

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?

(x) 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 UMERÓ 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 (x) Não

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

b) Exames Complementares () Sim (x) Não

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

IV. Com base no exame clinico 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 80°, 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 medico se pode documentar:

() Total

(Dano anatômico ou funcional permanente que comprometa a integridade 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: 000000097377-6

Nr. da Autenticação 61DEAF9169F09E5A

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA

1004040



EU William Marinho Bezerra

PORTADOR DO R.G. 5.469.823 SOS-PE CPF 050.488.964-83

DECLARO PARA OS DEVIDOS FINS QUE RESIDO ATUALMENTE NO

ENDEREÇO ABAIXO CITADO:

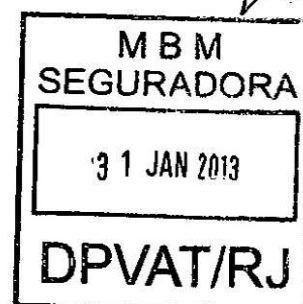
RUA/AV: Rua Carleus, Quadra 06 Bloco 09 aptº 102

Nº S/D COMPLEMENTO Conjunto Res BAIRRO Candeias

CIDADE Jalisco dos Guaranás UF: Pe CEP 54.430-170

, 15 / 01 / 2013.

William Marinho Bezerra
(Assinatura)



Loterias CAIXA

CAIXA ECONÔMICA FEDERAL

CAIXA: sorteios de segunda-feira a sábado, às

088-550014637-4

08/JAN/2013 HORA DE 09:23:40

LOT. 15.02960-8 TERM 031398

LOCALIDADE: RECIFE

US. VINCULADA: 2346

COMPROVANTE PAGAMENTO DE

BLOQUETO BANCOS

DATA DE VENCIMENTO: 08/01/2013

VALOR DO PAGAMENTO: 130,02

3419175348 39810972040

00173090002 2 000000000000000

UISQUE CAIXA - 0800 725 0101

Quvidoria da CAIXA - 0800 725 7474

Reclamações, sugestões e elogios

www.caixa.gov.br

088-550014637-4

IA DO CLIENTE

Loterias CAIXA

Loterias CA

Hipercard

FAC

9912275104 DR/SPM
BANCO ITAU

CORREIOS

Hipercard Banco Múltiplo S/A
Rua Ernesto de Paula Santos, 187
Loja 01, Recife, Pernambuco
CNPJ 03.012.230/0001-69

Endereço para Devolução

Caixa Postal 60141

CEP 05314-970

São Paulo

Para uso dos correios

☐ Mudou-se

☐ Desconhecido

☐ Recusado

☐ Ausente

☐ Não procurado

☐ Endereço insuficiente

☐ Não existe o nº indicado

☐ Falhado

☐ Outros

Responsável pela informação

☐ Morador

☐ Sócios

☐ Parente

Entregador

CTG RECIFE PERL4

SEBASTIAO BEZERRA DA SILVA

R CARCERES SN

BL 9 AP 102 QD 6 CJ RES NUARDIM PIEDADE

CANDEIAS

54430-170 JABOATÃO DOS GUARARAPES PE

3211094230381650000002557210181212

Data de Postagem: 19/12/2012

Data de Vencimento: 01/01/2013

M B M
SEGURADOR

31 JAN 2013

DPVAT/R\$

Fam para Contato: (81) 9638 9441 -> Sebastião (Pai da Vitória)
8144 4440 -> Maria de Fátima (Mãe da Vitória)

Central de Atendimento HiperCard
Capitais e Regiões Metropolitanas: 3003 3030
Demais Localidades: 0800 720 3030
SAC (24h) 0800 724 4845
SAC Def: audiotivo ou de fax: 0800 72-44838
Ouvidoria (dias úteis das 9-18h): 0800 5700011
www.hypercard.com.br



Extrato Mensal

Demonstrativo das Movimentações

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

Limite de Crédito Rotativo

R\$ 2.200,00

Limite de Crédito Parcelado

R\$ 3.300,00

Vencimento

01/01/2013



Em atendimento à Lei 12.007/09, declaramos que, com exceção dos débitos constantes nesta fatura e despesas eventualmente contestadas, os lançamentos das faturas anteriores encontram-se quitados. Esta declaração substitui os comprovantes anteriores.

Taxas praticadas nesta fatura

Juros de financiamento 16,71% a.m.
Juros de mora 1,00% a.m.
Multas por atraso 2,00%

Encargos para o próximo período

Juros máximo de financiamento 17,56% a.m.
Encargos máximos em caso de pagamento mínimo R\$ 19,07

Custo total (CET)

Do financiamento 18,00% a.m.
Das comissões parceladas administradora 8,51% a.m.
Das comissões parceladas nas lojas do rede Todo Dia, Sam's, Mixto e Walmart Supercenter 5,16% a.m.
Do parcelamento da fatura 6,09% a.m.
Do pagamento de tarifas 2,48% a.m.

Parcelamento desta fatura

Juros parcelamento da fatura 5,80% a.m.
Valor total de parcelamento desta fatura R\$ 202,50
Valor do IOF R\$ 1,64

IOF vigente: 0,0041% ao dia - alíquota de 0,38%

Data de fechamento (emitido): 18/12/2012

Data prevista de fechamento da próxima fatura: 18/01/2013

Saldo Anterior

R\$ 132,38

Créditos e Pagamentos

R\$ 132,38

Saldo Residual (A)

R\$ 0,00

Débitos do Período (B)

R\$ 130,02

Total a Pagar (A+B)

R\$ 130,02

ATENÇÃO: Em caso de pagamento inferior ao valor total, o cliente deverá ficar com as parcelas e encargos acumulados nesta fatura, incidentes sobre a diferença entre o valor total e o valor pago.

Parcelamento da Fatura

18x R\$ 11,25

Pagamento Mínimo

R\$ 24,46

Programa de Pontos

Saldo de Pontos Acumulados em 12/2012: 0

Pontos a Expirar em 02/2013: 0

Os pontos adquiridos nesta fatura serão demonstrados no saldo de pontos da próxima fatura. Condição de pagamento mínima desta fatura.

Valor Pago

R\$

Autenticação Mecânica

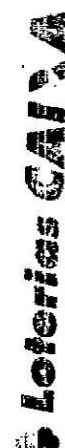
é de 5 anos, mas é preciso tomar alguns cuidados: evite expor o papel a luz do sol, fumaça, fluorescentes, fontes de calor e umidade excessiva e ao contato com água ou outros líquidos ou químicos. Se precisar antes o tempo de validade, procure o prazo de validade no verso do bilhete.

Contra os dados contidos no verso do bilhete, pois ele é o único comprovante que o bilheteu recebe o prêmio. O bilheteu deve ser entregue em de 90 dias, a contar da data de abertura do concurso. Para, sem qualquer custo, solicitar o bilhete de loterias autorizadas pela CAIXA.

ESTE RECIBO É UM TÍTULO À PORTADOR. PARA TORNÁ-LO PESSOAL E INTRANSFERÍVEL, ESCREVA NO VERSO O SEU NOME COMPLETO E NÚMERO DO CPF.

SAC CAIXA: 0800 726 0101 (informações, reclamações, sugestões e elogios) / 0800 726 2192 (Atendimento a pessoas com deficiência mediante)

Ouvidoria: 0800 725 7474. Sugestões não solucionadas e denúncias.



A vida útil das loterias impressas neste comprovante é de 5 anos, mas é preciso tomar alguns cuidados: evite expor o papel a luz do sol, fumaça, fluorescentes, fontes de calor, umidade excessiva e ao contato com água ou outros líquidos ou químicos. Se precisar antes o tempo de validade, procure o prazo de validade no verso do bilhete.

Contra os dados contidos no verso do bilhete, pois ele é o único comprovante que o bilheteu recebe o prêmio. O bilheteu deve ser entregue em de 90 dias, a contar da data de abertura do concurso. Para, sem qualquer custo, solicitar o bilhete de loterias autorizadas pela CAIXA.

ESTE RECIBO É UM TÍTULO À PORTADOR. PARA TORNÁ-LO PESSOAL E INTRANSFERÍVEL, ESCREVA NO VERSO O SEU NOME COMPLETO E NÚMERO DO CPF.



COMPROVAÇÃO DE ATO DECLARATORIO



SAMU
192


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


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





DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, William Morimbo Bezerra portador da carteira de identidade nº 5.462.823 e inscrito no CPF/MF sob o nº 050.488.964-83 residente e domiciliado na Rua Carlos, Quadra 06 Bloco 09 aptº 102 - Candia Cidade Jaboatão dos Guararapes 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

(X) 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.

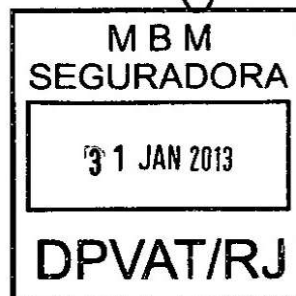
Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

William Morimbo Bezerra

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

Jaboatão dos Guararapes 15.01.2013

Local e data



BOLETIM DE OCORRENCIA

1004026



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLICIA DA 022A. CIRCUNSCRICAO - PIEDADE

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 12E0112005604

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 07/11/2012 às 11:46

ACIDENTE DE TRANSITO COM VITIMA NAO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia 21/10/2012 no período da Tarde

Fato ocorrido no endereço: **BAIRRO DE PRAZERES (BAIRRO), 1, PRÓXIMO A ESTAÇÃO DE METRÔ**
Bairro: **PRAZERES** - Município: **JABOATÃO DOS GUARARAPES** - Estado: **PERNAMBUCO** - País: **BRASIL**

Local do Fato: **VIA PÚBLICA** - Próximo: **NAO INFORMADO**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:
MOTORISTA DESCONHECIDO (AUTOR \ AGENTE)
WILLIAM MARINHO BEZERRA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

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

(VITIMA) - WILLIAM MARINHO BEZERRA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino

Mãe: **MARIA DE FATIMA SOARES MARINHO**; Pai: **SEBASTIÃO BEZERRA DA SILVA** Data de Nascimento: **24/8/1982**;

Naturalidade: **RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL**

Documento: **8769823/SDS/PE (RG)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)**; Escolaridade: **2º. GRAU COMPLETO**; Profissão: **ESTUDANTE**; Telefone de Contato: **NÃO INFORMADO**; Telefone Celular: **86389441**

Motivo da Viagem: **OUTROS**

Endereço Residencial: **RUA CARCERES, 1, QUADRA 06, BLOCO 08, APTº 102, 55000-000, CANDEIAS, JABOATÃO DOS GUARARAPES, PERNAMBUCO, BRASIL**

Endereço Comercial: **NÃO INFORMADO**

Dados Comerciais: **NÃO INFORMADO**

(AUTOR \ AGENTE) - MOTORISTA DESCONHECIDO (não presente ao plantão) - Sexo: Desconhecido

Mãe: **NÃO INFORMADO**; Pai: **NÃO INFORMADO** Data de Nascimento: **NÃO INFORMADO**; Naturalidade: **NÃO INFORMADO / NÃO INFORMADO / NÃO INFORMADO**

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

Telefone Celular: **NÃO INFORMADO**

Endereço Residencial: **NÃO INFORMADO**

Endereço Comercial: **NÃO INFORMADO**

Dados Comerciais: **NÃO INFORMADO**

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

Complemento / Observação

INFORMA A VÍTIMA ATRAVESSAVA A ESTRADA DA BATALHA EM PRAZERES, JABOATÃO DOS GUARARAPES-PE, QUANDO FOI ATROPELADO POR UM VEÍCULO DE PLACA NÃO ANOTADA, SENDO CONDUZIDO PELO SAMU PARA UPA DE BARRA DE JANGADA E DE LÁ REMOVIDO PARA O HOSPITAL DOM MELDER, ONDE RECEBEU ATENDIMENTO MÉDICO, FICANDO CONSTATADA A FRATURA NO OMBRO ESQUERDO, ALÉM DE ESCORIAÇÕES PELO CORPO.



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

+ *William Marinho Bezerra*
WILLIAM MARINHO BEZERRA
(VITIMA)

B.O. registrado pelo policial: IVAN 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 5.969.823 EXPEDIDO POR SOS - P.F.
EM 27/05/2013 CPF/CNPJ Nº 050.488.964-83 PROFISSÃO Estudante
E RENDA MENSAL DE R\$ 1.100,00 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 fazer o depósito. Verifique 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

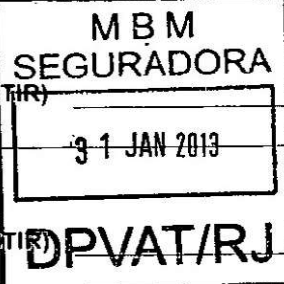
Nº BANCO 237 Nº AGÊNCIA (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) _____ 12
Nº CONTA POUPANÇA _____

() CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA DO BANCO DO BRASIL

Nº BANCO 001 Nº AGÊNCIA (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) _____
Nº CONTA POUPANÇA _____

() CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA DO BANCO ITAÚ

Nº BANCO 341 Nº AGÊNCIA (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) _____
Nº CONTA POUPANÇA _____



(X) 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 00094377-6

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 DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

LOCAL Jaboatão dos 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 seqüelas 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, tomando 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 ou ligue 0800-0221204, de segunda a sábado, de 6h 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: 1580/013/00097.377-6

NOME: WILLIAM M BEZERRA

DEPOSITANTE:

0

VALOR TOTAL:

10,00

VALOR DINHEIRO:

10,00

Informacoes, reclamacoes, sugestoes e elogios

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Ouvidoria da CAIXA: 0800 725 7474

www.caixa.gov.br

1a Via - Via do Cliente

Fone para contato: (81) 9638 9441 → Sebastião (Pai da Vítima)
81447740 → Maria de Fátima (Mãe da Vítima)



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

EU William Maximiliano Borges

PORTADOR DO R.G. 7.169.803-202-PE CPF 050.488.964-83

DECLARO PARA OS DEVIDOS FINS QUE RESIDO ATUALMENTE NO

ENDEREÇO ABAIXO CITADO:

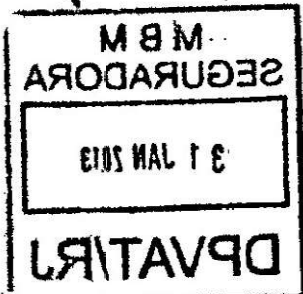
RUA/AV: Rua Curitiba, Quadra 06 Bloco 09 apto 105

Nº 20 COMPLEMENTO Condomínio BAIRRO Condomínio

CIDADE Florianópolis UF: SC CEP 88.130-150

18 101 1013

William Maximiliano Borges
(Assinatura)



IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA WILLIAM MARINHO DE JESUS
 DATA DO ACIDENTE 25/10/12 CPF DA VÍTIMA 050466984 83
 PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO D. MUSA
 QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR () VÍTIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM A VÍTIMA É _____
 ENDEREÇO DO PORTADOR RUA CALCEI BAIRRO S. ROQUE
 Nº 22 COMPLEMENTO _____ CEP 54430-110
 CIDADE SABOINO UF PE TELEFONE () _____
 E-MAIL _____

OUTROS



MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- ☒ REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- ☒ CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☒ CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☒ LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- ☒ IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA
- ☒ BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☒ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- ☒ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRME OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- () REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () CPF DA VÍTIMA (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 VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- () AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRME OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (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 VÍTIMA 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, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
- PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSTO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

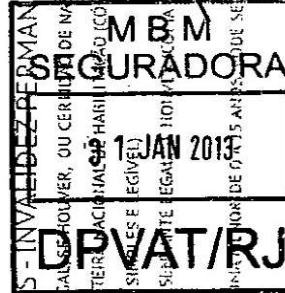
OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 25/09/2013
 IDENTIDADE Jx 69 823
 ASSINATURA _____

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA 01/02/13
 NOME _____
 ASSINATURA _____





Recebido em 15.01.2013

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

Aler

07/11/12
16:50GOVERNO 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 Ofício nº. 315/2012 Data: 07 de Novembro de 2012

ENCAMINHAR PARA: 22 - 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**

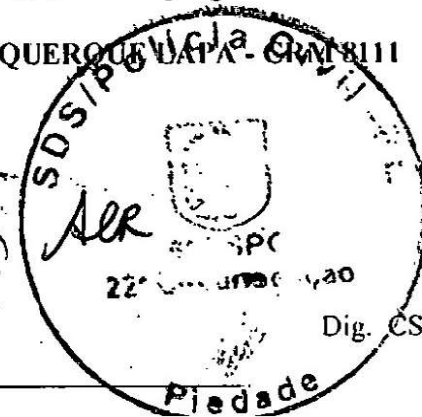
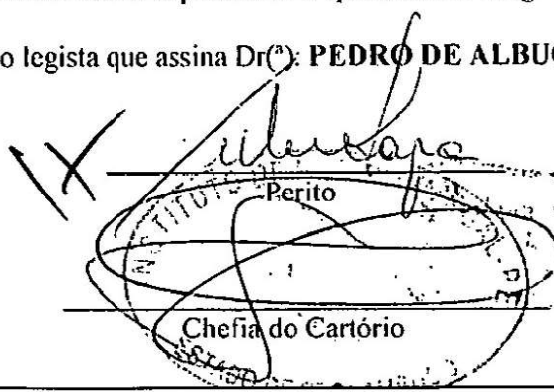
*** **HISTÓRICO** - Periciando vítima de acidente de trânsito (atropelamento) em 21/10/2012: Foi atendido no Hospital D. Hélder Câmara, de onde traz ficha de esclarecimento assinada pelo Dr. Osvaldo Lara Júnior, CRM 17933, que diz: "fratura de úmero".

*** **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 Dr(º): PEDRO DE ALBUQUERQUE VIEIRA CRM 8111



Polícia Civil de Pernambuco
 Delegacia de Polícia da 22ª Circunscrição
 Piedade
 Data: 03/12/2012
 PROTOCOLO Nº 1056
 Funcionário: *Mob*
 Mediculista





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

Ofício Nº. 039/2013-Exame Complementar ao Laudo nº 25.341/17-2013

Jaboatão dos Guararapes, 17 de janeiro de 2013

Senhor Gestor,

Encaminho a V. Sa., a fim de que seja submetida a
EXAME TRAUMATOLOGICO a pessoa abaixo discriminada.

NOME: WILLIAM MARTINHO BEZERRA

DATA DE NASCIMENTO: 24/08/1982

NATURALIDADE: Recife/PE

FILIAÇÃO: Sebastião Bezerra da Silva e Maria de Fátima Soares - Jordano

ENDEREÇO: Rua Cáceres, Quadra 06, Bloco 09, Aptº 162.

Candeias, Jaboatão dos Guararapes/PE.

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

RECIBO



DATA - 10/07/13

HORA - 13:00hs

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

Atendimento por ordem de chegada!

Pernambuco

Lilian Ferreira da Silva
Aux. de Legista
296232-2

Atenciosamente,

ANA AMÉLIA DE CARVALHO COELHO

Delegada de Polícia

M B M
SEGURADORA

31 JAN 2013

DPVAT/RJ

Ilmo. Sr.
Gestor do INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL PERITO
RECIFE - PE.

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO TAVARES DE RIL

CAC-01

10

COLAR O RETO

William Marinho Bezerra

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE



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 050.488.944-83

ASSINATURA DO TITULAR

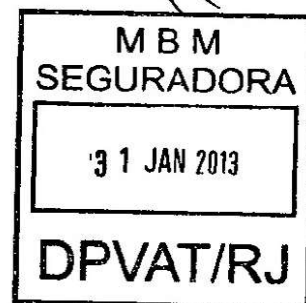
CEIN 47-13006-230883

F-35 30.130 - 3022

MBM
SEGURADORA

31 JAN 2013

DPVAT/RJ



Resumo de Alta Hospitalar / Orientação Final / Ficha de Esclarecimento

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

Diagnósticos Definidos: ft de 4/12/10

DOCUMENTAÇÃO MÉDICA HOSPITALAR

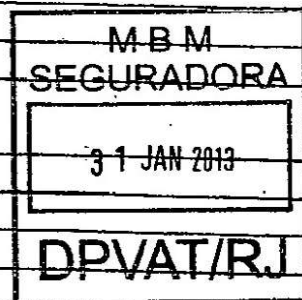
1004031



Conduta / Procedimentos Realizados: Medicamentos /
Pré e Pós Operatório

Prescrição para o Domicílio: Amoxicilina
Antibiótico

Informações Complementares: 5



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

Assinatura do Médico e Carimbo

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 ÔMBRO ESQUERDO

Indicação:

Fratura do umero.

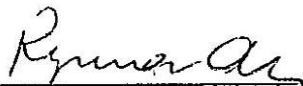
Análise:

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

Fratura completa da porção proximal do umero, no nível do colo cirurgico, com deslocamento superior e posterior da cabeça umeral.

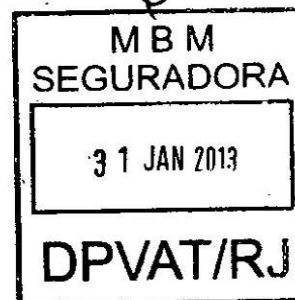
Demais estruturas ósseas regionais íntegras. Textura óssea normal.

Aumento de partes moles regionais relacionada ao trauma.



Dr(a): Regina Alves

CRM: 13864



Atendimento: 289400

Senha da Classificação:

0171

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

Paciente: 71480 **WILLIAN 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: JABOATAO DOS GUARARAPE PE Cep: 54480230 Usuário Atendimento: MONTEIRO
RG (Identidade): 5769823 SDS-PE Data de Emissão: 27/05/2010
CPF (Cadastro de Pessoa Física): Fone: 96324441
CRN(Certidão de Registro de Nasc): Data de Emissão CRN:

RESUMO DE TRATAMENTO

Peso: _____ Altura: _____ Temperatura: _____ Hora: _____

Queixa Principal

Queixa Principal: Pct. ci. histórico de atipicidade no
e 24 ci. dor no corno 5. Trozelo pelo
SPM apido (relato de alergia). Rupta
noite e dor. Pct. corno de dor.

Exame Físico

Exame Fisico

ECG, exame, hemograma e outros.
ECG 15. Gêneros em número de 1 e 10000.
Fígado. Pct mod colorado. C. exame
Fígado. Pct de colorado. Si. 10000 e 10000.

Hipotesis Diagnostico

Conduta Terapeutica

Pro: Frotte di corno promotor
c'ingua

Prescrição Médica

Prescrição Médica

① 7/10/2019

② Volume de arq. em. 10: 400

CONHA: 3985358

VIA FARM. 7

Destino: () Encaminhado ao Ambulatorio () Residência

Transferido:

Para:

Senha:

~~3-1 JAN 2013~~

Carimbo Médico

MBM
SEGURADORA

~~3-1 JAN 2013~~

DPVAT/RJ

DATA: 21/10/12 HORA: _____

HISTÓRICO

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: William Mendes Souza Número do Atendimento: _____
Idade: 30 a Acompanhado por: _____

2. QUEIXAS PRINCIPAIS

Torçoes pelo SMO / história de atropelamento com dor no MBE

3. ANTECEDENTES PESSOAIS

() Alergias Quais: Dermatite () 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 () Isocóricas () Anisocóricas () Estrabismo () Midríase () Miose () Fotorreagente

7. ESTADO EMOCIONAL

ESTADO EMOCIONAL: ☒ Cooperativo () Choro () 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 () Crepitações 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 () Gravidico 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/A () Ausente () Espontânea () SVD () SVA () Ostomia () Irrigação () Anúria
() Disúria () Hematúria () Oligúria () Polaciúria

11. SISTEMA MUSCULOESQUELÉTICO

MOBILIDADE: ☒ Ativa () Passiva MOVIMENTO CONSERVADO: ☒ Sim () Não FORÇA MOTORA: () Sim () Não
() AMPUTACÃO Local: _____ () GESSO Local: _____ () TALA GESSADA Local: _____
Outros: _____

12. OBSTETRÍCIA

MBM
SEGURADORA
31 JAN 2013

DPVAT/RJ

MBM
SEGURADORA



UPA24h
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO
Barra de Jangada



RECEITUÁRIO

William Maurício Bezerra

do NDIH

SENHA 2985358

ALTA

Deixei de 30 dias retirando
de quando que a hospitalização
e de em outro. E.

Deixei a seguir a seguir a

história médica 1000

deixa. exames! no

momento 66/15

Trabalho de curso normal

O LEITE MATERNO É O MELHOR ALIMENTO PARA SEU FILHO

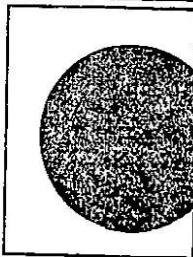
CRIM 1712
SOLICITAÇÃO
12



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 HISTORIA ATROPELAMENTO COM DOR EM OMBRO ESQUERDO
Alergia: DESCONHCE
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: -



Saida 38:00

Acolhido(a) por: EDILSON BERNARDO DA SILVA

514-02



ATESTADO MÉDICO

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

William Manoel Belys foi atendido (a) neste

serviço no dia: 30/10/12 CID: 542

☒ Necessitado de 5 dias de afastamento de suas atividades
(no trabalho ou escola).

☐ Estando apto para voltar ao trabalho.

☐ Como acompanhante.

☐ Outros: _____

Até 30 de 10 de 20 12

Médico

12
M B M
SEGURADORA

31 JAN 2013

DPVAT/RJ

503 - 4



HOSPITAL
DOM HELDER CÂMARA



ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins que o(a) senhor(a)
William Morais Bezerra foi atendido(a) neste
serviço no dia: 02/01/13 CID: Fratura Simples do
E



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



Estando apto para voltar ao trabalho.



Como acompanhante.



Outros: _____

02, 07 de 01 de 20 13

Dr. Enio A. de Carvalho
Traumato-Ortopedia
CRM 15926
Médico



RECEITUÁRIO

William Morintu Bygum

Laudo:

Declaro para todos fins que
William Morintu Bygum por
submissão a tratamento cirúrgico
nesta ocasião e está em
desenvolvimento em hospital

010-10: 5-42.2

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

14/11/12

MBM
SEGURADORA

31 JAN 2013

DPVAT/RJ

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:** COMPROMETIMENTO PARCIAL REFERENTE AOS MOVIMENTOS DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.**Sequelas :** Com sequela**Data da perícia:** 19/02/2013**Conduta mantida:****Observações:****Valor pleiteado:** 13.500,00**Médico avaliador:** GALDINO LEONARDO**UF do CRM do médico:** PE

DANOS

Dano

Perda funcional completa de um dos membros superiores

% Dimensão Graduação

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

Danos não definidos.

% Dimensão Graduação**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?

(x) 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 UMEROS 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 (x) Não

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

b) Exames Complementares () Sim (x) Não

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

IV. Com base no exame clinico 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 80°, 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 medico se pode documentar:

() Total

(Dano anatômico ou funcional permanente que comprometa a integridade 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