

ITAÚ UNIBANCO S.A.

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 341 AGÊNCIA: 0477 CONTA: 000000078857-4

DATA DA TRANSFERENCIA: 07/01/2021

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 7.087,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: IGOR FELIPE DE LIMA SOARES

BANCO: 341

AGÊNCIA: 07730

CONTA: 000000048224-2

Autenticação:

C74AACB3A291D6D860B820028BE882BAD5C2E500CB30741F3CBFC21CB5F79C8B

Rio de Janeiro, 10 de Janeiro de 2021

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200422446

Vítima: IGOR FELIPE DE LIMA SOARES

Data do Acidente: 12/09/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE EDUARDO DA SILVA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), IGOR FELIPE DE LIMA SOARES

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\$ 7.087,50 |

Dano Pessoal: Perda anatômica completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 70%) 52,50%

Valor a indenizar: 52,50% x 13.500,00 = R\$ 7.087,50

Recebedor: **IGOR FELIPE DE LIMA SOARES**

Valor: **R\$ 7.087,50**

Banco: **341**

Agência: **000007730**

Conta: **0000048224-2**

Tipo: **CONTA CORRENTE**

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,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





Complexo Hospitalar
MANGABEIRA
GOVERNADOR TARCÍSIO BURITTY

LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

NOME: **Igor Felipe de Lima Soares** ENFERMARIA/LEITO: **18/166**
IDADE: **22** SEXO: **Mas** CLÍNICA: **ORTOPEDIA**
DATA DE ADMISSÃO: **12/09/2020** DATA DE ALTA: **05/10/2020** TEMPO DE PERMANÊNCIA: **23 DIAS**

DIAGNÓSTICO INICIAL: **Fratura exposta de tornozelo esquerdo** CID: **S82**

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO: **O MESMO**

OUTROS DIAGNÓSTICOS:

PRINCIPAIS EXAMES: **RADIOGRAFIA**

TERAPÊUTICA MEDICAMENTOSA:

ANATOMIA PATOLÓGICA: **INFECÇÃO DE F.O. () SIM (X) NÃO** COLETA DE MATERIAL () SIM (X) NÃO

RESULTADO BACTERIOLOGIA:

CONDIÇÕES DE ALTA: **(X) MELHORADO () REMOVIDO () A PEDIDO () CURADO () ÓBITO**

RESUMO CLÍNICO: Paciente apresentando fratura exposta grave de tornozelo esquerdo, foi submetido(a) a tratamento cirúrgico onde não foi possível preservar a viabilidade do membro, sendo posteriormente submetido a amputação de perna esquerda a nível transtibial. Recebe alta em boas condições clínicas e orientações. Retornara ao ambulatório deste serviço.

ORIENTAÇÕES PÓS ALTA

DIETA: Livre ou conforme já realizada pelo paciente se diabético, hipertenso, renal crônico, etc...

REPOUSO: Relativo em casa por: **15 DIAS**
Retorno às atividades sem esforço físico em: **30 DIAS**
Retorno às atividades com esforço físico leve em **45 DIAS** e com esforço maior em **90 DIAS**.

CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA: Lavá-la com água e sabão duas vezes ao dia. Não colocar produtos tópicos no lugar.

Se sentir dor, calor, vermelhidão ou "inchaço" no local, ou se ocorrer febre, procurar imediatamente este Complexo Hospitalar.

MEDICAÇÕES PARA CASA: Antibiótico, Anti-inflamatório e Analgésico

RETORNO: Ao posto de saúde em **21 DIAS**.

Ao ambulatório do Complexo Hospitalar Mangabeira em **15 dias** para revisão.

Médico:
Dr. Temístocles

05/10/2020

Data

David Pierre Lucena Matias
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PB 13263

Assinatura do Médico

UNIDADE MUNICIPAL DE JOAO PESSOA

UNIDADE HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITY

AGENTE FISCAL JOSE COSTA DIARTE SYN

556-344 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980

CNPJ:

Forma de: 34-734

Data: 12/09/2020

Hora: 16:27:41

Recepcionista: MAIZE DE FATIMA GOMES BEZ

Clinica: CIRURGICA

DADOS DO PACIENTE

Nome: IGOR FELIPE DE LIMA SOARES

Nome Social: NAO INFORMADO CPF:

CNS: 201175489570008 Sexo: M IDENTIDADE: 4415192 Fone: 32530629

Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 27/08/1998 Id: 22 ano(s)

End.: RUA PLACIDO OLIVEIRA LIMA, 814

Ref.: IMACULADA Cidade: BAYEUX UF: PB

End.: ALEXSANDRA DE LIMA ROMAO

Pai: ROGERIO DA SILVA SOARES

End.: BRDA Etnia: SEM INFORMACAO

End.: MONTADOR DE MOVEIS

Estado Civil: SOLTEIRO(A)

INFORMACOES DE ENTRADA

Escolaridade:

Ref.: A TIA ALEANDRA PATRICIO DE LIMA

Te Doc. Responsavel: 989294746 / SEM DOCUMENTO: SD

Procedencia: RUA

Transporte utilizado: CORPO DE BOMBEIROS

Vitima de acidente por: NAO

Vitima de violencia por: NAO

! Caso Policial

FPE-CONSULTA

Tipo de Classificacao de Risco: VERMELHO

EA: FR:

PA: TP:

Peso: Altura:

Glicemia: IMC:

Cl: Abi: C2%:

Leixa Principal

CELSAO CARRO MOTO, TRAVADO PELO SAMU

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

[] Aparentemente Bem [] Grave

[] Politraumatizado [] Convulsao

[] Hemorragia [] Dispneia

[] Diarreia [] Agitado

[] Regular [] Chocado

[] Vomito

Observacao

Paciente vítima de acidente com carro + moto
a uma hora. Tega trauma abdominal
anterior, região TCE. Chega
ao serviço com lesões bambas (interme-
diária exposta, etc)

Diagnóstico

Conduta

Prescrição

Horario da medicação

~~SATSO~~

Obs: Ex exposta do pe.

Salv. C.G. Paciente

Com anamnese

MARCELO CORREIA GRANGEIRO
CIRURGO GERAL
RQE N° 8028
CRM-PB 12527

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

| Qtd. | Medicamentos | Dose | Horário | Evolução |
|------|--|------|---------|----------|
| | Tramadol 100mg - 1 comprimido 5 vezes ao dia, 8/16.9 | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

MARCELO V. S. GRANIERO
Cirurgião Geral
RUE N. 6023
CAMPB 11122

Assinatura e Carimbo da Enfermeira (o) Responsável pelo plantão: _____

PROCEDIMENTO REALIZADO:

DESTINO DO PACIENTE:

- ☐ Residência ☐ Transferido ☐ Desistência ☐ U.T.I
☐ Alta a Pedido ☐ Enfermaria Óbito: ☐ Atestado ☐ S.V.O ☐ I.M.L

Ademir de Lima Romão
Assinatura do Paciente / Responsável

Assinatura e Carimbo do Médico

FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome: Igor Felipe de Souza Data da Admissão: 12/19/2020
 Prontuário: _____ Idade: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____
 Nome da Mãe: _____
 Endereço: _____ Bairro: _____
 Cidade: _____ Estado: _____ Fone: _____ Profissão: _____
 Sexo: F () M () Cor: _____ Estado Civil: _____ Religião: _____
 Escolaridade: _____ Data de Nascimento: 1/1/

OPD: _____

HDA: Exposto TME dia
vermelhos, pruridos
loquente com urticária
af. Solicito av. C.B. qm
feupyo. cu + Setor.

Medicações em uso: _____

Dr. Pedro Thiago
Traumato-Ortopedia / Cir. da M.
CRM-9302

Interrogatório Sintomatológico:

Geral: [] Febre [] Astenia [] Anorexia [] Perda de Peso _____ Kg em _____ [] Prurido [] Sudorese
 [] Calafrios [] Alopecia [] Adenomegalias [] Icterícia [] Tonturas [] Outros: _____

Pele: _____

Cabeça e Pescoço: [] Cefaléia [] Espirros [] Rinorréia [] Obstrução Nasal [] Epistaxe
 [] Dor de Garganta [] Bócio [] Rouquidão [] Disfagia Audição: _____ Visão: _____

AR e ACV: [] Dor _____ [] Tosse [] Expectoração [] Hemoptise
 [] Dispneia [] Palpitações [] Desmaio [] Cianose [] Edema _____ Outros: _____

ABD: [] Dor _____ [] Pirose [] Solução [] Regurgitação [] Hematêmese [] Náuseas
 [] Vômitos [] Dispepsia [] Diarréia [] Melena [] Enterorragia [] Constipação [] Aumento de volume

AGU: [] Disúria [] Incontinência [] Retenção [] Poliúria [] Oligúria [] Noctúria [] Hematúria
 [] Mal Cheiro [] Corrimento [] Outras: _____

SME: [] Dor _____ [] Rigidez pós-reposso [] Deformidades
 [] Artralgia [] Calor [] Rubor [] Edema [] Crepitação [] Fraqueza [] Atrofia [] Espasmos

SN e PSQ: [] Insônia [] Sonolência [] Convulsões [] Motricidade e Sensibilidade _____
 [] Amnésia [] Libido [] Humor

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

- DD4 sob anestesia

Incisão:

Frot. completa de ungh ungh
e toles.

Achados:

Conduta:

LC exaustivo com 56994. 60

Fechamento:

OBS:

Data:

12, 9, 2020

Dr. Pedro Thiago
Traumato-Ortopedia / Cir. da M.
CRM - 9302

MÉDICO/CRM

| | | | | | |
|---|------------------|------|-------------------------------|---------------|-----|
| Nome: IGOR FELIPE DE LIMA | | | | Registro: | |
| Idade 22 A | Sexo: Mas | Cor: | Clínica: Traumatologia | EMP: | LR: |
| Data: 21/09/2020 | | | Cirurgião: DR EVERTON | | |
| 1º Assistente: DR GIACOMO | | | 2º Assistente: | | |
| Anestesista: | | | Instrumentador: | | |
| DIAGNÓSTICO(S) PRÉ-OPERATÓRIO | | | | CID | |
| INFECÇÃO TNZ D e pi | | | | S82.5 | |
| Gangrena pi e TNZ | | | | | |
| DIAGNÓSTICO(S) PÓS-OPERATÓRIO | | | | CID | |
| O mesmo | | | | | |
| PROCEDIMENTO(S) CIRÚRGICO(S) | | | | CÓDIGO | |
| LIMPEZA MECANICO CIRURGICA | | | | | |
| Acidente durante Ato Cirúrgico: 1 () Sim 2 (X) Não | | | | | |
| Descreva: | | | | | |
| Biópsia de Congelação: 1 () Sim 2 (X) Não | | | | | |
| Encaminhamento do paciente após Ato Cirúrgico: | | | | | |
| 1 (X) Enfermaria 2 () Terapia Intensiva 3 () Residência 4 () Óbito durante o Ato Cirúrgico | | | | | |

Posição e Preparo:

Paciente em decúbito dorsal sob anestesia

Realizado garroteamento de membro inferior

Assepsia + Antissepsia

Aposição de campos cirúrgicos estéreis

Incisão:

Achados:

Visualização DE INFECÇÃO EM TNZ D COM PRESENÇA DE TECIDO NECROSADO E GRANDE QUANTIDADE DE SECREÇÃO PURULENTE COM ODORE FÉTIDO

Conduta:

LIMPEZA COM SF 0,9% EM ABUNDÂNCIA + DESBRIDAMENTO DE TECIDOS DEVITALIZADOS

CRUENTIZAÇÃO DE BORDAS DO FERIMENTO ATÉ O MESMO ENCONTRAR-SE SANGRANTE

LIMPEZA + CURATIVO

Fechamento:

OBS:

Paciente com grave acometimento do pé D com grande área de necrose e profundas, indolores de necroses nas proximidades 2^o e 4^o dedos por possível embolia.

Data: 21.09.20

Dr. Everton Vasconcelos
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PE 8618
CREPEPE 22251
TEO 15918

MÉDICO/CRM

- Solicita a liberação do Cir. Versátil

- Orientar e comunicar familiares

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

Plt com ADH 1000 Anest
Pneumotom de 10x5 cm

Incisão:

inc

Achados:

Nervos de 10 (10)

Conduta:

Desbridação ligamentar
+ fixação externa

Fechamento:

OBS:


Plt com Nervos 10x5 de 10
Vr (E) com TAPALISO
De Anest. 1000

Data:

24,09,2020.

MÉDICO CRM

RELATÓRIO DE CIRURGIA

| Nome: <u>José Felipe Soares</u> | | | | Registro: | |
|--|--------------------------------|------|----------|---|-----|
| Idade: | Sexo: | Cor: | Clinica: | EMP: | LR: |
| Data: | Cirurgião: <u>José Sanjuro</u> | | | 1º Assistente: | |
| 2º Assistente: | 3º Assistente: | | | Instrumentador: | |
| Anestesista: <u>Alzira</u> | Tipo Anestesia: <u>Rapida</u> | | | Horário: I: | T: |
| DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO | | | | CID | |
| <u>Sinal de Pictus exposto no</u> <u>tórax e pe (E)</u> | | | | | |
| <u>Extensa necrose de face plantar</u> <u>do pé (E)</u> | | | | | |
| <u>ferrugem sobre o leito</u> | | | | | |
| DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO | | | | CID | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S) | | | | CÓDIGO | |
| <u>Desbridamento</u> | | | | | |
| <u>limpeza cirúrgica</u> | | | | | |
| <u>Envio material para cultura e</u> <u>antibiograma</u> | | | | | |
| Acidente durante Ato Cirúrgico 1 () Sim 2 () Não | | | | Descriva:  | |
| Biópsia de Congelação: 1 () Sim 2 () Não | | | | | |
| Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico: | | | | | |
| 1 () Enfermaria 2 () Terapia Intensiva 3 () Residência 4 () Óbito durante o Ato Cirúrgico | | | | | |

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

- ① Paciente em DDT sob anestesia regional + sedação
- ② Antissepsia + exposição + posição de campos estereis

Incisão:

- ③ Realizamos amputação dos bordos de bordas necróticas e tendões plantares invólucros

Achados:

- ④ Limpeza cirúrgica extensiva
- ⑤ Colheita de SVPB para cultura
- ⑥ Curativo específico

Conduta:

OBS. ① Perfusão distal lenta com alto fluxo de fixadores e amputação

OBS. ② Recomendamos prosseguir para oxigenoterapia hiperbárica na sequência

Fechamento:

[Assinatura]
 CARSON A. SILVA DUTRA
 Ortopedia e Traumatologia
 CRM 15.123-1/2019

OBS:

Data: ____/____/____

MÉDICO/CRM

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

Pt. em DPH sob antiseptico
 Assupno + antitétano
 Aplicação de capote estéril

Incisão:

Achados:

Neuroma extenso de parte medial do p^o (E)
 com infecção grave e osteomielite.
 manifestação de parte do p^o (E), com
 grande perda de substância

Conduta:

Desbridamento mecânico
 com bisturi n^o 15, 21

Fechamento:

Entrou por planar, após, vesícula foi suturada
 Outro com gaze vaselínica

OBS:

Foi indicada amputação, mas não houve
 nenhum responsável presente para assinar o TCE

Data: 13/10/2020

Testamentos de R. P. Filho
 ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
 CRM: 111111
MÉDICO CRM

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

Pt em RA sob Anestesia
Antisséptica + Campos Cirúrgicos

Incisão:

Em Phil Pl Aperturas de
MIE (E)

Achados:

Vide Diagnóstico.

Conduta:

- Pt em Posição
- Incisão
- Aperturas de MIE A MIE
- Transição
- Sutura da Wund Aperturas Ligadas
- Sutura

Fechamento:

Monofil E Viena.


OBS:

Sa Sutura Wund

Data:

04/10/2020

MÉDICO/CRM

| | | | |
|---|---|--------------------------------------|---|
| <p>REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL</p> <p>MINISTÉRIO DO AGRICULTURA</p> <p>DEPARTAMENTO NACIONAL DE MANEJO</p> <p>SERVIÇO NACIONAL DE REABILITAÇÃO</p> | | | |
| <p>NOME</p> <p>JOSE EDUARDO DA SILVA</p> | | | |
|  | <p>DOC. IDENTIFIC. E CATEG. SERVIÇO</p> <p>105-562 SSP PB</p> | | <p>CPF</p> <p>455.536.024-91 DATA NASCIM. 02/04/1967</p> |
| | <p>PROFISSÃO</p> <p>JOSEFA - SERV. DA SILVA</p> | | |
| | <p>PERMISSÃO</p> <p>PROIBIDA</p> | <p>ACC</p> <p>PROIBIDA</p> | <p>CALHA</p> <p>PROIBIDA</p> |
| <p>Nº PROVEDO</p> <p>00724153192</p> | <p>EMISSÃO</p> <p>10/11/2015</p> | <p>1ª VALIDADE</p> <p>06/04/1989</p> | |
| <p>RECONHECIMENTO</p> <p><i>[Signature]</i></p> <p>SECRETARIA DE MANEJO</p> | | | |
| <p>DATA EMISSÃO</p> <p>11/11/2014</p> | | | |
| <p>60378988469</p> <p>78029545609</p> | | | |

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

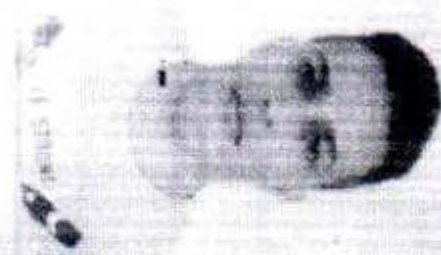
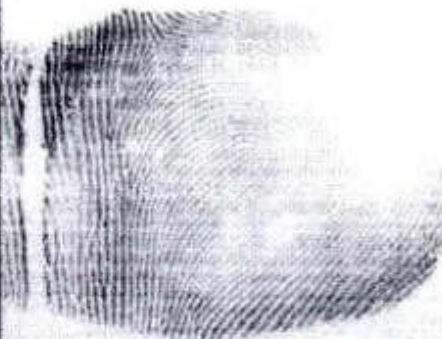
ESTADO DA PARAIBA



SECRETARIA DE

SAÚDE E DEFESA SOCIAL
DESENVOLVIMENTO E IDENTIFICAÇÃO
SISTEMA DE IDENTIFICAÇÃO

V-02
P-001



JOÃO FELIPE DE LIMA SOARES

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO
GERAL

4.415.192

-2 VIA

DATA DE
EXPEDIÇÃO

26/10/2020

NOME

IGOR FELIPE DE LIMA SOARES

FILIAÇÃO ROGÉRIO DA SILVA SOARES

ALEXSANDRA DE LIMA RO

NATURALIDADE

JOÃO PESSOA-PB

DATA DE NASCIMENTO

27/08/1998

DOC ORIGEM

NASC.N.49135 FLS.186V LIV.A-47

CARTORIO 1º BAYEUX/PB

CPF

709.057.664-74

João Pessoa - PB

ASSINATURA DO DIRETOR

A +

ALBIS 7.816 DE 29/08/83

Chefe do Departamento de Registro

Assessoria de Registro

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200422446 **Cidade:** Bayeux **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: IGOR FELIPE DE LIMA SOARES **Data do acidente:** 12/09/2020 **Seguradora:** PORTO SEGURO CIA DE SEGUROS GERAIS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 04/01/2021

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DE TÁLUS E MALÉOLO MEDIAL DE TORNOZELO DIREITO (EVOLUIU COM OSTEOMIELITE/AMPUTAÇÃO).

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (AMPUTAÇÃO TRANSTIBIAL DE MEMBRO INFERIOR DIREITO). ALTA MÉDICA

Sequelas permanentes: DÉFICIT ANATÔMICO PARCIAL DE MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICA DOCUMENTAL PERDA ANATÔMICA PARCIAL DE MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Documentos complementares:

Observações: PÁG. 5/7/9/11/13/15_CIRURGIA.

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 anatômica completa de um dos membros inferiores | 70 % | Em grau intenso - 75 % | 52,5% | R\$ 7.087,50 |
| Total | | | 52,5 % | R\$ 7.087,50 |

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200422446 **Cidade:** Bayeux **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: IGOR FELIPE DE LIMA SOARES **Data do acidente:** 12/09/2020 **Seguradora:** PORTO SEGURO CIA DE SEGUROS GERAIS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 04/01/2021

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DE TÁLUS E MALÉOLO MEDIAL DE TORNOZELO DIREITO (EVOLUIU COM OSTEOMIELITE/NECROSE).

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (AMPUTAÇÃO TRANSTIBIAL DE MEMBRO INFERIOR DIREITO). ALTA MÉDICA

Sequelas permanentes: DÉFICIT ANATÔMICO PARCIAL DE MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICA DOCUMENTAL PERDA ANATÔMICA PARCIAL DE MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Documentos complementares:

Observações: PÁG. 5/7/9/11/13/15_CIRURGIA.

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 anatômica completa de um dos membros inferiores | 70 % | Em grau intenso - 75 % | 52,5% | R\$ 7.087,50 |
| Total | | | 52,5 % | R\$ 7.087,50 |

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0335747/20

Vítima: IGOR FELIPE DE LIMA SOARES

CPF: 709.057.664-74

CPF de: Próprio

Data do acidente: 12/09/2020

Titular do CPF: IGOR FELIPE DE LIMA SOARES

Seguradora: PORTO SEGURO CIA DE SEGUROS GERAIS

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação

JOSE EDUARDO DA SILVA : 455.536.024-91

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

IGOR FELIPE DE LIMA SOARES : 709.057.664-74

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: 24/11/2020
Nome: JOSE EDUARDO DA SILVA
CPF: 455.536.024-91

JOSE EDUARDO DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 24/11/2020
Nome: JOSIVAN GOMES DA SILVA
CPF: 117.281.804-57

JOSIVAN GOMES DA SILVA

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0335747/20

Número do Sinistro: 3200422446

Vítima: IGOR FELIPE DE LIMA SOARES

CPF: 709.057.664-74

CPF de: Próprio

Data do acidente: 12/09/2020

Titular do CPF: IGOR FELIPE DE LIMA SOARES

Seguradora: PORTO SEGURO CIA DE SEGUROS GERAIS

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

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: 14/12/2020

Nome: JOSE EDUARDO DA SILVA

CPF: 455.536.024-91

JOSE EDUARDO DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 14/12/2020

Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA

CPF: 105.999.304-03

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 709.057.664-74 4 - Nome completo da vítima: Igor Felipe de Lima Soares

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo: Igor Felipe de Lima Soares 6 - CPF: 709.057.664-74
7 - Profissão: Recusado 8 - Endereço: Rua Prof. Severo Rodrigues 9 - Número: 1114 10 - Complemento: -
11 - Bairro: Popular 12 - Cidade: Santa Rita 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58301-000
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD):

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: ☒ RECUSO 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: CONTA:
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Itau

AGÊNCIA: 7730 CONTA: 48224
(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 discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ 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 nascido (a) ou nascido (a)? ☐ 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

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, 24/11/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 07085.01.2020.1.00.401

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 07085.01.2020.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 11:12 horas do dia 11 de novembro de 2020, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor de Boletim de Ocorrência, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Gerson Alves Barboza, matrícula 783391, e lavrado por José Rodrigues da Silva Junior, Agente de Investigação, matrícula 1550888, ao final assinado, compareceu **Igor Felipe de Lima Soares**, CPF nº 709.057.664-74, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero masculino, profissão Estudante, filho(a) de Alexandra de Lima Romão e Rogerio da Silva Soares, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 27/08/1998 (22 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Plácido Oliveira Lima, Nº 814, bairro Imaculada, tendo como ponto de referência Casa, na cidade de Bayeux/PB, telefone(s) para contato (83) 99885-0027.

Dados do(s) Fatos:

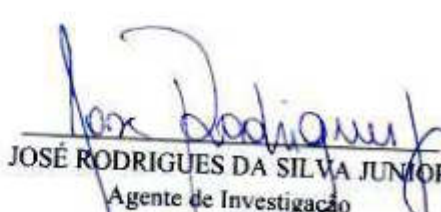
Local: Rodovia Br 230, Br 230, Bayeux/PB, bairro Manguinhos; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 12/09/20 15:00h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO**.

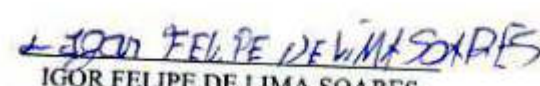
E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE NO DIA 12/09/2020, POR VOLTA DAS 15:00, ESTAVA PILOTANDO A MOTOCICLETA HONDA FAN DE COR VERMELHA, ANO 2012, PLACA OEW6186/PB, CHASSI 9C2JC4110CR516690, REGISTRADA EM NOME DE RICARDO BERNARDINO GOMES, NA RODOVIA BR 230, MANGUINHOS, BAYEUX/PB, QUANDO O FREIO DE SUA MOTOCICLETA QUEBROU E ESTE NOTIFICANTE ACABOU POR COLIDIR NA TRASEIRA DE UM VEÍCULO ATÉ O PRESENTE MOMENTO NÃO IDENTIFICADO; QUE FOI SOCORRIDO POR UMA AMBULÂNCIA DO CORPO DE BOMBEIROS AO COMPLEXO HOSPITALAR DE MANGABEIRA, ONDE FOI ATENDIDO E DIAGNOSTICADO COM FRATURA EXPOSTA DE TORNOZELO ESQUERDO, SENDO SUBMETIDO A PROCEDIMENTO CIRÚRGICO, QUE DEPOIS DE ALGUNS DIAS TEVE AMPUTAÇÃO TRAUMÁTICA DE UM DOS MEMBROS, CONFORME LAUDO MÉDICO EXPEDIDO PELO DR. DAVID LUCENA MATIAS.

Sendo o que havia a constar, cientificado(a) o(a) declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lida e achada conforme, exceção a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

João Pessoa/PB, 11 de novembro de 2020.


JOSÉ RODRIGUES DA SILVA JUNIOR
Agente de Investigação


IGOR FELIPE DE LIMA SOARES
Noticiante