

# **Avaliação para fins de Verificação e Quantificação de Lesões Permanentes**

---

## **Informações do Acidente**

Sinistro: 2013062202

Nome da Vítima: WILLIAM MARINHO BEZERRA

Local: JABOATÃO DOS GUARARAPES-PE

Data do Acidente: 21/10/2012

## **Resultado da avaliação apurada pelo Médico Examinador**

---

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

(  )Sim (  )Não (  )Prejudicado

Em caso de assinalar resposta como "não" ou "prejudicado" apresentar justificativas.

---

---

**Só prosseguir no laudo em caso de resposta afirmativa no quesito**

II. Com base no quadro clínico atual do Examinado, favor registrar:

a) Qual região corporal se encontra acometida. Caso haja mais de uma, informar.

MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO

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.

CICATRIZ UMERO PROXIMAL E DOR

III. Há indicação da Vítima ainda ter que realizar algum tratamento, incluindo medidas de reabilitação e/ou exames complementares para fins de diagnóstico ou de controle terapêutico?

a) Tratamentos (  )Sim (  )Não

Em caso afirmativo, descreva as condutas terapêuticas e/ou de reabilitação:

---

---

b) Exames Complementares (  )Sim (  )Não

Em caso afirmativo, descreva os exames complementares prescritos e seus prazos:

IV. Com base no exame clínico se pode afirmar que o quadro cursa com:

( ) Disfunções apenas temporárias.

Neste caso informar a data de cessação da disfunção ou um prazo médio compatível, previsto para uma reavaliação e se há necessidade de uma avaliação complementar.

(x) Dano anatômico e/ou funcional definitivo (sequelas)

Informar as limitações físicas irreparáveis e definitivas.

MSE COM LIMITAÇÃO DE ABDUÇÃO EM 80º, LIMITAÇÃO DE ROTAÇÃO INTERNA ATÉ AS NÁDEGAS, EXTENSA CICATRIZ NO ÚMERO PROXIMAL E DIMINUIÇÃO DE FORÇA NO MSE

V. Em virtude da evolução da lesão e/ou de seu tratamento, faz-se necessária a realização de algum exame complementar?

( ) Sim (x) Não

Em caso afirmativo informar qual(is) e seus prazos de controle.

Em caso de resposta "disfunções temporárias" do item IV ou de resposta "sim" 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:

Com base no exame médico se pode documentar:

( ) Total

(Dano anatômico ou funcional permanente que comprometa a integra do patrimônio físico e/ou mental da vítima).

(x) Parcial

(Dano anatômico e/ou funcional permanente que comprometa apenas parte do patrimônio físico e/ou mental da vítima).

Em se tratando de enquadramento como "parcial" informar se o dano é "completo" ou "incompleto":

( ) Parcial Completo

(Dano anatômico e/ou funcional permanente que comprometa de forma global algum segmento corporal da vítima).

(x) Parcial Incompleto

(Dano anatômico e/ou funcional permanente que comprometa apenas em parte a um (ou mais de um) segmento corporal da vítima).

Segundo o previsto na alínea II, 1º do art. 3º da Lei 6.194/74 com redação modificada pelo artigo 31º da Lei 11.945/2009, correlacionar as graduações percentuais compatíveis aos respectivos danos em apurados, em cada segmento corporal acometido, tantas quantas forem as seqüelas definitivas então identificadas.

1º Lesão

**Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros superiores e/ou inferiores de uma das mãos.**

Marque o percentual: ( ) 10% Residual ( ) 25% Leve ( ) 50% Médio ( x ) 75% Grave

**Observação: Dependendo do tipo de lesão, da localização corporal, das perdas anatômicas e funcionais correspondentes, o enquadramento da(s) respectiva(s) seqüela(s) poderá ser desmembrado ou não, em um mesmo segmento corporal ou mais de um, sendo a decisão um critério de quem apura o dano com base em registros semiológicos que especifiquem e delimitem a amplitude das limitações físicas e/ou mentais presentes ao exame médico e então documentadas**

**Informações Complementares Apresentadas pelo médico Examinador ou Revisor**

---

---

**Identificação do médico responsável pela avaliação.**

---

**Identificação do Médico Examinador**

Nome do Médico: GALDINO LEONARDO

Registro no CRM: 17727/PE

**Local e Data do Exame**

RECIFE 19 DE FEVEREIRO DE 2013

# 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: 04/03/2013

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 7.087,50

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: WILLIAM MARINHO BEZERRA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01580

CONTA: 00000097377-6

---

Nr. da Autenticação 61DEAF9169F09E5A

# DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA

\*1004040\*



EU William Marinho Bezerra

POR TADOR DO R.G 5.769.823 SOS-PF E CPF 050.488.964-83

DECLARO PARA OS DEVIDOS FINS QUE RESIDO ATUALMENTE NO

ENDEREÇO ABAIXO CITADO:

RUA/AV: Rua Paráres, Quadra 06 Bloco 09 apto 102

Conjunto Res

Nº 510 COMPLEMENTO Jardim Piedade BAIRRO Pandeiros

CIDADE Jaboticas dos Guararapes UF: PE CEP 54.430-170

, 15/01/2013.

William Marinho Bezerra

(Assinatura)







Central de Atendimento Hipercard  
Capitais e Regiões Metropolitanas: 3003 3030  
Demais Localidades: 0800 720 4030  
SAC (24h) 0800 724 4845  
SAC Def. Auditivo ou de fala: 0800 7244838  
Ouvíndia (dias úteis das 9-18h): 0800 5700011  
www.hipercard.com.br

## Extrato Mensal

### Demonstrativo das Movimentações

**SEBASTIAO BEZERRA DA SILVA**  
Cartão: 6062.XXXX.XXXX.3916

Límite de Crédito Rotativo

R\$ 2.200,00

**Vencimento**

**01/01/2013**

Límite de Crédito Parcelado  
R\$ 3.300,00



é de 5 anos, não é previdenciária, possui um orçamento baixo, expõe o Brasil a luz solar, fluorescentes, ferro e chumbo, e ao sol, óxido de ferro e óxido de chumbo, químicos. Se precisar ir para o Brasil, o tempo, provavelmente sóbrio, documentado, pois ele é o único que não é que o hospital a receber o prêmio. O prêmio, quanto é o prêmio e de 90 dias, a contar da data da aquisição, de concurso, R\$ 100,00, sem segurado, R\$ 100,00, bilhetes de loterias autorizadas pela Caixa.

ESTE RECIBO É UM TÍTULO A PORTADOR PARA TORNAR-LO "ESPECIAL E INTRANSFERÍVEL ESCREVA NO VERSO O SEU NOME COMPLETO E NÚMERO DO CPF"

SAC CAIXA: 0800 726 3701 (informações e reclamações, sujeitos a mudanças) (Atendimento a pessoas com deficiência auditiva)

Ouvitória: 0800 725 7474 (informações não solucionadas e denúncias).

**Loterias Caixa**

A vida útil dos bônus é de 5 anos, não é previdenciária, fluorescentes, ferro e óxido de chumbo, e ao sol, óxido de ferro e óxido de chumbo, químicos. Se precisar ir para o Brasil, o tempo, provavelmente sóbrio, documentado, poss ele é o único que não é que o hospital a receber o prêmio. O prêmio é o prêmio, e de 90 dias, a contar da data da aquisição, do concurso, R\$ 100,00, sem segurado, R\$ 100,00, bilhetes de loterias autorizadas pela Caixa.

**Loterias Caixa**

A vida útil dos bônus é de 5 anos, não é previdenciária, fluorescentes, ferro e óxido de chumbo, e ao sol, óxido de ferro e óxido de chumbo, e ao sol, óxido de ferro e óxido de chumbo, químicos. Se precisar ir para o Brasil, o tempo, provavelmente sóbrio, documentado, poss ele é o único que não é que o hospital a receber o prêmio. O prêmio é o prêmio, e de 90 dias, a contar da data da aquisição, do concurso, R\$ 100,00, sem segurado, R\$ 100,00, bilhetes de loterias autorizadas pela Caixa.

Data Movimentação  
**SEBASTIAO B DA SILVA**  
20/JUN LASER ELETRO  
19/JUL LOJAS INSINUANTE  
13/AGO PONTO PROMOCAO  
13/AGO LASER ELETRO  
06/DEZ PAGAMENTO FICHA COMPENS  
18/DEZ MULTA POR ATRASO  
18/DEZ ENCARGOS DE ATRASO  
18/DEZ IOF DE FINANCIAMENTO  
18/DEZ JUROS DE FINANCIAMENTO  
**SUBTOTAL DESPESAS/ENCARGOS**

13/AGO 05/10 05/05

24,90 17,99 27,90

132,38 51,80 0,00

132,38

**Saldo Restante (A)** R\$ 0,00

**Debitos do Período (B)** R\$ 130,02

**Total a Pagar (A+B)** **R\$ 130,02**

**Parcamento da Fatura**  
18x R\$ 11,25

**Pagamento Mínimo** R\$ 24,46

**Debitos do Período (B)** R\$ 130,02

**Total a Pagar (A+B)** **R\$ 130,02**

**Parcamento da Fatura**  
18x R\$ 11,25

**Pagamento Mínimo** R\$ 24,46

**Debitos do Período (B)** R\$ 130,02

**Total a Pagar (A+B)** **R\$ 130,02**

**Parcamento da Fatura**  
18x R\$ 11,25

**Pagamento Mínimo** R\$ 24,46

**Debitos do Período (B)** R\$ 130,02

**Total a Pagar (A+B)** **R\$ 130,02**

**Parcamento da Fatura**  
18x R\$ 11,25

**Pagamento Mínimo** R\$ 24,46

**Debitos do Período (B)** R\$ 130,02

**Total a Pagar (A+B)** **R\$ 130,02**

**Parcamento da Fatura**  
18x R\$ 11,25

**Pagamento Mínimo** R\$ 24,46

**Debitos do Período (B)** R\$ 130,02

**Total a Pagar (A+B)** **R\$ 130,02**

**Parcamento da Fatura**  
18x R\$ 11,25

**Pagamento Mínimo** R\$ 24,46

**Debitos do Período (B)** R\$ 130,02

**Total a Pagar (A+B)** **R\$ 130,02**

**Parcamento da Fatura**  
18x R\$ 11,25

**Pagamento Mínimo** R\$ 24,46

**Debitos do Período (B)** R\$ 130,02

**Total a Pagar (A+B)** **R\$ 130,02**

**Parcamento da Fatura**  
18x R\$ 11,25

**Pagamento Mínimo** R\$ 24,46

**Debitos do Período (B)** R\$ 130,02

**Total a Pagar (A+B)** **R\$ 130,02**

**Parcamento da Fatura**  
18x R\$ 11,25

**Pagamento Mínimo** R\$ 24,46

**Debitos do Período (B)** R\$ 130,02

**Total a Pagar (A+B)** **R\$ 130,02**

**Parcamento da Fatura**  
18x R\$ 11,25

**Pagamento Mínimo** R\$ 24,46

**Debitos do Período (B)** R\$ 130,02

**Total a Pagar (A+B)** **R\$ 130,02**

**Parcamento da Fatura**  
18x R\$ 11,25

**Pagamento Mínimo** R\$ 24,46

**Debitos do Período (B)** R\$ 130,02

**Total a Pagar (A+B)** **R\$ 130,02**

**Parcamento da Fatura**  
18x R\$ 11,25

**Pagamento Mínimo** R\$ 24,46

**Debitos do Período (B)** R\$ 130,02

**Total a Pagar (A+B)** **R\$ 130,02**

**Parcamento da Fatura**  
18x R\$ 11,25

**Pagamento Mínimo** R\$ 24,46

**Debitos do Período (B)** R\$ 130,02

**Total a Pagar (A+B)** **R\$ 130,02**

**Parcamento da Fatura**  
18x R\$ 11,25

**Pagamento Mínimo** R\$ 24,46

**Debitos do Período (B)** R\$ 130,02

**Total a Pagar (A+B)** **R\$ 130,02**

**Parcamento da Fatura**  
18x R\$ 11,25

**Pagamento Mínimo** R\$ 24,46

**Debitos do Período (B)** R\$ 130,02

**Total a Pagar (A+B)** **R\$ 130,02**

**Parcamento da Fatura**  
18x R\$ 11,25

**Pagamento Mínimo** R\$ 24,46

**Debitos do Período (B)** R\$ 130,02

**Total a Pagar (A+B)** **R\$ 130,02**

**Parcamento da Fatura**  
18x R\$ 11,25

**Pagamento Mínimo** R\$ 24,46

**Debitos do Período (B)** R\$ 130,02

**Total a Pagar (A+B)** **R\$ 130,02**

**Parcamento da Fatura**  
18x R\$ 11,25

**Pagamento Mínimo** R\$ 24,46

**Debitos do Período (B)** R\$ 130,02

**Total a Pagar (A+B)** **R\$ 130,02**

**Parcamento da Fatura**  
18x R\$ 11,25

**Pagamento Mínimo** R\$ 24,46

**Debitos do Período (B)** R\$ 130,02

**Total a Pagar (A+B)** **R\$ 130,02**

**Parcamento da Fatura**  
18x R\$ 11,25

**Pagamento Mínimo** R\$ 24,46

**Debitos do Período (B)** R\$ 130,02

**Total a Pagar (A+B)** **R\$ 130,02**

**Parcamento da Fatura**  
18x R\$ 11,25

**Pagamento Mínimo** R\$ 24,46

**Debitos do Período (B)** R\$ 130,02

**Total a Pagar (A+B)** **R\$ 130,02**

**Parcamento da Fatura**  
18x R\$ 11,25

**Pagamento Mínimo** R\$ 24,46

**Debitos do Período (B)** R\$ 130,02

**Total a Pagar (A+B)** **R\$ 130,02**

**Parcamento da Fatura**  
18x R\$ 11,25

**Pagamento Mínimo** R\$ 24,46

**Debitos do Período (B)** R\$ 130,02

**Total a Pagar (A+B)** **R\$ 130,02**

**Parcamento da Fatura**  
18x R\$ 11,25

**Pagamento Mínimo** R\$ 24,46

**Debitos do Período (B)** R\$ 130,02

**Total a Pagar (A+B)** **R\$ 130,02**

**Parcamento da Fatura**  
18x R\$ 11,25

**Pagamento Mínimo** R\$ 24,46

**Debitos do Período (B)** R\$ 130,02

**Total a Pagar (A+B)** **R\$ 130,02**

**Parcamento da Fatura**  
18x R\$ 11,25

**Pagamento Mínimo** R\$ 24,46

**Debitos do Período (B)** R\$ 130,02

**Total a Pagar (A+B)** **R\$ 130,02**

**Parcamento da Fatura**  
18x R\$ 11,25

**Pagamento Mínimo** R\$ 24,46

**Debitos do Período (B)** R\$ 130,02

**Total a Pagar (A+B)** **R\$ 130,02**

**Parcamento da Fatura**  
18x R\$ 11,25

**Pagamento Mínimo** R\$ 24,46

**Debitos do Período (B)** R\$ 130,02

**Total a Pagar (A+B)** **R\$ 130,02**

**Parcamento da Fatura**  
18x R\$ 11,25

**Pagamento Mínimo** R\$ 24,46

**Debitos do Período (B)** R\$ 130,02

**Total a Pagar (A+B)** **R\$ 130,02**

**Parcamento da Fatura**  
18x R\$ 11,25

**Pagamento Mínimo** R\$ 24,46

**Debitos do Período (B)** R\$ 130,02

**Total a Pagar (A+B)** **R\$ 130,02**

**Parcamento da Fatura**  
18x R\$ 11,25

**Pagamento Mínimo** R\$ 24,46

**Debitos do Período (B)** R\$ 130,02

**Total a Pagar (A+B)** **R\$ 130,02**

**Parcamento da Fatura**  
18x R\$ 11,25

**Pagamento Mínimo** R\$ 24,46

**Debitos do Período (B)** R\$ 130,02

**Total a Pagar (A+B)** **R\$ 130,02**

**Parcamento da Fatura**  
18x R\$ 11,25

**Pagamento Mínimo** R\$ 24,46

**Debitos do Período (B)** R\$ 130,02

**Total a Pagar (A+B)** **R\$ 130,02**

**Parcamento da Fatura**  
18x R\$ 11,25

**Pagamento Mínimo** R\$ 24,46

**Debitos do Período (B)** R\$ 130,02

**Total a Pagar (A+B)** **R\$ 130,02**

**Parcamento da Fatura**  
18x R\$ 11,25

**Pagamento Mínimo** R\$ 24,46

**Debitos do Período (B)** R\$ 130,02

**Total a Pagar (A+B)** **R\$ 130,02**

**Parcamento da Fatura**  
18x R\$ 11,25

**Pagamento Mínimo** R\$ 24,46

**Debitos do Período (B)** R\$ 130,02

**Total a Pagar (A+B)** **R\$ 130,02**

**Parcamento da Fatura**  
18x R\$ 11,25

**Pagamento Mínimo** R\$ 24,46

**Debitos do Período (B)** R\$ 130,02

**Total a Pagar (A+B)** **R\$ 130,02**

**Parcamento da Fatura**  
18x R\$ 11,25

**Pagamento Mínimo** R\$ 24,46

**Debitos do Período (B)** R\$ 130,02

**Total a Pagar (A+B)** **R\$ 130,02**

**Parcamento da Fatura**  
18x R\$ 11,25

**Pagamento Mínimo** R\$ 24,46

**Debitos do Período (B)** R\$ 130,02

**Total a Pagar (A+B)** **R\$ 130,02**

**Parcamento da Fatura**  
18x R\$ 11,25

**Pagamento Mínimo** R\$ 24,46

**Debitos do Período (B)** R\$ 130,02

**Total a Pagar (A+B)** **R\$ 130,02**

**Parcamento da Fatura**  
18x R\$ 11,25

**Pagamento Mínimo** R\$ 24,46

**Debitos do Período (B)** R\$ 130,02

**Total a Pagar (A+B)** **R\$ 130,02**

**Parcamento da Fatura**  
18x R\$ 11,25

**Pagamento Mínimo** R\$ 24,46

**Debitos do Período (B)** R\$ 130,02

**Total a Pagar (A+B)** **R\$ 130,02**

**Parcamento da Fatura**  
18x R\$ 11,25

**Pagamento Mínimo** R\$ 24,46

**Debitos do Período (B)** R\$ 130,02

**Total a Pagar (A+B)** **R\$ 130,02**

**Parcamento da Fatura**  
18x R\$ 11,25

**Pagamento Mínimo** R\$ 24,46

**Debitos do Período (B)** R\$ 130,02

**Total a Pagar (A+B)** **R\$ 130,02**

**Parcamento da Fatura**  
18x R\$ 11,25

**Pagamento Mínimo** R\$ 24,46

**Debitos do Período (B)** R\$ 130,02

**Total a Pagar (A+B)** **R\$ 130,02**

**Parcamento da Fatura**  
18x R\$ 11,25

**Pagamento Mínimo** R\$ 24,46

**Debitos do Período (B)** R\$ 130,02

**Total**



COMPROVAÇÃO DE ATO DECLARATÓRIO



Secretaria de Saúde  
Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

## DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO

DA Nº: 605.000  
EM: 08.11.12

Atendendo ao requerimento do Sr. **WILLIAM MARINHO BEZERRA, RG: 5.769.823- SDS/PE, CPF: 050.488.964-83**, constam em nossos arquivos a ocorrência de **Nº 779.487** do dia 21 de Outubro 2012, onde o mesmo foi atendido pelo nosso Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU/JABOATÃO por volta das 16h 00min vítima de ATROPELAMENTO (Pedestre) o acidente aconteceu na Av. Bernardo Vieira de Melo S/N, Piedade – Jaboatão dos Guararapes/PE, onde após os cuidados, a vítima foi removida para UPA de Barra de Jangada.

Jaboatão, 08 de Novembro 2012

✓/ **Silvana Siqueira da Silva**  
Coordenação Geral SAMU 192  
Jaboatão dos Guararapes



## DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, William Morello Bezerra, portador da carteira de identidade nº 5.469.823 e inscrito no CPF/MF sob o nº 050.488.964-83, residente e domiciliado na Rua Pará, Quadra 06 Bloco 09 apto 102 - Pandeiros, Cidade Jalapão das Guitarras, 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.

William Morello Bezerra

Assinatura do declarante  
conforme documento de identificação

Jalapão das Guitarras, 15.01.2013

Local e data





Assinatura da(s) pessoa(s) presente(n) na unidade policial

William Morenho Bezerra  
WILLIAM MORENHO BEZERRA  
(VITIMA)

B.O. registrado pelo policial: IWAN MORAES DE MESQUITA - Matrícula: 220916-0



**AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DE SINISTRO  
- SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT -**

Nº DO SINISTRO

(CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA)

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do/a beneficiário/a 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, William Marinho Bezerra

PORTADOR/A DO RG Nº

5.469.823

EXPEDIDO POR

SOS - P.F. EM 27/05/2010 CPF/CNPJ Nº 050.488.964-83

PROFISSÃO

Estudante

E RENDA MENSAL DE R\$ 4.100,00

NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO OU

REEMBOLSO DO SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT DA VÍTIMA William Marinho Bezerra

AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT/ 137 A EFETUAR O

CRÉDITO, DE ACORDO COM A FORMA ABAIXO INDICADA:

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO

\*1004039\*



Dados bancários incompletos ou incorretos impedem os bancos de efetuar o pagamento. Por favor, preencha cuidadosamente seus dados antes de preencher os campos e evite rasuras.

CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (ACEITAS CONTAS DE TODOS OS BANCOS)

Nº BANCO \_\_\_\_\_ Nº AGÊNCIA (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) \_\_\_\_\_

Nº CONTA CORRENTE \_\_\_\_\_

CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA DO BANCO BRADESCO

Nº BANCO 237 Nº AGÊNCIA (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) 12

Nº CONTA POUPANÇA \_\_\_\_\_

CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA DO BANCO DO BRASIL

Nº BANCO 001 Nº AGÊNCIA (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) 12

Nº CONTA POUPANÇA \_\_\_\_\_

CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA DO BANCO ITAÚ

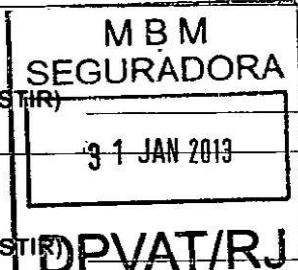
Nº BANCO 341 Nº AGÊNCIA (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) 1580

Nº CONTA POUPANÇA \_\_\_\_\_

CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA DA CAIXA ECONÔMICA FEDERAL

Nº BANCO 104 Nº AGÊNCIA (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) 1580

Nº CONTA POUPANÇA 00097 377-6



DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE.

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

LOCAL Jaboticas das Guararapes

DATA 15/01/2013

ASSINATURA DO/A BENEFICIÁRIO/A William Marinho Bezerra

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 6194/74) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares (valor varia conforme o total de despesas comprovadas, tornando por base os limites definidos pelas tabelas autorizadas pela Superintendência de Seguros Privados – SUSEP).

- Para acompanhar o andamento do pedido da indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue 0800-0221204, de segunda a sábado, de 8h às 20h.

- A Circular Susep nº 380/08, 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.

CAIXA ECONOMICA FEDERAL  
BANCO: 104  
DATA: 15/01/2013  
TERMINAL: 1004

NSU: 003855.

AGENCIA: 1580  
HORA: 16:08:47  
AUT.: 0103

COMPROVANTE DE DEPOSITO  
NUM.DOC.: 000000

AGENCIA/CONTA CREDITADA: 1580/013/001097-377-6  
NOME: WILLIAM M BEZERRA  
DEPOSITANTE:  
0

VALOR TOTAL: 10,00  
VALOR DINHEIRO: 10,00

Informações, reclamações, sugestões e elogios

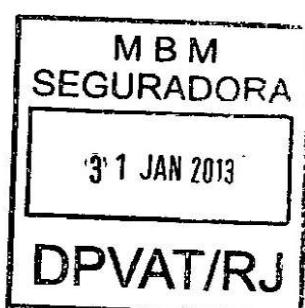
SAC CAIXA: 0800 726 0101

Ouvidoria da CAIXA: 0800 725 7474

[www.caixa.gov.br](http://www.caixa.gov.br)

1a Via - Via do Cliente

Fone para contato: (81) 9638 9441 → Sebastião (Pai da Vítima)  
(81) 4477-7470 → Maria de Fátima (Mãe da Vítima)



### DECLARACIÓ DE RESIDÈNCIA

DECLARO PARA OS DEVIDOS FINS QUE RESIDO AUTOMATICAMENTE NO

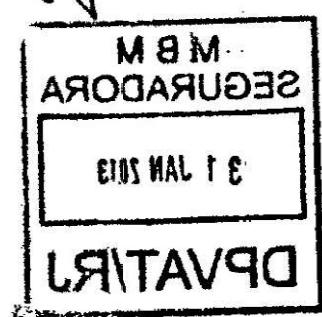
### ENDEREÇO ABALOX CÍTADO:

Digitized by srujanika@gmail.com

۷۹

ICIPADE 1990 06 CEP EA/130 - 156

E1091 101 21



IDENTIFICAÇÃO	VITIMA	WILIAN MÁRCIO RODRIGUES	
DATA DO ACIDENTE	25/10/12	CPF DA VITIMA - 050.000.000-00	
PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO	WILIAN		
QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR	( ) VITIMA		
A VITIMA É:	( ) REPRESENTANTE LEGAL, CUIO PARANTESCO COM		
ENDERECO DO PORTADOR	WILIAN CRIST		
Nº	51	BARRIO	5. QUINTA
COMPLEMENTO	100	CEP	59430-110
CIDADE	SAO BERNARDO DO CAMPO	UF	SP
E-MAIL			

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

## DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)  
 CARTERA DE IDENTIDADE DA VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CARTERIA DE TRABALHO OU CARTERIA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

- RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

- COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS  
 NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

- COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

- AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

## OUTROS



1004054\*

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

## DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)  
 CARTERA DE IDENTIDADE DA VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTERIA DE TRABALHO OU CARTERIA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

- CPF DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

- COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

- OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VITIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

## INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- \* MORTE = R\$ 13.500,00  
 INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.  
 DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO), ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.

- \* O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA  
 COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COM OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO  
 PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSE WWW.DPVATSEGURADOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE	WILIAN CRIST	RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA
DATA	01/02/13	DATA
IDENTIDADE	5109	ASSINATURA
DPVAT/RJ		

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE	WILIAN CRIST	RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA
( ) CARTERA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTERIA DE TRABALHO OU CARTERIA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)	WILIAN CRIST	DATA
( ) CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)	WILIAN CRIST	ASSINATURA
( ) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPR. SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)	WILIAN CRIST	
DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)	WILIAN CRIST	

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VITIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE



Cópia

Releitura 15.01.2013

Alexandre Cunha Ramos  
Agente de Policia  
Mat. 221 787-2



AER

07/11/12  
16:50

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
GERÊNCIA GERAL DE POLÍCIA CIENTÍFICA  
INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL ANTÔNIO PERSIVO CUNHA

## LAUDO TRAUMATOLÓGICO - Nº. 25341 / 11.2012 - Recife

REQUISITADO POR: 22º CIRC/ PIEDADE/ JABOATÃO/ PE Oficio nº. 315/2012 Data: 07 de Novembro de 2012

ENCAMINHAR PARA: 22º CIRC

O Médico Legista abaixo assinado, cumprindo determinação do Gestor do Instituto Médico Legal Antônio Persivo Cunha, de acordo com o disposto na legislação vigente, examinado às 16:43 horas do dia 07, de novembro de 2012, na Seção de Clínica Médico-legal, procederam o exame de: WILLIAM MARINHO BEZERRA, filho(a) de SEBASTIÃO BEZERRA DA SILVA e MARIA DE FÁTIMA SOARES MARINHO de cor branca, sexo feminino, cabelos castanhos \*, barba \*\*\*, estado civil solteira, aparentando a idade de 30 anos, peso Kg, com cm de estatura, residente à RUA CÁRCERES QUADRA 06 BLOCO 09 APTº 102 nº S/N, bairro CANDEIAS, município JABOATÃO, Estado PE, natural de RECIFE / PE, nacionalidade BRASILEIRA, documento apresentado RG Nº 5.769.823, profissão ESTUDANTE; vestes \*\*\*, sinais particulares \*\*\*, local da ocorrência \*\*\*, verifica o que, a seguir, descreve, pelo que responde a estes quesitos:

1º Houve lesão à integridade corporal ou à saúde do examinado? SIM.

2º Qual o instrumento ou o meio que a ocasionou? INSTRUMENTO CONTUNDENTE.

3º Da lesão resultou debilidade permanente de membro, sentido ou função, perigo de vida, aceleração de parto, incapacidade para as ocupações habituais por mais de 30 (trinta) dias? (especificar) SIM. INCAPACIDADE PARA AS OCUPAÇÕES HABITUais POR MAIS DE 30 (TRINTA) DIAS. PREJUDICADO QUANTO À DEBILIDADE. AGUARDO EXAME COMPLEMENTAR APÓS NOVENTA DIAS

4º Da lesão resultou deformidade permanente, perda ou inutilização de membro, sentido ou função, enfermidade incurável, incapacidade permanente para o trabalho, aborto? (especificar) PREJUDICADO QUANTO À DEBILIDADE. AGUARDO EXAME COMPLEMENTAR APÓS NOVENTA DIAS

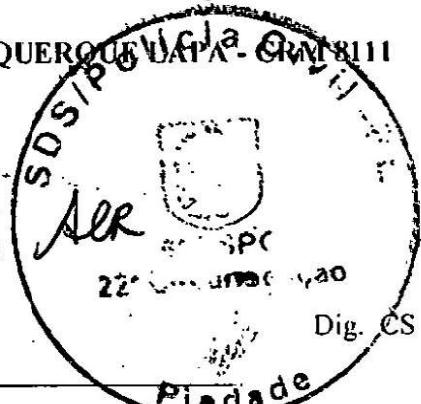
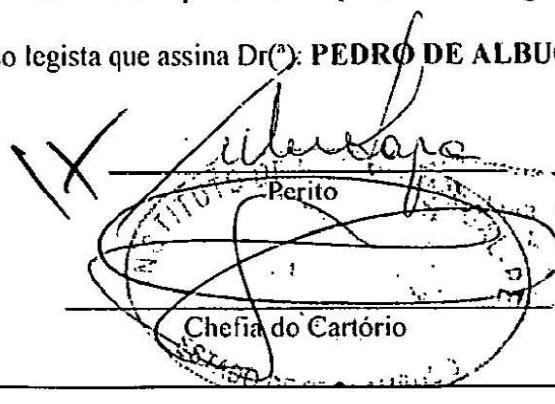
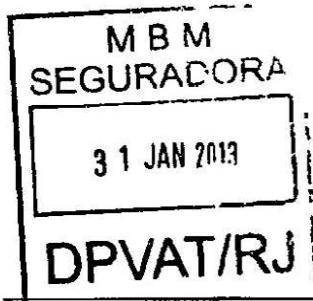
\*\*\* HISTÓRICO – Periciando vítima de acidente de trânsito (atropelamento) em 21/10/2012: Foi atendido no Hospital D. Hélder Câmara, de onde traz ficha de esclarecimento assinada pelo Dr. Osvaldo Lara Júnior, CRM 17933, que diz: "fratura de úmero".

\*\*\* DESCRIÇÃO – Ao exame o periciando encontra-se com o membro superior esquerdo imobilizado, e com bandagens cirúrgicas.

\*\*\* EXAMES SOLICITADOS / RESULTADOS –

\*\*\* DISCUSSÃO / CONCLUSÃO – Periciando ainda em tratamento. Deverá fazer exame complementar após término do mesmo, portando laudo especializado que detalhe diagnóstico final e prognóstico.

Lido e achado correto o médico legista que assina Drº PEDRO DE ALBUQUERQUE VAPÁ - CRM 8111



SDS - Polícia Civil de Pernambuco  
Delegacia de Polícia da 22ª Circunscrição  
Piedade

DATA: 03/12/2012  
PROTÓCOLO N° 1056

Func. Padrão: *Mol* - Maricota



POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
D.G.O.I. G.P.R.M.  
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 22ª CIRCUINSCRIÇÃO - PIEDADE

Ofício N°. 039/2013-Exame Complementar ao Lendo nº 25.341-17/2012

Jabotiba dos Guararapes, 17 de janeiro de 2013

Senhor Gestor.

Encaminho a V. Sa., a fira de que seja submetida a  
**EXAME TRAUMATOLÓGICO** a pessoa abaixo descrita:

NOME: WILLIAM MARINHO BEZERRA

DATA DE NASCIMENTO: 24/08/1982

NATURALIDADE: Recife/PE

FILIAÇÃO: Sebastião Bezerra da Silva e Maria de Fátima Soárez da Cunha

ENDERECO: Rua Cáceres, Quadra 06, Bloco 09, Aptº 102.

Candeias, Jabotiba dos Guararapes/PE.

Informo que o referido laudo deverá ser remetido à  
esta 22ª Circunscrição Policial - Delegacia de Piedade.

RECOBRO



DATA -

10/07/13

HORA -

13h00hs

Atenciosamente.

*PL*  
ANA AMÉLIA DE CARVALHO CUNHA  
Delegada de Policia

Trazer no dia AGENDADO, OFICIO  
com este recibo anexado, mais COPIA  
do documento pessoal e cópias da Ficha  
Exclarecimento do Hospital e/ou laudos  
médicos. (Se Exame Complementar,  
trazer o resultado do exame feito no  
IML)

Atendimento por ordem de chegada!



Lilian Ferreira da Silva  
Auxiliar de Legista  
Matr. 296232-2

Ilmo. Sr.

Gestor do INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL PMPE  
RECIFE - PE.





DOCUMENTOS DE IDENTIFICAÇÃO



1004037

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 5.769.823 DATA DE EXPEDIÇÃO 27/05/2010

NOME << WILLIAM MARINHO BEZERRA >>

FILIAÇÃO << SEBASTIÃO BEZERRA DA SILVA >>  
<< MARIA DE FATIMA SOARES MARINHO >>

NATURALIDADE RECIFE - PE DATA DE NASCIMENTO 24/08/1982

DOC ORIGEM << CN.60296 L.52-A.F.42 CART.CASA  
AMARELA - RECIFE-PE 01.09.82 >>

CPF 050.486-944-03

ASSINATURA DO DIRETOR  
LEIN 4 - NOME DE 2010/03

F-39 30.130 3022





## Resumo de Alta Hospitalar / Orientação Final / Ficha de Esclarecimento

Nome: Willian Manoel Bezerra Registro nº 40066  
Idade: 30 Sexo:  Data da Admissão: 22/10/12 Data da Alta: 30/10/12

Diagnósticos Definidos: ft de Ulmo

DOCUMENTAÇÃO MÉDICO HOSPITALAR \*1004031\*

Conduta / Procedimentos Realizados: Diálogo com paciente  
Exame físico

Prescrição para o Domicílio: Analgésicos  
Antidiábolico 5

Informações Complementares:

Assinatura do Médico e Carimbo

Programação após Alta: Ambulatório de Egresso: SIM  Data da Consulta:  NÃO

MBM  
SEGURADORA  
31 JAN 2013  
DPVAT/RJ

Data: 22/10/2012  
Hora: 06:49:17  
SAME:

Pedido: 88735 Atendimento: 118874 Idade: 30a 1m 29d  
Paciente: 40066 WILLIAM MARINHO BEZERRA  
Médico Solicitante: CRM - 17726 IJACIEL SOARES DE OLIVEIRA  
Data da Solicitação: 22/10/2012 Hora: 06:17:58 Dt. Realiz....: 22/10/2012  
Convênio: SUS/SIA AMB/URG Origem da Solicitação: UPA BARRA DE JAGANDA  
Unidade Internação: Enfermaria: Leito:

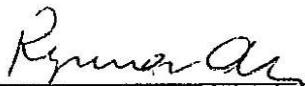
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO ÓMBRO ESQUERDO

Indicação:  
Fratura do úmero.

Analise:  
Foram realizados cortes tomográficos axiais do ombro esquerdo, em aparelho multidetector, com posterior reconstruções, que evidenciam:

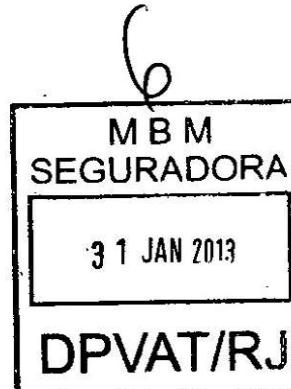
Fratura completa da porção proximal do úmero, no nível do colo cirúrgico, com deslocamento superior e posterior da cabeça úmeral.

Demais estruturas ósseas regionais íntegras. Textura óssea normal.  
Aumento de partes moles regionais relacionada ao trauma.



Dr(a): Regina Alves

CRM: 13864



Atendimento: 289400  
Data e Hora: 21/10/2012 16:57

Senha da Classificação:

**0171**

Paciente: 71480 **WILTON MARINHO BEZERRA** Sexo: MASCULINO  
Data do Nascimento: 24/08/1982 Idade: 30 anos Convenio: 2 SUS - PRONTO ATENDIMENTO  
Nome da Mãe: MARIA DE FATIMA SOARES MARINHA Nome do Pai: SEBASTIAO BEZERRA DA SILVA  
Estado Civil: SOLTEIRO Nome do Médico: CLAUDIA BARBOSA ALMEIDA CRM: 17724  
Endereço: CAATIBA BLOCO 9 - 6 Bairro: CANDEIAS  
Cidade/UF: JABOTAO DOS GUARARAPES PE Cep: 54480230 Usuário Atendimento: MOH  
RG (Identidade): 5769823 SDS-PE Data de Emissão: 27/09/2012  
CPF (Cadastro de Pessoa Física): Fone: 96384441  
CRN(Certidão de Registro de Nasc): Data de Emissão CRN:

**RESUMO DE TRATAMENTO**

Peso: \_\_\_\_\_ Altura: \_\_\_\_\_ Temperatura: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

**Queixa Principal**

Pcti cl estéril de alergosensitivo no  
± 23 cl dor no ouro (5. Tropo de pelo  
SPM aperto (ulc. borbos alergico). Pcti  
nubla e dor no. Pcti consome alergicos.

**Exame Físico**

Exams, exaus, lumbocervical estéril.  
CR 6/15. Golsas no ouro e cl exponi  
hiperico. Pcti no colabostico. cl exponi  
fuso. Pcti adeusticado. Si leus no pul

**Hipótese Diagnóstico****Conduta Terapêutica**

Pcti: Evoluir cl cines pmonost  
cinses

**Prescrição Médica**

① Thiofia.  
② Valtex 0,5 mg 1m.

SO: MDM

SOMA: 3985358

VTP Spur X

Destino: ( ) Encaminhado ao Ambulatório ( ) Residência

Transferido:

Para: \_\_\_\_\_

Senha: \_\_\_\_\_

**MBM**  
**SEGURADORA**

31 JAN 2013

**DPVAT/RJ**

Carimbo Médico  
SILVIA MARIA BEZERRA

DATA: 21/10/12 HORA: \_\_\_\_\_

HISTÓRICO

## 1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: William Brancalha Bezerra Número do Atendimento: \_\_\_\_\_  
 Idade: 30 A. Acompanhado por: \_\_\_\_\_

## 2. QUEIXAS PRINCIPAIS

Trezeus pelo SAMU / nistéria de atropelamento com dor no M&E

## 3. ANTECEDENTES PESSOAIS

( ) Alergias Quais: Denatureci ( ) Tabagismo ( ) Etilismo ( ) Cardiopatia ( ) Diabetes ( ) HAS  
 ( ) Epilepsia ( ) Depressão ( ) Câncer ( ) Doenças pulmonar ( ) Outras \_\_\_\_\_

EXAME FÍSICO

## 4. ESTADO GERAL

ESTADO GERAL: ( ) Bom ( ) Regular ( ) Grave

## 5. INTEGRIDADE DA PELE

( ) Normocorado ( ) Hipocorado ( ) Acianótico ( ) Cianótico ( ) Anictérico ( ) Ictérico ( ) Pele fria ( ) Pele úmida ( ) Reações Alergicas  
 ( ) EDEMAS ( ) Face ( ) Pálpebra ( ) MMSS ( ) MMII ( ) Anasarca  
 ( ) ÚLCERA POR PRESSÃO LOCAL: \_\_\_\_\_

## 6. AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: ( ) Consciente ( ) Inconsciente ( ) Orientado ( ) Desorientado ( ) Toporoso ( ) Sedado  
 PUPILAS: ( ) Normais ( ) Isocôricas ( ) Anisocôricas ( ) Estrabismo ( ) Midriase ( ) Miose ( ) Fotorreagente

## 7. ESTADO EMOCIONAL

ESTADO EMOCIONAL: ( ) Cooperativo ( ) Choroso ( ) Irritado ( ) Sonolento ( ) Ansioso ( ) Agitado

## 8. SINAIS VITais

( ) Afebril ( ) Febril T. AXILAR= \_\_\_\_\_ °C FR= \_\_\_\_\_ IPM Sat O2= \_\_\_\_\_ ( ) Eupneico ( ) Dispneico ( ) Traqueostomia ( ) Entubado  
 MURMÚRIOS VESICULARES: ( ) Presentes ( ) Ausentes ( ) Diminuídos RUÍDOS ADVENTÍCIOS: ( ) Roncos ( ) Sibilos ( ) Crepitantes FC= \_\_\_\_\_ bpm  
 PA: 120 x 70 mmHg PULSO: ( ) Filiforme ( ) Cheio ( ) Rítmico ( ) Ausente ACESSO VENOSO: ( ) Periférico ( ) Jugular ( ) Subclávia

## 9. SISTEMA GASTROINTESTINAL

DIETA: ( ) VO ( ) Aceita bem ( ) Parcialmente ( ) Não aceita ABDOME: ( ) Flácido ( ) Tenso ( ) Distendido ( ) Globoso ( ) Doloroso ( ) Plano  
 ( ) Ascítico ( ) Gravídico EVACUAÇÃO: ( ) Normal ( ) Constipação ( ) Flatos ( ) Diarréia Nº evacuações \_\_\_\_\_ Aspecto: ( ) Normal ( ) Mucoso  
 ( ) Líquida ( ) Melena ( ) Odor fétido ( ) Odor característico ( ) ÊMASE Aspecto: ( ) Hematêmase ( ) Com resíduo alimentar

## 10. SISTEMA GENITOURINÁRIO

DIURESE: ( ) Presente Aspecto: S/AT ( ) Ausente ( ) Espontânea ( ) SVD ( ) SVA ( ) Gostostomia ( ) Irrigação ( ) Anúria  
 ( ) Disúria ( ) Hematúria ( ) Oligúria ( ) Polaciúria

M B M  
SEGURADORA

31 JAN 2013

## 11. SISTEMA MUSCULOESQUELÉTICO

MOBILIDADE: ( ) Ativa ( ) Passiva MOVIMENTO CONSERVADO: ( ) Sim ( ) Não FORÇA MOTORA: ( ) Sim ( ) Não ( ) PARESIA Local:  
 ( ) AMPUTAÇÃO Local: \_\_\_\_\_ ( ) GESSO Local: \_\_\_\_\_ ( ) TALA GESSADA Local: \_\_\_\_\_  
 Outros: \_\_\_\_\_

DPVAT/RJ

## 12. OBSTETRÍCIA



## PERNAMBUCO

**UPA 24h**  
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO  
BARRA DE JANGADA

 GESTÃO  
**IMIP**  
HOSPITALAR

## EVOLUÇÃO CLÍNICA

Nome: Liliana Moreira Bezerra Registro: 1111111111111111

Registro: \_\_\_\_\_

Responsável: \_\_\_\_\_ Contato: \_\_\_\_\_

Contato: \_\_\_\_\_



**UPA24h**  
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO  
Barra de Jangada

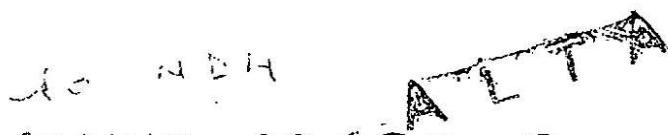


RECEITUÁRIO

William Manoel Rego.

00 404

SENHA 2985358



Pct de 300g de leite

de queijo tipo mousse

1 por dia

Pct de 300g de leite

bilho de 100g de leite

de leite desnatado

1 por dia

Faça as suas modificações

O LEITE MATERNO É O MELHOR ALIMENTO PARA SEU FILHO



12

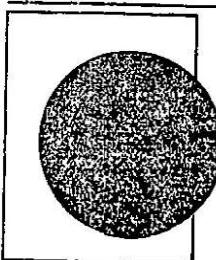
10



# UPA 24 HORAS - BARRA DE JANGADA

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo IMIP HOSPITALAR (SUS-BH)

21/10/2012 16:54



Nome Paciente: WILLIAN MARINHO BEZERRA  
Cód. Paciente:  
Data de Nascimento: 24/08/1982  
Sexo: Masculino  
Idade: 30  
Senha: 0171  
Convênio:  
Atendimento:

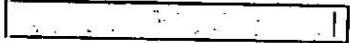
21/10/2012 16:54 - EDILSON BERNARDO DA SILVA - classificação

ALTA

Prioridade:

AMARELO - URGÊNCIA

Cor:



Queixa Principal:

PACT TRAZIDO PELO SAMU COM COM HISTÓRIA ATROPELAMENTO COM DOR EM OMBRO ESQUERDO

Alergia:

DESCONHECE

Observação:

-

Fluxograma sintoma: TRAUMA MODERADO

Discriminador(es):

- FRATURA SEM DEFORMIDADE

Especialidade:

ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Sinais Vitais Lidos:

- HGT: 126.00 MG/DL  
- P.A. DISTOLICA: 70.00 MMHG  
- P.A. SISTOLICA: 120.00 MMHG

Recursos Utilizados:

-

Intervenções Salva Vida:

-

Situações de Alto Risco:

-



Acolhido(a) por: EDILSON BERNARDO DA SILVA

38 : 00  
Saida



## ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins que o (a) senhor (a)

Willian Marinho Bezerra foi atendido (a) neste  
serviço no dia: 30/10/12 CID: 542

Necessitado de 15 dias de afastamento de suas atividades  
(no trabalho ou escola).

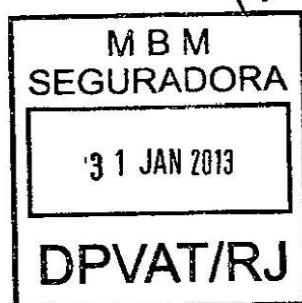
Estando apto para voltar ao trabalho.

Como acompanhante.

Outros: \_\_\_\_\_

Willian 30 de 10 de 20 12

Médico





## ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins que o (a) senhor (a)  
William Marinho Braga foi atendido (a) neste  
 serviço no dia: 02/01/13 CID: Entus. Úmer. Poxim  
E

Necessitado de 15 dias de afastamento de suas atividades  
 (no trabalho ou escola) / Quinze)

Estando apto para voltar ao trabalho.

Como acompanhante.

Outros: \_\_\_\_\_

02, 07 de 01 de 2013

Dr. Étio X de Carvalho  
 Traumato-Ortopedia  
CRM 15926  
Médico



RECEITUÁRIO

Willon Moratto Brgns

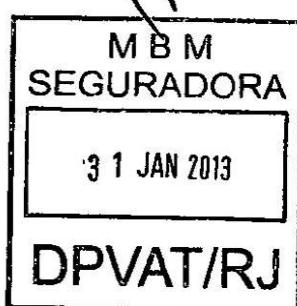
Lombos

Dolores para deitar fios que  
willon Moratto Brgns por  
submetido - tratamento cura-  
mento unico e estes em  
desenvolvimentos ambulatório

c/10-10: 5-42.2

Dr. Enio K. de Carvalho  
Traumato-Ortopedia  
CRM 15926

14/11/12



## PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 2013062202**Cidade:** Jaboatão dos Guararapes**Natureza:** Invalidez**Vítima:** WILLIAM MARINHO BEZERRA**Data do acidente:** 21/10/2012**Emissor do parecer:** GALDINO LEONARDO**Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A**Prestadora:** SAUDESEG Sistemas de Saude Ltda.**CRM do médico:** 17727

## PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA DE ÚMERO ESQUERDO

**Descrição do exame médico pericial:** AO EXAME COM MSE COM LIMITAÇÃO DE ABDUÇÃO EM 80°, LIMITAÇÃO DE ROTAÇÃO INTERNA ATÉ AS NÁDEGAS, EXTENSA CICATRIZ NO ÚMERO PROXIMAL E DIMINUIÇÃO DE FORÇA NO MSE

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO E CONSERVADOR.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:** Com sequelas

**Data da perícia:** 19/02/2013

**Conduta mantida:**

**Observações:**

**Valor pleiteado:** 13.500,00

**Médico avaliador:** GALDINO LEONARDO

**UF do CRM do médico:**

## DANOS

<b>Dano</b>	<b>%</b>	<b>Dimensão</b>	<b>Graduação</b>
Perda funcional completa de um dos membros superiores	70	1	75

**Valor avaliado:** 7.087,50

## PARECER DE ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 2013062202**Cidade:** Jaboatão dos Guararapes**Natureza:** Invalidez**Vítima:** WILLIAM MARINHO BEZERRA**Data do acidente:** 21/10/2012**Emissor do parecer:** Arnaldo Kacelnik**Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A**Prestadora:** IBMES INST.BRASDE MEDICINA ESPEC.EM SEGUROS LTDA**CRM do médico:** 312915

## PARECER

**Data da análise:** 15/02/2013**Valoração do IML:****Perícia médica:** Sim**Diagnóstico:** Fratura em úmero E**Resultados terapêuticos:** TTO conservador**Sequelas permanentes:****Sequelas:****Conduta mantida:****Quantificação das sequelas:****Documentos complementares:****Observações:****Valor pleiteado:** 13.500,00**Médico avaliador:** Arnaldo Kacelnik**UF do CRM do médico:** RJ

## DANOS

Dano	%	Dimensão	Graduação
Danos não definidos.			

**Valor avaliado:** 0,00

# **Avaliação para fins de Verificação e Quantificação de Lesões Permanentes**

---

## **Informações do Acidente**

Sinistro: 2013062202

Nome da Vítima: WILLIAM MARINHO BEZERRA

Local: JABOATÃO DOS GUARARAPES-PE

Data do Acidente: 21/10/2012

## **Resultado da avaliação apurada pelo Médico Examinador**

---

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

(  )Sim (  )Não (  )Prejudicado

Em caso de assinalar resposta como "não" ou "prejudicado" apresentar justificativas.

---

---

**Só prosseguir no laudo em caso de resposta afirmativa no quesito**

II. Com base no quadro clínico atual do Examinado, favor registrar:

a) Qual região corporal se encontra acometida. Caso haja mais de uma, informar.

MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO

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.

CICATRIZ UMERO PROXIMAL E DOR

III. Há indicação da Vítima ainda ter que realizar algum tratamento, incluindo medidas de reabilitação e/ou exames complementares para fins de diagnóstico ou de controle terapêutico?

a) Tratamentos (  )Sim (  )Não

Em caso afirmativo, descreva as condutas terapêuticas e/ou de reabilitação:

---

---

b) Exames Complementares (  )Sim (  )Não

Em caso afirmativo, descreva os exames complementares prescritos e seus prazos:

IV. Com base no exame clínico se pode afirmar que o quadro cursa com:

( ) Disfunções apenas temporárias.

Neste caso informar a data de cessação da disfunção ou um prazo médio compatível, previsto para uma reavaliação e se há necessidade de uma avaliação complementar.

( x ) Dano anatômico e/ou funcional definitivo (sequelas)

Informar as limitações físicas irreparáveis e definitivas.

MSE COM LIMITAÇÃO DE ABDUÇÃO EM 80º, LIMITAÇÃO DE ROTAÇÃO INTERNA ATÉ AS NÁDEGAS, EXTENSA CICATRIZ NO ÚMERO PROXIMAL E DIMINUIÇÃO DE FORÇA NO MSE

V. Em virtude da evolução da lesão e/ou de seu tratamento, faz-se necessária a realização de algum exame complementar?

( ) Sim ( x ) Não

Em caso afirmativo informar qual(is) e seus prazos de controle.

Em caso de resposta "disfunções temporárias" do item IV ou de resposta "sim" ao item V, favor NÃO preencher os demais campos abaixo assinalados.

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

Com base no exame médico se pode documentar:

( ) Total

(Dano anatômico ou funcional permanente que comprometa a integra do patrimônio físico e/ou mental da vítima).

( x ) Parcial

(Dano anatômico e/ou funcional permanente que comprometa apenas parte do patrimônio físico e/ou mental da vítima).

Em se tratando de enquadramento como "parcial" informar se o dano é "completo" ou "incompleto":

( ) Parcial Completo

(Dano anatômico e/ou funcional permanente que comprometa de forma global algum segmento corporal da vítima).

( x ) Parcial Incompleto

(Dano anatômico e/ou funcional permanente que comprometa apenas em parte a um (ou mais de um) segmento corporal da vítima).

Segundo o previsto na alínea II, 1º do art. 3º da Lei 6.194/74 com redação modificada pelo artigo 31º da Lei 11.945/2009, correlacionar as graduações percentuais compatíveis aos respectivos danos em apurados, em cada segmento corporal acometido, tantas quantas forem as seqüelas definitivas então identificadas.

1º Lesão

**Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros superiores e/ou inferiores de uma das mãos.**

Marque o percentual: ( ) 10% Residual ( ) 25% Leve ( ) 50% Médio ( x ) 75% Grave

**Observação: Dependendo do tipo de lesão, da localização corporal, das perdas anatômicas e funcionais correspondentes, o enquadramento da(s) respectiva(s) seqüela(s) poderá ser desmembrado ou não, em um mesmo segmento corporal ou mais de um, sendo a decisão um critério de quem apura o dano com base em registros semiológicos que especifiquem e delimitem a amplitude das limitações físicas e/ou mentais presentes ao exame médico e então documentadas**

**Informações Complementares Apresentadas pelo médico Examinador ou Revisor**

---

---

**Identificação do médico responsável pela avaliação.**

---

**Identificação do Médico Examinador**

Nome do Médico: GALDINO LEONARDO

Registro no CRM: 17727/PE

**Local e Data do Exame**

RECIFE 19 DE FEVEREIRO DE 2013