

ITAU 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

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, 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, retorno 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





LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

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

DIAGNÓSTICO INICIAL:	Fratura exposta de tornozelo esquerdo	CID:	582
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO:	O MESMO		
OUTROS DIAGNÓSTICOS:			
PRINCIPAIS EXAMES:	RADIOGRAFIA		
TERAPÉUTICA MEDICAMENTOSA:			
ANATOMIA PATOLÓGICA:	INFECÇÃO DE F.O. <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO	COLETA DE MATERIAL	<input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO
RESULTADO BACTERIOLOGIA:			
CONDIÇÕES DE ALTA:	<input checked="" type="checkbox"/> MELHORADO <input type="checkbox"/> REMOVIDO <input type="checkbox"/> A PEDIDO <input type="checkbox"/> CURADO <input type="checkbox"/> 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 Temistocles

05/10/2020

Data

David Pierre Lucena Matias
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PB 13263

Assinatura do Médico

Data: 12/09/2020

Hora: 16:27:41

Recepção: MAIZE DE FATIMA GOMES BEZ

Clinica: CIRURGICA

DADOS DO PACIENTE

Num. de vezes atendido: 5

Nome: IGOR FELIPE DE LIMA SOARES

Num. Prontuario: 2019.03.001967

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

Esposa: IMACULADA Cidade: BAYEUX UF :PB

Mae: ALEXANDRA DE LIMA ROMAO

Pai: ROGERIO DA SILVA SOARES

Raça: PORDA Etnia: SEM INFORMACAO

Estado Civil: SOLTEIRO(A)

Ocupação: MONTADOR DE MOVEIS

Escolaridade:

INFORMACOES DE ENTRADA

Rel.: A TIA ALEANDRA PATRICIO DE LIMA

Tel/Doc. Responsavel: 988294746 / SEM DOCUMENTO: SD

Procedencia: RUA

Transporte utilizado: CORPO DE BOMBEIROS

Vitima de acidente por: NAO

Vitima de violência por: NAO

Caso Policial

FPE-CONSULTA

Tipo de Classificação de Risco: VERMELHO

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

PA: FR:

 Aparentemente Bem Grave

PI: TP:

 Politraumatizado Convulsao

Peso: Altura:

 Hemorragia Dispneia

Glicemias: IMC:

 Diarreia Agitado

Clínica: Abd: C26:

 Regular Chocado Vomito

Observacao

Eixa Principal

CPLISAO CARRO MOTO, TRAIDO PELO SAMU

Pac.⁺ V.ma, desac. corre & mola
 a una hor. Negra trauma abdome
 an forece nega TCE. Chegou
 os servis. cor dego bambu (informe
 fratura suspeita, etc.)

Diagnóstico

Conduta

Sleito roteiro
 Sleito ablesse
 Sleito pedre -

Prescrição

Scenario da medicacao

~~SATSO~~

OU: Frequentar clín.

Sal ou. C. G. Peche

com amissos

MARCAJORI GRANJEIRO
 CIPERGIO CEFAL
 RUE N. 6028
 CRM/PB 12221

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

Qtd.	Medicamentos	Dose	Horário	Evolução
	<i>Famotidina - 30mg/24h S.C. 77, exal</i>			<i>MARCELO VIEIRA GRANDE CICUGLINDO GERAL CARMO BORGES M</i>

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

PROCEDIMENTO REALIZADO:

DESTINO DO PACIENTE:

- | | | | |
|--|--------------------------------------|--|---|
| <input type="checkbox"/> Residência | <input type="checkbox"/> Transferido | <input type="checkbox"/> Desistência | <input type="checkbox"/> U.T.I |
| <input type="checkbox"/> Alta a Pedido | <input type="checkbox"/> Enfermaria | Óbito: <input type="checkbox"/> Atestado | <input type="checkbox"/> S.V.O <input type="checkbox"/> I.M.L |

J. Mendes Ribeiro Romão
Assinatura do Paciente / Responsável

Assinatura e Carimbo do Médico



FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome: Igor Felipe de Souza Data da Admissão: 10/09/2020
Prontuário: _____ Idade: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____
Nome da Mãe: _____
Endereço: _____ Bairro: _____
Cidade: _____ Estado: _____ Fone: _____ Profissão: _____
Sexo: F () M () Cor: _____ Estado Civil: _____ Religião: _____
scolaridade: _____ Data de Nascimento: / /

QPD: _____

HDA: Exposto que em dia
necessário permanecer
paciente com aerossol
c/ solicita av. C6 gás
fumado em - Sétia.

Medicações em uso: _____

Dr. Pedro Thiag
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 []Soluço []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-reposo []Deformidades
[]Artralgia []Calor []Rubor []Edema []Crepitação []Fraqueza []Atrofia []Espasmos

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

RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: <i>Tiger Felipe Soares</i>				Registro:	
Idade: <i>12/9/2002</i>	Sexo:	Cor:	Clínica:	EMP:	LR:
Data: <i>12/9/2002</i>	Cirurgião: <i>D. Pedro Thiago</i>			1º Assistente:	
2º Assistente:		3º Assistente:		Instrumentador:	
Anestesista:		Tipo Anestesia:		Horário:	I: T:

DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO

CID

Fx exposto NZ (D)

DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO

CID

O cérvez

PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)

CÓDIGO

Ll + descompressão.

Acidente durante Ato Cirúrgico	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Descreva:
Biópsia de Congelação:	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> 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:

- DD4 sob acetato

Incisão: Frot. complexa de céu e colo
e 4 flecos.

Achados:

Conduta:

LC exaustivo com SFGM. 6r

Fechamento:

OBS:

Dr. Pedro Thiago

Traumato-Ortopedia / Cir. da M.
CRM - 9302

MÉDICO/CRM

Data: 12 / 9 / 2020

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
<i>INFECÇÃO TNZ D e pí</i>			S82.5
<i>Gengivite pí e TNZ</i>			
DIAGNÓSTICO(S) PÓS-OPERATÓRIO			CID
<i>O mesmo</i>			
PROCEDIMENTO(S) CIRÚRGICO(S)			CÓDIGO
<i>LIMPEZA MECÂNICO CIRURGICA</i>			
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 PURULENTA COM ODOR FÉTIDO

Conduta:

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

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

LIMPEZA + CURATICO

Fechamento:

OBS: Paciente com grau e econtra-indicado do
vídeo com grande área de necrose e mu-
ltiplas fendas, indicação de revascularização mas
prevista 24 a 48hs por esse procedimento
é impossível.

Data: 21.09.20

Dr. Evandro das Pancelos
CRM-FE 8618
CRM-PE 22251
CREMEPE 15918
TELEFONE

MÉDICO/CRM

Solicite orientações da cirurgiões

Orientar e monitorizar função clínica



RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: <i>Djair Ferreira de Oliveira</i>		Registro:				
Idade: <i>25</i>	Sexo: <i>M</i>	Cor: <i>P</i>	Clinica: <i>01</i>	EMP: <i></i>	LR: <i></i>	
Data: <i>25/09/2012</i>	Cirurgião: <i>DR. R. S. P.</i>	1º Assistente: <i></i>				
2º Assistente: <i></i>	3º Assistente: <i></i>	Instrumentador: <i></i>				
Anestesista: <i></i>	Tipo Anestesia: <i></i>	Horário: <i></i>	I: <i></i>	T: <i></i>		
DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO <i>neoplasia de recto</i>				CID		
DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO <i></i>				CID		
PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S) <i>Ressecção de neoplasia de recto</i>				CÓDIGO		
Acidente durante Ato Cirúrgico		1 (<input checked="" type="checkbox"/>) Sim 2 (<input type="checkbox"/>) Não	Descriva: <i></i>			
Biópsia de Congelação:		1 (<input checked="" type="checkbox"/>) Sim 2 (<input checked="" type="checkbox"/>) Não				
Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico: 1 (<input checked="" type="checkbox"/>) Enfermaria 2 (<input type="checkbox"/>) Terapia Intensiva 3 (<input type="checkbox"/>) Residência 4 (<input type="checkbox"/>) Óbito durante o Ato Cirúrgico						

DESCRÍÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

Abordagem submamilar
antes de longos

Incisão:

incisão

Achados:

Nevrose de R. (0)

Conduta:

Ressecção tumoral
e fixar expansão

Fechamento:

OBS:

PLT com nevrose grande de
R. (C) com infiltração
de ampola

Data: 24/09/2020


MÉDICO/CRM

RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: <i>José Felipe Soárez</i>				Registro:	
Idade:	Sexo:	Cor:	Clinica:	EMP:	LR:
Data:	Cirurgião:	1º Assistente:			
2º Assistente:	3º Assistente:	Instrumentador:			
Anestesista:	Tipo Anestesia:	Horário: I: T:			

DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO

CID

- (1) Sequela do hérnias espiral no tempo fepe
- (2) Extensa necrose de face plana do pe
- (3) ferida aberta lento

DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO

CID

PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)

CÓDIGO

Desbridamento

Limpse cirúrgica

Envolvimento na cultura e antidiagrama

Acidente durante Ato Cirúrgico 1 () Sim
 2 () Não

Descreva:

Biópsia de Congelação: 1 () Sim
 2 () Não

Ortopedia e Traumatologia
01/05/2003 - E.C. - M.E.

Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico:
1 () Enfermaria 2 () Terapia Intensiva 3 () Residência 4 () Óbito durante o Ato Cirúrgico

DESCRICAÇÃO DA CIRURGIA	
Posição e Preparo:	① Paciente em DDT sob anestesia gástrica e sedação.
	② Antissepsia + asepsia + posicionamento de campos esteréis.
Incisão:	③ Realizamos amplo desbridamento de tecidos necróticos e tendões plantares invadidos.
Achados:	④ Limpeza cirúrgica: eloxitina. ⑤ Coletor de SWAB para cultura. ⑥ Centro de especímenes.
Conduta:	OBS: Operação perfurada distalmente com alto risco de isquemia e amputação.
	OBS: ② Recomendamos prosseguir para oxigenoterapia e perfusão na sequência.
Fechamento:	
OBS:	

Data: ____ / ____ / ____

MÉDICO/CRM



RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: Igor Felipe da Silva				Registro:		
Idade:	Sexo:	Cor:	Clinica:	EMP:	LR:	
Data:	Cirurgião:	03/10/2020 - Tumbarão		1º Assistente:	Filho	
2º Assistente:		3º Assistente:		Instrumentador:		
Anestesista:		Tipo Anestesia:		Horário:	I:	T:

DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO

CID

Fix reporter on telephone (C)

DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO

CII

9 memo

PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)

CÓDIGO

Tto. angio no ali p
experto en Tte

Acidente durante Ato Cirúrgico 1 () Sim
2 () Não

Descreva:

Tel: 3125-8200 - Rua A.R. Pinto
04100-000 - São Paulo - SP
Cidade: 76101 / TEOR: 15747 / INE: 5245

Biópsia de Congelação: 1 () Sim
2 () Não

Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico:

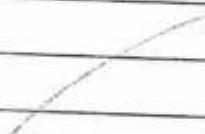
1 () Enfermaria 2() Terapia Intensiva 3() Residência 4() Óbito durante o Ato Cirúrgico

DESCRÍÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

Pt em DPH sob anest.
Aspirato + antiséptico
Aparelho de aspiração

Incisão:



Achados:

Neuroma exosto da ponte molar da pi (E)
com infecção grave e osteoneclise.
Munifícios de ponte dos pi (D), com
grande量 de abscessos

Conduta:

Desbridamento mecanizado
liso exarto c/ SFP, 2:1

Fechamento:

Sutura por planos, shg, nessa foi utilizado
Anel com agge verticalizada

OBS: Foi indicada amputação, mas não houve
nenhum impossível presente para essa e TCE

Data: 03/10/2020

Técnico(a) de Enfermagem: R. Pinto
CICLO: 2018/2019
CURSO: FISIOTERAPIA
PROFISSÃO: ENFERMEIRO

MÉDICO: CRM

RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: <u>Igor Felipe de Lima</u>				Registro:	
Idade: <u>04/10/2020</u>	Sexo: <u>M</u>	Cor: <u>P</u>	Clinica: <u>00000000000000000000000000000000</u>	EMP:	LR:
Data: <u>04/10/2020</u>	Cirurgião: <u>T. M. S. P. LIMA</u>			1º Assistente:	
2º Assistente: <u>D. V. A. N.</u>	3º Assistente:			Instrumentador:	
Anestesista: <u>Priscilla</u>	Tipo Anestesia:			Horário: I:	T:

DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO

CID

Infeção crônica do reto e
tonsílos E com
Necrose grave de odor
No exame de colon
(E)

DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO

CID

O mas

PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)

CÓDIGO

Ressecção de MIE
A via profunda

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		

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

Pct em DPH sob Anestesia
Antissepsia + campos cirúrgicos

Incisão:

E - Phil PI Aproxim 10 cm
MIE

Achados:

Via de diagnóstico

Conduta:

- Pct em Posicão
- Escavação
- Aproximação do MIE a nível transfixante.
- Sutura da ferida Apor Ligatus
- Curativos.

Fechamento:

monofilato E vicryl

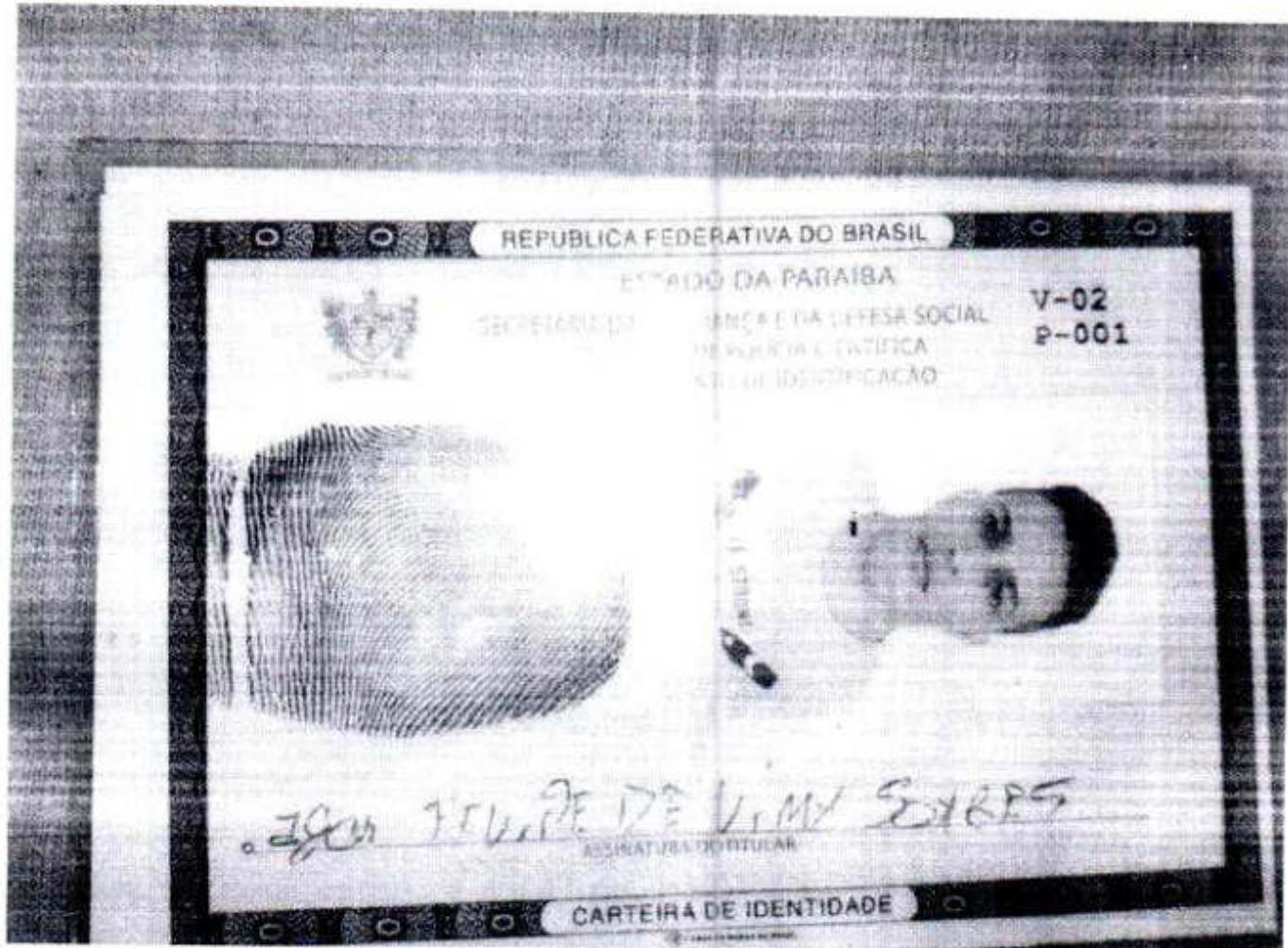
OBS:

S/ Inconveniente

Data: 04/10/2020

MÉDICO/CRM





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 SOARES

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 +

ALBINO GOMES DE 29/08/83

Cartório de João Pessoa

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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

JOSE EDUARDO DA SILVA

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 médica-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:		<input type="checkbox"/> DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)	<input checked="" type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE	<input type="checkbox"/> MORTE
2 - Nº do sinistro ou ASL:	3 - CPF da vítima:	4 - Nome completo da vítima: Igor Felipe de Lima Soares		
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VITIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012				
5 - Nome completo:	Igor Felipe de Lima Soares		6 - CPF:	709.057.664-74
7 - Profissão:	8 - Endereço:	Ribeiro	9 - Número:	1114
11 - Bairro:	12 - Cidade:	Santa Rita	13 - Estado:	PB
15 - E-mail:	14 - CEP: 58301-000			
16 - Tel.(DDD):				

DADOS CADASTRAIS

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VITIMA/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:		
<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR <input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00 <input type="checkbox"/> SEM RENDA <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 <input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00		
21 - DADOS BANCÁRIOS: <input checked="" type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO <input type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)		
<input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção): <input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341) <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)		
AGÊNCIA:	CONTA:	AGÊNCIA: 7730 CONTA: 48224 (2)
(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider 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

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 Lider 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.

MORTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:	<input type="checkbox"/> Solteiro	<input type="checkbox"/> Casado (no Civil)	<input type="checkbox"/> Divorciado	<input type="checkbox"/> Separado Judicialmente	<input type="checkbox"/> Viúvo	24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima:	26 - Vítima deixou companheiro(a):	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:		
28 - Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:	30 - Vítima deixou nascituro (varascer)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:	33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte áqueles 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.

NÃO ALFABETIZADO

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 - 1º | Nome:

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome:

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data,

João Pessoa 24/11/2020
Igor FELIPE DE LIMA SOARES

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 Alessandra 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 VEICULO 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, expeço a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

João Pessoa/PB, 11 de novembro de 2020.

JOSE RODRIGUES DA SILVA JUNIOR
Agente de Investigação

IGOR FELIPE DE LIMA SOARES
Noticiante