
Rio de Janeiro, 20 de Março de 2021

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3210073533

Vítima: MARTINHO DA SILVA NASCIMENTO

Data do Acidente: 19/07/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO

Senhor(a), MARTINHO DA SILVA NASCIMENTO

Comunicamos que o banco indicado para recebimento do Seguro DPVAT rejeitou o depósito por problemas nos dados informados e, com isso, não foi possível concluir o seu pagamento.

Para nova tentativa de depósito, será necessário o envio de novo formulário de Autorização de Pagamento com os dados bancários atualizados e devidamente assinado.

O formulário está disponível no nosso site e deverá ser entregue na COMPREV SEGURADORA S/A, ponto de atendimento onde o pedido do Seguro DPVAT foi feito.

O prazo de 30 (trinta) dias para pagamento do Seguro PVAT foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber o documento solicitado. Caso não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 09 de Abril de 2021

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3210073533

Vítima: MARTINHO DA SILVA NASCIMENTO

Data do Acidente: 19/07/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), MARTINHO DA SILVA NASCIMENTO

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\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos pés 50%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 50%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: **MARTINHO DA SILVA NASCIMENTO**

Valor: **R\$ 1.687,50**

Banco: **260**

Agência: **000000001**

Conta: **000058532388-2**

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



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3210073533 **Cidade:** Mamanguape **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARTINHO DA SILVA NASCIMENTO **Data do acidente:** 19/07/2020 **Seguradora:** PREVIMIL VIDA E PREVIDENCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 12/03/2021

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA NO 2º, 3º E 4º METATARSOS DO PÉ ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (LIMPEZA CIRÚRGICA, DESBRIDAMENTO E ENXERTO). P.4/5/6/7/8/9/10/11/12/13 ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO PÉ ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DO PÉ ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos pés	50 %	Em grau leve - 25 %	12,5%	R\$ 1.687,50
		Total	12,5 %	R\$ 1.687,50



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 ASI: _____ 3 - CPF da vítima: 088.466.114-89 4 - Nome completo da vítima: Martinho da Silva Nascimento

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

5 - Nome completo: Martinho da Silva Nascimento 6 - CPF: 088.466.114-89
7 - Profissão: Motociclista 8 - Endereço: TV do Rosário 9 - Número: 410 10 - Complemento: _____
11 - Bairro: Centro 12 - Cidade: Mamanguapê 13 - Estado: PI 14 - CEP: 58280-000
15 - E-mail: _____ 16 - Tel. (DDD): 03-99921-9283

DADOS CADASTRAIS

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: _____ 19 - Profissão do Representante Legal: _____

18 - CPF 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\$1.000,00 A R\$1.000,00 R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ACIMA DE R\$5.000,00

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

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) CONTA CORRENTE (Todas os bancos)
 Bradesco (237) Itaú (341) Nome do BANCO: _____
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104) 0813
AGÊNCIA: 0044 CONTA: 11342115 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

INVALIDEZ PERMANENTE

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.

MORTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorçado Separado Judicialmente Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: _____

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

28 - Vítima teve filhos? Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 30 - Vítima deixou nascituro (ou resco)? 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.

NÃO AUTORIZADO

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 _____

TESTEMUNHAS

40 - Local e Data: Jaad Pensea 10-12-2020
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): X MARTINHO DA SILVA NASCIMENTO
42 - Assinatura do Representante Legal (se houver) _____
43 - Assinatura do Procurador (se houver) _____



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 ASI: _____ 3 - CPF da vítima: 088.466.114-89 4 - Nome completo da vítima: Martinho da Silva Nascimento

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

5 - Nome completo: Martinho da Silva Nascimento 6 - CPF: 088.466.114-89
7 - Profissão: Motociclista 8 - Endereço: TV do Rosário 9 - Número: 410 10 - Complemento: _____
11 - Bairro: Centro 12 - Cidade: Mamanguapó 13 - Estado: PI 14 - CEP: 58280-000
15 - E-mail: _____ 16 - Tel. (DDD): 03-99921-9283

DADOS CADASTRAIS

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: _____ 19 - Profissão do Representante Legal: _____

18 - CPF 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\$1.000,00 A R\$1.000,00 R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ACIMA DE R\$5.000,00

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

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) CONTA CORRENTE (Todas as bancas)
 Bradesco (237) Itaú (341) Nome do BANCO: _____
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104) 0813
AGÊNCIA: 0044 CONTA: 11342115 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

INVALIDEZ PERMANENTE

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.

MORTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorçado Separado Judicialmente Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: _____

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

28 - Vítima teve filhos? Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 30 - Vítima deixou nascituro (ou resco)? 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.

NÃO AUTORIZADO

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 _____

TESTEMUNHAS

40 - Local e Data: Jaad Pensea 10-12-2020
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): X. MARTINHO DA SILVA NASCIMENTO
42 - Assinatura do Representante Legal (se houver): _____
43 - Assinatura do Procurador (se houver): _____



CAGEPA

COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTOS DA PARAÍBA
Rua Feliciano Cirne, 220 - Jaguaribe João Pessoa - PB
CEP: 58.015-570 - CNPJ: 09.123.654/0001-87

Recibo de

860852

REFERÊN

JUL/2

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA/ESGOTO E SERVIÇOS

MARTINHO GALVAO DO NASCIMENTO
TV DO ROSARIO, 410 - CENTRO MAMANGUAPE PB
58280-000

Inscrição	SMI	Quantidade de Economias				Responsá
		Residencial	Comercial	Industrial	Pública	
007.001.010.0110.000	000	1	0	0	0	
Hidrômetro	Data de Instalação	Localização	Situação Água	Situação Es		
Y17P519249	23/10/2017	EXT LACR	LIGADO	LIGADO		
ANTERIOR	ATUAL	CONSUMO (M3)	NUM DE DIAS	PROXIMA LEITU		
474	485	11	31	08/08/2020		
HIST. CONS./ANOR.	LEIT.	QUALID. ÁGUA-ANEXO 20	PORT.	05/2017		
JUN/2020	10	PARAMETROS	EXIG.	ANALIS.	CONF	
MAI/2020	9	TURBIDEZ	0	0	0	
ABR/2020	10	CLORO	0	0	0	
MAR/2020	10	PH	0	0	0	
FEV/2020	11	COR	0	0	0	
JAN/2020	11	COL.TOTAIS	0	0	0	
MEDIA(M)	10	DADOS REFERENTES A: MAI/2020				

DATA DA IMPRESSÃO: 09/07/2020

HORA DA IMPRESSÃO: 11:0

DESCRIÇÃO
ÁGUA

CONSUMO

TOTAL(R\$)

RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)
ATE 10 M3 - 37,91 POR UNIDADE
11 M3 A 20 M3 - R\$ 4,89 POR M3

10 M3
1 M3

37,91
4,89

RUA DO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITTY
RUA AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N
58056-384 JOAO PESSOA Fone: (83)3214-1980
FAX: () CNPJ:

Ficha Nr: 329936 Adm: Nao Regulado
Data: 19/07/2020
Hora: 21:15:05
Recepcionista: HELENA MARIA HONORATO DA
Clinica: ORTOPEDIA CIRURGIA

DADOS DO PACIENTE

Nome: MARTINHO DA SILVA NASCIMENTO Num. de vezes atendido: 1
Nome Social: NAO INFORMADO CPF: 098.466.114-89 Num. Prontuario: 2020.07.001690
CNS: SEM CNS Sexo: M IDENTIDADE: 3432195 SSP PB Fone: 991489583
Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 15/10/1990 Id: 29 ano(s)
End.: RUA GENERAL VITORINO, 480
Bairro: CENTRO Cidade: MAMANGUAPE UF: PB
Mae: MARIA DE FATIMA DA SILVA NASCIMENTO Pai: MARTINHO GALVAO DO NASCIMENTO
Raca: SEM INFORMACAO Etnia: SEM INFORMACAO Estado Civil: SOLTEIRO(A)
Ocupação: MOTORISTA (FORA EXCECOES) Escolaridade: NAO INFORMADO
INFORMACOES DE ENTRADA
Resp.: ARTINHO DA SILVA NASCIMENTO
Tel/Doc. Responsavel: 991489583 / IDENTIDADE: 3432195 SSP PB
Procedencia: RUA

Transporte utilizado: SAMU
Vitima de acidente por: NAO
Vitima de violencia por: NAO
 Caso Policial

PRE-CONSULTA

Tipo de Classificacão de Risco:
PA: FR:
FC: TP:
Peso: Altura:
Glicemia: IMC:
Circ. Abd: Q27:

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

- Aparentemente Bem Grave
- Politraumatizado Convulsao
- Hemorragia Dispineia
- Diarreia Agitado
- Regular Chocado
- Vomito

Queixa Principal

Observacão

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Per ultima de caixas de med com lesões extensa em MPE, relata limitas do movimento em braço @. Gesso 15. repuro em ambiente, usa gaxetas toco-individuals.

Diagnostico

Conduta

*Arbitrar ortopedia
Alta cirurgia geral.*

Prescriçao

*octo: fx exposta 2°
- 4-act @
co. 40 36*

Horario da medicacao

Dr. Pedro Thiago
TEOT 18256
CRM PB 6002

Dr. José Oliveira Filho
Cirurgia Geral
CRM-PB 8495

ORTO16V1A 7

Paciente vítima de ac. de Moto, com dor em articulação
e antebraço E + dor e firmamento em p. esq.
Solicito Rx

Dr. Tibirica Medeiros
Ortopedia Traumatologia
Cirurgia Ombro e Cotovelo
CRM-PB 7254 CREMEC 18474
TEOT 15089

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

Qtd.	Medicamentos	Dose	Horário	Evolução

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

João Manoel de Sales
Assinatura do Paciente / Responsável

Assinatura e Carimbo do Médico




FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Data da Admissão: 19/07/2020

Nome: WILSON DA SILVA Idade: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____
 Prontuário: _____
 Nome da Mãe: _____ Bairro: _____
 Endereço: _____ Fone: _____ Profissão: _____
 Cidade: _____ Estado: _____ Estado Civil: _____ Religião: _____
 Sexo: F () M () Cor: _____ Data de Nascimento: 1/1
 Escolaridade: _____

QPD: _____
 HDA: Fx EXPANSA 213/4 URT (B)
 CO: AJ BL


 Dr. Pedro Thiago
 REO: 16256
 CRM PB: 9302

Medicações em uso: _____

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
 Dispnéia 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-reposu Deformidades
 Artralgia Calor Rubor Edema Crepitação Fraqueza Atrofia Espasmos

SN e PSO: Insônia Sonolência Convulsões Motricidade e Sensibilidade _____
 Amnésia Libido Humor _____



RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: <i>Martinho do Silva Nascim</i>		Registro:	
Idade: <i>29</i>	Sexo: <i>Mac</i>	Cor:	Clinica: <i>Ortopedia</i>
Data: <i>28/07/2020</i>	Cirurgião: <i>Dr. Francisco Guedes</i>	1º Assistente: <i>Dr. Usmundo</i>	
2º Assistente: <i>Dr. Leticia R.</i>	3º Assistente:	Instrumentador:	
Anestesista: <i>Dr. Vitor</i>	Tipo Anestesia: <i>Raqui</i>	Horário: I:	T:
DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO			CID
<i>Fratura de 2º, 3º, 4º Metatarso</i>			
<i>Esquerdo</i>			
DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO			CID
<i>Idem</i>			
PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)			CÓDIGO
<i>Realizado Limpeza Mecânica</i>			
<i>Artroscopia + desbridamento</i>			
Acidente durante Ato Cirúrgico		1 () Sim	Descreva:
		2 (X) Não	
Biópsia de Congelação:		1 () Sim	Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico:
		2 (X) Não	
1 (X) Enfermaria 2 () Terapia Intensiva 3 () Residência 4 () Óbito durante o Ato Cirúrgico			

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

Paciente em decúbito dorsal sob anestesia
Ginástica Antiespasmódica
Aplicação de Cam. por Estetosc.

Incisão:

Achados:

- Fratura de 2º, 3º, 4º, MTE
- Exposição Tendinosa

Conduta:

- Realizado Limpeza Mecânica
- Cirurgia + desbridamento cirúrgico
- Realizado preenchimento de material sintético
- Curativo com gaze glicerinada
- Curativos

Fechamento:

OBS:

- Exposição tendinosa
- Exposição Óssea
- Grandes áreas necróticas

R. AD7 Francisco
Guedes

Data: 27/08/2020

Antonio
Macedo
CRM - 19.124

MÉDICO/CRM



RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: <i>Mortuário do silva morimoto</i>				Registro:	
Idade:	Sexo: <i>M</i>	Cor:	Clinica:	EMP:	LR:
Data: <i>07.08.2020</i>	Cirurgião: <i>Dr. Douglas</i>			1º Assistente: <i>NPJ Tamariz</i>	
2º Assistente:		3º Assistente:		Instrumentador:	
Anestesista:		Tipo Anestesia:		Horário: I:	T:
DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO					CID
<i>Ferimento Extenso no dorso do pé com</i>					
<i>com perda de substância.</i>					
DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO					CID
<i>Ferimento Extenso no dorso do pé com</i>					
<i>perda de granulação</i>					
PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)					CÓDIGO
<i>LMC + curativo com gaze vaselina</i>					
<i>Enxerto de crevasse plástica.</i>					
Acidente durante Ato Cirúrgico		1 () Sim		Descreva:	
		2 () Não			
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:

Paciente em decúbito dorsal horizontal sob anestesia
peridural + Antagonistas
Aplicação de curvas ortopédicas

Incisão:

Curvas sobre o primário

Achados:

Fractura afunilada no corpo do osso com fratura de cominada

Conduta:

Limpeza abundante com spray
curvas com gaze iodoformada

Prescr. de os. Plástico.

Fechamento:

Curvas externas

OBS:

Data 07/08/2020

Médico
Dr. Jansen Henrique
CRP: 11385

MÉDICO/CRM

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

Paciente em decúbito dorsal direito sob anestesia

Assepsia + Antissepsia

Aposição de campos cirúrgicos estéreis

Desbridamento cirúrgico de ulceração

Hemostasia local

Obtenção de Enxerto de Pele Total da panturrilha esquerda

Fixação na área receptora

CURATIVO

OBS:

Data: 31/08/2020

Dr. Marcelo de Aquino
Cirurgião Plástico
CRM - PB 1201
MÉDICO/CRM

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58056-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

① DDH sob tórax

Incisão:

② ASH + Amp - 1 crpo, ant

③ - LAC + D.C.

Achados:

④ - ant

Conduta:

Fechamento:

OBS:

31/7/20

Data:

1 1

Mário Lacerda
Ortop. e Trauma Inst
CRM 19748

MÉDICO/CRM

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

- ODM SOB ANESTESIA.
- ANTIBIÓTICO + ANTIESP. + C/ALGOS

Incisão:

FENDIDA TRANSCUTÂNEA.

Achados:

- LESÃO GRAVE DE PARTES MOLES E OSSAS
- COELINDEÇÃO E COMPACTAÇÃO GRAVE COM PERDA ÓSSEA.

Conduta:

- LC RADICAL COM SP. 0,9X.
- LIGATURA DA P.A. TAMB. ANTERIOR
- SURTIKA DOS EXTREMOS EM S/LC

Fechamento:

Nylon 2-0

OBS:

AGUADO A.M. DO GRUPO CIR. DO R5

Data: 19 / 07 / 2020

Dr. Pedro Thiago
REG: 14268
CRM PB: 2092

MÉDICO/CRM



LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

GRUPO: *M. A. F. J. N. S. I. L. V. A. N. A. S. O. M. E. N. T. O.*

DATA DE ADMISSÃO: *12/07/20* DATA DE ALTA: *15/07/20*

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL: *FEMURAL NA 15ª + PELA SUGARÍME*

PROCEDEMENTOS REALIZADOS:
EXAMES LABORATORIAIS:
EXAMES DE IMAGEM:

EVOLUÇÃO CLÍNICA:
EVOLUÇÃO LABORATORIAL:
EVOLUÇÃO DE IMAGEM:
EVOLUÇÃO DE EXAMES:
EVOLUÇÃO DE PROCEDIMENTOS:
EVOLUÇÃO DE MEDICAMENTOS:

EVOLUÇÃO DE PROCEDIMENTOS:
Exames laboratoriais e de imagem realizados em 15/07/20

ORIENTAÇÕES PÓS ALTA

DIETA: *LM 4*

REPOUSO: Relativo em casa por *15* dias
Relativo às atividades com auxílio físico por *15* dias e com auxílio moral em *15* dias
Resumo às atividades com auxílio físico por *15* dias e com auxílio moral em *15* dias

CONDICIONES COM A FERIDA OPERATORIA: *15 dias com água e sabão duas vezes por dia*

MEDICAÇÕES PARA CASA: *15 dias com água e sabão duas vezes por dia*

RETORNO: Ao posto de saúde em *15/07/20* para retirada de pontos.
Ao Ambulatório do *15/07/20* em 30 dias para revisão.

DATA: *15/07/20*

ASS. MÉDICO CRM: *Dr. Roberto Jorge Dora Soares*

Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar
Para DVL, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO
TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO





LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

Nome: Martinho da Silva Nascimento
Data de Nascimento: 29 / maio / 1970
Especialidade: Ortopedia

Data de Admissão: 19/07/2020 Data de Alta: 18/09/2020
CID: 592

Diagnóstico: Fratura Exposta de 2º, 4º metatarsos esquerdos + luxações distais da Esquerda

Exames: RX e Exame Físico

Procedimentos Realizados: _____
Medicamentos Prescritos: _____

Antecedentes Patológicos: _____
Anamnese: SIM NÃO

Exame de Material: SIM NÃO
Evolução Clínica: MELHORADO REMOVIDO A PEDIDO CURADO OBITO

Resumo Clínico: Paciente portador de fratura exposta de 2º e 4º metatarsos esquerdos + luxações distais da Esquerda. Foi submetido a cirurgia de emergência com SF, 9%, realizada sob anestesia geral. Realizada a amputação de Amputação e Antropometria. Realizada a sutura e compressão do sistema ambulatório para o ar.

ORIENTAÇÕES PÓS ALTA

DIETA: Próprio Idade
REPOUSO: Relativo em casa por 75 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 60 dias
CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA: Lavá-la com água e sabão duas vezes por dia. Se sentir dor, calor, vermelhidão ou "inchaço" no local, procure imediatamente este Complexo Hospitalar.

MEDICAÇÕES PARA CASA: Ampliar etar / Antimicrobianos

RETORNO: Ao posto de saúde em _____ para retirada de pontos.
Ao Ambulatório do 75 em 30 dias para revisão. Dr. Ron

DATA: 18/09/2020
ASS. MÉDICO / CRM: Antonio P.S. Neto
Médico CRM - PR - 38125

Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar
Para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO
TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO.



RECEITUÁRIO MÉDICO - SUS

NOME: ALVINHO DA SILVA NASCIMENTO

Medicão físico

Paciente refere acidente de

modo com trauma grave

em pé esquerdo com perda

de osso, tendões e pé.

Apresenta como queixa

em que a causa da

queixa da lesão (permanente)

CID: T93 + S92

Dom Pedro, Od. 10. doo

Dr. Thales F. Seabra
CRM PB 7124

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO



NOME
MARTINHO DA SILVA NASCIMENTO

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR UF
3432195 SSP PB

CPF DATA NASCIMENTO
088.466.114-89 15/10/1990

FILIAÇÃO
MARTINHO GALVAO DO
NASCIMENTO
MARIA DE FATIMA DA
SILVA NASCIMENTO



PERMISSÃO ACC CAT. HAB.
AE

Nº REGISTRO VALIDADE 1ª HABILITAÇÃO
04707205350 03/07/2022 24/07/2009

OBSERVAÇÕES
NENHUMA

Martinho da Silva Nascimento

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
JOAO PESSOA, PB

DATA EMISSÃO
26/09/2017

Arivaldo
Agilmon Vieira da Silva
15/09/2017 14:00:00

ASSINATURA DO EMISSOR

08371617156
PB034914838

PARAÍBA

VALIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL
1497866646

1497866646

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO



NOME
MARTINHO DA SILVA NASCIMENTO

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR UF
3432195 SSP PB

CPF DATA NASCIMENTO
088.466.114-89 15/10/1990

FILIAÇÃO
MARTINHO GALVAO DO
NASCIMENTO
MARIA DE FATIMA DA
SILVA NASCIMENTO



PERMISSÃO ACC CAT. HAB.
AE

Nº REGISTRO VALIDADE 1ª HABILITAÇÃO
04707205350 03/07/2022 24/07/2009

OBSERVAÇÕES
NENHUMA

Martinho da Silva Nascimento

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
JOAO PESSOA, PB

DATA EMISSÃO
26/09/2017

Arivaldo
Agilmon Vieira da Silva
15/09/2017 14:00:00

ASSINATURA DO EMISSOR

08371617156
PB034914838

PARAÍBA

VALIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL
1497866646

1497866646





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: 088.466.114-89 4 - Nome completo da vítima: Martininho da Silva Nascimento

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 485/2013

5 - Nome completo: Martininho da Silva Nascimento 6 - CPF: 088.466.114-89

7 - Profissão: Motociclista 8 - Endereço: Av do Rosário 9 - Número: 410 10 - Complemento: _____

11 - Bairro: Centro 12 - Cidade: Maracaju 13 - Estado: MS 14 - CEP: 58280-000

15 - E-mail: _____ 16 - Tel (DDD): 67.9932.9283

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: _____ 19 - Profissão do Representante Legal: _____

18 - CPF do Representante Legal: _____

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

RECURSO INFORMAR R\$1.00 A R\$1.000,00 R\$2.001,00 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. Ative uma opção)

Itaú (341) Bradesco (237) Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

AGÊNCIA: 0001 CONTA: 58532388

Nome do BANCO: Nu bank

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que [assinale uma das opções]:

Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo acima referido, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia conciliação 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 nascituro (parto)? 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 provierem 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 219 do Código Penal.

34 - Nome legível de quem assina a roga/o pedido: _____

35 - CPF legível de quem assina a roga/o pedido: _____

36 - CPF legível de quem assina a roga/o pedido: _____

37 - (*) Assinatura de quem assina a roga/o pedido: _____

38 - 1ª | Nome: _____ CPF: _____ Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____ CPF: _____ Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: faad Puro 10-12-2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): X. MARTINHO DA SILVA NASCIMENTO

42 - Assinatura do Procurador (se houver): _____

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0063320/21

Vítima: MARTINHO DA SILVA NASCIMENTO

CPF: 088.466.114-89

Seguradora: PREVIMIL VIDA E PREVIDENCIA S/A

Data do acidente: 19/07/2020

CPF de: Próprio

Titular do CPF: MARTINHO DA SILVA
NASCIMENTO

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

MARTINHO DA SILVA NASCIMENTO : 088.466.114-89

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: 02/03/2021
Nome: MARTINHO DA SILVA NASCIMENTO
CPF: 088.466.114-89

MARTINHO DA SILVA NASCIMENTO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 02/03/2021
Nome: JOSIVAN GOMES DA SILVA
CPF: 117.281.804-57

JOSIVAN GOMES DA SILVA