21/01/1963
PAIS JOSE AMARO DA SILVA		MUNICÍPIO SEVERINA DE SOUZA TOREES ~
PROFISSÃO ACD		CAR. HAB. AD
Nº REGISTRO 03316110332		VALIDADE 18/11/2019
		1ª HABILITAÇÃO 28/06/2004
OBSERVAÇÕES A <i>João Amaro da Silva Filho</i>		
LOCAL RECIFE - PE		DATA EMISSÃO 19/11/2014
<i>Lulu Amaro da Silva</i> 75305842616 28062962310		
DETRAN-PE/PERNAMBUCO		

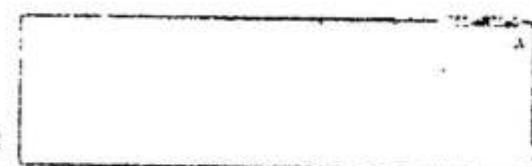
PROIBIDO PLASTIFICAR
1017306759



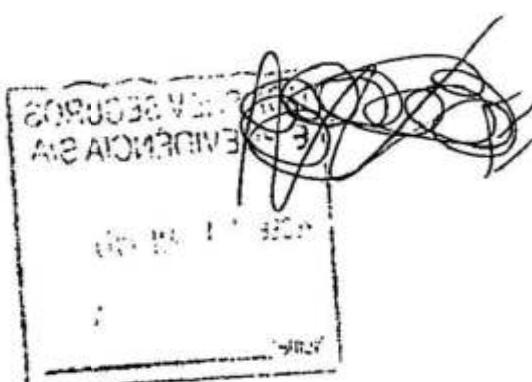
1013000000

1013000000

CITA EN LA PUEBLA DE	
DEPARTAMENTO	DEPARTAMENTO
ESTADO DE MEXICO	ESTADO DE MEXICO
COLONIA	COLONIA
ENTREGA DE DOCUMENTOS	ENTREGA DE DOCUMENTOS
EN FORMA ANONYMOUS	EN FORMA ANONYMOUS
FECHA	FECHA
ACORDADA	ACORDADA



CITA EN LA PUEBLA DE	
DEPARTAMENTO	DEPARTAMENTO
ESTADO DE MEXICO	ESTADO DE MEXICO
COLONIA	COLONIA
ENTREGA DE DOCUMENTOS	ENTREGA DE DOCUMENTOS
EN FORMA ANONYMOUS	EN FORMA ANONYMOUS
FECHA	FECHA
ACORDADA	ACORDADA



RECORRIDO



Prefeitura Municipal de Bezerros
Secretaria Municipal de Saúde
Unidade Mista São José



AUTORIZAÇÃO PARA INTERNAÇÃO REFERENCIADA

PACIENTE: José Antônio de Souza Filho, 460.103.

PRONTUÁRIO: _____

DOCUMENTO 5 "T5%"

DATA: 22 / 11 / 15

MOTIVO DA TRANSFERÊNCIA: Ponto cítico devido ao acidente.
Há 1 hora, paciente volta para casa, chega somente, ruge em casa, jude-
sando em MDP, não consegue chegar ao banheiro, com náuseas e dor, que dura 15, quando fazendo xixi, sente dor, na
cavidade bucal, que dura 15, quando fazendo xixi, sente dor, na
cavidade bucal, sente dor, na cavidade bucal, sente dor, na cavidade bucal.

b) Fractura per tibia. Difícilmente se repara en má. E?

[COMPREHENSIVE](#)

HOSPITAL REFERENCIADO: MED

SENHA AUTORIZADA: 4806780

ASS. / CARIMBO DO MÉDICO REGULADOR Dr. Bruno Ramalho
Garcia

**COMPREV SEGUROS
E PREVIDÊNCIA S/A**

OBS.: A transferência para o Hospital referenciado só deverá ser realizada após estar assegurado o leito para a internação.



Prefeitura Municipal de Bezerros
Secretaria Municipal de Saúde
Unidade Mista São José



CHA DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO		REGISTRO: 691 614			
Data: 27/12/15	Hora: 11:12	Cartão do SUS:			
Nome: TAIK'AMANU DA SILVA FILHO					
Nome da Mãe:					
Local de Nascimento:	Idade: 46	N.º -			
End.: VIA LOCAL BR 232 (TRAZIDO PELA SAMU)					
Endereço:	Cidade: BEZERROS	Fone: -			
SINAIS VITAIS Saturação: 95% no ambiente					
140x90 Temp.:	HGT: 260	Pulso: 99.	F.R.:	Peso:	Assinatura Téc.
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO					
I - Sinais de Emergência imediato - CLASSIFICAR COMO VERMELHO					
1. <input type="radio"/> Apneia <input type="radio"/> Cianose <input type="radio"/> Estridor <input type="radio"/> FC<50 ou >140 <input type="radio"/> FR>32 vpm <input type="radio"/> FR<10					
2. <input type="radio"/> Extremidades frias <input type="radio"/> Enchimento capilar letificado <input type="radio"/> Pulso fraco <input type="radio"/> Pulso ausente					
3. <input type="radio"/> Sudorese <input type="radio"/> PAS< 80 mmhg <input type="radio"/> PAD> 130 mmhg					
4. <input type="radio"/> Convulsionando no momento <input type="radio"/> Irresponsivo ou só resposta à dor <input type="radio"/> Letargia					
5. <input type="radio"/> Queimaduras em mais de 25% de SC ou acompanhamento de vias aerais					
6. <input type="radio"/> Intoxicação exógena					
7. <input type="radio"/> Sangramento intenso <input type="radio"/> Lesão Grave					
II - Sinais de urgência - Atendimento preferencial sobre os pacientes classificados como VERDE, no consultório ou leito da sala de observação - CLASSIFICAR COMO AMARELO					
1. <input type="radio"/> Politraumatizado com Glasgou entre 13 e 15					
2. <input type="radio"/> PAS< 90 ou >180 <input type="radio"/> PAD> 110 sem sintomas					
3. <input type="radio"/> Febre > 39° <input type="radio"/> Febre com imunodepressão					
4. <input type="radio"/> Histórico de convulsão nas últimas 24 horas <input type="radio"/> Impossibilidade de deambulação aguda					
5. <input type="radio"/> Tugor pastoso <input type="radio"/> Mucosas ressecadas <input type="radio"/> Vômitos no momento					
6. <input type="radio"/> Queimaduras de 1º e 3º áreas não críticas SCQ< 10%					
7. <input type="radio"/> Vítima de abuso sexual ocorrido há 72 horas					
8. <input type="radio"/> Fraturas anguladas e luxações com comp. Neuro vascular ou dor intensa					
9. <input type="radio"/> Dor Abdominal intensa <input type="radio"/> Dor Torácica intensa					
10. História até 72 horas de: <input type="radio"/> Melena <input type="radio"/> Hematêmese <input type="radio"/> Enterorragia <input type="radio"/> Epistaxe					
11. <input type="radio"/> Acidente perfuro-cortante com material biológico					
III - Sem risco de morte - somente será atendida após todos os pacientes classificados como vermelho e amarelo - CLASSIFICAR COMO VERDE					
1. <input type="radio"/> TCE sem perda de consciência					
2. <input type="radio"/> Febre sem outros sinais clínicos					
3. <input type="radio"/> Retorno em período < 24 horas por ausência de melhora					
4. <input type="radio"/> Lombalgia intensa					
5. <input type="radio"/> Entorse, suspeita de fraturas, luxações					
6. <input type="radio"/> Dor abdominal sem alterações de sinais vitais					
7. <input type="radio"/> Dor de garganta com história de febre e com placas sem toxemia					
8. <input type="radio"/> Vômitos, diarreia sem desidratação<24h					

COMPREV SEGUROS
E PREVIDÊNCIAS/A
RECEB 14 JAN 2016
8
Nome: _____

IV – Quadro crônico sem agudização ou caso social (deverá ser encaminhado para atendimento em Unidade Básica de Saúde ou atendimento pelo Serviço Social) – CLASSIFICAR COMO AZUL

1. Queixas crônicas sem alterações agudas
2. Tosse, coriza, dor de garganta, obstrução nasal
3. Coriza crônica ou recorrente
4. Queimaduras de 1º grau em áreas não críticas e há mais de 12 horas
5. Troca de curativos ou retiradas de pontos
6. Administração de medicamento
7. Solicitação de atestado de saúde ou ocupacional
8. Solicitação de exames e receitas não urgentes
9. Constipação intestinal sem outros sintomas
10. Troca ou retirada de sonda
11. Mostra exames laboratoriais ou raios X. Não urgentes.

LASSIFICAÇÃO

- Vermelho
- Amarelo
- Verde
- Azul

ENCAMINHADO:

Assinatura da enfermeira e carimbo

ORIENTAÇÃO:

Assinatura da Assistente Social e carimbo



FICHA DE ATENDIMENTO MÉDICO

REGISTRO:

691614

H.D.A.: Pecante ortopele coluna, dor no lado, dor lata, dor de espete, náuseas, vômito, náuseas demais. Fisica da em M.D., m.pt. K.
Ls: suor: 100% suor, náuseas, dor no lado de dor, dor
crepitante no tibio, dor no pé, dor contante em m.pt., ausência de elemento dentário, glosso: 15, músculos inativos e dolorosos.

Dr. Bernardo Ramalho
Medicina 2713
CRMESP

Exame Físico:

✓ ✓ ✓ ✓

Hipótese Diagnóstica:

COMPRESSEGUROS
E PREVIDÊNCIAS/A

RECEB 14 JAN 2016

Nome: 9

CONDUTA/ REAVALIAÇÃO/ CONDUTA MEDICAÇÃO

Conduta: Melhora

1. Transtal 250mg, 2amnolas, 100ml S/0,9%
 2. IR, 60, SC

MB
 Fabiana Brito
 CREMEPE 23712
 COREN-PE 386.694

Dr. Bruno Ramalho
 Dr. Bruno Ramalho
 CRM-PE 23712

U.R.P.: 4806780

Dr. Bruno Ramalho
 MÉDICO
 CRM-PE 23712

COMPREV SEGUROS
 E PREVIDÊNCIA S/A

14 JAN 2016

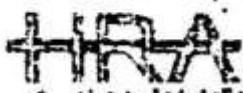
TIPO DE CONSULTA	MOTIVO DA ALTA	ÓBITO
Consulta simples	Melhora	Data: _____ / _____ / _____
Consulta c/ Observação	Solicitação	
Indicação (Internamento)	Transferência Indisciplina Óbito	Hora: _____

Data: _____ / _____ / _____

Hora: _____

Médico - CREMEPE
 (Carimbo)

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE
EMERGÊNCIA



3 - Evolução / Exames

~~Ilha da sanguina~~

~~Palidez aparente. lesão no~~
~~lábios + pecten das orelhas~~
~~hematoma (hematoma)~~
~~Recomendação: agradecer tratamento pelo Dr. (~~
~~da face)~~

Termo de Responsabilidade do Alta a Pedido Paciente Familiar

Responsabilizo-me pela imediata retirada do paciente desse hospital, bem como tenho absoluto conhecimento sobre todas as consequências que esse ato possa acarretar.

Nome: Natalia C. C. V. G. Melo RG: 11.000.000.0000

Endereço: Rua 100, Centro, Rio de Janeiro, RJ

Data: 27/11/2015 Assinatura: Natalia C. C. V. G. Melo

Procedimento: Exame de sangue

Autorização de Procedimento Paciente Familiar

Nome: Natalia C. C. V. G. Melo RG: _____

Endereço: Rua 100, Centro, Rio de Janeiro, RJ Tel: _____

Procedimento: Exame de sangue

Solicitação: Exame de sangue para hemograma e coagulograma

Observações: Não há indicação de internação

Diagnóstico: Deficiência de vitamina K

Quintal do paciente: Banheiro

() Até P.P. () Cirurgia () Óbito () Evadiu-se () Termo de Alta a Pedido

() Transfusão: () Internamento

Condição de Alta

() Curado () Melhorando () Inalterado () Óbito

Data: 11/27/2015 Hora: 13:30:31 Médico: _____

11/27/2015 13:30:31 PM
2 de 2

COMPREV SEGUROS
E PREVIDÊNCIAS S/A

Usuário do Atendimento

MEDEB 14 JAN 2016

Name:



Prefeitura Municipal de Bezzerros
Secretaria Municipal de Saúde
Unidade Mista São José



AUTORIZAÇÃO PARA INTERNAÇÃO REFERENCIADA

PACIENTE: José Manoel da Silva, Sílvia, 46 anos.

PRONTUÁRIO: _____

DATA: 27/11/15

MOTIVO DA TRANSFERÊNCIA: Paciente vítima de colisão entre moto e ônibus, resultou lesão craniana, fratura mandibular, rafe, luxação de articulações em MDP e mão esquerda. (Lateral: óssea, articular e tendinea), com raios de escavação óssea. O tratamento hospitalar determinado, é enxotar em tibia direita, Andrônico e artroscopia rotulana, ressecção de elemento dentário. Pd. 140x20 mm Hg. Síndrome de ambientes. Encarceramento intercostal. Curação da ferida cicatrizável.
Indicativa de extirpação e curação da ferida cicatrizável.
W. Sintomas na tibia diária. Sintomas migratórios?

HOSPITAL REFERENCIADO: H.R.H. Bonifácio

SENHA AUTORIZADA: 4806780

ASS./CARIMBO DO MÉDICO REGULADOR: D. BRUNO FONSECA

**COMPREV SEGUROS
E PREVIDÊNCIA S/A**

RECEB 14 JAN 2015

13

Name:

OBS: A transferência para o Hospital referenciado só deverá ser realizada após estar assegurado o leito para a internação.



Declaração do Proprietário de Veículo

Eu, Maria Andreato da Silva,

RG: 7.378.973, data de expedição / /

Órgão SDS, portador do CPF 066.307.864-40, com

domicílio na cidade de Bezerros, no Estado de
Pernambuco, onde resido na (Rua/avenida/estrada)

Azor Mansel Bezerra, nº 06,

complemento. centro, declaro, sob as penas da lei, que o veículo
abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente
ocorrido com a vítima Jose Amaro da Silva Filho,
cujo o conduto era Jose Amaro da Silva Filho.

Veículo: Moto

Modelo: Honda / BIZ 125 ES

Ano: 2013

Placa: PGK 1994

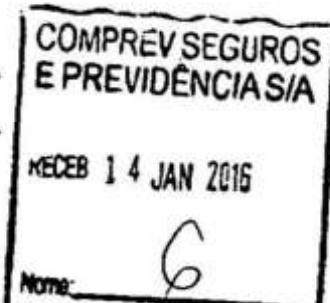
Chassi: 9C2JC4820DR044236

Data do Acidente: 27/11/2015

Local e data do cartório:

X Maria Andreato da Silva - 2º Cartório

Assinatura do Declarante



Assinatura do condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante de sinistro)

TABELIONATO VASCONCELOS - CARTÓRIO DE NOTAS E PRTESTO
Rua Dr. José Mariano, 62 - Centro - Bezerros - PE - Fone: (81) 3728-1182
Mauricio José de Vasconcelos - Tabelião Públco

Reconheço a firma por autenticidade dia 01/12/2015 15:38:16
MARIA ANDREA DA SILVA, fez
Em testemunha: José de Vasconcelos Datas R\$ 3,29
Mauricio José de Vasconcelos - substituto ITR R\$ 0,66

Selo Digital N. 007777.0YTOE201501.W470 Total R\$ 3,95
Consulte autenticidade em www.tipe.jus.br/selodigital

Obs: Reconhecer firma por autenticidade

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, José Amaro da Silva

RG nº 03316110331, data de expedição 28/06/2004, Órgão Detran,

CPF nº 641.727.834-49, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Rua Dr. José Maria</u>
Número	<u>390</u>
Apto / Complemento	<u>Centro</u>
Bairro	
Cidade	<u>Belo Horizonte</u>
Estado	<u>MG</u>
CEP	<u>55660-000</u>
Telefone de Contato	<u>(61) 3728-3982/9-9533-1323/9-9926-8193</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Fortaleza - Ceará; 12 de Janeiro de 2016

Assinatura do Declarante:

José Amaro da Silva Filho

