



Número: **0063425-66.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 27ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **05/10/2020**

Valor da causa: **R\$ 0,00**

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **NÃO**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
JOAO PEDRO DA SILVA (AUTOR)		VIVIANE EVANGELISTA DE SOUZA ALVES (ADVOGADO)	
MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S/A (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
70800026	10/11/2020 15:33	ANEXO 1	Outros (Documento)

Laudo de Verificação e Quantificação de Lesões Permanentes

Informações do Acidente

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

Avaliação do Medico Perito Legista

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

- a) ☒ SIM b) ☐ NÃO c) ☐ PREJ.

Só prosseguir em caso de resposta afirmativa

II. Descrever o quadro clínico atual informando:

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

SNC

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

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

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

- a) ☐ SIM b) ☒ NÃO

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

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

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

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

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

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

- a) ☐ SIM, em que prazo:
b) ☒ NÃO

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

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

Segmento corporal acometido:

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

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



Segmento Anatômico

1ª Lesão

SNC

Marque o percentual

☐ 10% ☒ 25% ☐ 50% ☐ 75%

2ª Lesão

Marque o percentual

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75%

3ª Lesão

Marque o percentual

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75%

4ª Lesão

Marque o percentual

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75%

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

Local e data de realização do exame médico legal:

PE - RECIFE, 15/01/2013

Médico Perito:

Médico Revisor: DORES MARIA BERNARDES CARNEIRO MENDES CRM: 52258890

Assinatura do médico revisor - CRM

Assinatura do médico revisor - CRM

Informações Complementares





VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 5.20.20.917

DATA DE EMISSÃO 30.10.1995

5513925

JOAO PEDRO DA SILVA

Antonio Pedro da Silva

Luzinete Maria da Conceição Silva

Condado-PE. 12.08.1977

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

do Condado-PE.

Bela-Ebene Caldas LHO

LEI Nº 7.116 DE 22-06-83

CONTATOS
(81) 3191.0360 / 3131.8923
(81) 9219.0525 / 9219.8534
(81) 9218.3735 / 9214.8283

21 Dez 2012





Ministério da Fazenda
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: 038.252.854-99

Nome da Pessoa Física: JOAO PEDRO DA SILVA

Situação Cadastral: REGULAR

Digito Verificador: 00

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

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

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

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

21 DEZ 2012



BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA:	22/01/2013
------------------------	------------

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:	3.375,00
--------------	----------

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOAO PEDRO DA SILVA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 01792-2

CONTA: 000010019675-6

Nr. da Autenticação 57F95BA9F71417C7



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

3976135

Guia de Esclarecimento

Unidade de Saúde: HOSPITAL REGIONAL BELARMINO CORREIA DE GOIANA

REGIÃO: XII GERES

Nome:

JOÃO PIAÇO DA SILVA

Idade:

34

Sexo:

M

Cor:

BRANCO

Estado Civil:

COMPARTILHADO

Profissão:

Endereço:

Atendida às:

horas do dia

de

de

Queixa Principal:

COM PRONTUÁRIO GIBSONÁLIA CITA A PRONTUÁRIO: GIBSONÁLIA CITA A PRONTUÁRIO

Histórico do doente atual:

Glaucoma de olho direito com perda de visão

Sintomas e Sinais:

NA VISTA DA

Hipótese Diagnóstica:

1. Glaucoma de olho direito

Prescrição:

Encaminhamento a (o):

PRONTUÁRIO

às

20

do dia

de

20

de 20

Observação:

Foi internada para observação clínica por

horas nesta unidade e não houve indicação para tratamento hospitalar

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

DOCUMENTAÇÃO MÉDICA HOSPITALAR

"1004031"



Assessor Nunes Ferreira Junior
CRM: 1004031 - CREMEPE 16.095

3. AVALIAÇÃO MÉDICA

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

Resolução de notificação
urgente em saúde pública
Glaucoma de olho direito com perda de visão

3.2 Exame Físico:

Peso:

Kg

1,70

60,0

3.3-Hipótese Diagnóstica /Conduta

Polipneumonia
Rx tórax, cefalosporina
Pulsos eq. AP/PP
pressão eq. AP/PP

4.Código de Atendimento:

CID 10:

Hospital Belarmino Correia Praça Correla Picanço, S/N - Goiana/PE.
E-mail: hospbelarmino@correia.org.br Fone: (081)3626-8641

21 DEZ 2012

Formulário

SUS

HOSPITAL BELARMINO CORREIA

ILUSTRAÇÃO: JORGE INFANTINO DA SILVA

Ocorrência: Act. Moto (Bueda, Colistão)

Nascimento: 12/08/1977 Idade: 35

Sexo: Masculino

Nome: LUZINETE MARIA DA CONCEICAO SILVA

Documentos: Sem Documento

Profissão:

Acompanhante:

ALIA MANOEL MARTINO DE AKEU NS

CONDADO

CONDADO

FE 55940-000

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

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

17

Sequencial de Contingência

Nº

Hora da Chegada

Hora da Saída

00 30

2. AVALIAÇÃO DA ENFERMAGEM / ACOLHIMENTO

2.1. Queixa Principal:

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

Encaminhamento:

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

2.2. Antecedentes Mútuos / Medicamentos:

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

Classificação:

2.3. Sinais Vitais:

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

2.4. Exames Diagnósticos auxiliares:

- () Glicemia Capilar _____ mg/dl

Ass. Enfermagem

3. AVALIAÇÃO MÉDICA

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

*Resposta de notificação
urgente com lesão abdominal
abdominal
exat 5 em 10 em 10 em 10*

3.2 Exame Físico:

Peso: _____ Kg *60 kg 27*
MT 5/10

3.3. Hipótese Diagnóstica / Conduta

*Politraumático
Dx. Coluna cervical
Dx. Lesão AP/ID
Dx. Lesão AP/ID*

4. Código de Atendimento:

CID 10:

21/02/2012



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

Guia de Esclarecimento

Unidade de Saúde: <u>GOIÂNIA</u>	HOSPITAL REGIONAL BELARMINO CORREIA DE GOIANA	REGIÃO: XII GERES
Nome: <u>JOÃO DA SILVA</u>		
Idade: <u>34</u> anos	Sexo: <u>M</u>	Cor: <u>BRANCO</u>
Endereço: <u>rua 15 de Novembro</u>	Estado Civil: <u>casado</u>	Profissão: <u></u>
Atendido às: <u>14h</u> horas do dia <u>15</u> de <u>dez</u> de <u>2012</u>		
Queixa Principal: <u>dores no abdômen</u>		
Histórico do doente atual: <u>paciente com dor no abdômen há 02 dias</u>		
Sintomas e Sinais: <u>na região</u>		
Hipótese Diagnóstica: <u>infecção urinária</u>		
Prescrição: <u></u>		
Encaminhamento a (o): <u>na unidade</u>	às <u>14h</u> do dia <u>15</u> de <u>2012</u>	
Observação: <u></u>		
Foi internado para observação clínica por <u></u>	horas nesta unidade e não houve indicação para tratamento hospitalar	
Ass. Médico - CRM: Carimbo ou Nome do Médico em letra de forma		

Ass. Médico - CRM: Carimbo ou Nome do Médico em letra de forma
Antônio YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR
MÉDICO
CRM: 15095

21 SET 2012



Paciente: JOAO PEDRO DA SILVA
Município: LIZINETE MARIA DA CONCEICAO SILVA
Endereço: MANOEL MARINHO DE ABEU Nº 51
Cidade: LONDROO PE
Nascimento: 03.12.1943
Localização: NEUROCIRURGIA ADULTO SUL - 3A
Sala: 5024-5 Serviço: NEUROCIRURGIA
Data e Hora Atendimento: 05/04/12 15:38

R
ESTAB. 10

Diagnóstico Provável:

1. ~~700~~ - Fractura
2. ~~afundamento~~
3. ~~CD 509~~

Tratamento Realizado:

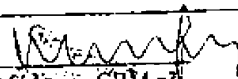
cirúrgico
01/01/12

Retirou pontos 20/10/12

Observação:

Ap. ambulatório
de Neurocirurgia

Cópia de:


Médico - CRM nº

1570012

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

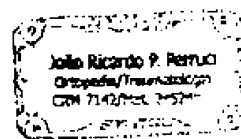
21 DEZ. 2012



Dr. João Ricardo Pontes Perruci - CRM 7142 - MAT 245248-0

Ortopedia - Traumatologia - HC - UFPE -

Cirurgia Geral - HGV - Inamps - PE



Paciente João Pedro da Silva

Paciente em 08/10/2012 foi vítima de acidente de motocicleta no qual TEVE TCE GRAVE COM AFRACAMENTO DE CRÂNIO FRONTAL. Paciente esvaziado foi submetido a Instrumento Cerebral de urgência para Aspecto da + Transferência Encefálica. TEVE ALTA HOSPITALAR EM 20/10/2012 para acompanhamento da NEUROCIRURGIA, no momento apresenta Dor e alteração VISUAL do olho Esquerdo. Olho Esquerdo com Retardo de Palpebras Inferior Esq.





SAMU
192

GOIANA

Hora do chamado: 18:00
Chegada ao local: 18:13
Saída do local: 18:30
Hora da conclusão: 19:30
Saída do Hospital: 19:30

FICHA DE ATENDIMENTO

Data da solicitação: 08/11/2020 Distrib: Número da ocorrência: 775852
Motivo/solicitação: QUEBRA MOTO ☒ UTE ☐ Básica ☐ Helicóptero

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

IDENTIFICAÇÃO

Paciente: João Pedro da Silva Idade: 34 anos

Sexo: ☒ Masc ☐ Fem Profissão: Fone:

End.: MAO INFORMADO Bairro:

Solicitante: Fone:

End. Ocorr.: PE 12 Bairro: GOIANÓPOLIS

Referência: PROXIMO A CHESF

CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTE/VIOLENCIA)

Acid. Automóvel ☐ Motorista ☐ Passageiro/Frente ☐ Passageiro/Trás Uso do Cinto: ☐ Sim ☐ Não	Acid. Motocicleta ☒ Motorista ☐ Passageiro Uso do Capacete: ☐ Sim ☒ Não	Atropelamento ☐ Via Pública ☐ Calçada ☐ Outros	Mecan. do Trauma ☐ Capotamento ☐ Ejeção ☐ Impacto Frontal ☐ Impacto Lateral ☐ Impacto Traseiro	
Acid. Trânsito ☐ Carro ou Moto ☐ Ônibus ☐ Caminhão	Acid. Ciclista ☐ Colisão ☐ Queda ☐ Outros	Intoxicação ☐ Am. Peçonhento ☐ Exógena ☐ Outros	Exposições ☐ Choque Elétrico ☐ Fogo ☐ Jato (12" / 33") ☐ Fumaça ☐ Subst. Química	
Asfixia ☐ Semi-Afogamento ☐ Soterramento ☐ Engasgo ☐ Outros	Queda ☐ Própria Altura ☐ Outra Altura Aproximadamente _____ metros	Agressões ☐ Arma de Fogo Tipo - _____ ☐ Arma Branca Tipo - _____	☐ Agressão Física ☐ Maus Tratos ☐ Abuso Sexual	

CAUSAS CLÍNICAS

História clínica atual: ÚLTIMA COM T.C.E. VM

Hipótese Diagnóstica Conhecida: COMTE NA CABEÇA MAIS ESCONHIDOS

AValiação CLÍNICA

Temperatura Vias Aéreas F.R. <u>32</u>	Glicemia (HGT) Pulso <u>70 bpm</u>	☒ Análise Psicomotora ☒ Desidratado ☐ Lesões de face ☐ Ictérico ☐ Pálido ☐ Cor da pele anormal	☐ Sudorese ☐ Batimento Asa Nariz ☐ Queda ☐ Deformidade torax ☐ Dispneia ☐ Distensão gástrica	☐ Gemido/Estridor ☐ Obst. das v. aéreas ☐ Retenção Urinária ☐ Sibilos Expiratórios ☐ Drenagem Intestinal
---	---	---	---	---



CONFIRMAÇÃO DE ATO DECLARATÓRIO





SAMU
192

GOIÂNIA

EXAME NEUROLÓGICO

NATUREZA DA LESÃO

Avaliação Primária ☐ Alerta ☒ Resposta Verbal ☐ Resp. estímulo Dolor. ☐ Inesponsivo	Sinais de Dist. Cerebral ☐ Déficit Motor ☐ Desvio de Comissura Labial ☐ Dificuldade na Pala	Avaliação das Pupilas ☒ Isocóricas ☐ Anisocóricas ☐ Midríase ☐ Miose	☐ Lesões Intra-abdominais ☐ Lesões Intra-torácicas ☐ Presença / Sangue Fratura - Ossos Longos ☐ Aberta ☐ Fechada
---	--	--	--

ESCALA DE GLASGOW

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

CONDUITA CLÍNICA / EVOLUÇÃO

☐ Aspiração de Sangue e Secções ☐ Intubação Orotraqueal ☐ Imobilização da Coluna Cervical ☐ Infusão de Fluidos ☐ Reanimação Cardiorpulmonar ☐ Imobilização de membros	Ventilação Mecânica Modalidade: _____ FIO ₂ : _____ Adequação Ventilação ☐ Bem ☐ Mal	Outras Condutas: <u>502 ml</u> <u>S.N.L</u> Intercorrências: _____
--	---	--

USO DE ALCOOL E/OU OUTRAS DROGAS

☒ Alcool ☐ Anfetamina ☐ Cocaína ☐ Cola ☐ Crack ☐ Maconha	Informante: ☐ A própria Vítima ☐ Familiares ☒ Outros - Especificar: <u>AMIGOS</u>
☐ Alteração de Humor ☐ Apatado/Infrado ☐ Desorientado ☐ Inconsciente ☐ Alteração na Marcha ☐ Agressiva ☐ Hálito Alcoólico ☐ Sonolento	Refere ingestão de bebida alcoólica há: _____ Hs

CONCLUSÃO DO ATENDIMENTO

Hospital para onde foi encaminhado o Paciente: _____ Registro no hospital: <u>11.11.2020</u> Médico (que recebeu): _____ Assinatura do Médico Responsável: _____	☐ Morte Retida na Unidade Hospitalar ☐ Orientação para o Ambulatório ☐ Óbito Antes do Atendimento ☐ Óbito durante Atendimento ☐ Prancha Retida ☐ Removido antes do Atendimento
---	---

EQUIPE

Médico Regulador: <u>DR. ALCIOMAR</u> Médico Assistente: _____ Enfermeira: <u>DR. CARLOS</u> Socorrista: <u>CARLOS</u> Conduzir/Piloto: <u>WALTER</u> Op. de Freio/OEE: <u>RAFAELA</u>
Função do Responsável pelo preenchimento: _____ Ass.: _____ SOLICITOU APOIO DA UTI ☐ SIM ☐ NÃO Obs: _____

EXONERAÇÃO DE RESPONSABILIDADE

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



COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA

1004040



DECLARAÇÃO

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

Condado / PE, 18 / 10 / 12.

CONTATOS
(81) 3491.0360 / 3431.8823
(81) 9219.0525 / 9075.6731
(81) 9218.3735 / 8874.8203

João Pedro da Silva
Assinatura

21 DEZ 2012





Secretaria de Defesa Social :: INFOPOL

Página 1 de 2

443472



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 12E0143001068

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

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

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

Estado: PERNAMBUCO - País: BRASIL

Local do Fato: VEICULO - Próximo: NAO INFORMADO

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

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

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

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

(VITIMA) - JOAO PEDRO DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino

Mãe: NAO INFORMADO; Pai: NAO INFORMADO; Data de Nascimento: NAO INFORMADO; Nacionalidade: NAO INFORMADO / NAO INFORMADO

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

Telefone Celular: NAO INFORMADO

Endereço Residencial: NAO INFORMADO

Endereço Comercial: NAO INFORMADO

Dados Comerciais: NAO INFORMADO

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

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

Categoria/Marca/Modelo: MOTOCICLETA / HONDA / BIZ 125 - Objeto apreendido: Não - Número de Série: NAO INFORMADO

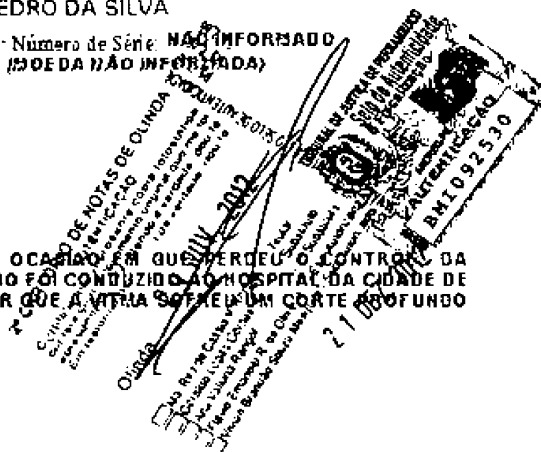
Cor: NAO INFORMADO - Quantidade: 1 (UNIDADE NAO INFORMADA) Valor Unitário: NAO INFORMADA

Descrição: PLACA KJW - 5212

Complemento / Observação

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

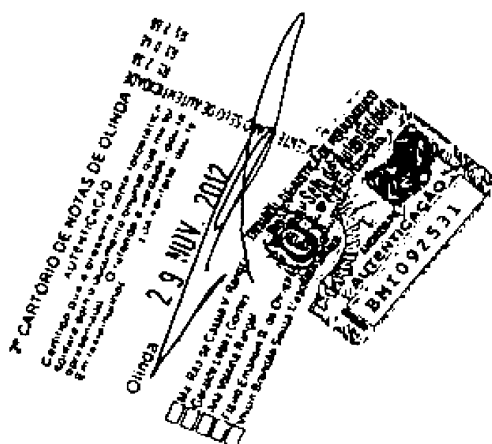
Assinatura da(s) pessoa(s) presente nesta unidade policial


vtr.sds.pe.gov.br/8080/pernambuco/VisualizarBO.do?idTit=143&idOC=3477040&tipo=70407012


JOAO PEDRO DA SILVA
(VITIMA)



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



21 DEZ 2012



CERTIDÃO DE INEXISTÊNCIA DE IML



1034029

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, João Pedro da Silva, portador da carteira de identidade nº 5.531.925 e inscrito no CPF/MF sob o nº 038.252.854-99 residente e domiciliado na Rua Manoel Mariano de Alencar, nº 51, São Roque Cidade Condado, Estado Pernambuco, declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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

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

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

Condado/PE, 18 de Outubro de 2012.
Local e data

João Pedro da Silva
Assinatura do declarante

21 DEZ 2012



AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO

1004039



AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DE SINISTRO DPVAT

Nº DO SINISTRO _____

EU, João Pedro da Silva PORTADOR (A) DO RG Nº
5.513.925 EXPEDIDO POR SSRPE EM (DATA) 30.10.92 E CPF

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

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

PROFISSÃO Guarda Municipal E RENDA MENSAL DE R\$ 622,00 NA QUALIDADE DE
FAVORECIDO (A) / BENEFICIÁRIO (A) DO VALOR REFERENTE A INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO
SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT DA VÍTIMAJoão Pedro da Silva AUTORIZO A
SEGURADORA _____ A EFETUAR O RESPECTIVO CRÉDITO.

DE ACORDO COM A FORMA ABAIXO INDICADA:

1. ☐ CRÉDITO EM CONTA CORRENTE.

Nº BANCO _____ Nº AGÊNCIA _____ C/C _____

2. ☐ CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA DO BANCO BRADESCO.

Nº BANCO 237 Nº AGÊNCIA _____ C/P _____

3. ☒ CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA DO BANCO DO BRASIL.Nº BANCO 001 Nº AGÊNCIA 1792-2 C/P 19.675-44. ☐ CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA DO BANCO ITAÚ.

Nº BANCO 341 Nº AGÊNCIA _____ C/P _____

5. ☐ CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA DA CAIXA ECONÔMICA FEDERAL.

Nº BANCO 104 Nº AGÊNCIA _____ C/P _____

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE.
UMA VEZ EFETUADO O CRÉDITO DO VALOR DA INDENIZAÇÃO DO SINISTRO, DE ACORDO COM AS
INFORMAÇÕES ACIMA DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O
VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.Condiado PE, 18 de Outubro de 2012

LOCAL / DATA

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

21 DEZ 2012



SISDB SISTEMA DE INFORMAÇÕES BANCO DO BRASIL
29/11/2012 - Atendimento - 03:49:23
1792/1279 0421

COMPROVANTE DE ENTREGA DE ENVELOPE
DEPOSITO EM POUPANCA - BANCHEIRO

CLIENTE: JOAO PEDRO DA SILVA
AGENCIA: 1792-2 CONTA: 19.075.4
VARIACAO 51
VALOR TOTAL 3.000,00
IMR ENVELOPE 2 108.593,311

Valor sujeito a conferencia.
DECLARO MEU CLIENTE E DE ACORDO QUE OS
CREDITOS EM POUPANCA EFETUADOS A PARTIR
DE 04/05/012 ESTAO DISCIPLINADOS
PELA MEDIDA PROVISORIA 567/2012

GUARDE ESTE COMPROVANTE ATÉ A OPERACAO
SER PROCESSADA.

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

21 DEZ 2012



OUTROS

1004054



Aviso de Sinistro DPVAT

Código: 443472

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

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

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

☒ Certidão Nº 12E0143001068 da autoridade policial sobre a ocorrência;

☐ DUT Nº _____ ☐ _____ ☐ _____

☒ RG e CPF do Sinistrado ☐ _____ ☐ _____

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

Beneficiários

Nome	Tipo Benef.	Vínculo	Di.Nasc.	CEP	CPF/CNPJ
JOAO PEDRO DA SILVA	Vítima	VITIMA	12/08/1977	55940-000	038 252 854-99

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

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

Local do Aviso RS

Data 07 DEZ. 2017

Local da Entrega RS

Data 07 DEZ. 2017

Beneficiário

Centauro Vida e Previdência

Atenção:

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

R SENADOR DANTAS, 80, 17º ANDAR

CENTRO - Cep: 20031-204

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

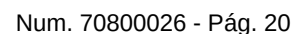
site: <http://www.centauroseg.com.br> e-mail: alexandre.almeida@salek.com.br

RIO DE JANEIRO - RJ



'1004032'

21 DEZ. 2017



BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA:	22/01/2013
------------------------	------------

NUMERO DO DOCUMENTO:	
----------------------	--

VALOR TOTAL:	3.375,00
--------------	----------

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOAO PEDRO DA SILVA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 01792-2

CONTA: 000010019675-6

Nr. da Autenticação 57F95BA9F71417C7



COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA

1004040



DECLARAÇÃO

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

Condado / PE, 18 / 10 / 12.

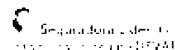
CONTATOS
(81) 3491.0360 / 3431.8223
(81) 9219.0525 / 3075.6561
(81) 9218.3735 / 8874.8203

João Pedro da Silva
Assinatura

21 DEZ 2012



PARECER DE ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL



DADOS DO SINISTRO

Número: 2012658566

Cidade: Condado

Natureza: Invalidez

Vítima: JOAO PEDRO DA SILVA

Data do acidente: 08/10/2012

Emissor do parecer: Juliana dos S
Wanis

Seguradora: CENTAURO VIDA E
PREVIDÊNCIA S/A

Prestadora: Visão Médica Ltda

CRM do médico: 88043-4

PARECER

Data da análise: 08/01/2013

Valoração do IML:

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TCE

Resultados terapêuticos: A ESCLARECER

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações:

Valor pleiteado: 13.500,00

Médico avaliador: JULIANA WANIS

UF do CRM do médico: RJ

DANOS

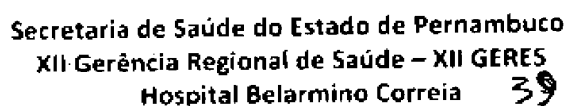
Dano

Danos não definidos.

% Dimensão Graduação

Valor avaliado: 0,00





3976131

Guia de Esclarecimento

Unidade de Saúde: ☐ HOSPITAL REGIONAL BELARMINO CORREIA DE GOIANA

REGIÃO : XII GERES

Nome:

Index:

Secret

Cor:

Estado Civil:

Profissão:

Endereco:

Atendida ás:

horas do dia,

_dc

Queixa Principal:

Histórico do doente atual:

Sintomas e Sinais:

Hipótese Diagnóstica:

Prescrição:

Encaminhamento a (o):

45

do dia

□

__de 20__

Observație:

Foi internada para observação clínica por

horas nesta unidade e não houve indicação para tratamento hospitalar

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

DOCUMENTAÇÃO MÉDICA HOSPITALAR

• 1004731 •

ROSEMAR NUNES FERREIRA JUNIOR
CRM: 10055 MEDICO
CRM: 10055 CREMEPE 16-095

3. AVALIAÇÃO MÉDICA

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

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

Assunto de noticiário
ingerido em bebidas alcoólicas
classificação
exatidão

3.2 Exame Físico:

Peso:

—
Kg

NCN 2T
W+ S/A

3.3-Hipòtese Diagnòstica /Conducta

3.3-Hipótese Diagnóstica / Conduta *Blutomania*
Dist. column. cerebral
Dulce esq AP/DP
paqueta esq AP/DP

4. Código de Atendimento:

CID 10:

Hospital Belarmino Correia Praça Correia Picado, S/N - Guiana/PE.
E-mail: hospbelarminocorreia@yahoo.com.br Fone: (081) 3626-8641

21 DEZ. 2017



Paciente

SUS:

HOSPITAL BELARMINO CORREIA

LABORATÓRIO JOÃO PEDRO DA SILVA

Ocorrência: Act. Moto (Queda, Colisão)

Nascimento: 12/08/1977 Idade: 35

Sexo: Masculino

Mãe: LUZINETE MARIA DA CONCEIÇÃO SILVA

Documento: Sem Documento

Profissão:

Acompanhante:

RUA MANOEL MARINHO DE ARAÚJO

Cidade:

Estado:

FE 55940-000

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

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

17

Sequencial de Contingência

Nº

Hora da Chegada

Hora da Saída

00 30

2- AVALIAÇÃO DA ENFERMAGEM / ACOLHIMENTO

2.1- Queixa Principal:

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

2.2- Antecedentes Múlbidos / Medicamentos:

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

2.3- Sinais Vitais:

P.A. X mmHg T° °C P° bpm F.R. rpm

2.4- Exames Diagnósticos auxiliares:

- () Glicemia Capilar mg/dl

Encaminhamento:

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

Classificação:

Ass. Enfermagem

3- AVALIAÇÃO MÉDICA

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

*Acidente de motocicleta
 ingressa com lesões abertas
 Classificação
 Exat 5 em 10 em 10*

3.2 Exame Físico:

Peso: Kg *60kg 27*
MT 5/10

3.3- Hipótese Diagnóstica / Conduta

*Politraumatismo
 Dxt Coluna cervical
 Dxtm 100g ALIP
 100g ALIP*

4- Código de Atendimento:

CID 10:

21/02/2012

Guia de Esclarecimento

Unidade de Saúde: SAU HOSPITAL REGIONAL BELARMINO CORREIA DE GOIANA REGIÃO: XII GERES
Nome: JOÃO DA SILVA
Idade: 34 Sexo: M Cor: BRANCO Estado Civil: CASADO Profissão:
Endereço: rua 1308
Atendida às: 14h horas do dia 10 de OUT de 2012
Queixa Principal: dores abdominais
Histórico do doente atual: dores abdominais
Sintomas e Sinais: na parte da
Hipótese Diagnóstica: infecção urinária
Prescrição:
Encaminhamento a (o): na unidade às 20 do dia 10 de 20
Observação:
Foi internado para observação clínica por horas nesta unidade e não houve indicação para tratamento hospitalar

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

Antônio Nunes Ferreira Junior
MÉDICO
CRM: 15.095

21 SET. 2012



Alc. Am. Jo 51251 Profissional: 1000000
Paciente: JOAO PEDRO DA SILVA
Muni. 131 LOZINETE MARIA DA CONCEICAO SILVA
End: MANOEL MARINHO DE ABEU Nº 51
Bairro: Cidade: CONDADO PE
Nascimento: 08/12/1973
Localização: NEUROCIRURGIA ADULTO SUL - 5A
Celle: 0024.5 Serviço: NEUROCIRURGIA
Data e Hora Atendimento: 09/06/12 15:38

R
ESTAB. 10

Diagnóstico Provável:

1. ~~700~~ - Fractura
2. ~~afundamento~~
3. ~~CD 509~~

Tratamento Realizado:

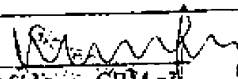
1. ~~curativo~~
2. ~~9/10/12~~

Retirar pontos 20/10/12

Observação:

1. ~~do ambulatório~~
2. ~~Neurocirurgia~~

Cópia de:


Médico - CRM nº

1570012

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

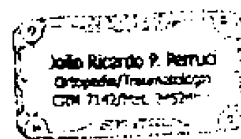
21 DEZ. 2012



Dr. João Ricardo Pontes Perruci - CRM 7142 - MAT 245248-0

Ortopedia - Traumatologia - HC - UFPE

Cirurgia Geral - HGV - Inamps - PE



Paciente João Pedro da Silva

Paciente em 08/10/2012 foi vítima de acidente de motocicleta no qual TEVE TCE GRAVE COM AFRACAMENTO DE CRÂNIO FRONTAL. Paciente esovendo foi submetido a Instrumento Cirurgico de unificação Para Aspecto da + Transferência Encefálica. TEVE Alta Hospitalar em 20/10/2012 para acompanhamento da NEUROCirurgia, no momento apresenta Dor e alteração Visual do olho Esquerdo, olho Esquerdo com Retardo de Palpebras Inferior Esq.



Laudo de Verificação e Quantificação de Lesões Permanentes

Informações do Acidente

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

Avaliação do Medico Perito Legista

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

- a) ☒ SIM b) ☐ NÃO c) ☐ PREJ.

Só prosseguir em caso de resposta afirmativa

II. Descrever o quadro clínico atual informando:

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

SNC

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

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

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

- a) ☐ SIM b) ☒ NÃO

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

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

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

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

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

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

- a) ☐ SIM, em que prazo:
b) ☒ NÃO

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

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

Segmento corporal acometido:

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

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



Segmento Anatômico

1ª Lesão

SNC

Marque o percentual

☐ 10% ☒ 25% ☐ 50% ☐ 75%

2ª Lesão

Marque o percentual

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75%

3ª Lesão

Marque o percentual

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75%

4ª Lesão

Marque o percentual

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75%

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

Local e data de realização do exame médico legal:

PE - RECIFE, 15/01/2013

Médico Perito:

Médico Revisor: DORES MARIA BERNARDES CARNEIRO MENDES CRM: 52258890

Assinatura do médico revisor - CRM

Assinatura do médico revisor - CRM

Informações Complementares



DOCUMENTOS DE IDENTIFICACAO

1004037



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 30.10.1995

5513925

JOAO PEDRO DA SILVA

Antonio Pedro da Silva

Luzinete Maria da Conceição Silva

Condado-PE. 12.08.1977

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

do Condado-PE.

Bela Elvete Caldas Lins

CONTATOS
(81) 3191.0360 / 3131.8923
(81) 9219.0625 / 9219.8634
(81) 9218.3735 / 9214.8263

21 Dez 2012





Ministério da Fazenda
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: 038.252.854-99

Nome da Pessoa Física: JOAO PEDRO DA SILVA

Situação Cadastral: REGULAR

Digito Verificador: 00

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

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

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

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

21 DEZ 2012



* 1004032 *

21 DEZ. 2017



OUTROS

1004054



Aviso de Sinistro DPVAT

Código: 443472

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

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

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

☒ Certidão Nº 12E0143001068 da autoridade policial sobre a ocorrência;

☐ DUT Nº _____ ☐ _____ ☐ _____

☒ RG e CPF do Sinistrado ☐ _____ ☐ _____

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

Beneficiários

Nome	Tipo Benef.	Vínculo	Di.Nasc.	CEP	CPF/CNPJ
JOAO PEDRO DA SILVA	Vítima	VITIMA	12/08/1977	55940-000	038 252.854-99

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

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

Local do Aviso RS

Data 07 DEZ. 2017

Local da Entrega RS

Data 07 DEZ. 2017

Beneficiário

Centauro Vida e Previdência

Atenção:

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

R SENADOR DANTAS, 80, 17º ANDAR

CENTRO - Cep: 20031-204

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

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

RIO DE JANEIRO - RJ



AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO

1004039



AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DE SINISTRO DPVAT

Nº DO SINISTRO _____

EU, João Pedro da Silva PORTADOR (A) DO RG Nº
5.513.925 EXPEDIDO POR SSRPE EM (DATA) 30.10.92 E CPF

0	3	8	2	5	2	8	5	4	1	9	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

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

PROFISSÃO Guarda Municipal E RENDA MENSAL DE R\$ 622,00 NA QUALIDADE DE
FAVORECIDO (A) / BENEFICIÁRIO (A) DO VALOR REFERENTE A INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO
SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT DA VÍTIMAJoão Pedro da Silva AUTORIZO A
SEGURADORA _____ A EFETUAR O RESPECTIVO CRÉDITO.

DE ACORDO COM A FORMA ABAIXO INDICADA:

1. ☐ CRÉDITO EM CONTA CORRENTE.

Nº BANCO _____ Nº AGÊNCIA _____ C/C _____

2. ☐ CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA DO BANCO BRADESCO.

Nº BANCO 237 Nº AGÊNCIA _____ C/P _____

3. ☒ CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA DO BANCO DO BRASIL.Nº BANCO 001 Nº AGÊNCIA 1792-2 C/P 19.675-44. ☐ CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA DO BANCO ITAÚ.

Nº BANCO 341 Nº AGÊNCIA _____ C/P _____

5. ☐ CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA DA CAIXA ECONÔMICA FEDERAL.

Nº BANCO 104 Nº AGÊNCIA _____ C/P _____

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE.
UMA VEZ EFETUADO O CRÉDITO DO VALOR DA INDENIZAÇÃO DO SINISTRO, DE ACORDO COM AS
INFORMAÇÕES ACIMA DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O
VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.Contado PE, 18 de Outubro de 2012

LOCAL / DATA

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

21 DEZ. 2012



SISDB SISTEMA DE INFORMAÇÕES BANCO DO BRASIL
29/11/2012 - Autenticação - 03:49:23
1792/1279 0421

COMPROVANTE DE ENTREGA DE ENVELOPE
CRÉDITO EM POUPANÇA - JANEIRO

DECLARAÇÃO DO INTERESSADO:
FAVORECIDO
CLIENTE: JOAO PEDRO DA SILVA
AGÊNCIA: 1792-2 CONTA: 19.075.4
VARIACAO 51
VALOR TOTAL 3.000,00
IMP. ENVELOPE 2 108.693,311

Valor sujeito a conferência.
DECLARO MEU CLIENTE E DE ACORDO QUE OS
CRÉDITOS EM POUPANÇA FÉRUNDOS A PARTIR
DE 04/05/012 ESTAO DISCIPLINADOS
PELA MEDIDA PROVISORIA 567/2012

GUARDE ESTE COMPROVANTE ATÉ A OPERACAO
SER PROCESSADA.

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

21 SET 2012





Secretaria de Defesa Social :: INFOPOL

Página 1 de 2

443472



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 12E0143001068

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

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

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

Estado: PERNAMBUCO - País: BRASIL

Local do Fato: VEICULO - Próximo: NAO INFORMADO

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

JOAO PEDRO DA SILVA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

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

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

(VITIMA) - JOAO PEDRO DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino

Mãe: NAO INFORMADO; Pai: NAO INFORMADO; Data de Nascimento: NAO INFORMADO; Nacionalidade: NAO INFORMADO / NAO INFORMADO

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

Telefone Celular: NAO INFORMADO

Endereço Residencial: NAO INFORMADO

Endereço Comercial: NAO INFORMADO

Dados Comerciais: NAO INFORMADO

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

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

Categoria/Marca/Modelo: MOTOCICLETA / HONDA / BIZ 125 - Objeto apreendido: Não - Número de Série: NAO INFORMADO

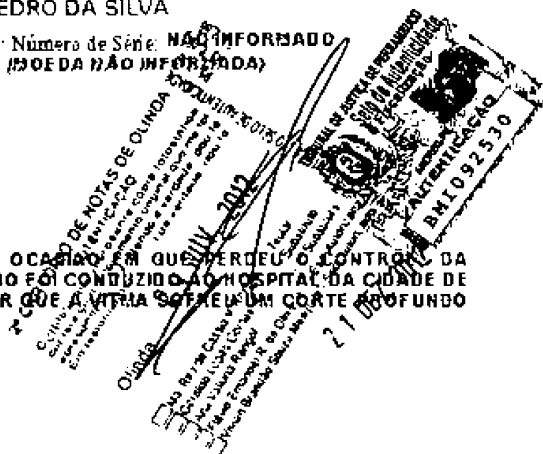
Cor: NAO INFORMADO - Quantidade: 1 (UNIDADE NAO INFORMADA) Valor Unitário: NAO INFORMADA

Descrição: PLACA KJW - 5212

Complemento / Observação

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

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

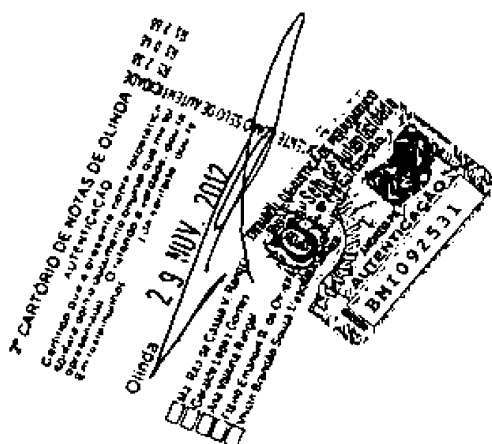


vvr sds na gov.br 8080/pernambuco/VisualizarBO.do?idITIn=143&idOC=3477040&tipo= 2010/2012

JOAO PEDRO DA SILVA
(VITIMA)



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



21 DEZ 2012



CERTIDÃO DE INEXISTÊNCIA DE IML

1034029

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, João Pedro da Silva, portador da carteira de identidade nº 5.531.925 e inscrito no CPF/MF sob o nº 038.252.854-99 residente e domiciliado na Rua Manoel Mariano de Almeida, nº 51, São Roque Cidade Condado, Estado Pernambuco, declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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

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

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

Condado/PE, 18 de Outubro de 2012.
Local e data

João Pedro da Silva
Assinatura do declarante

21 DEZ 2012





SAMU
192

GOIANA

Hora do chamado: 18:10
Chegada ao local: 18:13
Saída do local: 18:30
Hora da conclusão: 19:30
Saída do Hospital: 19:30

FICHA DE ATENDIMENTO

Data da solicitação: 08/11/2020 Distrib: Número da ocorrência: 775852
Motivo/solicitação: QUEBRA MOTO ☒ UTE ☐ Básica ☐ Helicóptero

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

IDENTIFICAÇÃO

Paciente: João Pedro da Silva Idade: 34 anos
Sexo: ☒ Masc. ☐ Fem. Profissão: Fone:
End.: RUA INFERNO MARO Bairro:
Solicitante: Fone:
End. Ocorr.: DE 12 Bairro: GOIANINHA
Referência: PROXIMO A CHESF

CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTE/VIOLENCIA)

Acid. Automóvel ☐ Motorista ☐ Passageiro/Frente ☐ Passageiro/Traseiro Uso do Cinto: ☐ Sim ☐ Não	Acid. Motocicleta ☒ Motorista ☐ Passageiro Uso do Capacete: ☐ Sim ☒ Não	Atropelamento ☐ Via Pública ☐ Calçada ☐ Outros	Mecan. do Trauma ☐ Capotamento ☐ Ejeção ☐ Impacto Frontal ☐ Impacto Lateral ☐ Impacto Traseiro	
Acid. Trânsito ☐ Carro ou Moto ☐ Ônibus ☐ Caminhão	Acid. Ciclista ☐ Colisão ☐ Queda ☐ Outros	Intoxicação ☐ Am. Peçonhento ☐ Exógena ☐ Outros	Exposições ☐ Choque Elétrico ☐ Fogo (11° / 12° / 13°) ☐ Fumaça ☐ Subst. Química	
Asfixia ☐ Semi-Afogamento ☐ Soterramento ☐ Engasgo ☐ Outros	Queda ☐ Própria Altura ☐ Outra Altura Aproximadamente _____ metros	Agressões ☐ Arma de Fogo Tipo - _____ ☐ Arma Branca Tipo - _____	☐ Agressão Física ☐ Maus Tratos ☐ Abuso Sexual	

CAUSAS CLÍNICAS

História clínica atual: ÚLTIMA COM T.C.E. VM
COMTE NA CABEÇA MAIS ESCONDIENDO
Hipótese Diagnóstica Conhecida: /

AValiação CLÍNICA

Temperatura	Glicemia (HGT)	☒ Análise Psicomotora	☐ Sudorese	☐ Gemido/Estridor
Vias Aéreas	Pulso	☒ Desidratado	☐ Batimento Asa Nariz	☐ Obst. das v. aéreas
F.R. 32	106 bpm	☐ Lesões de face	☐ Queda	☐ Retração Músculo
100-160	170-160	☐ Ictérico	☐ Deformidade torax	☐ Sibilos Expiratórios
30-50	50-140	☐ Pálido	☐ Dispneia	☐ Tremor Interecristal
20-30	50-130	☐ Cor da pele anormal	☐ Distonia (calafrio)	☐ Cistite/UTI
15-20	60-100	Perfusão Periférica	☐ Boa	☐ Ruim



CONFIRMAÇÃO DE ATO DECLARATÓRIO





**SAMU
192**

GOIANA

EXAME NEUROLÓGICO

Avaliação Primária	Sinais de Dist. Cerebral	Avaliação das Pupilas	NATUREZA DA LESÃO
☐ Alerta ☒ Resposta Verbal ☐ Resp. estímulo Dolor. ☐ Inesponsivo	☐ Déficit Motor ☐ Desvio de Comissura Labial ☐ Dificuldade na Pala	☒ Isocóricas ☐ Anisocóricas ☐ Midríase ☐ Miose	☐ Lesões Intra-abdominais ☐ Lesões Intra-torácicas ☐ Presença / Sangue Fratura - Ossos Longos ☐ Aberta ☐ Fechada

ESCALA DE GLASGOW

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

CONDUITA CLÍNICA / EVOLUÇÃO

☐ Aspiração de Sangue e Secreções ☐ Intubação Orotraqueal ☐ Imobilização da Coluna Cervical ☐ Infusão de Fluidos ☐ Reanimação Cardiorpulmonar ☐ Imobilização de membros	Ventilação Mecânica Modalidade: _____ FIO ₂ : _____ Adequação Ventilação ☐ Bem ☐ Mal	Outras Condutas: <u>502 ml</u> <u>S.N.I.</u> Intercorrências: _____
O ₂ : ☒ Cateter ☐ CPAP ☐ Venturi % _____ ☐ Masc./ Reservatório		

USO DE ALCOOL E/OU OUTRAS DROGAS

☒ Alcool ☐ Anfetamina ☐ Cocaína ☐ Cola ☐ Crack ☐ Maconha	Informante: ☐ A própria Vítima ☐ Familiares ☒ Outros - Especificar: <u>AMIGOS</u>
☐ Alteração de Humor ☐ Aislado/Intido ☐ Desorientado ☐ Incoerente ☐ Alteração na Marcha ☐ Agressiva ☐ Hálito Alcoólico ☐ Sonolento	Refere ingestão de bebida alcoólica há: _____ Hs

CONCLUSÃO DO ATENDIMENTO

Hospital para onde foi encaminhado o Paciente: _____ Registro no hospital: <u>11.11.2020</u> Médico (que recebeu): _____ Assinatura do Médico Responsável: _____	☐ Morte Retida na Unidade Hospitalar ☐ Orientação para o Ambulatório ☐ Óbito Antes do Atendimento ☐ Óbito durante Atendimento ☐ Prancha Retida ☐ Removido antes do Atendimento
---	---

EQUIPE

Médico Regulador: <u>DR. ALCIONE</u> Médico Assistente: _____ Enfermeira: <u>DR. CARLOS</u> Socorrista: <u>CARLOS</u> Conduzir/Piloto: <u>WALTER</u> Op. de Fract/OEE: <u>NAFMEZA</u>
Função do Responsável pelo preenchimento: _____ Ass.: _____ SOLICITOU APOIO DA UTI ☐ SIM ☐ NÃO Obs: _____

EXONERAÇÃO DE RESPONSABILIDADE

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





Número: **0063425-66.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 27ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **05/10/2020**

Valor da causa: **R\$ 0,00**

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **NÃO**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
JOAO PEDRO DA SILVA (AUTOR)		VIVIANE EVANGELISTA DE SOUZA ALVES (ADVOGADO)	
MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S/A (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
70800027	10/11/2020 15:33	ANEXO 2	Outros (Documento)



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 11 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190577666

Vítima: JOAO PEDRO DA SILVA

Data do Acidente: 29/06/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOAO PEDRO DA SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 14949582





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 06 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190577666

Vítima: JOAO PEDRO DA SILVA

Data do Acidente: 29/06/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: LUA GUILHERME MANGABEIRA DE CARVALHO

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOAO PEDRO DA SILVA

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 6.750,00

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos pés 50%
Graduação: Em grau médio 50%
% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 50%) 25,00%
Valor a indenizar: 25,00% x 13.500,00 = R\$ 3.375,00

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um quadril 25%
Graduação: Em grau médio 50%
% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%
Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 3.375,00

Recebedor: JOAO PEDRO DA SILVA

Valor: R\$ 6.750,00

Banco: 001

Agência: 000001792-2

Conta: 000010019675-6

Tipo: CONTA POUPANÇA

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASI: 3 - CPF da vítima: 038.252.854-99 4 - Nome completo da vítima: João Pedro da Silva

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 645/2012

5 - Nome completo: João Pedro da Silva 6 - CPF: 038.252.854-99
7 - Profissão: Relizador 8 - Endereço: Rua São Roque 9 - Número: 81 10 - Complemento:
11 - Bairro: Centro 12 - Cidade: Londrão 13 - Estado: DE 14 - CEP: 55900-000
15 - E-mail: armenneria.griama@gmail.com 16 - Tel. (DDD): 81 3626-3771

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECURSO INFORMAR ☐ R\$1,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☐ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: _____
☒ Banco do Brasil (003) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 1792 2 CONTA: 19675 4
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- ☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso disconte de seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: _____
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vairas)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e privarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

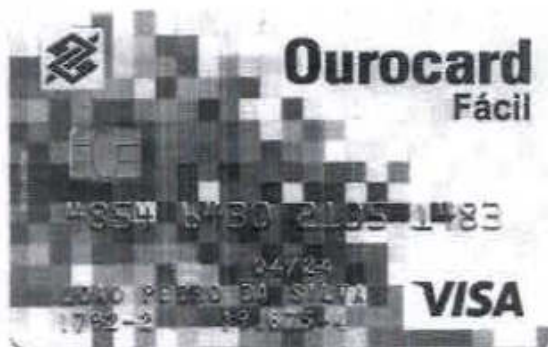
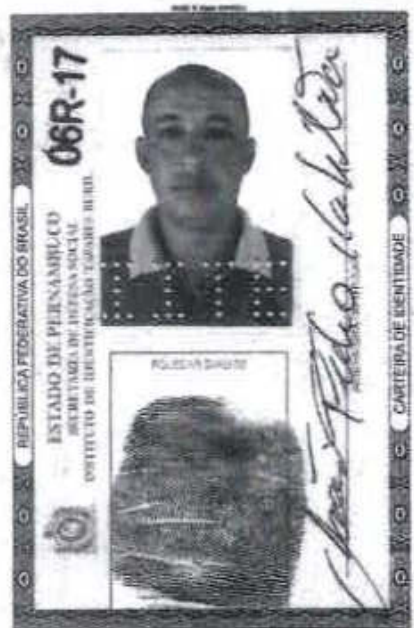
40 - Local e Data, _____

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Prossignador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)







GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLICIA DA 33ª CIRCUNSCRIÇÃO - CONDADO - DPS3ªCIRC
DINTER/11ª DESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E0143001044

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 08/10/2019 às 16:40

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia 29/6/2019 no período da Manhã

Fato ocorrido no endereço: MUNICIPIO DE CONDADO, 1, RODOVIA ESTADUAL - Bairro: CENTRO -
CONDADO/PERNAMBUCO/BRASIL
Local do Fato: RODOVIA ESTADUAL

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:
DESCONHECIDO (AUTOR/AGENTE)
JOAO PEDRO DA SILVA, VITIMA

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

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

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

JOAO PEDRO DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: LUZINETE MARIA DA CONCEIÇÃO
SILVA Pai: ANTONIO PEDRO DA SILVA Data de Nascimento: 12/8/1977 Naturalidade: CONDADO / PERNAMBUCO /
BRASIL
Endereço Residencial: AVENIDA MARIA GLORIA BAZANTE, 81 - CEP: 8 - Bairro: LOTEAMENTO SAO ROQUE -
CONDADO/PERNAMBUCO/BRASIL

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

VEICULO 01 (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): JOAO PEDRO DA SILVA, que estava em posse do(a) Sr(a):
JOAO PEDRO DA SILVA
Categoria/Marca/Modelo: MOTOCICLETA HONDA/RE350 Objeto apreendido: Não
Cor: VERDE - Quantidade: UNIDADE NÃO INFORMADA
Placa: PDX5738 (PERNAMBUCO) NÃO INFORMADO) Chassi: 9C2ND1110HR006562



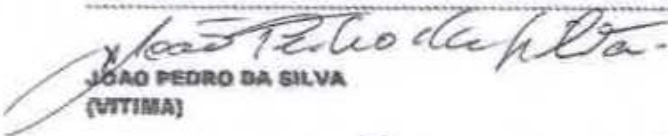
Ano Fabricação/Modelo: 2017/2017 Combustível: ALCOOLASOL

VEICULO 02 (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**
Categoria/Marca/Modelo: **DESCONHECIDO-NÃO INFORMADO-NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **NÃO**
Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Complemento / Observação

COMPARECEU A ESTA DELEGACIA A VITIMA ORA AGUI EM TELA NOTICIANDO QUE HAVIA SOFRIDO ACIDENTE DE TRANSITO.FATO ESSE OCORRIDO NA PE 42,CENTRO DE CONDADO-PE. SEGUNDO A VITIMA, RELATA QUE SEGUIA EM SUA FAIXA DE TRANSITO QUANDO O MOTORISTA QUE SEGUIA NA DIREÇÃO CONTRÁRIA AVANÇOU A SUA FAIXA PARA REALIZAR UM CONVERSÃO EM LOCAL PROIBIDO.APÓS ESSE FATO, O VEICULO OCUPADO PELA VITIMA FOI LANÇADO PARA O MEIO DA PISTA TENDO VÁRIAS FRATURAS PELO CORPO.LADO, A VITIMA FOI SOCORRIDA PELO SAMU PARA O HOSPITAL NIQUEL ARRAES, LOCALIZADO NA REGIÃO METROPOLITANA DO RECIPE.CONFORME CONSTA OS DOCUMENTOS EM ANEXO.

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


JOAO PEDRO DA SILVA
(VITIMA)

B.O. registrado por: 
CASSIANO MACEDO DA SILVA - Matrícula: 350748-1

11ª USPC
Circunscrição

Condado





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASI: 3 - CPF da vítima: 038.252.854-99 4 - Nome completo da vítima: João Pedro da Silva

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 645/2012

5 - Nome completo: João Pedro da Silva 6 - CPF: 038.252.854-99
7 - Profissão: Recepcionista 8 - Endereço: Rua São Roque 9 - Número: 81 10 - Complemento:
11 - Bairro: Centro 12 - Cidade: Londado 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55900-000
15 - E-mail: arthurcristina.gomes@gmail.com 16 - Telefone: (81) 3626-3771

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:
18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ REQUISITO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☐ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☒ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 1792 2 CONTA: 19675 4
(informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir)
☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

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 por invalidez permanente, uma vez que (assinale uma das opções):

- ☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (hoje) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (viveiros)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34 - Impedimento legal de quem assina a rogo/a pedido
35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido
36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido
37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª Nome: _____
CPF: _____
Assinatura da testemunha
39 - 2ª Nome: _____
CPF: _____
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Londado - PE 04.10.19

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procedente (se houver)





HOSPITAL
MIGUEL ARRAES

HOSPITAL MIGUEL ARRAES



Atendimento: 484045

Data e Hora: 29/06/2019 14:55

Senha da Classificação:

0027

Paciente: 127023 JOAO PEDRO DA SILVA

Sexo: MASCULINO

Nome Social:

Data do Nascimento: 12/08/1977 Idade: 41 anos Convenio: 2 SUS - EXTERNO / URGENCIA

Nome da Mãe: LUZINETE MARIA DA CONCEICAO SILVA Nome do Pai: ANTONIO PEDRO DA SILVA

Estado Civil: CASADO

Nome do Médico: PLANTONISTA ORTOPEDIA

CRM: 12345

Endereço: RUA MARIA DA GLORIA ALVE

81

Bairro: CENTRO

Cidade/UF: CONDADO

PE

Usuário Atendimento: COSMEJS

Informações Associadas a Pacientes Estrangeiros / Visitantes

Data Entrada Brasil:

Nacionalidade: BRASILEIRA

Nr Documento Estrangeiro:

Observação:

RESUMO DE TRATAMENTO

Peso:

Altura:

Temperatura:

Hora: 14:55

Queixa Principal

Paciente vítima de colisão carro x moto 10-4-14h00.
Nega pelos de insuênia. Estava com corcete. Queixa-se
de dor em bacia + pes. Relata parestesia em mmjt.
Nega alterações nos membros.

Exame Físico

A = VIBS DÉBILAS PERUAIS. COCOR ⊕.

B = MLC em pat 7/8. SCS = PRX 25. FE = 16/16.

C = PCR 2+ 0/0. RVE. FE = 76/100. PA = 90 x 60.

D = G2. AS. Pulsois + equívocos. Fotoblastomas. Fogo ⊕.

E = EDEMA EM REGIÃO PELVICA P/ R EM TRÍGULO.
PULSOIS PERIFÉRICOS ⊕ SINTOMAS

Hipótese Diagnóstico

1 - ~~fratura~~ fratura no. 2 - LESÃO DE BACIA. Instabilidade
DE BACIA.

Prescrição Médica

1 - TC de crânio + cervical + tórax + abdome com
COM CONTRASTE + BACIA.

2 - Avaliação da ORTOPEDIA.

PB.D = Furo,
Fluido, tubalce.

Uma Furo e Tubalce
MR. Cláudio Gomes
CRM - PE 21224

traz: Daniel Dias

Assinatura e Carimbo/Médico

Destino: () Encaminhado ao Ambulatório () Residência

() Transferido: Para

() Encaminhado ao setor de internação

Senha:



BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA:	31/10/2019
------------------------	------------

NUMERO DO DOCUMENTO:	
----------------------	--

VALOR TOTAL:	6.750,00
--------------	----------

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOAO PEDRO DA SILVA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 01792-2

CONTA: 000010019675-6

Nr. da Autenticação E06C5E7EAE714378





Toda Social de Energia Editora Onça Ltda. Tel 33-570, de 24 horas

NOTA FISCAL - NATURA - COMISSÃO DE LICITAÇÃO

Correspondence: Dr. Yoshitaka Yamamoto
Asahi Chemical Industry, Ltd., 1-1-1, Shiohara, Fukuoka, 816-0292, Japan
E-mail: yamamoto.yoshitaka@acichem.co.jp

DADOS DO CLIENTE
SILVANA MAGALHÃES OLIVEIRA

ENSINO DA UNIDADE CONSUMIDORA
LO 540 ROLLE 31

CPF: 052 711-414-63

CENTRO DE LA UNED
CONCACO FE
5249-038

CLASSIFICAÇÃO
B1: RESIDENCIAL
RESIDENCIAL

972422221	QJCH	12/01/2018
972422222	972422222	972422222
12/01/2018	3010714754	972422222

DATE RECEIVED	DATE
7013756666	09/2019
DATE OF RECEIPT	DATE OF RECEIPT
20/09/2019	16/10/2019
TOTAL PRICE	55.25

COSEÇÃO DA NOTA FISCAL

	STANDARD	PRICE (R)	VALUE (R)
Companhia Brasileira	01.0000000	0,7795530	77,95
Associação Brasileira de			5,27
Correio dos Países Baixos			4,89
Associação de CC&F de			0,71
Mobiliário de Armazenagem			1,56
Associação de Armazenagem			0,36

TOTAL DA FOLHA:

45,399

DEPARTMENT OF THE ARMY, WASHINGTON, D. C. 20315

VCO SINUSOID	FREQ/40	PERIOD		ATUAL		SPICE SOL	COMPARTE	ANLSE	COMPARSO (ANL)
		DATA	LESTIMA	DATA	LESTIMA				
2sin(2000t)	100	0.000210	0.000210	0.000210	0.000210	0.0	0.000000		0.000000

[illegible][illegible]

The information contained herein is confidential and intended solely for the individual named. If you are not the named individual, please do not disseminate or act upon this information. If you have received this communication in error, please notify the sender immediately by e-mail at privacy@att.net. This notice applies to all communications sent from AT&T Intellectual Property.

MONTES DE PASEO A LOS MONTES DE PASEO				
CONCEPTO	UNIDAD	CANTIDAD	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL
ALIMENTOS	kg	100	11,14	1.114,00
ALIMENTOS	kg	100	12,71	1.271,00
ALIMENTOS	kg	100	12,71	1.271,00

CODIGO CONTRATO	MESES	DATA DE VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR (R\$)
1013700000	06/2019	20/09/2019	85,25

83880000000-3 85250011007-0 01375696610-0 14225897683-9





North Social de Energia Eletrica Chato para Lei 10.045, de 20/04/02
Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife - PE, CEP 50040-012
CNPJ 16.535.000/01-88 | Ins. Est. 00094330 | www.celpe.com.br

INSCRIÇÃO DE CLIENTE
MELCÃO DA COSTA LEITE NETO

ENDERÇO DA UNIDADE DE CONSUMO
RUA DO QUE CASAS 1700

CPF: 214.538.474-88

CENTRO GOIANA
GOIANA PE
55600-000

CLASSIFICAÇÃO
99 COMERCIAL
OUTROS SERVIÇOS E OUTRAS ATIVIDADES

07/21/2019	URCA	10/08/2019
05/09/2019	2061221579	4098431

2431353018	08/2019
20/08/2019	04/09/2019
184,82	

CONSUMO ATIVO (KWh)	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Bandeira AMARELA	151,00	0,77548172	116,07
Atividade Bandeira VERDE/AMARELA			2,85
Consumo Sim. Pública Municipal			1,41
Consumo Sim. Pública Municipal			28,90
Multa por atraso - R\$ 0,04325141 - 04/08/19			2,33
Multa por atraso - R\$ 0,04325141 - 04/08/19			4,18
Multa por atraso - R\$ 0,04325141 - 04/08/19			1,73
Multa por atraso - R\$ 0,04325141 - 04/08/19			1,46

TOTAL DA FATURA

184,82

PERÍODO	DATA INÍCIO	DATA FIM	VALOR
07/21/2019	07/21/2019	07/21/2019	184,82

PERÍODO	DATA INÍCIO	DATA FIM	VALOR
07/21/2019	07/21/2019	07/21/2019	184,82

PERÍODO	DATA INÍCIO	DATA FIM	VALOR
07/21/2019	07/21/2019	07/21/2019	184,82

PERÍODO	DATA INÍCIO	DATA FIM	VALOR
07/21/2019	07/21/2019	07/21/2019	184,82

PERÍODO	DATA INÍCIO	DATA FIM	VALOR
07/21/2019	07/21/2019	07/21/2019	184,82

PERÍODO	DATA INÍCIO	DATA FIM	VALOR
07/21/2019	07/21/2019	07/21/2019	184,82

PERÍODO	DATA INÍCIO	DATA FIM	VALOR
07/21/2019	07/21/2019	07/21/2019	184,82

PERÍODO	DATA INÍCIO	DATA FIM	VALOR
07/21/2019	07/21/2019	07/21/2019	184,82

PERÍODO	DATA INÍCIO	DATA FIM	VALOR
07/21/2019	07/21/2019	07/21/2019	184,82

PERÍODO	DATA INÍCIO	DATA FIM	VALOR
07/21/2019	07/21/2019	07/21/2019	184,82



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINALASPX7TIPQ=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF¹.

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.513/98.

Pelo exposto, eu João Guilherme Mangabeira de Carvalho

inscrito (a) no CPF/CNPJ 093.562.324 / 65 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

João Pedro da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 038.252.854 / 99

do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima João Pedro da Silva

inscrito (a) no CPF sob o Nº 038.252.854 / 99 conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar.

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto à Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço: <u>Rua Duque de Caxias</u>	Número: <u>170</u>	Complemento: <u>10</u>
Bairro: <u>Centro</u>	Cidade: <u>Goiana</u>	Estado: <u>PE</u>
E-mail: <u>arrozmaria.goiana@gmail.com</u>	CEP: <u>55900-000</u>	Tel. (DDD): <u>(71) 3620-3771</u>

Local e Data: Goiana - PE 09.10.19

Assinatura do Declarante

DLDR1.001 V001/2017





HOSPITAL
MIGUEL ARRAES

HOSPITAL MIGUEL ARRAES



Atendimento: 484045

Data e Hora: 29/06/2019 14:55

Senha da Classificação:

0027

Paciente: 127023 JOAO PEDRO DA SILVA

Sexo: MASCULINO

Nome Social:

Data do Nascimento: 12/08/1977 Idade: 41 anos Convenio: 2 SUS - EXTERNO / URGENCIA

Nome da Mãe: LUZINETE MARIA DA CONCEICAO SILVA Nome do Pai: ANTONIO PEDRO DA SILVA

Estado Civil: CASADO

Nome do Médico: PLANTONISTA ORTOPEDIA

CRM: 12346

Endereço: RUA MARIA DA GLORIA ALVE --

81

Bairro: CENTRO

Cidade/UF: CONDADO

PE

Usuário Atendimento: COSMEJS

Informações Associadas a Pacientes Estrangeiros / Visitantes

Data Entrada Brasil:

Nacionalidade: BRASILEIRA

Nr Documento Estrangeiro:

Observação:

RESUMO DE TRATAMENTO

Peso: _____

Altura: _____

Temperatura: _____

Hora: 14:55

Queixa Principal

PACIENTE VITIMA DE COLISÃO COM X-MOTO 10-4-14000.
NEBO PEDRO DE CONSUENIO. ESTAVA COM CORRETE. QUEIXA-SE
DE DOR EM BACIA + PES. REOTO PRESTESIA EM MMII.
NEBO PEDRO, NEBO CORRETE.

Exame Físico

A = VIBS OENAS PERNAS. CORDEU.

B = MUD IN DIT 7/3. COT = AX 33. FE = 16/16.

C = FCM 24 Dm. RMF. FE = 70/100. PO = 90 x 60

D = 62. AS PULSOS DEBILITADOS. FORTES. FORÇA 4/5.

E = EDEMA EM REGIÃO PELVICA Pior em tríplice
PULSOS PERIFERICOS 4/5.

Hipótese Diagnóstico

1 - ~~trauma~~ fratura no. 2 - LESÃO DE BACIA. INJURIA DE
DE SIGOIR.

Prescrição Médica

1 - TC DE CRANIO + CERVICAL + TÓRAX + ABDOME COM
COM CONTRASTE + BACIA.

2 - AVALIAÇÃO DO OROFARINGE.

PRD = PULSO
FLEXO, TUBO

(Ana Cláudia S. Nunes
Méd. Cirurgião Geral
CRM - PE 21524)

DR. DANIEL DIAS

Assinatura e Carimbo/Médico

Destino: () Encaminhado ao Ambulatório () Residência

() Transferido Para

() Encaminhado ao setor de internação

Senha:



HOSPITAL METROP. NORTE MIGUEL ARRAES

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICACAO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 29/06/2019 14:26

Nome Paciente: JOAO PEDRO DA SILVA
Cód. Paciente:
Data de Nascimento: 12/08/1977
Sexo: Masculino
Idade: 41
Senha: 0027
Convênio:
Atendimento:
SAME:

Período: 29/06/2019 14:37 - 29/06/2019 14:41

CLAUDIA PATRICIA DA SILVA FREIRE - COREN: 360963 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

Prioridade: **EMERGENCIA VERMELHO**

Cor: **VERMELHO**

Queixa Principal: PACIENTE TRAZIDO PELO SAMU, PROCEDENTE DA UPB, SENHA 5718314
PACIENTE VÍTIMA DE COLISÃO MOTOCICLETA-AUTOMÓVEL HÁ CERCA DE 1H,
EVOLUINDO COM ESFORÇOMICCIONAL E EDEMA TESTICULAR
C HD DE POLITRAUMA E TRAUMA DE URETRA

Observação: SAMU NÃO SABE INFORMAR SE É HAS/DM E ALERGIAS

Programa sintoma: TRAUMA

Discriminador(es): - DOR INTENSA (8-10/10)
- DOR OU INSTABILIDADE DA Pelve

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Sinais Vitais Lidos: - SACR - REGUA DE DOR: 10
- SACR - ESCALA DE GLASGOW: 15
- FREQUENCIA CARDIACA: 84.00 BPM
- GLICOSE: 99.00 MG/DL
- P.A. SISTOLICA: 130.00 MMHG
- P.A. DISTOLICA: 80.00 MMHG

REVISADO
NEPI-HMA

Acolhido(a) por: CLAUDIA PATRICIA DA SILVA FREIRE - COREN: 360963 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 29/06/2019 14:41

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1



HOSPITAL MIGUEL ARRAES
MV 2000 - Sistema de Centro Cirúrgico e Obstétrico
Ficha de Cirurgia Descritiva

Página.: 0001
Data.....: 29/06/2019
Hora.....: 17:44

Ficha de Cirurgia Descritiva

Aviso de Cirurgia : 57678 Sala : 0002 SALA 02
Paciente : 127023 JOAO PEDRO DA SILVA Atendimento : 484053
Convênio Atend. : 1 SUS - INTERNACAO Carteira :
Leito : 507 VERMELHO - EXTRA 017 Idade : 41 Anos
Dt. Inicio : 29/06/2019 16:25 Dt. Fim : 29/06/2019 16:55
Cid Pré-Operatório :
Cid Pós-Operatório :

Procedimentos

Procedimento: 0408040203 REDUÇÃO INCRUENTA DISJUNÇÃO / LUXAÇÃO / FRATURA / FRATURA-LUXAÇÃO AO NÍVEL I
ANEL PÉLVICO (PRINCIPAL)
Convênio: 001 SUS - INTERNACAO
Anestesia: 44 GERAL ENDOVENOSA + INALATORIA COM REINALACAO

Equipe Médica

CIRURGIAO 18882 JOAO PAULO NOBRE MAGALHAES
CIRURGIAO 19797 ANTONIO JOSE OLIVEIRA DE A. QUEIROZ
ANESTESISTA 2380 GENESIO GOMES DA CRUZ JUNIOR

Descrição

Descrição Cirúrgica :

DIAGNOSTICO: LESÃO DO ANEL PÉLVICO + LESÃO DE LISFRAC D + FRATURA DE METATRSOS D
CIRURGIA: REDUÇÃO FECHADA + FIXAÇÃO EXTERNA
CIRURGIAO: DR. ANTONIO QUEIROZ
1º AUXILIO: DR. JOÃO PAULO NOBRE
2º AUXILIO: DR. CAIO CAVALCANTI
ANESTESIA: GERAL
ANESTESISTA: DR. GENESIO

DESCRIÇÃO

- 1) PACIENTE EM DECUBITO DORSAL SOB ANESTESIA GERAL
- 2) REALIZADO REDUÇÃO FECHADA DE LESÃO DO ANEL PÉLVICO E APOSICIONADO FIXADOR EXTERNO TUBO-A-TUBO, COM AUXÍLIO DE INTENSIFICADOR DE IMAGENS
- 3) OBSERVADO BOA ESTABILIDADE E FIXAÇÃO
- 4) À SR
- 5) RX DE CONTROLE

Achados Cirúrgicos:

Descrição Complementar

FATURADO
22/07/19
CLAUDEVAN S. F. F.
FATURISTA

João Bosco B. C. Neto
Ortopedia / Traumatologia

CREMEPE 25.670

DR(A) : ANTONIO JOSE OLIVEIRA DE A. QUEIROZ
CRM : 19797

HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAES DE ALENCAR





MIGUEL ARRAES



Instituto de Medicina Integral
Prof. Fernando Fagundes

EVOLUÇÃO CLÍNICA

NOME:JOAO PEDRO DA SILVA REG:127023

CLÍNICA: _____ ENFERMAGEM: _____ LEITO: _____

DATA/HORA	
29/6/2019	# SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA # ADMISSÃO
	PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO, COM TRAU MATISMO NA PELVE. AO EXAME: PACIENTE HIPOCORADO E HIPOTENSO MMII EM ROTAÇÃO EXTERNA VOLUMOSO HEMATOMA ESCROTAL RX EVIDENCIA LESAO DO ANEL PÉLVICO + LISFRANC À DIREITA + FRATURA DE METATARSOS
	HD: LESÃO DO ANEL PÉLVICO (OPEN BOOK) LESÃO DE LISFRANC À DIREITA FRATURA DE METATARSOS À DIREITA
	CD: INTERNAMENTO DIETA ZERO AO BLOCO CIRURGICO SEM BANHO
	João Bosco B. C. Neto Ortopedia / Traumatologia CREMEPE 26.670
01/07/19	#SOT#
12-10	Ht 1 Fc - OP (24/06/19) Lfeto Gais Por KLS Do Anor fucus . Miguel Borges Ben Pontuação:

João Bosco B. C. Neto
Ortopedia / Traumatologia
CREMEPE 26.670

02/10/2019

12-10

Massigenia Ben Poruashon

Write this up Memo to A123

Life, peace, happiness & Prosperity
- Admission No. 100000 Class - 11 Section - 1

CAEMEP 26.670

João Bosco B. C. Neto





FICHA DE INTERNAÇÃO

Rua Estrada da Fazendinha, S/N
Jaguaribe - Paulista - PE
CEP.: 53.400 - 000

Cód. Atendimento: 484053

Usuário: HANNESSAKCA

DADOS DO PACIENTE

Paciente:	JOAO PEDRO DA SILVA			Prontuário:	127623
Idade:	41a 10m 18d	Sexo:	M	Data de Nascimento:	12/8/1977
Profissão:		Estado Civil:	CASADO		
R.G.:	5513925	C.P.F.:		Escolaridade:	
Endereço:	RUA MARIA DA GLORIA ALVES BASANI, 21 - CENTRO			Telefone:	995280552
				CEP	55940000 - PE
Origem:	URGENCIA/EMERGENCIA				
Convênio:	SUS - INTERNACAO				
Unidade Internação:	2 AND - UTI 3 - ADUL Acomodação: UTI - ADULTO				
Médico Internação:	PLANTONISTA ORTOPEDIA				
				Data e Hora da Internação:	29/6/2019 16:12
				Plano:	GERAL
				Leito:	ENF UTI3 - LEITO 029

DADOS DO RESPONSÁVEL

Nome:		R.G.:		C.P.F.:	FATURADO
Endereço:		Número:			22/07/19
Cidade:		Estado civil:			CLAUDIMAR SOUSA

DADOS DA LIBERAÇÃO DO PACIENTE

Data da Alta:	10/07/19	Hora da Alta:			
Motivo:	☒ Melhorado	☐ A Pedido	☐ Transferência	☐ Óbito	☐ Evasão
Condições de Alta:	Liberado				
Diagnóstico Principal.....:	Lesão de articulação pé direito				
Diagnóstico Secundário01.:	Fr. LÍBRONC PE D				
Diagnóstico Secundário02.:	Fr. MTTs PE D				
Tratamento.....:	Red. Curativo + Fix. interna de articulação + Red. Curativo + Fix. ART. LÍBRONC + FDS R 3 e 4 = MTT D				
Responsável pela retirada do paciente	Assinatura e RG				
Dr. Ayton Farias Ortopedia / Traumatologia Médico - CRM 1955					

TERMO DE RESPONSABILIDADE

Autorizo a internação do paciente acima mencionado no HOSPITAL MIGUEL ARRAES bem como os tratamentos clínicos e cirúrgicos (Intervenção cirúrgica, anestésias, transfusões, exames de sangue, ou qualquer outro tipo de exame médico e laboratorial) que se fizerem necessários para o diagnóstico, tratamento, cura e o bem estar do paciente.

Em _____ de _____ de _____

Assinatura e RG do paciente ou pessoa responsável





EVOLUÇÃO CLÍNICA

E: Sousa Pedro da Silva REG: 127023

CA: _____ ENFERMAGEM: _____ LEITO: _____

DATA/HORA	EVOLUÇÃO
06/07/19	#5014#
12:30	HD: Ex ANEL PÉLVICO + LISTA ANE DINEITA + EX METATASO A DINEITA PO 290619. ALGUIS. FEILHADA DE ANEL PÉLVICO + EXAGÃO EXTENSA TUBO ATU 30 BEG NORMACIONADO EUPNEIA AFEBAIL CD: CINEUBIA PROGRAMADA PARA TERÇA SOLIC. TO - X1.
07/10/19	#5014#
	HD: A ME SINA PO: O MESMO PES NORMACIONADO EUPNEIA AFEBAIL SEM NOVAS QUEIXAS CD: CINEUBIA TERÇA INICIADA PARELHO
08/11/19	#Cm. Garot #
12:30	Paciente q apensa pós-tratamento em bolsa assepsia em franco regressão. Vibe dor.

CD: 1) Sem indic. cirurgia. e
sem contra-indic. no proc.
ortopedico transverso.

Dr. CHINHOLO NODUR
CRM-PE 19.57

HOSPITAL MIGUEL ARRAES
MV 2000 - Sistema de Centro Cirúrgico e Obstétrico
Ficha de Cirurgia Descritiva

Página.: 0001
Data.: 09/07/2019
Hora.: 13:25

Ficha de Cirurgia Descritiva

Aviso de Cirurgia : 57875
Paciente : 127023
Convênio Atend. : 1
Leito : 84
Dt. Início : 09/07/2019 08:55
Id Pré-Operatório : S923
Id Pós-Operatório :

Sala : 0001 SALA 01
JOAO PEDRO DA SILVA
SUS - INTERNACAO
ORTL-514-LEITO 004
Dt. Fim : 09/07/2019 12:20
FRATURA DE OSSOS DO METATARSO

Atendimento : 484053
Carteira :
Idade : 41 Anos

Procedimento

Procedimento: 0406040033
Convênio: 001
Anestesia: 26

ARTRODESE DE ARTICULAÇÕES SACROILIACAS (PRINCIPAL)
SUS - INTERNACAO
GERAL ENDOVENOSA PURA

Equipe Médica

CIRURGIAO
ANESTESISTA

20671 ADAUTO TELINO DE MELO JUNIOR
2380 GENESIO GOMES DA CRUZ JUNIOR

Descrição Cirúrgica :

DIAGNÓSTICO: FRATURA LUXAÇÃO DE LISFRANC + FRATURA DE CABEÇA DE MÚLTIPLOS METATARSOS À DIREITA
CIRURGIA: RAFI COM PARAFUSOS + FIOS K
CIRURGIAO: DR ADAUTO TELINO
1º AUXÍLIO: DR JOÃO BOSCO
2º AUXÍLIO: DR SAMUEL RICARDO
ANESTESIA: GERAL
ANESTESISTA: DRA. GRAÇA COUTO

1. PACIENTE EM DDH SOB ANESTESIA GERAL;
2. ASSEPSIA E ANTISSEPÇÃO DE MID;
3. APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS;
4. REALIZADO INCISÃO LONGITUDINAL NO DORSO DO PÉ DIREITO, EM TOPOGRAFIA ENTRE 1º/2º RAIOS. SENDO OBSERVADA LESÃO DO LIGAMENTO DE LISFRANC, COM INSTABILIDADE DAS ARTICULAÇÕES DO MÊDIO PÉ;
5. REALIZADO REDUÇÃO CRUENTA E APOSIÇÃO DOS 02 PARAFUSOS CORTICAIS 3,5
VISUALIZADO BOM POSICIONAMENTO DE IMPLANTES E ESTABILIDADE DA ARTICULAÇÃO DE LISFRANC, COM AUXÍLIO DO INTENSIFICADOR DE IMAGENS
7. INCISÃO LONGITUDINAL DISTAL EM DORSO DO PÉ DIREITO, EM TOPOGRAFIA ENTRE O 3º/4º RAIOS.
8. DIVULSÃO POR PLANOS ATÉ FOCO DE FRATURA DO 3º E 4º METATARSO
9. REDUÇÃO CRUENTA DAS FRATURAS E FIXADAS COM 02 FIOS K INTRAMEDULARES.
VISUALIZADO FRATURA DA CABEÇA DO 2º METATARSO DIREITO SEM DESVIO, OPTADO POR TRATAMENTO CONSERVADOR DA MESMA.
11. VERIFICADO REDUÇÃO E POSICIONAMENTO DE IMPLANTES ACEITÁVEIS, COM AUXÍLIO DE INTENSIFICADOR DE IMAGENS
12. SUTURA POR PLANOS COM VYCRIL 2-0 E NYLON 3-0
13. CURATIVO ESTÉRIL
14. TALA BOTA
15. RX DE CONTROLE
16. ÀS SR
- 12.

João Bosco B. C. Neto
Ortopedia / Traumatologia
CREMEPE 26.670

Sangue e Derivados:

Qt. Solicitada

2 CONCENTRADO DE HEMACIAS

1

Achados Cirúrgicos:

Descrição Complementar

FATURADO
22/07/19
CLAUDEVAN
FATURADO

HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAES DE ALENCAR



HOSPITAL MIGUEL ARRAES
MV 2000 - Sistema de Centro Cirúrgico e Obstétrico
Ficha de Cirurgia Descritiva

Página: 0001
Data: 09/07/2019
Hora: 12:19

Ficha de Cirurgia

Visão de Cirurgia: 57875
Paciente: 127023
Convênio Atend.: 1
Leito: 84
Dt. Início: 09/07/2019 09:55
Pré-Operatório: S328
Pós-Operatório:

Sala: 0001 SALA 01
JOAO PEDRO DA SILVA
SUS - INTERNACAO
ORTL-514-LEITO 004
Dt. Fim: 09/07/2019 12:20

Atendimento: 484053
Carteira:
Idade: 41 Anos

FRATURA DE OUTRAS PARTES DA COLUMNA LOMBOSSACRA E DA Pelve e de partes não

Procedimento

Procedimento: 0408040033
Convênio: 001
Anestesia: 25

ARTRODESE DE ARTICULAÇÕES SACROILIACAS (PRINCIPAL)
SUS - INTERNACAO
GERAL ENDOVENOSA PURA

Equipe

CIRURGIAO
ANESTESISTA

20571 ADAUTO TELINO DE MELO JUNIOR
2380 GENESIO GOMES DA CRUZ JUNIOR

Descrição Cirúrgica

DIAGNÓSTICO: LESÃO DO ANEL PÉLVICO
CIRURGIA: RETIRADA DE FIXADOR EXTERNO DE BACIA + OSTEOSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS EM SÍNFISE PÚBICA +
PARAFUSO CANULADO EM SACROILIACA DIREITA
CIRURGIAO: DR ADAUTO TELINO
1º AUXÍLIO: DR JOÃO BOSCO
2º AUXÍLIO: DR SAMUEL RICARDO
ANESTESIA: GERAL
ANESTESISTA: DRA. GRAÇA COUTO
ACIDENTES DURANTE A CIRURGIA: NÃO HOUVE
DESCRIÇÃO:
1) PACIENTE EM DECUBITO DORSAL SOB ANESTESIA GERAL
2) RETIRADO FIXADOR EXTERNO DE BACIA E REALIZADO ASSEPSIA E ANTISSEPSIA COM CLOREXIDINA ALCOOLICA
3) APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTEREIS
4) FEITO ACESSO SUPRAPUBICO - PFANNENSTIEL
DIVULSAO POR PLANOS ATE SIFISE PUBICA, VISUALIZADA ABERTURA DA MESMA
5) DESBRIDAMENTO E ESCARIFICAÇÃO DE DISCO DA SINFISE PÚBICA
6) REDUÇÃO CRUENTA DA SINFISE PUBICA E FIXAÇÃO COM 01 PLACA DE RECONSTRUÇÃO 3,5 MM 6 FUROS + 06
PARAFUSOS CORICAIS 3,5 MM
7) VISUALIZADA BOM POSICIONAMENTO DOS IMPLANTES ATARAVES DE ESCÓPIA
8) SUTURA POR PLANOS COM VICRYL 1.0 E NYLON 3.0
FEITA RFFI DA SACRO ILIACA ESQUERDA COM 01 PARAFUSO CANULADO 7 MM COM ARRUELA
9) VISUALIZADA BOM POSICIONAMENTO DOS IMPLANTES ATARAVES DE ESCÓPIA
10) SUTURA POR PLANOS COM VYRIL E NYLON + CURATIVO ESTERIL
11) RX CONTROLE

Sangue e Derivados:

Qt. Solicitada

2 CONCENTRADO DE HEMACIAS

1

Achados Cirúrgicos:

Descrição Complementar

FATURADO
22/07/19
CLAUDIANE SOUSA
FATURISTA

João Bosco Neto
Ortopedia / Traumatologia
BEM-ESTAR 26.670

HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAES



RESUMO DE ALTA HOSPITALAR/ESCLARECIMENTO

NOME: João Paulo da Silva REG: 127023
IDADE: 41 SEXO: M DATA DA ADMISSÃO 29/06/19 DATA DA ALTA 10/07/19
DIAGNÓSTICO:

- Lesão do plexo braquial - AD Grau II
- Lesão do plexo braquial - AD Grau II
- Trauma do plexo braquial - AD Grau II

TRATAMENTO REALIZADO:

CIRURGIAS: - Lesão do plexo braquial - AD Grau II
- Lesão do plexo braquial - AD Grau II
- Lesão do plexo braquial - AD Grau II
- Lesão do plexo braquial - AD Grau II

ORIENTAÇÃO:

→ TROCA DIÁRIA DE CURATIVOS CONFORME ORIENTADO + MONITORAR TODA SINTOMATOLOGIA
→ USAR MEDICAÇÃO PRESCRITA - Levofloxacina + Paracetamol
→ AGENDAR RETORNO AO AMBULATÓRIO DE Ortopedia - 02 semanas
→ PISAR COM MEMBRO OPERADO: SIM () NÃO ☒ NÃO SE APLICA ()
Assinar o documento de alta hospitalar com carimbo e CRM

PROGRAMA APÓS ALTA:

AMBULATÓRIO DE EGRESSO SIM ☒ NÃO ()
DATA DA CONSULTA AMBULATORIAL: 1/1


Dr. Aurélien Ferraz
Ortopedia / Traumatologia
CRM/PE 23950
ASSINATURA DO MÉDICO, CARIMBO E CRM



RELATÓRIO MÉDICO PARA AVALIAÇÃO DE INVALIDEZ PERMANENTE (TOTAL OU PARCIAL)

DECLARAÇÕES DO MÉDICO (DE PRÓPRIO PUNHO)

DATA DO ACIDENTE: 29/06/19.	DATA DO INÍCIO DO TRATAMENTO MÉDICO: 29/06/19.
NOME COMPLETO DA VÍTIMA: João Pedro da Silva	
LESÕES RESULTANTES DO ACIDENTE: Disjunção da sínfise púbica. Fratura luxação de listriam e pé direito.	
DADOS RESUMIDOS DOS TRATAMENTOS REALIZADOS (DATAS): Tratamento cirúrgico de disjunção de sínfise púbica com fixador externo e após 12 dias osteossíntese com placa e parafusos. Tratamento cirúrgico de fratura pé direito e parafusos.	
ALTA MÉDICA? ☒ SIM ☐ NÃO Fimioterapia complementar.	
EXISTE ALGUM DEFEITO OU DOENÇA PRÉ-EXISTENTE? ☐ SIM ☒ NÃO CASO POSITIVO DESCREVER:	
COM RELAÇÃO A INVALIDEZ PODE-SE CONCLUIR QUE: ☐ A INVALIDEZ É TEMPORÁRIA, PORTANTO PASSÍVEL DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA ATRAVÉS DE TRATAMENTO. ☒ A INVALIDEZ É PERMANENTE, OU SEJA, NÃO HÁ POSSIBILIDADE DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA.	

GRAU DE INCAPACIDADE FUNCIONAL IRREVERSÍVEL (especificar o segmento ou órgão atingido)

SEGMENTO ANATÔMICO OU ÓRGÃO AFETADO
1º Dor, edema e déficit de força no
2º pé direito. Com perda funcional de 85%.
3º Dor nos quadris e anel púbica
4º Com déficit de força e perda funcional
5º de 85%.

AFIRMO QUE ASSISTI E/OU AVALIEI A VÍTIMA NO PERÍODO DE 08/10/19 A 08/10/19 E QUE AS RESPOSTAS ACIMA, SÃO COMPLETAS E VERDADEIRAS.	
Local Goiânia PE	Data 08/10/19
Assinatura e Carimbo	

Dr. Antonio YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR
CRM-PE 17003





HOSPITAL
MIGUEL ARRAES

HOSPITAL MIGUEL ARRAES



Atendimento: 484045

Data e Hora: 29/06/2019 14:55

Senha da Classificação:

0027

Paciente: 127023 JOAO PEDRO DA SILVA

Sexo: MASCULINO

Nome Social:

Data do Nascimento: 12/08/1977 Idade: 41 anos Convenio: 2 SUS - EXTERNO / URGENCIA

Nome da Mãe: LUZINETE MARIA DA CONCEICAO SILVA Nome do Pai: ANTONIO PEDRO DA SILVA

Estado Civil: CASADO

Nome do Médico: PLANTONISTA ORTOPEDIA

CRM: 12346

Endereço: RUA MARIA DA GLORIA ALVE --

81

Bairro: CENTRO

Cidade/UF: CONDADO

PE

Usuário Atendimento: COSMEJS

Informações Associadas a Pacientes Estrangeiros / Visitantes

Data Entrada Brasil:

Nacionalidade: BRASILEIRA

Nr Documento Estrangeiro:

Observação:

RESUMO DE TRATAMENTO

Peso: _____

Altura: _____

Temperatura: _____

Hora: 14:55

Queixa Principal

PACIENTE VITIMA DE COLISÃO COM X-MOTO 10-4-14000.
NEBO PEDRO DE CONSUENIO. ESTAVA COM CORRETE. QUEIXA-SE
DE DOR EM BACIA + PES. REOTO PRESTESIA EM MMII.
NEBO PEDRO DE CONSUENIO. NEBO PEDRO DE CONSUENIO.

Exame Físico

HE = VIBS OENAS PERNAS. COLE (D).

B = MUD M DIT 7/3. COG = AX 33. FE = 16/16.

C = FCM 24 Dm. RMF. FE = 70/100. PO = 90 x 60

D = 62. AS PULSOS DEBILITADOS. FORTES. FORÇA D.

E = EDEMA EM REGIÃO PELVICA PIR EM TUMORAL
PULSOS PERIFERICOS D SINTOMAS

Hipótese Diagnóstico

1 - ~~trauma~~ trauma. 2 - LESÃO DE BACIA. INTORLIDADE
DE SUGOEL.

Prescrição Médica

1 - TC DE CROIO + CRUTIC + TOXOX + ABRADE COM
COM CONVECTES + RACIA.

2 - AVALIAÇÃO DO ORO PEDIO.

PD = PULO
FIDUCIO, TUBOCE

(Ana Cláudia S. Nunes
Méd. Cirurgião Geral
CRM - PE 21524)

DR. DANIEL DIAS

Assinatura e Carimbo/Médico

Destino: () Encaminhado ao Ambulatorio () Residência

() Transferido: Para _____

() Encaminhado ao setor de internação

Senha: _____



HOSPITAL METROP. NORTE MIGUEL ARRAES

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICACAO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 29/06/2019 14:26

Nome Paciente: JOAO PEDRO DA SILVA
Cód. Paciente:
Data de Nascimento: 12/08/1977
Sexo: Masculino
Idade: 41
Senha: 0027
Convênio:
Atendimento:
SAME:

Período: 29/06/2019 14:37 - 29/06/2019 14:41

CLAUDIA PATRICIA DA SILVA FREIRE - COREN: 360963 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

Prioridade: **EMERGENCIA VERMELHO**

Cor: **VERMELHO**

Queixa Principal: PACIENTE TRAZIDO PELO SAMU, PROCEDENTE DA UPB, SENHA 5718314
PACIENTE VÍTIMA DE COLISÃO MOTOCICLETA-AUTOMÓVEL HÁ CERCA DE 1H,
EVOLUINDO COM ESFORÇOMICCIONAL E EDEMA TESTICULAR
C HD DE POLITRAUMA E TRAUMA DE URETRA

Observação: SAMU NÃO SABE INFORMAR SE É HAS/DM E ALERGIAS

Programa sintoma: TRAUMA

Discriminador(es): - DOR INTENSA (8-10/10)
- DOR OU INSTABILIDADE DA Pelve

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Sinais Vitais Lidos: - SACR - REGUA DE DOR: 10
- SACR - ESCALA DE GLASGOW: 15
- FREQUENCIA CARDIACA: 84.00 BPM
- GLICOSE: 99.00 MG/DL
- P.A. SISTOLICA: 130.00 MMHG
- P.A. DISTOLICA: 80.00 MMHG

REVISADO
NEPI-HMA

Acolhido(a) por: CLAUDIA PATRICIA DA SILVA FREIRE - COREN: 360963 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 29/06/2019 14:41

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1



HOSPITAL MIGUEL ARRAES
MV 2000 - Sistema de Centro Cirúrgico e Obstétrico
Ficha de Cirurgia Descritiva

Página.: 0001
Data.....: 29/06/2019
Hora.....: 17:44

Ficha de Cirurgia Descritiva

Aviso de Cirurgia : 57678 Sala : 0002 SALA 02
Paciente : 127023 JOAO PEDRO DA SILVA Atendimento : 484053
Convênio Atend. : 1 SUS - INTERNACAO Carteira :
Leito : 507 VERMELHO - EXTRA 017 Idade : 41 Anos
Dt. Inicio : 29/06/2019 16:25 Dt. Fim : 29/06/2019 16:55
Cid Pré-Operatório :
Cid Pós-Operatório :

Procedimentos

Procedimento: 0408040203 REDUÇÃO INCRUENTA DISJUNÇÃO / LUXAÇÃO / FRATURA / FRATURA-LUXAÇÃO AO NÍVEL I
ANEL PÉLVICO (PRINCIPAL)
Convênio: 001 SUS - INTERNACAO
Anestesia: 44 GERAL ENDOVENOSA + INALATORIA COM REINALACAO

Equipe Médica

CIRURGIAO 18882 JOAO PAULO NOBRE MAGALHAES
CIRURGIAO 19797 ANTONIO JOSE OLIVEIRA DE A. QUEIROZ
ANESTESISTA 2380 GENESIO GOMES DA CRUZ JUNIOR

Descrição

Descrição Cirúrgica :

DIAGNOSTICO: LESÃO DO ANEL PÉLVICO + LESÃO DE LISFRAC D + FRATURA DE METATRSOS D
CIRURGIA: REDUÇÃO FECHADA + FIXAÇÃO EXTERNA
CIRURGIAO: DR. ANTONIO QUEIROZ
1º AUXILIO: DR. JOÃO PAULO NOBRE
2º AUXILIO: DR. CAIO CAVALCANTI
ANESTESIA: GERAL
ANESTESISTA: DR. GENÉSIO

DESCRIÇÃO

- 1) PACIENTE EM DECUBITO DORSAL SOB ANESTESIA GERAL
- 2) REALIZADO REDUÇÃO FECHADA DE LESÃO DO ANEL PÉLVICO E APOSICIONADO FIXADOR EXTERNO TUBO-A-TUBO, COM AUXÍLIO DE INTENSIFICADOR DE IMAGENS
- 3) OBSERVADO BOA ESTABILIDADE E FIXAÇÃO
- 4) À SR
- 5) RX DE CONTROLE

Achados Cirúrgicos:

Descrição Complementar

FATURADO
22/07/19
CLAUDEVAN S. F. F.
FATURISTA

João Bosco B. C. Neto
Ortopedia / Traumatologia

CREMEPE 25.670

DR(A) : ANTONIO JOSE OLIVEIRA DE A. QUEIROZ
CRM : 19797

HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAES DE ALENCAR





MIGUEL ARRAES

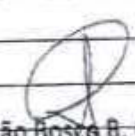


Instituto de Medicina Integral
Prof. Fernando Figueira

EVOLUÇÃO CLÍNICA

NOME:JOAO PEDRO DA SILVA REG:127023

CLÍNICA: _____ ENFERMAGEM: _____ LEITO: _____

DATA/HORA	
29/6/2019	# SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA # ADMISSÃO
	PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO, COM TRAU-MATISMO NA PELVE. AO EXAME: PACIENTE HIPOCORADO E HIPOTENSO MMII EM ROTAÇÃO EXTERNA VOLUMOSO HEMATOMA ESCROTAL RX EVIDENCIA LESAO DO ANEL PELVICO + LISFRANC A DIREITA + FRATURA DE METATARÇOS
	HD: LESÃO DO ANEL PÉLVICO (OPEN BOOK) LESÃO DE LISFRANC À DIREITA FRATURA DE METATARÇOS À DIREITA
	CD: INTERNAMENTO DIETA ZERO AO BLOCO CIRURGICO SEM BANHO
	 João Bosco B. C. Neto Ortopedia / Traumatologia CREMEPE 26.670
01/07/19	#SOS#
12-10	Hx: Fc - OP (29/06/14) Lfto Gais Por K.S Do Anor fratur.
	Bom estado de saúde.
	Muito obrigado por sua atenção.

João Bosco B. C. Neto
Ortopedia / Traumatologia
CREMEPE 26.670

Love, grace, happiness & Abide
- Dennis Newman Church of the Redeemer
CREMPE 26.670

João Bosco B. C. Neto
CARMPE 26.670





FICHA DE INTERNAÇÃO

Rua Estrada da Fazendinha, S/N
Jaguaribe - Paulista - PE
CEP.: 53.400 - 000

Cód. Atendimento: 484053

Usuário: HANNESSAKCA

DADOS DO PACIENTE

Paciente:	JOAO PEDRO DA SILVA			Prontuário:	127623
Idade:	41a 10m 18d	Sexo:	M	Data de Nascimento:	12/8/1977
Profissão:		Estado Civil:	CASADO		
R.G.:	5513925	C.P.F.:		Escolaridade:	
Endereço:	RUA MARIA DA GLORIA ALVES BASANI, 21 - CENTRO			Telefone:	995280552
				CEP	55940000 - PE
Origem:	URGENCIA/EMERGENCIA				
Convênio:	SUS - INTERNACAO				
Unidade Internação:	2 AND - UTI 3 - ADUL Acomodação: UTI - ADULTO				
Médico Internação:	PLANTONISTA ORTOPEDIA				
				Data e Hora da Internação:	29/6/2019 16:12
				Plano:	GERAL
				Leito:	ENF UTI3 - LEITO 029

DADOS DO RESPONSÁVEL

Nome:		R.G.:		C.P.F.:	FATURADO
Endereço:		Número:			22/07/19
Cidade:		Estado civil:			CLAUDIMAR SOUSA

DADOS DA LIBERAÇÃO DO PACIENTE

Data da Alta:	10/07/19	Hora da Alta:			
Motivo:	☒ Melhorado	☐ A Pedido	☐ Transferência	☐ Óbito	☐ Evasão
Condições de Alta:	Liberado				
Diagnóstico Principal.....:	Lesão de nível pé direito				
Diagnóstico Secundário01.:	Fr. Lânc. pé direito REVISADO				
Diagnóstico Secundário02.:	Fr. MTTs pé direito CIH-HMA				
Tratamento.....:	Red. Curativo + Fix. interna de nível pé direito + Red. Curativo + Fix. ANT. Lânc. + FDS R 3 e 4 - MTT				
Responsável pela retirada do paciente	Assinatura e RG				

TERMO DE RESPONSABILIDADE

Autorizo a internação do paciente acima mencionado no HOSPITAL MIGUEL ARRAES bem como os tratamentos clínicos e cirúrgicos (Intervenção cirúrgica, anestésias, transfusões, exames de sangue, ou qualquer outro tipo de exame médico e laboratorial) que se fizerem necessários para o diagnóstico, tratamento, cura e o bem estar do paciente.

Em _____ de _____ de _____

Assinatura e RG do paciente ou pessoa responsável





EVOLUÇÃO CLÍNICA

E: Sousa Pedro da Silva REG: 127023

CA: _____ ENFERMAGEM: _____ LEITO: _____

DATA/HORA	EVOLUÇÃO
06/07/19	#5014#
12:30	HD: Ex ANEL PÉLVICO + LISTA ANE DINEITA + EX METATASO A DINEITA PO 290619. ALGUIS. FEILHADA DE ANEL PÉLVICO + EXAGÃO EXTENDIDA 1180 ATU 30 BEG NORMACIONADO EUPNEIA AFEBAIL CD: CINEGIA PROGRAMADA PARA TERÇA SOLIC. TO - X1.
07/10/19	#5014#
	HD: A ME SINA PO: O MESMO PES NORMACIONADO EUPNEIA AFEBAIL SEM NOVAS QUEIXAS CD: CINEGIA TERÇA INICIADA PARELHO
08/11/19	#Cm. Garot #
12:30	Paciente q apensa pós-tratamento em bolsa assepsia em franco regressão. Vibe dor.

CD: 1) Sem indic. cirurgia. e
sem contra-indic. no proc.
ortopedico transverso.

Dr. CHINHOLO NODUR
CRM-PE 19.57

HOSPITAL MIGUEL ARRAES
MV 2000 - Sistema de Centro Cirúrgico e Obstétrico
Ficha de Cirurgia Descritiva

Página.: 0001
Data.: 09/07/2019
Hora.: 13:25

Ficha de Cirurgia Descritiva

Aviso de Cirurgia : 57875
Paciente : 127023
Convênio Atend. : 1
Leito : 84
Dt. Início : 09/07/2019 08:55
Id Pré-Operatório : S923
Id Pós-Operatório :

Sala : 0001 SALA 01
JOAO PEDRO DA SILVA
SUS - INTERNACAO
ORTL-514-LEITO 004
Dt. Fim : 09/07/2019 12:20
FRATURA DE OSSOS DO METATARSO

Atendimento : 484053
Carteira :
Idade : 41 Anos

Procedimento

Procedimento: 0406040033
Convênio: 001
Anestesia: 26

ARTRODESE DE ARTICULAÇÕES SACROILIACAS (PRINCIPAL)
SUS - INTERNACAO
GERAL ENDOVENOSA PURA

Equipe Médica

CIRURGIAO
ANESTESISTA

20671 ADAUTO TELINO DE MELO JUNIOR
2380 GENESIO GOMES DA CRUZ JUNIOR

Descrição Cirúrgica

DIAGNÓSTICO: FRATURA LUXAÇÃO DE LISFRANC + FRATURA DE CABEÇA DE MÚLTIPLOS METATARSOS À DIREITA
CIRURGIA: RAFI COM PARAFUSOS + FIOS K
CIRURGIAO: DR ADAUTO TELINO
1º AUXÍLIO: DR JOÃO BOSCO
2º AUXÍLIO: DR SAMUEL RICARDO
ANESTESIA: GERAL
ANESTESISTA: DRA. GRAÇA COUTO

1. PACIENTE EM DDH SOB ANESTESIA GERAL;
2. ASSEPSIA E ANTISSEPÇÃO DE MID;
3. APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS;
4. REALIZADO INCISÃO LONGITUDINAL NO DORSO DO PÉ DIREITO, EM TOPOGRAFIA ENTRE 1º/2º RAIOS. SENDO OBSERVADA LESÃO DO LIGAMENTO DE LISFRANC, COM INSTABILIDADE DAS ARTICULAÇÕES DO MÊDIO PÉ;
5. REALIZADO REDUÇÃO CRUENTA E APOSIÇÃO DOS 02 PARAFUSOS CORTICAIS 3,5
VISUALIZADO BOM POSICIONAMENTO DE IMPLANTES E ESTABILIDADE DA ARTICULAÇÃO DE LISFRANC, COM AUXÍLIO DO INTENSIFICADOR DE IMAGENS
7. INCISÃO LONGITUDINAL DISTAL EM DORSO DO PÉ DIREITO, EM TOPOGRAFIA ENTRE O 3º/4º RAIOS.
8. DIVULSÃO POR PLANOS ATÉ FOCO DE FRATURA DO 3º E 4º METATARSO
9. REDUÇÃO CRUENTA DAS FRATURAS E FIXADAS COM 02 FIOS K INTRAMEDULARES.
VISUALIZADO FRATURA DA CABEÇA DO 2º METATARSO DIREITO SEM DESVIO, OPTADO POR TRATAMENTO CONSERVADOR DA MESMA.
11. VERIFICADO REDUÇÃO E POSICIONAMENTO DE IMPLANTES ACEITÁVEIS, COM AUXÍLIO DE INTENSIFICADOR DE IMAGENS
12. SUTURA POR PLANOS COM VYCRIL 2-0 E NYLON 3-0
13. CURATIVO ESTÉRIL
14. TALA BOTA
15. RX DE CONTROLE
16. ÀS SR
- 12.

João Bosco B. C. Neto
Ortopedia / Traumatologia
CRM-PE 26.670

Sangue e Derivados:

Qt. Solicitada

2 CONCENTRADO DE HEMACIAS

1

Achados Cirúrgicos:

Descrição Complementar

FATURADO
22/07/19
CLAUDEVAN
FATURADO

HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAES DE ALENCAR



HOSPITAL MIGUEL ARRAES
MV 2000 - Sistema de Centro Cirúrgico e Obstétrico
Ficha de Cirurgia Descritiva

Página: 0001
Data: 09/07/2019
Hora: 12:19

Ficha de Cirurgia

Wise de Cirurgia: 57875
Paciente: 127023
Convênio Atend.: 1
Leito: 84
Dt. Início: 09/07/2019 09:55
Pré-Operatório: S328
Pós-Operatório:

Sala: 0001 SALA 01
JOAO PEDRO DA SILVA
SUS - INTERNACAO
ORTL-514-LEITO 004
Dt. Fim: 09/07/2019 12:20

Atendimento: 484053
Carteira:
Idade: 41 Anos

FRATURA DE OUTRAS PARTES DA COLUMNA LOMBOSSACRA E DA Pelve e de partes não

Procedimento

Procedimento: 0408040033
Convênio: 001
Anestesia: 25

ARTRODESE DE ARTICULAÇÕES SACROILIACAS (PRINCIPAL)
SUS - INTERNACAO
GERAL ENDOVENOSA PURA

Equipe

CIRURGIAO
ANESTESISTA

20571 ADAUTO TELINO DE MELO JUNIOR
2380 GENESIO GOMES DA CRUZ JUNIOR

Descrição Cirúrgica

DIAGNÓSTICO: LESÃO DO ANEL PÉLVICO
CIRURGIA: RETIRADA DE FIXADOR EXTERNO DE BACIA + OSTEOSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS EM SÍNFISE PÚBICA +
PARAFUSO CANULADO EM SACROILIACA DIREITA
CIRURGIAO: DR ADAUTO TELINO
1º AUXILIO: DR JOÃO BOSCO
2º AUXILIO: DR SAMUEL RICARDO
ANESTESIA: GERAL
ANESTESISTA: DRA. GRAÇA COUTO
ACIDENTES DURANTE A CIRURGIA: NÃO HOUVE
DESCRIÇÃO:
1) PACIENTE EM DECUBITO DORSAL SOB ANESTESIA GERAL
2) RETIRADO FIXADOR EXTERNO DE BACIA E REALIZADO ASSEPSIA E ANTISSEPSIA COM CLOREXIDINA ALCOOLICA
3) APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTEREIS
4) FEITO ACESSO SUPRAPUBICO - PFANNENSTIEL
DIVULSAO POR PLANOS ATE SIFISE PUBICA, VISUALIZADA ABERTURA DA MESMA
5) DESBRIDAMENTO E ESCARIFICAÇÃO DE DISCO DA SINFISE PÚBICA
6) REDUÇÃO CRUENTA DA SINFISE PUBICA E FIXAÇÃO COM 01 PLACA DE RECONSTRUÇÃO 3,5 MM 6 FUROS + 06
PARAFUSOS CORICAIS 3,5 MM
7) VISUALIZADA BOM POSICIONAMENTO DOS IMPLANTES ATARAVES DE ESCÓPIA
8) SUTURA POR PLANOS COM VICRYL 1.0 E NYLON 3.0
FEITA RFFI DA SACRO ILIACA ESQUERDA COM 01 PARAFUSO CANULADO 7 MM COM ARRUELA
9) VISUALIZADA BOM POSICIONAMENTO DOS IMPLANTES ATARAVES DE ESCÓPIA
10) SUTURA POR PLANOS COM VYRIL E NYLON + CURATIVO ESTERIL
11) RX CONTROLE

Sangue e Derivados:

Qt. Solicitada

2 CONCENTRADO DE HEMACIAS

1

Achados Cirúrgicos:

Descrição Complementar

FATURADO
22/07/19
CLAUDIANE SOUSA
FATURISTA

João Bosco Neto
Ortopedia / Traumatologia
BEM-ESTAR 26.670

HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAES



RESUMO DE ALTA HOSPITALAR/ESCLARECIMENTO

NOME: João Paulo de Lira REG: 127023
IDADE: 41 SEXO: M DATA DA ADMISSÃO 29/06/19 DATA DA ALTA 10/07/19
DIAGNÓSTICO:

- Lesão do ligamento cruzado anterior - DD
- Lesão do ligamento cruzado posterior - DD
- Trauma de joelho - DD

TRATAMENTO REALIZADO:

CIRURGIAS: - Artroscopia de joelho com remoção de fragmento de cartilagem e lavagem
- Artroscopia de joelho com remoção de fragmento de cartilagem
- Artroscopia de joelho com remoção de fragmento de cartilagem

ORIENTAÇÃO:

- TROCA DIÁRIA DE CURATIVOS CONFORME ORIENTADO
 - USAR MEDICAÇÃO PRESCRITA - Antibiótico e analgésico
 - AGENDAR RETORNO AO AMBULATÓRIO DE Ortopedia - De 5 em 5 dias
 - PISAR COM MEMBRO OPERADO: SIM () NÃO ☒ NÃO SE APLICA ()
- Assinatura do médico responsável

PROGRAMA APÓS ALTA:

AMBULATÓRIO DE EGRESSO SIM ☒ NÃO ☐

DATA DA CONSULTA AMBULATORIAL: 11/11

ASSINATURA DO MÉDICO, CARIMBO E CRM

Dr. Aurélien Ferraz
Ortopedia / Traumatologia
CRM/PE 23950



RELATÓRIO MÉDICO PARA AVALIAÇÃO DE INVALIDEZ PERMANENTE (TOTAL OU PARCIAL)

DECLARAÇÕES DO MÉDICO (DE PRÓPRIO PUNHO)

DATA DO ACIDENTE: 29/06/19	DATA DO INÍCIO DO TRATAMENTO MÉDICO: 29/06/19
NOME COMPLETO DA VÍTIMA: João Pedro da Silva	
LESÕES RESULTANTES DO ACIDENTE: Disjunção da sínfise púbica. Fratura luxação de listão e pé direito.	
DADOS RESUMIDOS DOS TRATAMENTOS REALIZADOS (DATAS): Tratamento cirúrgico de disjunção de sínfise púbica com fixador externo e após 12 dias osteossíntese com placa e parafusos. Tratamento cirúrgico de fratura pé direito e parafusos.	
ALTA MÉDICA? ☒ SIM ☐ NÃO Fimioterapia complementar.	
EXISTE ALGUM DEFEITO OU DOENÇA PRÉ-EXISTENTE? ☐ SIM ☒ NÃO CASO POSITIVO DESCREVER:	
COM RELAÇÃO À INVALIDEZ PODE-SE CONCLUIR QUE: ☐ A INVALIDEZ É TEMPORÁRIA, PORTANTO PASSÍVEL DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA ATRAVÉS DE TRATAMENTO. ☒ A INVALIDEZ É PERMANENTE, OU SEJA, NÃO HÁ POSSIBILIDADE DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA.	

GRAU DE INCAPACIDADE FUNCIONAL IRREVERSÍVEL (especificar o segmento ou órgão atingido)

SEGMENTO ANATÔMICO OU ÓRGÃO AFETADO
1º Dor, edema e déficit de força no
2º pé direito. Com perda funcional de 85%.
3º Dor nos quadris e anel púbica
4º Com déficit de força e perda funcional
5º de 85%.

AFIRMO QUE ASSISTI E/OU AVALIEI A VÍTIMA NO PERÍODO DE 08/10/19 A 08/10/19 E QUE AS RESPOSTAS ACIMA, SÃO COMPLETAS E VERDADEIRAS.	
Local Goiânia PE	Data 08/10/19
Assinatura e Carimbo	

Dr. Antonio YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR
CRM-PE 17003



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 10/11/2020 15:33:52
<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111015335275000000069418047>
 Número do documento: 20111015335275000000069418047

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETAN - PE
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

1 1127816713 2019

JOÃO PEDRO DA SILVA

CONDADO-PE 0

038.252.854-99 20X5738

9C2MD110HR00562

PAS /MOTOCICLETA

HONDA /XRE 300

2E/291CL

IPVA 2019 QUITADO

00.11 0.32 04.58 20/01/19

SEM RESERVA

CONDADO-PE 30/01/19

ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR

REGISTRO ELETRÔNICO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS
AUTOMOTORES DE VIA TRÊS ESE, OU POR SUA CARGA, A PESSOA(S)
TRANSPORTADA(S) OU LIDO - SEGURO DPVAT

PE Nº 014484682318 BILHETE DE SEGURO DPVAT

JOÃO PEDRO DA SILVA

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

CONDADO-PE 0

038.252.854-99 20X5738

9C2MD110HR00562

IPVA 2019 QUITADO

00.11 0.32 04.58 20/01/19

SEM RESERVA

CONDADO-PE 30/01/19

ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190577666 **Cidade:** Condado **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOAO PEDRO DA SILVA **Data do acidente:** 29/06/2019 **Seguradora:** MONGERAL AEGON SEGUROS E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 28/10/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: DISJUNÇÃO DO ANEL PÉLVICO
FRATURA LUXAÇÃO DOS METATARSOS DO PÉ DIREITO (LISFRANC)

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO- FIXADOR EXTERNO- OSTEOSÍNTESE-PÉ DIREITO (P.3,7)
OSTEOSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS- ANEL PÉLVICO (P.3,8)

Sequelas permanentes: DIMINUIÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO PÉ DIREITO E QUADRIL (BILATERAL)

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO PÉ DIREITO E QUADRIL (BILATERAL)

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos pés	50 %	Em grau médio - 50 %	25%	R\$ 3.375,00
Perda completa da mobilidade de um quadril	25 %	Em grau médio - 50 %	25%	R\$ 3.375,00
		Total	50 %	R\$ 6.750,00



PROCURAÇÃO PARTICULAR - DPVAT

Outorgante: João Pedro da Silva
RG/CNH/CTPS: 5.513.925 CPF: 038.252.854-99
Profissão: Guarda Municipal
Estado Civil: Casado
End: lot. 520 Roque, 81, Centro, Goiânia - PE

Outorgado: Luã Guilherme Mangabeira de Carvalho.
RG/CNH/CTPS: 8.317.118SDS/PE CPF: 083.562.324-65
Profissão: Autônomo
Estado Civil: Casado
End: Rua Duque de Caxias, Nº 170-D, Centro, Goiânia-PE. CEP: 55900-00

Nomeio meu bastante procurador o outorgado acima citado com poderes específicos para resolver todas as questões administrativas referentes ao seguro dpvat, que figura como vítima:

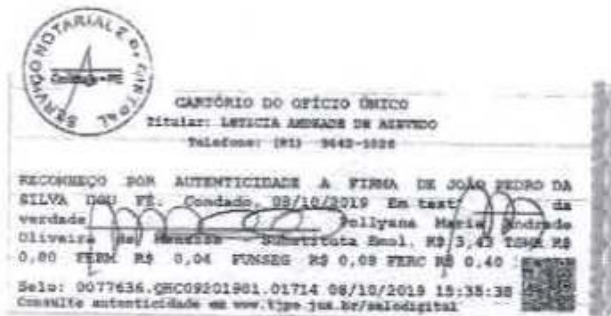
João Pedro da Silva

ACIDENTE: 29.06.19

COBERTURA: INVALIDEZ

08 / 10 / 2019

João Pedro da Silva
OUTORGANTE
(POR AUTENTICIDADE)



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0352766/19

Vítima: JOAO PEDRO DA SILVA

Data do acidente: 29/06/2019

CPF: 038.252.854-99

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOAO PEDRO DA SILVA

Seguradora: MONGERAL AEGON SEGUROS E PREV. S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

LUA GUILHERME MANGABEIRA DE CARVALHO : 083.562.324-65

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

JOAO PEDRO DA SILVA : 038.252.854-99

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 10/10/2019
Nome: LUA GUILHERME MANGABEIRA DE CARVALHO
CPF: 083.562.324-65

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 10/10/2019
Nome: Steffany Carolyn Lins Veloso
CPF: 115.938.994-24

LUA GUILHERME MANGABEIRA DE CARVALHO

Steffany Carolyn Lins Veloso

