

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: 11/12/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MARTA ELZA DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00036

CONTA: 000000093483-4

Nr. da Autenticação 08F7CA5886B2B18D

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190670832 **Cidade:** Lucena **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARTA ELZA DA SILVA **Data do acidente:** 05/04/2019 **Seguradora:** ESSOR SEGUROS S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 05/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DE TORNOZELO ESQUERDO (TRIMALEOLAR).

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIXADOR EXTERNO). ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE TORNOZELO 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 MODERADO DE TORNOZELO ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações: PÁG. 4/5/6/7 _CIRURGIA

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

Clinica: ORTOPEDIA

Presidencia: RESIDENCIA

[] Caso Policial

Observacao

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)
 Paciente vitana de Colômbia (mãe - com). Algo muito
 de comissão e com 12. Apresentando febre e tosse e
 de pneumonia (E) - P.P.P.P.P. Men SIA.

Conduite

Horario da ~~medicacao~~

Prescrição

① SRT 5000 VS - 1 ano (IM)

01 cup Tensol + 100g SFOSI, 12

Dr. Nélio Farias da Nobrega
CRM-PR 11094

Dr. David Anderson & Sócios
CRIAÇÃO GERAL



FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome: MARTO RIBEIRO DE SILVA Data da Admissão: 06/04/18
Prontuário: _____ Idade: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____
Nome da Mãe: _____ Bairro: _____
Endereço: _____ Estado: _____ Fone: _____ Profissão: _____
Cidade: _____ Estado Civil: _____ Religião: _____
Sexo: F () M () Cor: _____ Data de Nascimento: 1/1
Escolaridade: _____

QPD: _____

HDA: _____

paciente vítima de trauma de
motor.

no momento: fratura do

TMZ (C) Truque 250cm

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
[] Dispneia [] Palpitações [] Desmaio [] Cianose [] Edema _____ Outros: _____

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

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

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

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

Antecedentes Pessoais e Hábitos:

Doenças Anteriores: _____

Alergias: _____

Cirurgias: _____

[] HAS [] DM [] TB [] HEP [] Dislipidemia [] Banho de Rio [] Casa de Taipa

[] Trauma [] Neo [] Tabagismo

[] Alcoolismo

Exercício Físico: _____ Alimentação: _____

Antecedentes Familiares:

HAS _____ DM _____ TB _____ NEO _____

Dislipidemias _____

Exame Físico:

Peso: _____ Kg Altura: _____ m IMC = _____ PA = _____ mmHg

FC = _____ FR = _____ TEMP(°C) = _____

Geral: _____

Cabeça e Pescoço (ORF e Otoscopia): _____

Gânglios: _____

Pele: _____

ACV: _____

AR: _____

ABD: _____

AGU: _____

SME: _____

SN: _____

Resultados de Exames Complementares: *Rx*

Hipóteses Diagnósticas: *Fx EPI TNE*

Conduta: *Tratamento + Tratamento -*

manter cirúrgico

Dr. João Paulo

RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: <i>Marta Elza do Santos</i>				Registro:	
Idade:	Sexo:	Cor:	Clinica:	EMP:	LR:
Data: <i>07/05/15</i>	Cirurgião: <i>Dr. Paulo</i>			1º Assistente: <i>Dr. Renato Silva</i>	
2º Assistente:		3º Assistente:		Instrumentador:	
Anestesista: <i>Dr. Camilo</i>		Tipo Anestesia: <i>Sedação</i>		Horário: I:	T:
DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO				CID	
<i>felus trunco</i>					
DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO				CID	
<i>felus trunco</i>					
PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)				CÓDIGO	
<i>felus de fratura de fêmur</i>					
Acidente durante Ato Cirúrgico				Descreva:	
1 () Sim 2 (<input checked="" type="checkbox"/>) Não					
Biópsia de Congelação:					
1 () Sim 2 (<input checked="" type="checkbox"/>) Não					
Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico:					
1 () Enfermaria 2 () Terapia Intensiva 3 () Residência 4 () Óbito durante o Ato Cirúrgico					

Nome: <i>MONTA BEA DO SILVA</i>			Registro:		
Idade: 56a	Sexo: F	Cor:	Clínica: <i>Ortopedia</i>	EMP:	LR:
Data: 06/04/2019			Cirurgião: <i>DR JOAO PAULO PRIMO</i>		
1º Assistente: <i>KLENNIO R.</i>			2º Assistente:		
3º Assistente:			Instrumentador:		
DIAGNÓSTICO(S) PRÉ-OPERATÓRIO					CID
<i>Fratura Trimaleolar do TNZ esquerdo</i>					
DIAGNÓSTICO(S) PÓS-OPERATÓRIO					CID
<i>O mesmo</i>					
PROCEDIMENTO(S) CIRÚRGICO(S)					CÓDIGO
<i>Aposição de fixador externo</i>					
Acidente durante Ato Cirúrgico: 1 () Sim 2 (X) Não					
Descreva:					
Biópsia de Congelação: 1 () Sim 2 (X) Não					
Encaminhamento do paciente após Ato Cirúrgico:					
1 (X) Enfermaria 2 () Terapia Intensiva 3 () Residência 4 () Óbito durante o Ato Cirúrgico					

Posição e Preparo:

Paciente em decúbito dorsal sob anestesia

Assepsia + Antissepsia

Aposição de campos cirúrgicos estéreis

Incisão:

Incisão em 1/3 distal da perna

Dissecção por planos

Achados:

Visualização de foco de fratura da tíbia com uso de escopia

Conduta:

Realizada manobra de redução sob uso de intensificador de imagem

Aposição de fixador externo em tíbia, calcâneo e 1º MTE

Limpeza exhaustiva de ferida operatória com SF a 0,9%

Realizado RX controle

Fechamento:

Fechamento de planos

Curativo

OBS:

Data:

05, 04, 19

Dr. Klênio Farias da Nobrega
Ortopedia e Traumatologia
CRM 11091
MÉDICO/CRM

Nome: <i>MARTA BEZERRA DO SILVA</i>				Registro:	
Idade: 56a	Sexo: F	Cor:	Clinica: <i>Ortopedia</i>	EMP:	LR:
Data: 06/04/2019			Cirurgião: <i>DR JOAO PAULO PRIMO</i>		
1º Assistente: <i>KLENO R.</i>			2º Assistente:		
3º Assistente:			Instrumentador:		
DIAGNÓSTICO(S) PRÉ-OPERATÓRIO					CID
<i>Fratura Trimaleolar do TNZ esquerdo</i>					
DIAGNÓSTICO(S) PÓS-OPERATÓRIO					CID
<i>O mesmo</i>					
PROCEDIMENTO(S) CIRÚRGICO(S)					CÓDIGO
<i>Aposição de fixador externo</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:

Paula em uma sala feia
- Aspire + tubos
- Fatura de Fatura 16.140
- Anestesia

Incisão:

- Pire

Dr. Cassiano José Leite Lopes
Otorrinolaringologista e Traumatologista
TEO 24.12 - CRM 4385
Cirurgia de Jaws - Artroscopia

Achados:

Conduta:

Fechamento:

OBS:

Data: ____/____/____

MÉDICO/CRM



LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

NOME	Marta Helena de Melo			PRONTUÁRIO Nº	
IDADE	56	SEXO	F	ENF	30
				LEITO	432
DATA DE ADMISSÃO	16/05/19			TEMPO DE PERMANÊNCIA	
DIAGNÓSTICO INICIAL	Fibrose Amilolosa				
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO	D. sup.				
OUTROS DIAGNÓSTICOS					
PRINCIPAIS EXAMES	Rx				

PROCEDIMENTO REALIZADO:

Redução e fixação externa

TERAPEUTICA MEDICAMENTOSA

ANATOMIA PATOLÓGICA

INFECÇÃO F.O.

RESULTADO BACTERIOLOGIA

CONDIÇÕES DE ALTA

MELHORADO

REMOVIDO

A PEDIDO

CURADO

ÓBITO

RESUMO CLÍNICO

HISTÓRIA EVOLUÇÃO TERAPÊUTICA COMPLICAÇÕES

Doença de base já conhecida
e/ou presença de lesão de medula cervical.
em: Alta hospitalar e retorno ao ambulatório

ORIENTAÇÕES PÓS ALTA

DIETA:

REPOUSO:

Relativo em casa por

Retorno às atividades sem esforço físico em

Retorno às atividades com esforço físico leve em

CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA:

Lavá-la com água e sabão duas vezes por dia. Se sentir dor, calor, vermelhidão ou "inchaço" no local, ou se febre, procurar imediatamente este Complexo Hospitalar.

MEDICAÇÕES PARA CASA:

RETORNO

Ao posto de saúde em

Ao Ambulatório do

Atendimento de transição

20/05/19

para retirada de pontos.

em 30 dias para revisão.

16/05/19

Dr. Marival B. de Lencina Filho
Ass. Gerente de Clínica Médica
CRM 10.311

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL			
MINISTÉRIO DAS CIDADES			
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO			
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO			
NOME ALEXANDRA CESAR DUARTE			
	DOC. IDENTIFIC. / OUT. IDENT. SP 2427718		UF SP
	CNPJ 046.502.754-74	DATA NASCIMENTO 21/08/1982	
	FUNDAC. ALEXANDRE DE ARAUJO DUARTE MARCIA CESAR DUARTE		
	RENDA R\$ 1.200,00	ACC R\$ 1.200,00	CAT. A D
SP RENHA 01851249660	VIGÊNCIA 16/01/2013	DT. VALIDADE 29/06/2001	
CLASSIFICAÇÃO			
			
ASSINATURA DO DETENTOR			
LOCAL JOAO PESSOA, PB		DATA EMISSÃO 17/01/2014	
Assinatura do Emissor		66580356744 PB027919595	
JOAO PESSOA, PB - PB			

VÁLIDA EM TODOS
OS TERRITÓRIOS NACIONAIS

894056231

PROIBIDA PLATIFICAR

894056231

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: 4 - Nome completo da vítima:
855 028 714-87 Marta Elza da Silva

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

5 - Nome completo: Marta Elza da Silva 6 - CPF: 855.028.714-87
7 - Profissão: Recusado Informar 8 - Endereço: Rua Praia de Fagundes 9 - Número: SN 10 - Complemento:
11 - Bairro: Fagundes 12 - Cidade: Lucena 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58315-000
15 - E-mail: 16 - Tel (DDD): (83) 986634907

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 ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.00 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): ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: _____
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 0036 CONTA: 93483 4 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.

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. 39, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestação, caso discorde do seu conteúdo.

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 (viver) ☐ 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 aqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

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

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Lucena - PB 02.12.2013

X Marta Elza da Silva

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)