



Número: **0851342-05.2021.8.15.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **5ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **20/12/2021**

Valor da causa: **R\$ 7.762,50**

Assuntos: **DPVAT**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **NÃO**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
MARTINHO DA SILVA NASCIMENTO (AUTOR)		ENÉAS FLÁVIO SOARES DE MORAIS SEGUNDO (ADVOGADO) GIULLYANA FLÁVIA DE AMORIM (ADVOGADO)	
BRADESCO SEGUROS S/A (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
53355 448	18/01/2022 14:44	2851258_CONTESTACAO_Anexo_02	Outros Documentos



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, 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.

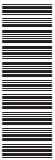
Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00531/00532 - carta_25 - INVALIDEZ

00010266





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, 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

Pag. 01665/01666 - carta_15R - INVALIDEZ

00010833



BANCO DO BRASIL S.A.

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: DOC / TED

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 01/04/2021

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MARTINHO DA SILVA NASCIMENTO

BANCO: 260

AGÊNCIA: 00001

CONTA: 000058532388-2

Nr. da Autenticação E250A80D3A119A39



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 ASL: _____ 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: Av do Bosario 9 - Número: 410 10 - Complemento: _____

11 - Bairro: Centro 12 - Cidade: MAMANGUAPE 13 - Estado: PI 14 - CEP: 58280-000

15 - E-mail: _____ 16 - Tel. (DDD): 83-99921-9283

DADOS CADASTRAIS

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 CONTRA: RECUSO INFORMAR SEM RENDA R\$1.000,00 A R\$1.000,00 R\$1.001,00 A R\$2.500,00 R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 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) OUTRO

AGÊNCIA: 0044 CONTA: 11342115 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

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: Sim Não 30 - Vítima deixou resarcimento? Sim Não 31 - Vítima teve irmãos? Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar vivos: Falecidos: Sim Não 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 do 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

TESTEMUNHAS

38 - 1ª | Nome: _____ CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____ CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Jaçarã Pessoa 10-12-2026

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): X. MARTINHO DO 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 ASL: _____ 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: Av do Bosario 9 - Número: 410 10 - Complemento: _____
11 - Bairro: Centro 12 - Cidade: MAMANGUAPE 13 - Estado: PI 14 - CEP: 58280-000
15 - E-mail: _____ 16 - Tel. (DDD): 83-99921-9283

DADOS CADASTRAIS

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTRA: 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): Bradesco (237) Itau (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104) OP 13
AGÊNCIA: 0044 CONTA: 11342115 AGENCIA: _____ 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 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.
 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 resarcimento? 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 do 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: Jaçarã Pessoa 10-12-2026
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: 58.016-570 - CNPJ: 09.123.654/0001-87

860852

REFEREN

JUL/2

CONTA DE CONSUMO DE AGUA/ESGOTO E SERVICOS

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

Inscrição	SMI	Quantidade de Economias				Responsá
		Residencial	Comercial	Industrial	Público	
007.001.010.0110.000	000	1	0	0	0	

Hidrômetro	Data de Instalação	Localização	Situação Água	Situação Es
Y17F519249	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. / ANOR.	QUALID. AGUA-ANEXO 20 PORT.	CONF.
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: 11:00

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



PREFEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA

RUA DO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITY

AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N

58056-384 JOAO PESSOA Fone: (83)3214-1980

FAX: () CNPJ:

Ficha Nr: 329936 Atd: Nao Regulado

Data: 19/07/2020

Hora: 21:15:05

Recepcionista: HELENA MARIA HONORATO DA

Clinica: ORTOPEDIA **CSURGIA**

DADOS DO PACIENTE

Num. de vezes atendido: 1

Nome: MARTINHO DA SILVA NASCIMENTO

Num. Prontuario: 2020.07.001690

Nome Social: NAO INFORMADO CPF: 088.466.114-89

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 VITCRINO, 450

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

cedencia: RUA

Transporte utilizado: SAMU

Vitima de acidente por: NAO

Vitima de violencia por: NAO

[] Caso Policial

PRE-CONSULTA

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

Tipo de Classificacão de Risco:

PA: FR:

[] Aparentemente Bem [] Grave

FCM: TP:

[] Politraumatizado [] Convulsao

Peso: Altura:

[] Hemorragia [] Dispineia

Glicemia: IMC:

[] Diarreia [] Agitacao

Circ. Abd: Q2:

[] Regular [] Chocado

[] Vomito

Queixa Principal

Observacao

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Per a historia de cada 10 de med com lesao extensa em MFE, delata limitacao do movimento em braço @. Classificacao de risco em ambiente, alguns queixas toraco-abdominais.

Diagnostico

Conduta *Análise ortopedica Alta cirurgica geral.*

Prescricao *oxco. 1x espada 2' - 4' ACT @*

Rotario da medicacao

CO. 40 36

*Dr. Pedro Thiago
RECI: 18256
CRM-PB: 8002*

*Dr. Joel Oliveira Filho
Cirurgia Geral
CRM-PB: 8495*



ORTO16V117

Paciente vítima de ac. de moto, com dor em ombro
e antebraço E + dor e formigamento em pé esq.
Solicito Rx

Dr. Tibirica Medeiros
Ortopedia Traumatologia
Cirurgia Ombro Cotovelo
CRM-PB 7254 CREMIA 18473
TEOF 15469

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: 19/07/2022

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

QPD: _____
 HDA: Fx EXPANSA 213/4 UTT (E)
CO: Fu BL


 Dr. Pedro Thiago
 TEOT: 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-reposo Deformidades
 Artralgia Calor Rubor Edema Crepitação Fraqueza Atrofia Espasmos

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

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





RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: <i>Martinho do Silva Nascimento</i>		Registro:	
Idade: <i>29</i>	Sexo: <i>Mas</i>	Cor:	Clínica: <i>Ortopedia</i>
Data: <i>28/07/2020</i>	Cirurgião: <i>Dr. Francisco Guedes</i>	EMP:	LR:
2º Assistente: <i>Dr. Luperis R.</i>	3º Assistente:	1º Assistente: <i>Dr. Usmirley</i>	
Anestesiista: <i>Dr. Vitor</i>	Tipo Anestesia: <i>Raqui</i>	Instrumentador:	
DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO			CID
<i>Fratura de 2º, 3º, 4º Metatarsos</i>			
<i>Esquerdo</i>			
DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO			CID
<i>Imens</i>			
PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)			CÓDIGO
<i>Realizado Limpeza Mecânica</i>			
<i>Artriotomia + desbridamento</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			

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



DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

Paciente em decúbito dorsal sob anestesia
Ginecologia Antéscopia
Aplicação de Camper Etozium

Incisão:

Achados:

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

Conduta:

- Realizado Limpeza Mecânica
Cirurgia + desbridamento cirurgico
- Realizado retirada de material necrotico
- Lavativo com gase glicerinada
- Curativos

Fechamento:

OBS:

- Exposição tendinosa
- Exposição Óssea
- Grande área necrotica

R. AD Francisco
Guedes

Antonio
M. P. S.
CRM - 10.213.124

Data: 27/08/2020

MÉDICO/CRM

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





RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: <i>Mortuário de Silva Apomato</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 Jansen</i>	
2º Assistente:		3º Assistente:		Instrumentador:	
Anestesista:		Tipo Anestesia:		Horário: I:	T:
DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO				CID	
<i>Ferimento Extenso no dorso do pé EMP</i>					
<i>com perda de substância.</i>					
DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO				CID	
<i>Ferimento Extenso no dorso do pé com</i>					
<i>traição de fratura.</i>					
PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)				CÓDIGO	
<i>LAC + curativo com gaze vaselina.</i>					
<i>Encaminhado à cirurgia plástica.</i>					
Acidente durante Ato Cirúrgico		1 () Sim		Descreva:	
		2 () Não			
Biópsia de Congelamento:		1 () Sim			
		2 () Não			
Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico:					
1 () Enfermaria 2 () Terapia Intensiva 3 () Residência 4 () Óbito durante o Ato Cirúrgico					

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



DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

Paciente em decúbito dorsal horizontal sob anestesia
peridural e intubação
Aplicação de amarras cirúrgicas

Incisão:

Curva sobre o fêmur do

Achados:

Ferimento aberto no dorso do cr. com fôculo de fratura

Conduta:

Limpesa abundante com sang. visível
curativo com gaze fisiológica

Prescr. de cr. Antibiótico.

Fechamento:

Curativo estéril

OBS:

Data 07/10/2020

Médico
Dr. Jansen Henrique
C.R.M. 11384

MÉDICO/CRM

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





Nome: MARTINHO DA SILVA NASCIMENTO				Registro:	
Idade:	Sexo: M	Cor: B	Clínica: CIR PLÁSTICA	EMP:	LR:
Data: 31/08/2020			Cirurgião: DR. MARCELO AQUINO		
1º Assistente:			2º Assistente:		
3º Assistente:			Instrumentador:		
DIAGNÓSTICO(S) PRÉ-OPERATÓRIO					CID
<i>PERDA DE SUBSTÂNCIA NO PE ESQUERDO</i>					
DIAGNÓSTICO(S) PÓS-OPERATÓRIO					CID
<i>O mesmo</i>					
PROCEDIMENTO(S) CIRÚRGICO(S)					CÓDIGO
<i>ENXERTO Dermo-epidérmico DESBRIDAMENTO CIRÚRGICO</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					



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 4291
MÉDICO/CRM

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





RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: <u>Murilo A. S. Silva</u>		Registro:	
Idade:	Sexo:	EMP:	LR:
Data: <u>3/1/20</u>	Cirurgião:	1° Assistente:	
2° Assistente:	3° Assistente:	Instrumentador:	
Anestesista:	Tipo Anestesia:	Horário: I:	T:
DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO			CID
<u>Fr. Exp. T6 (B)</u>			
DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO			CID
<u>O de</u>			
PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)			CÓDIGO
<u>L.M.C. + D.C.</u>			
Acidente durante Ato Cirúrgico 1 () Sim 2 (X) Não		Descreva:	
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			

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



DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

Incisão:

Achados:

Conduta:

Fechamento:

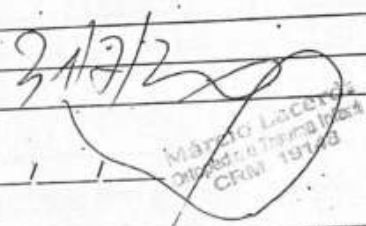
OBS:

Data:

MÉDICO/CRM

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58056-364, Mangabeira II, João Pessoa - PB.

① DDM sob anestesia
② DDM + Amp -> corpo aberto
③ - LAC + D.C.
④ - corpo aberto

31/7/22

Márcio Lacerda
CRM 19143



DESCRÇÃO DA CIRURGIA	
Posição e Preparo:	<ul style="list-style-type: none"> - OPA SOB ANESTESIA. - ANTIBIÓTICO + ANTISSÉPTICO + CILIPRO
Incisão:	FURTO TRAUMÁTICA.
Achados:	<ul style="list-style-type: none"> - LESÃO GRAVE DE PARTES MOLES E OSSAS - COLUNAÇÃO E COAPTAÇÃO GRAVE. COM PERDA DE SANGUE.
Conduta:	<ul style="list-style-type: none"> - LC. EXPLORATIVA COM SP. 0,9%. - LIGADURA DA ART. TIBIAL ANTERIOR - SUTURA DOS EXTERNOS EM SLOD
Fechamento:	Nylon 2-0
OBS:	AGUADO AML DO GRUPO CIR DO R3

Dr. Pedro Thiago
 CRM PB 3204

Data: 19 / 07 / 2020

MÉDICO/CRM

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58058-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB.







LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

Nome: Martinho do. Sales Nascimento

Idade: 29 Sexo: Masculino Profissão: Contador

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

Diagnóstico: Fratura Exposta de 2^o e 4^o metatarsos esquerdos + luxação distal do 2^o metatarsiano esquerdo

Exames: Rx e Exame Físico

Exatidão: SIM NÃO

Coleta de Material: SIM NÃO

Resultado: MELHORADO REMOVIDO A PEDIDO CURADO ÓBITO

RESUMO CLÍNICO: paciente portador de fratura exposta de 2^o e 4^o metatarsos esquerdos + luxação distal do 2^o metatarsiano esquerdo. Foi submetido a cirurgia de redução e fixação com S.F.O. e P.O., realizada sob antibioticoprofilaxia. Paciente evoluiu satisfatoriamente com melhora da dor e da marcha. Retornou ao ambulatório para avaliação.

ORIENTAÇÕES PÓS ALTA

DIETA: Própria Idade

REPOUSO: Relativo em casa por 15 dias
Retorno as atividades sem esforço físico em 30 dias.
Retorno as 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, procurar imediatamente este Complexo Hospitalar.

MEDICAÇÕES PARA CASA: Ampliflan 400mg / Amoxiclavina

RETORNO: Ao posto de saúde em 15 dias para retirada de pontos.
Ao Ambulatório do Dr. Ror em 30 dias para revisão.

Ambino P. S. Neto
Médico
CRM - PR - 13.125
ASS. MÉDICO / CRM

18/09/2020
DATA

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





RECEITUÁRIO MÉDICO - SUS

NOME: ALFINHO DA SILVA NASCIMENTO

Neurólogo Médico

Paciente refere acidente de

trabalho com trauma grave

em pé esmagado com perda

de osso, tendões e pé.

Apresenta como sintoma

em nível a causa da

severa da lesão (permanente)

CID: T93 + 592

dom Pé, od. 10. dedo

Dr. Thales F. Seabra
CRM PB 7124





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 MINISTÉRIO DAS CIDADES
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
 CARTA NACIONAL DE HABILITAÇÃO



VALIDAR EM TODO
 O TERRITÓRIO NACIONAL
 1497866646

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
 04707205350

VALIDADE
 03/07/2022

1º HABILITAÇÃO
 24/07/2009

OBSERVAÇÕES
 EAR;

Martinho da Silva Nascimento

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
JOAO PESSOA, PB

DATA EMISSÃO
 26/09/2017

Avulok
 Agenciam Vozes da Terra

ASSINATURA DO EMISSOR

08371617156
 PB034914838

1497866646

PARAÍBA





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 MINISTÉRIO DAS CIDADES
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
 CARTA NACIONAL DE HABILITAÇÃO



VALIDAR EM TODO
 O TERRITÓRIO NACIONAL
 1497866646

NOME
MARTINHO DA SILVA NASCIMENTO



DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR UF
 3432195 SSP PB

CPF
 088.466.114-89

DATA NASCIMENTO
 15/10/1990

FILIAÇÃO
 MARTINHO GALVAO DO
 NASCIMENTO
 MARIA DE FATIMA DA
 SILVA NASCIMENTO

PERMISSÃO ACC CAT. HAB.
 AE

Nº REGISTRO
 04707205350

VALIDADE
 03/07/2022

1º HABILITAÇÃO
 24/07/2009

OBSERVAÇÕES
 EAR;

Martinho da Silva Nascimento

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
 JOAO PESSOA, PB

DATA EMISSÃO
 26/09/2017

Avulok
 Agenciam Veas da Gera

ASSINATURA DO EMISSOR

08371617156
 PB034914838

1497866646

PARAÍBA







PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou AS: 3 - CPF da vítima: 088.466.114.89 4 - Nome completo da vítima: Machinho da Silva Nascimento

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 486/2017

5 - Nome completo: Machinho da Silva Nascimento 6 - CPF: 088.466.114.89

7 - Profissão: Metalista 8 - Endereço: TV do Rosário 9 - Número: 410 10 - Complemento:

11 - Bairro: Centro 12 - Cidade: Mamanguapó 13 - Estado: PA 14 - CEP: 58280-000

15 - E-mail: 16 - Telefone: 03.99921.9293

DADOS CADASTRAIS

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\$1.000,00 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 POUANÇA (comenta 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: Nu bank

AGÊNCIA: 0001 CONTA: 58532388 2

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções): Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

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 teve filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro(a) menor? Sim Não 31 - Vítima teve irmãos? Sim Não 32 - Se teve 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 certo, 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.

INDO ASSINATURADO

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: João Pessoa 10-12-2020 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): X. MACHINHO DA SILVA NASCIMENTO 42 - Assinatura do Procurador (se houver): 43 - 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

Titular do CPF: MARTINHO DA SILVA NASCIMENTO

CPF de: Próprio

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

