

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 ASL:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:

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

5 - Nome completo:

6 - CPF:

7 - Profissão:

8 - Endereço:

9 - Número:

10 - Complemento:

11 - Bairro:

12 - Cidade:

13 - Estado:

14 - CEP:

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)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: BANCO DO BRASIL

AGÊNCIA:

CONTA:

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, 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 nascituro (vai nascer)?

☐ 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

Impressão digital da vítima/beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

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

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, QUEIMADAS, 24 DE JULHO DE 2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



PREFEITURA MUNICIPAL DE QUEIMADAS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE QUEIMADAS
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA – SAMU



Declaração

Declaro para devido fins de comprovação que, **Marcelo Silva Bezerra, RG: 2867377 e inscrito no CPF: 052.278.004-05**, foi atendido por nossa equipe da USB-40 com **ID- 230047**, no dia **23/10/2019 as 13:27h**, vítima de queda de moto na Br 104, próximo ao Formigão. Após regulação médica, o mesmo foi levado para o Hospital de Trauma de Campina Grande onde foi recebido pelo **Dr. Francisco C. Catão, Médico**, para dar continuidade no atendimento especializado.


Ítalo Kleber M. dos Santos
ENFERMEIRO
COREN-PB 156.897

Ítalo Kleber Medeiros dos Santos

Coordenador do Samu - Queimadas-PB

Queimadas, 26 de Março de 2020.

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 04/08/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.531,25

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MARCELO SILVA BEZERRA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 02508-9

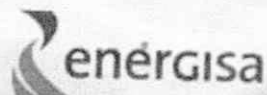
CONTA: 000000027800-9

Nr. da Autenticação 7046517C1A873D52

MARCELO SILVA BEZERRA
SIT GURITIBA SN - AREA RURAL
QUEIMADAS / PB CEP: 56475000 (AG 401)

CPF/CNPJ/RANI 062 278 004-05

Grupo: CONVENCIONAL BAIXA TENSÃO / Subgrupo: B1
Classe: RES MTC B1 / Subclasse: RESIDENCIAL
Ligação: MONOFÁSICO
Roteiro: 1-403-306-1742 Nº Medidor: 00009007010



UNIDADE CONSUMIDORA (UC)

4/274926-5

CADASTRE SUA FATURA EM DÉBITO AUTOMÁTICO UTILIZANDO O CÓDIGO: 00002749265



VALOR DA FATURA

R\$ 60,46



VENCIMENTO

11/03/2020



REFERÊNCIA

Mar / 2020



CONSUMO

57kWh

1,90 kWh
MÉDIA DIÁRIA
LEITURA

SITUAÇÃO DE DÉBITOS

FATURAS EM ATRASO

Jan/20 R\$99,21

DESCRIPTIVO

CCI	Descrição	Quant	Tarifa de Tributos	Valor Base C.C.T. Total (R\$)	ICMS (R\$)	ICMS (R\$)	Valor Base C.C.T. Total (R\$)	ICMS (R\$)	ICMS (R\$)
0601	Consumo em kWh	57	0,704956	40,18	40,18	25	10,04	40,18	0,31
	LANÇAMENTOS E SERVIÇOS			0,00	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0607	CONTRIB LUM PUBLICA			0,00	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0603	CUSTO DE EMISSÃO SEGUNDA VIA 02/2020			0,00	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0603	CUSTO DE EMISSÃO SEGUNDA VIA 12/2019			0,25	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0604	JUROS DE MORA 02/2020			1,54	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0604	JUROS DE MORA 12/2019			0,35	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0605	MULTA 02/2020			1,28	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0605	MULTA 12/2019			1,02	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0605	ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 12/2019			-1,93	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0904	COMPENSAÇÃO POR DCCR 21/2020								
TOTAL				60,46	40,18		10,04	40,18	0,31

CCI Código de Classificação do Item
Tarifa de Tributos 0,497650

DATA: 24/10/2019
HORA: 12:05:51



2367949

Prontuário Nome do Paciente
9272218 MARCELO SILVA BEZERRA
Estado Civil CPF RG
Filiação RG 2867377
Mãe: BENEDITA JOSEFA BEZERRA Pai:
Endereço
R. EUNICE RIBEIRO, 190A - CENTRO, QUEIMADAS-PB CEP: 58440000
Complemento Endereço

Atendimento Data Hora Setor
2367949 24/10/2019 12:04 3008-SECRETARIA CONVENIOS
Médico Atendente
1002309-ANDREY LEAL WANDERLEY
Plano / Convênio Nº Carteira Validade Nº CNS
37-PACOTE/1-PACOTE ENFERMARIA

Posto Acomodação Leito
Guia Procedimento
INTERNAÇÃO 99996666 INTERNAÇÃO

TERMO DE RESPONSABILIDADE

Declaro assumir previamente pela responsabilidade em caráter solidário, por todas as despesas extras no meu contrato de internação e tratamento médico hospitalar, que de direito me compete.
Obrigamo-me assim, a solver os valores não logo sejam apresentados bem como os respectivos depósitos na forma de regulamento e critério que são do meu inteiro comprometimento.

Marcelo Silva Bezerra
Assinatura
CAMPINA GRANDE, de 24 de 10 de 19

Responsável: MARCELO SILVA BEZERRA
Endereço: R. EUNICE RIBEIRO, 190A Bairro CENTRO, QUEIMADAS-PB
Telefone: 99174-5061

CAMPINA GRANDE, 24 de Outubro de 2019

WILMA
Responsável pelo Atendimento

Marcelo Silva Bezerra
Responsável pelo Paciente

WILMA
24/10/2019
REC. ENFERMAGEM
CORREN - 4112583
REC. HUMAN - 4112583



Top Implants e Materiais Cirurgicos Ltda
Rua Prof. Inácio Simões, 42
Centenário - CEP 58.428-013
Fone: (83) 3322.2575
Campina Grande - PB
topimplantes@gmail.com

MATERIAL UTILIZADO EM CIRURGIA

Hospital: W. A. S. Código: _____
Procedimento: fratura do úmero Cód. do Procedimento: _____
Paciente: Marcelo Silva Bezerra
Data da Cirurgia: 24/10/19 Prontuário Nº: 967618 Convênio: Parate
Cirurgião: Andrey Leal Coódiço: _____ () Reposição () Caixa Pronta

DESCRIÇÃO DE PRODUTOS UTILIZADOS

Qtd.	Descrição	Cód. Produto	Valor Unt.	Valor Total
01	Placa de úmero 1/03 furos			
01	Parafuso Cortical N: 32			
03	Parafuso de bloqueio N: 30			
01	Parafuso de bloqueio N: 36			
01	Parafuso " " N: 42			
01	" " N: 42			
01	" " N: 45			
01	" " N: 50			
Obs: todos os materiais em titânio				

ESPECIFICAÇÃO DE PARAFUSOS

PARAFUSO	Nº						Valor Unt.	Valor Total
	Qtd.							
CORTICAL. 3.5mm	Cód.							
PARAFUSO CORTICAL. 4.5mm	Nº							
	Qtd.							
CORTICAL. 4.5mm	Cód.							
PARAFUSO ESPONJOSO. 4.0mm	Nº							
	Qtd.							
ESPONJOSO. 4.0mm	Cód.							
PARAFUSO ESPONJOSO. 6.5mm	Nº							
	Qtd.							
ESP. R/16 CURTA	Cód.							
PARAFUSO ESPONJOSO. 6.5mm	Nº							
	Qtd.							
ESP. R/32 LONGA	Cód.							
PARAFUSO MALEOLAR 4.5mm	Nº							
	Qtd.							
MALEOLAR 4.5mm	Cód.							

Obs.: O preenchimento do prontuário é obrigatório.

PREENCHIMENTO EXCLUSIVO DO CONSULTOR DE VENDAS

Condições de pagamento: _____

Faturar N.F. para: _____

Cód. do consultor: _____ Total: _____

PREENCHIMENTO EXCLUSIVO DO ESTOQUE

--	--

Nº do pedido: _____

PACIENTE: Manoel Silva Bezerra 36a.
CONVÊNIO: Pacote SUS ☐ PRONTUÁRIO: 927218/2367949 DATA: 24/10/19
CIRURGIA: Tto. Liníngio M.S.D.
CIRURGIÃO: Dr. André AUXILIAR: Genal
AUXILIAR: Dr. Aristoteles ANESTESISTA: Dr. B. Vinado

CIRCULANTE: Fabiana SALA: 02 HORÁRIO: INÍCIO: 14:00 FINAL: 16:30

CÓD.	MEDICAMENTO	QUANT.
1872	ADRENALINA	
1880	ÁGUA DESTILADA	06
1899	AMINOFILINA	
1929	ARAMIN	
2070	ATROPINA	
265799	BEXTRA	01
1902	BICARBONATO DE SÓDIO	
4650	CEFALOTINA 1g	
122769	CEFAZOLINA 1g	
1767	CEFTRIAXONA	
154666	CETROPROFENO IV	01
1910	CLORETO DE POTÁSSIO	
2003	CLORETO DE SÓDIO	
5304	DEXAMETASONA	01
4855	DICLOFENACO SÓDICO	
2020	DIPIRONA	02
5673	DOPAMINA	
32190	EFEDRINA	
5339	FENERGAN	
2038	FUROSEMIDA	
4286	GARAMICINA	
2046	GLICOSE 50%	
2054	GLUCONATO DE CÁLCIO	
5398	HEPARINA	
5380	HIDROCORTISONA	
2062	METOCLOPRAMIDA	
37859	NAUSEDRON 8mg	01
69906	OMEPRAZOL 40mg	01
70181	PROSTIGMINE	
70238	QUELICIM	
28819	RANITIDINA	
70335	SOLUMEDROL 500mg	
403792	TORADOL	
70971	TRANSAMIN	
70572	TILATIL 40mg	

CÓD.	PSICOTRÓPICOS	QUANT.
70254	ALFENTANILA	
8885	DIEMPAX 10mg	
3026	DIMORF 1.0mg	
3034	DIMORF 0.2mg	
125149	DIMORF 10mg	01
69655	DORMONID	
69639	DORMONID COMP.	
46850	FENOBARBITAL	
8869	HIDANTAL	
9962	KETALAR	01
69620	PETIDINA	
73210	TRAMAL	
146832	ULTIVA	

CÓD.	ANESTÉSICOS	QUANT.
70548	ATRACURIO	
126233	CISATRACURIO	
9091	ETOMIDATO	
3042	FENTANIL	01
2801	LIDOCAINA 2% C/V	04
2119	LIDOCAINA 2% S/V	
2810	LIDOCAINA GELEIA	
2160	NEOCAINA 0.5% C/V	
70750	NEOCAINA 0.5% S/V	
1996	NEOCAINA PESADA	
3212	NILPERIDOL	
142364	NOVAPUPI C/V	
97449	NOVAPUPI ISOBÁRICA	
264580	NOVAPUPI S/V	
2216	PANCURONIO	
82031	PROPOFOL	
142451	ROCURÔNIO	01
24678	SEVORANE	
1945	XYLESTECIN 0.04%	

CÓD.	MATERIAL	QUANT.
107329	ADAPTADOR P/ SORO	01
110089	AG. RAQUI 27BD	
120089	AG. RAQUI 25BD	
161281	AG. RAQUI P/ OBESO BD	
4012	AGULHA DESCARTÁVEL Nº	05
	AGULHA PERIDURAL Nº	
	AGULHA RAQUI Nº	
2259	ALGODÃO HIDRÓFILO	038
9113	ALGODÃO ORTOPÉDICO	
	ATADURA CREPON Nº	15 02
	ATADURA GESSADA	
2356	BOLSA COLOSTOMIA	
	CÂNULA TRAQUEOSTOMIA Nº	
211958	CAPA PARA VÍDEO	
2429	CATETER OXIGÊNIO	01
27880	COLETOR URINA ABERTO	
22381	COLETOR URINA FECHADO	
	COMPRESSAS	
142341	COMPRESSAS 25X28	08
	DRENO PENROSE Nº	
	DRENO SUÇÃO Nº	
	DRENO TÓRAX Nº	
59587	ELETRODO	05
2585	EQUIPO MACROGOTAS	01
287393	EQUIPO P/ ARTROSCOPIA	
2615	ESPARADRAPO	1 unidade
20117	FITA GLICEMIA	
142220	GAZES 7,5X7,5	07
	GAZES	07
3425	GELFOAN	
60917	GILETE	
	GUENDEL Nº	01
3468	INTRA-CATH	
	JELCO Nº	02
	LÂMINA BISTURI Nº	01
132709	LUVAS 6.5	
111209	LUVAS 7.0	01
40126	LUVAS 7.5	04
3522	LUVAS 8.0	
149870	LUVAS 8.5	
69752	MICROPOR LARGO	30cm
	SCALPS Nº	01
3735	SERINGA DE 01cc	
3700	SERINGA DE 03cc	
3719	SERINGA DE 05cc	02
3689	SERINGA DE 10cc	03
3697	SERINGA DE 20cc	02
341797	SERINGA DE 60cc (bico longo/curto)	01
	SONDA FOLEY Nº	
	SONDA NELATON	
	SONDA NSG	
	SONDA RETAL	
53937	SURGICEL	
4081	TORNEIRA 03 VIAS	01

CÓD.	FIOS	QUANT.
	ACIFLEX Nº	
	ALGODÃO C/A Nº	
	ALGODÃO S/A Nº	
	CRDMADO C/A Nº	
	CRDMADO S/A Nº	
	ETHIBOND Nº	
	FITA CARDIACA	
	MONOCRYL Nº	
	MONONYLON Nº	20 01
	PROLENE Nº	
	VICRYL Nº	4 01

CÓD.	SOLUÇÕES	QUANT.
2330	ÁGUA OXIGENADA	
149217	ÁLCOOL	
304000	CLOREXIDINA	150ml
2631	ÉTER	
3603	PVPI DEGERMANTE	150ml
3611	PVPI TÓPICO	
4111	VASELINA	

CÓD.	GASES HOSPITALARES	QUANT.
	APARELHOS	
	AR COMPRIMIDO	
	ASPIRADOR ELÉTRICO	
	BISTURI ELÉTRICO	10
	CAPNOGRAFO	
	CRANIOTOMO	
	INTENSIFICADOR	10
	MICROSCÓPIO CIRUR.	
	MONITOR CARDIACO	10
	NITROGÊNIO	
	OXIDO NITROSO	
	OXIGÊNIO	10
	OXÍMETRO DE PULSON	10
	VÁCUO	

CÓD.	SOROS	QUANT.
9156	MANITOL 20%	
174459	PURISOLE 1000ml	
63681	S. FISIOLÓGICO 1000ml	
98229	S. FISIOLÓGICO 100ml	
9172	S. FISIOLÓGICO 250ml	
9164	S. FISIOLÓGICO 500ml	03
9180	S. GLICOSADO 250ml	
9199	S. GLICOSADO 500ml	
9148	S. RINGER 500ml	01
134489	VOLUMEN 6%	

CÓD.	OUTROS	QUANT.
	Kit cirúrgico	01
	ventilador	01
	Filtro bacteriano	01
	Bombedor	01
	Flumazenil	01
	Placa de estimo	01
	Pl 03 10mg	
	Paroxifeno control	01
	ve 32	
	Paroxifeno de 30mg	03
	10 10 30	

Fabiana Teofilo C. Felix
Téc. de Enfermagem
COREN-PB 1243970

PACIENTE: *Marcelo S. Bezerra*
 Nº DO PRONTUÁRIO: *2910/71* Nº DO ATENDIMENTO:
 DATA DA OPERAÇÃO: *29/10/71* ENFERMARIA: LEITO:
 OPERADOR: *ANDREY*
 1º AUXILIAR: *Antônio* 2º AUXILIAR:
 3º AUXILIAR: INSTRUMENTADOR:
 ANESTESISTA: *BEANARO* TIPO DE ANESTESIA:
 DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: *Fratura mero proximal*
 TIPO DE OPERAÇÃO: *Terat. comissura*
de mero proximal
 DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO: *Estável*
 RELATÓRIO IMEDIATO DA PATOLOGIA:
 EXAME RADIOLOGICO NO ATO: *Sim*
 ACIDENTE DURANTE A OPERAÇÃO:

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

VIA DE ACESSO: FALCA TÉCNICA: FIGADURAS: DRENAGEM: SUTURA: MATEMPREGADO: ASPECTO: VICERAS:

*Paciente com fratura
 de mero proximal e fratura
 de mero proximal.
 Contusões operatórias.
 Fratura de mero proximal.
 Redução por planos. Menor
 de mero proximal com
 placa bloqueada e parafusos.
 Sutura por planos.*

Dr. Andrei Wanderley
 ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
 CIRURGIA DE OMBRO
 CRM 5625-PB

HOSPITAL ANTONIO TARGINO

RT Responsável Técnico
Dr. Luciano Holanda
CRM-F 3.2948

BOLETIM DE ANESTESIA

1ª Via Branca - Hospital
2ª Via Amarela - Anestesiologista
3ª Via Rosa - Faturamento
4ª Via Azul - Cirurgião

NOME:

CONVÊNIO:

NÚMERO DA CARTEIRA:

GUIA DE INTERNAÇÃO:

SENHA:

DATA DE NASCIMENTO:

IDADE:

SEXO:

INÍCIO:

TERMINO:

HORÁRIO ESPECIAL:

SIM

NÃO

CIRURGIA

☐ ELETIVA

☐ URGÊNCIA

☐ AMBULATORIAL

ESTADO FÍSICO (ASA)

I

II

III

IV

V

DATA:

Diagnóstico Pré-Operatório:

1ª Equipe Cirúrgica (Cirurgião/1ª/2ª/3ª Auxiliares)

2ª Equipe Cirúrgica (Cirurgião/1ª/2ª/3ª Auxiliares)

Instrumentador(a)

Códigos

Procedimentos Realizados:

Horário:

AGENTES

OXIGÊNIO

LÍQUIDOS

VENOSOS

ECG

SpO₂

ETCO₂

M

O

N

T

AGENTES

QTDE.

Adrenalina

Atropina

Bextra

Bupivacaína Isobárica

Bupivacaína Hiperbárica

Bupivacaína % /adr

Cipro

Clexane

Decaton

Dipirona

Diprivan

Diprivan PFS

Dobutrex

Dormonid 15mg

Efedrina

Emeron

Fentanil

Flagyl

Forane

Halotano

Hidrocortisona

Hypnomidade

Kefazol

Keflin

Ketalar

Lasix

Liquemine

Methergin

Morfina 10 mg /ml

Narcan

Nasporin

Nimbium

Nitrid

Nordrenalina

Norcuron

Oclocina

Pavulon

Plasil

Prostigmine

Quelicin

Rapfen

Ravivan

PRESCRIÇÃO MÉDICA

NOME: Marcos Silva Pereira
A.A.: M. A. LEITO: 821 CONVÊNIO: Particular

DIAGNÓSTICO:

DATA: 24/10

MEDICAMENTOS	HORÁRIO				
1. Diclofenaco - 100mg					
2. SF 0.99, 2000 ml EV em 24h					
3. Dexametasona 2ml + H ₂ O EV 6/6h	16 ⁰⁰				
4. Ketorolaco 100mg + SF EV 8/8h	16 ⁰⁰				
5. Tramadol 100mg + SF EV 8/8h					
6. Clonazepam 4mg EV 1/12h					
7. Paracetamol 4g EV 8/8h					
8. Clonazepam 1mg EV 8/8h	16 ⁰⁰				
9. SF 0.99					

Dr. Andrey Wanderley
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CIRURGIA DE OMBRO
CRM 5625-PB

EVOLUÇÃO MÉDICA

Admissão
Paciente admitido p/ cirurgia
de um ombro

26/10 7h OPO

curativa

de

Dr. Andrey Wanderley
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CIRURGIA DE OMBRO
CRM 5625-PB

Dr. Andrey Wanderley
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CIRURGIA DE OMBRO
CRM 5625-PB

RELACÃO DE MATERIAIS

HIT HOSPITAL
ANTONIO TARGINO

NOME: Marcelo Silva Bezerra

ALA: M.N

LEITO: 829

CONVÊNIO: Part

DATA: 29/10/19

MATERIAL	M	T	N	MATERIAL	M	T	N
Advantage(fita p/HGT)				Intracatch adulto			
Agua destilada 10 ML				Jelco nº			
Agua destilada 1000 ml				Jelco nº			
Aguha descartável nº				Lamina bisturi nº			
Aguha descartável nº				Lanceta			
Algodão hidrófilo (bola)				Luva cirúrgica nº			
Atadura de crepom cm				Luva cirurgica nº			
Bolsa de colostomia simples				Luva procedimento(par)			
Bolsa de karaya				Micropore(10cm)			
Cânula de guedel nº				Mononylon nº			
Cânula p/ traqueostomia nº				Polifix 2 vias			
Cateter nasal tipo óculos				Polifix 4 vias			
Cateter duplo lumen				Prestobarba			
Cateter para hemodiálise				Scalp nº			
Coletor de urina sist. fechado				Scalp nº			
Coletor de urina sist. aberto				Seringa descartável de 1cc			
Dreno de penrose nº				Seringa descartável de 3cc			
Eletrodos				Seringa descartável de 5cc			
Equipo p/bomba de infusão				Seringa descartável de 10cc			
Equipo com bureta				Seringa descartável de 20cc			
Equipo macro com injetor				Sonda endotraqueal nº			
Equipo micro gotas simples				Sonda endotraqueal nº			
Equipo fotossensível				Sonda enteral nº			
Equipo para PVC				Sonda folley 2 vias nº			
Equipo macro para dieta				Sonda folley 3 vias nº			
Equipo enteral p/ bomba infusão				Sonda nasogastrica nº			
Esparadrapo (10 cm)				Sonda retal nº			
Fita adesiva (10cm)				Sonda uretral nº			
Frasco para dieta 300 ml				Sonda uretral nº			
Fraldas descartáveis				Soro fisiológico 100 ml			
Gazes (pacote)				Soro 0,9% 10ml			

OBSERVAÇÕES:

OXIGÊNIO

DATA: / / LIGADO(H): ASS:

DATA: / / DESLIGADO(H): ASS:

OXIGÊNIO

DATA: / / LIGADO(H): ASS:

DATA: / / DESLIGADO(H): ASS:

Reginaldo M. Maracá Neto
TÉC-DE ENFERMAGEM
COREN-PE 918807
Téc. Enf. Tarde

Shyneldy Santos Eli
Téc. Enf. Noite

Téc. Enf. Manhã

NOME: Marcos Silva Bezerra
ALIA: N. N. LEITO: 821 MÉDICO: Rondley

IDADE: 36a

DATA: 29 / 10 / 19

MANHÃ

TARDE

Paciente orientado de Ceto
viragem, POI de ombros, náusea
sintoma de controle, sem queixas,
sem os sintomas.

R. Ronaldo M. Moraes Neto
Téc. DE ENFERMAGEM
CONV. 916807

NORTE

Paciente em POI de ombros, consciente
e orientado, apnéico, eupneico, contactante
AVP PI KB, queixa dor no globo ocular
(8), hiperemiado, diurese presente esponta-
nea, sente dor. R. controle em prom-
tuário, m. m.

Suplente de Enfermagem
Téc. DE ENFERMAGEM
CONV. 916807

25/10 Paciente evolui de alta hospitalar

Mariana Alves M. de Sousa
Téc. DE ENFERMAGEM
COREN-PA 1082558



D

SC: 84 %

SC: 48 %

927218 MARCELO SILVA BEZERRA M

24 10 2010

ANTONIO CARLOS

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL	
MINISTÉRIO DAS CIDADES	
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO	
CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO	
NOME MARCELO SILVA BEZERRA	
	
DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR UF 2867377 SSP PB	
CPF 052.278.004-05	
DATA NASCIMENTO 05/09/1983	
FILIAÇÃO VILARIO GOMES BEZERRA	
BENEDITA JOSEFA BEZERRA	
PERMISSÃO B ACC B CAXA AD	
Nº REGISTRO 02449220505	
VALIDADE 26/01/2022	
1ª HABILITAÇÃO 29/07/2002	
OBSERVAÇÕES	
	
Assinatura do Portador 	
LOCAL CAMPINA GRANDE, PB	
DATA EMISSÃO 06/02/2017	
Assinatura do Emissor 	
15266941861 PB033870578	
PARAÍBA	

VALIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL
1410648012

PROIBIDO PLASTIFICAR
1410648012

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3200263200 **Cidade:** Queimadas **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARCELO SILVA BEZERRA **Data do acidente:** 23/10/2019 **Seguradora:** Companhia de Seguros Previdência do Sul

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 29/07/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE ÚMERO PROXIMAL DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS). P 4, 9 ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO OMBRO DIREITO.

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 INTENSA DO OMBRO DIREITO.

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 completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
Total			18,75 %	R\$ 2.531,25

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0206946/20

Vítima: MARCELO SILVA BEZERRA

CPF: 052.278.004-05

CPF de: Próprio

Data do acidente: 23/10/2019

Titular do CPF: MARCELO SILVA BEZERRA

Seguradora: Companhia de Seguros Previdência do Sul

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

MARCELO SILVA BEZERRA : 052.278.004-05

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: 24/07/2020
Nome: MARCELO SILVA BEZERRA
CPF: 052.278.004-05

MARCELO SILVA BEZERRA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 24/07/2020
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA
CPF: 105.999.304-03

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA

Rio de Janeiro, 27 de Julho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200263200

Vítima: MARCELO SILVA BEZERRA

Data do Acidente: 23/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MARCELO SILVA BEZERRA

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, contados 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

Rio de Janeiro, 09 de Agosto de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200263200

Vítima: MARCELO SILVA BEZERRA

Data do Acidente: 23/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), MARCELO SILVA BEZERRA

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\$ 2.531,25

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros

25%

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 25%) 18,75%

Valor a indenizar: $18,75\% \times 13.500,00 =$ R\$ 2.531,25

Recebedor: MARCELO SILVA BEZERRA

Valor: R\$ 2.531,25

Banco: 001

Agência: 000002508-9

Conta: 0000027800-9

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



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 ASL:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:

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

5 - Nome completo:

6 - CPF:

7 - Profissão:

8 - Endereço:

9 - Número:

10 - Complemento:

11 - Bairro:

12 - Cidade:

13 - Estado:

14 - CEP:

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)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: BANCO DO BRASIL

AGÊNCIA:

CONTA:

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, 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 nascituro (vai nascer)?

☐ 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

Impressão digital da vítima/beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

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

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, QUEIMADAS, 24 DE JULHO DE 2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA
Nº 043537.01.2020.0.00.704

A Delegacia Online CERTIFICA a requerimento escrito, via Internet, de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial nº 043537.01.2020.0.00.704 analisado pelo policial civil Janaína Silva de Andrade, matrícula 1819666 cujo teor passo a transcrever na íntegra: às 23:18 min do dia 07/07/2020, na Delegacia Online, **Marcelo Silva Bezerra**, nacionalidade Brasileiro(a), profissão Autônomo, natural de Queimadas, nascido(a) em 05/09/1983, idade 36, estado civil Solteiro (a), de cor Parda, filho(a) de Benedita Josefa Bezerra e Vilario Gomes Bezerra, CPF 052.278.004-05, residente e domiciliado(a) no(a) Sítio Guritiba, nº 0, complemento Prox ao muro de Manoel Bento, bairro Zona Rural, na cidade de Queimadas/PB. CEP: 58475000, telefone(s) (83)996080289, registrou o seguinte:

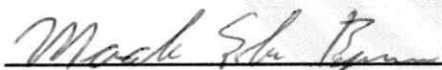
Dados do(s) Fato(s):

Data/Hora do fato: 23/10/2019 13:27h; Tipificação: **Boletim Emergencial**; Tipo do Local: Via Aberta; Local do Fato: BR 104, Zona Rural, Queimadas/PB.

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

Declaro para os devidos fins de comprovação que eu, Marcelo Silva Bezerra, RG 2867377 e inscrito no CPF 052.278.004-05, fui atendido por uma equipe do SAMU Queimadas / USB -40 com ID- 230047, no dia 23/10/2019 as 13:27 hs, vítima de acidente de trânsito queda de moto de placa OGA1421/PB HONDA POP VERMELHA provocada por uma colisão entre a moto citada com um cachorro na BR 104 próximo ao formigão no sentido Queimadas x Campina Grande. após os primeiros socorros médicos fui levado ao hospital de trauma de Campina Grande e fui recebido pelo DR. Francisco C. Catão, médico, para dar continuidade no atendimento especializado.

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


Marcelo Silva Bezerra

FADD3B2C9F0EF116422672683646FF86

Código de Controle

ATENÇÃO: Esse Boletim só é válido com a assinatura do declarante. A veracidade do mesmo pode ser checada no site da Delegacia Online através do código de controle. www.delegaciaonline.pb.gov.br. Tel. (83) 3612-8612 (8h-18). E-mail: delegaciaonline@seds.pb.gov.br.

