

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: 3.375,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: WALDIR SOARES SURUAGY

BANCO: 104

AGÊNCIA: 02193

CONTA: 00000008214-5

Nr. da Autenticação 02104DB61C3A2D20

290/MAC PINHEIRO-RECIFE
PCA MAGIEL PINHEIRO, 360
50060-160 RECIFE PE

1004 00320

EMISSÃO - 12022019 - ENVEL. 000319
TP - 00

WALDIR SOARES SURUAGY
3 TRAVESSA FRANCISCO VALPASSOS,59
51110-130 RECIFE PE
TIPO DE CONTA: 00 VIA: 01
NUMERO DE CONTA: 0867133-8
NIT/NIB: 626242471-0 MES PROVA VIDA:01
TELEFONE: (0000) 00000-0000



Você acaba de receber
o **Cartão de Pagamento**
de Benefício Bradesco
e com ele todas as
informações que você
precisa para utilizá-lo de
forma prática e segura.



DIAGNÓSTICO

Atendimento: 1153770 Prontuário: 143203 Data do atendimento: 04/11/2018 14:26:00
Paciente: WALDIR SOARES SURUAGY Idade: 55 anos e 9 meses
Convênio: SUS - AMBULATORIO Plano: PLANO UNICO Data de Nascimento: 08/01/1963
Médico(a) Assistente / CRM: ANTONIO MAURICIO S C FILHO / CRM - null - 9225
Função: MEDICO(A)
Prestador responsável pelo documento: ANDERSON ARY DIAS DE OLIVEIRA SILVA - CRM -
null - 21731
Função: MEDICO(A)

DATA DIAGNÓSTICO: 04/11/2018
VITIMA DE ATROPELAMENTO

DIAGNÓSTICO PRIMÁRIO: S7220 - FRAT DO COLO DO FEMUR(CID - 10)
S42 - FRAT DO OMBRO(CID - 10)
TEMPO DE DOENÇA:

DIAGNÓSTICOS SECUNDÁRIOS:

P/ A
Dr. Anderson Mauricio
CRM 21731
Prestador Judicável
CRM/FPE: 9225

ANDERSON ARY DIAS DE OLIVEIRA SILVA
CRM 21731

ATENDIMENTO SOCIAL

Paciente: WALDIR SOARES SURUAGY

Prontuário: 0000143203

Atendimento: 01153770

Telefone:

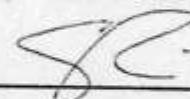
Endereço:

Acompanhante: Não Sim

Situação / Queixa: Paciente encontra-se em observação nessa unidade desde o dia 04/11/2018 aguardando transferência de unidade, vai ser encaminhado para o Hospital Otávio de Freitas para avaliação com o médico Traumatologista.

Resolução: No momento aguarda maca para que ocorra a transferência.

Recife, 05 de Novembro de 2018



Assistente Social: SABRINA ROQUE DA SILVA

CRESS-PE 4º REGIAO: 5922



Sistema
Único de
Saúde

Ministério
da
Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1- NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS	2- CNES 426	3- NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS	4- CNES 426
--	----------------	---	----------------

Identificação do Paciente

5- NOME DO PACIENTE WALDIR SOARES SURUAGY	6- Nº DO PRONTUÁRIO 797384	7- (CNS) 704000397343261	8- DATA DE NASCIMENTO 08/01/1963
9- SEXO MASCULINO	11- NOME DA MAE DO PACIENTE NORMA SOARES SURUAGY	12- TELEFONE DE CONTATO 81. 85511271 Celular: 81.	
13- NOME DO RESPONSÁVEL	14- TELEFONE DE CONTATO		

15- ENDERECO DO PACIENTE

RUA FRANCISCO VALPASSOS , N.º 59 - : BAIRRO: BRASILIA TEIMOSA - CIDADE: RECIFE - UF: PE

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17- PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

DOR + LIMITAÇÃO IMPORTANTE EM QUADRIL E OMBRO ESQUERDO APOS TER SIDO ATROPELADO POR UMA MOTO

18- CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

NECESSIDADE DE TRATAMENTO CIRURGICO /FRATURA DO COLO DO FEMUR ESQUERDO
OPTADO POR TRATAMENTO CONSERVADOR DA LESÃO DO PLEXO BRAQUIAL ESQUERDO

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

RX-FRATURA DO COLO DO FEMUR ESQUERDO
-LESÃO DO PLEXO BRAQUIAL ESQUERDO

20- DIAGNOSTICO INICIAL /24 - CID PRINCIPAL
FARTURA DO COLO DO FEMUR - S720
LESÃO DO PLEXO BRAQUIAL - S14.3

21- CID 10 SECUNDARIO

22- CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24- DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO / 25- CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26- CLÍNICA
CIRURGIA ORTOPEDIC

27- CARATER DA INTERNACAO
URGENCIA E EMERGENCIA

29 - CPF ou CNS/ 30- NOME DO PROFISSIONAL (SOLICITANTE/ASSISTENTE/PRESTADOR)
RENATO OLIVEIRA ALBURQUERQUE DE LIMA - CRM: Nº.21774

07102536488

31- DATA DA SOLICITAÇÃO

06/11/2018

PREENCHER EM CASO DE CAUSA EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

33- ACIDENTE DE TRÂNSITO
 34- ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

36- CNPJ DA SEGURADORA

37- Nº DO SILHETE

38 - SÉRIE

35- ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

49- CNPJ EMPRESA

40- CNAE DA EMPRESA

41 - CBOR

42- VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

EMPREGADO

EMPREGADOR

AUTÔNOMO

DESEMPREGADO

APOSENTADO

NÃO SEGURO

AUTORIZAÇÃO

43- NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

33 - CARIMBO E ASS. DO MÉDICO SOLICITANTE
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

48 - CARIMBO E ASS. DO MÉDICO AUTORIZADOR

44 - CÓD. ORGÃO EMISSOR

46 Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) PROFISSIONAL AUTORIZADOR

49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

*Setor de Saúde Pública
Gabinete da Gerente de Controle e Avaliação
Maria Cecília Mac Dowell Mourado
CRM 298.725.284-49
CAR 298.725.284-49*

Hospital Memorial Jaboatão
SENHA: 506206



HOSPITAL
MEMORIAL JABOATÃO

Jaboatão dos Guararapes, 11 de novembro de 2018.

DO: SERVIÇO SOCIAL

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que a Sr. WALDIR SOARES SURUAGY PORTADOR DO RG 2293205 SSP/PE encontra-se internado nesta unidade de saúde sob o registro hospitalar 759869, desde do dia 10/11/2018 no setor de Ortopedia Enf. 11, leito 04.

Sem mais no momento, nos colocamos à disposição para maiores esclarecimentos.

Atenciosamente,

Mariá Líma
MARILIA LIMA

Assistente Social

CRESS 6182

Marilia Lima de Araújo
Assistente Social
CRESS/PE: 6182

Av. Gen. Manoel Rabelo • 126 • Centro
Jaboatão dos Guararapes - PE • CEP: 54160-000
Tel.: (81) 3482.9888 • www.hmpe.com.br



FICHA DE ESCLARECIMENTO

Processo:

GESTÃO DE PESSOAS

CÓDIGO:

REVISÃO:

F.AT.SAM.01

00

INFORMAMOS QUE ESTA FICHA FOI CONFECCIONADA A PARTIR DE DADOS EXTRAÍDOS EXCLUSIVAMENTE DO PRONTUÁRIO MÉDICO DO (A) PACIENTE ABAIXO IDENTIFICADO (A)

NOME: WALDIR SOARES SURUAGY

REGISTRO: 759869

DATA DE NASCIMENTO: 08/01/1963 02:00:00

RG: 2293205 - ORGÃO EMISSOR: SSP/PE

ENDERECO: RUA ARTUR BERNARDES

Nº: 410

BAIRRO: BRASILIA TEIMOSA

51010130 CIDADE: RECIFE

NOME DA MÃE: NORMA SOARES SURUAGY

DATA DE ADMISSÃO: 10/11/2018

DATA DA ALTA: 16/11/2018

DATA DO PROCEDIMENTO: 14/11/2018 08:25:00

CID: S720 / S14.3

DIAGNÓSTICO: FRATURA DO COLO DO FEMUR ESQ / TRAUMATISMO DO PLEXO BRAQUIAL ESQ

TRATAMENTO REALIZADO: FRATURA DO FEMUR ESQ - TRATAMENTO CIRÚRGICO

LESÃO DO PLEXO BRAQUIAL ESQ - TRATAMENTO CONSERVADOR

MÉDICO: JORGE AUGUSTO CORDEIRO DOS SANTOS

CREMEPE: 20770

JABOATÃO DOS GUARARAPES, 17 DE Dezembro DE 2018

MÉDICO

Convênio: SUS - INTERNACAO Atendimento: 185496 Nascimento: 08/01/1963

Responsável: Prontuário: 759869 Sexo: Masculino

Nome: WALDIR SOARES SURUAGY Data e Hora do Atendimento: 10/11/18 20:35:25

Idade: 55 Anos, 10 Meses e 2 Dias Profissão: Escolaridade:

CPF: Identidade: 2293205 Telefone:

Conjuge: Estado Civil: Cartão SUS: 704000397343261

Nome da Mãe: NORMA SOARES SURUAGY Nome do Pai:

Endereço: RUA ARTUR BERNARDES, BRASILIA TEIMOSA, CEP: 51010130, Nº 410, RECIFE - PE

OBSERVAÇÃO:

Unidade de Internação: CLINICA CIRURGICA ORTOPEDICA Enfermaria / Leito: ENF 11 - LEITO 04

Médico: AIRLEY WENDEL MATIAS ALVES SILVA - CRM: 22473 CID:

HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL:

PACIENTE VITIMA DE ATROPELAMENTO COM DOR E DEFORMIDADE EM OMBRO E QUADRIL ESQUERDO.

ANTECEDENTES PESSOAIS E HEREDITARIOS:

HAS (-), DM (-), NEGA ALERGIAS.

EXAME FÍSICO GERAL:

EGREG, EUPNEICO, AFEBRIL, HIDRATADA

AP - CARDIO - VASCULAR:

RCR EM 2T, BNF, S/S

RESPIRATORIO:

MV + EM AHT, S/R

ABDOMEN:

DN

AP - GENITO - URINARIO:

NDN

OUTROS:

COM EDEMAS

HIPÓTESE DIAGNOSTICA:

FRATURA DO COLO DO FEMUR ESQ
LESÃO DO PLEXO BRAQUIAL ESQ

DIAGNOSTICO DEFINITIVO:

CONDICÕES DE ALTA:

DATA:

16-11-18

HORA DE SAÍDA:

AIRLEY WENDEL MÁTIAS ALVES SILVA - CRM: 22473

DATA DE RECEBIMENTO

IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR

**ONIX ORTHOPAEDIC IND E
COM DE IMPLANTES
ORTOPEDICOS LTDA**
**MARIA ROSA CORDEIRO DOS SANTOS, 231 - - QUATRO
CANTOS, Ilha de Itamaraca, PE - CEP: 53900000**
DANFEDocumento Auxiliar da Nota
Fiscal Eletrônica

0 - Entrada - 1

1 - Saída

Nº 000.006.475**SÉRIE: 1****Página 1 de 1****CONTROLE DO FISCO****CHAVE DE ACESSO**

2618 1100 2939 3500 0103 5500 1000 0064 7516 9708 8804

Consulta de autenticidade no portal nacional da
NF-e www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou no site
da Sefaz Autorizadora
**NATUREZA DA OPERAÇÃO
5101-VENDA MERCANTIL FABRIC PROPRIA**
**PROTÓCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO
126180072305248 - 27/11/2018 09:41**
INSCRIÇÃO ESTADUAL
020881266

INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST. TRIB.

CNPJ
00.293.935/0001-03**DESTINATÁRIO/REMETENTE**

NOME/RAZÃO SOCIAL INSTITUTO ALCIDES D'ANDRADE LIMA HOSPIT MEMORIAL DE		CNPJ/CFF 10.072.296/0003-71	DATA DA EMISSÃO 27/11/2018
ENDERECO AV. GENERAL MANUEL RABELO, 126, 0 -	BAIRRO/DEPARTAMENTO ENGENHO VELHO	CEP 54160-000	DATA DE ENTRADA/SAÍDA 27/11/2018
MUNICÍPIO Jaboatao dos Guararapes	FONE/FAX	UF PE	HORA DE ENTRADA/SAÍDA 01:00

FATURA

/ Num.: 6475 / V. Orig.: 270,87 / V. Desc.: 0,00 / V. Liq.: 270,87

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	0,00	BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST	0,00	VALOR DO ICMS ST	0,00	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS	270,87	
VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	0,00	OUTRAS DESPESAS ACESORIAS	0,00	VALOR DO IPI	0,00	VALOR TOTAL DA NOTA	270,87

TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS

RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ/CFF
ENDERECO	MUNICÍPIO			UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL
QUANTIDADE	ESPECIE	MARCA	NUMERAÇÃO	PESO BRUTO	PESO LIQUIDO

DADOS DO PRODUTO/SERVICO

CÓDIGO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO/SERVICO	NCM/SH	CBT	CFOP	UNID.	QTD.	VLR. UNIT.	VLR. TOTAL	BC ICMS	VLR. ICMS	VLR. IPI	ALIQ. ICMS	ALIQ. IPI
404-00000000000	PARAFUSO CANULADO R16 SW D7.0X035MM ONIX ORTHOPAEDIC IND.COM.Impl. ORTOP LTDA Cod: 404 Anvisa: 80546720092 Lote(s): 2612 Y-1,000-V.INDETERMIN	90211020	040	5101	UND	1,0000	90,2900	90,29					
3609-00000000000	PARAFUSO CANULADO R16 SW D7.0X30MM ONIX ORTHOPAEDIC IND.COM.Impl. ORTOP LTDA Cod: 3609 Anvisa: 80346720092 Lote(s): 3611 Y-1,000-V.INDETERMIN	90211020	040	5101	UND	1,0000	90,2900	90,29					
3654-02000000000	PARAFUSO CANULADO R16 SW D7.0X035MM ONIX ORTHOPAEDIC IND.COM.Impl. ORTOP LTDA Cod: 3654 Anvisa: 80346720092 Lote(s): 2613 Y-1,000-V.INDETERMIN	90211020	040	5101	UND	1,0000	90,2900	90,29					

CÁLCULO DO ISSQN

INSCRIÇÃO MUNICIPAL	VALOR TOTAL DOS SERVIÇOS	BASE DE CÁLCULO DO ISSQN	VALOR DO ISSQN
----------------------------	---------------------------------	---------------------------------	-----------------------

DADOS ADICIONAIS**INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES**

Duplicata - Num.: 001, Venc.: 14/02/2019, Valor: 270,87
 Vendedor: ONIX, Pedido: 020987, Pedido Cliente: , Ordem: 06
 , Msg ICMS: 040/ISENTO ICMS CONV 01/99-02/03/99 ART 8 ANEXO
 I TABELAS II ITEM 39 RICMS/91, Fatura: 000647506 14.02.201
 9 270,87 - Data da Cirurgia: 14/11/2018 - Paciente: Waldir
 Soares - Medico- Dr. Jorge Augusto- cód do procedimento: 04
 08050489 - n do prontuário: 759869- cód. 07.02.03.064-3 / 0
 3 und R\$= 90,29.

RESERVADO AO FISCO

Usuário: LEONNARDO COSTA

Data: 14/11/2018 09:00:23

Hora: 09:00

Relatório Geral de Cirurgias

Nome: WALDIR SOARES SURUAGY

Prontuário: 759869

Atendimento: 185496

Unidade de Internação / Leito: ENF 11 - LEITO 04

Sexo: Masculino

Idade: 55 Anos, 10 Meses e 6 Dias

Diagnóstico Pré Operatório: S720 - FRATURA DO COLO DO FEMUR ESQ

S14.3 - TRAUMATISMO DO PLEXO BRAQUIAL ESQ

Risco Operatório:

Cirurgia(s) Realizada(s): 0408050489 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA / LESÃO FISARIA PROXIMAL (COLO) DO FEMUR ESQ
(SÍNTSESE)
- TRATAMENTO CONSERVADOR DA LESÃO DO PLEXO BRAQUIAL ESQ

Data: 14/11/2018

01. Cirurgião: JORGE AUGUSTO CORDEIRO DOS SANTOS

02. 1. Auxílio Cirúrgico: ELDER DE VASCONCELOS CARVALHO

03. 2. Auxílio Cirúrgico: LEONNARDO COSTA GONCALVES DE OLIVEIRA

Instrumentador:

Anestesia: RAQUI ANESTESIA

06. Anestesia:

07. Anestesista: RODRIGO JOSE FLORO LUCIANO DA SILVA

Descrição da Cirurgia:

1. ASSEPSIA + APOSIÇÃO DE CAMPOS
2. REDUÇÃO DA FRATURA EM MESA DE TRAÇÃO
3. FIXAÇÃO COM 3 PARAFUSOS CANULADOS 7,0mm PERCUTÂNEOS DE COLO DE FEMUR ESQ
4. LAVAGEM COM SORO
5. SÍNTSESE DE PELE

OBS: UTILIZADO RADIOSCOPIA NA CIRURGIA

FRATURA COM GRANDE POSSIBILIDADE DE NECROSE AVASCULAR DA CABECA FEMORAL PÓS FIXAÇÃO DEVIDO A DANO VASCULAR INERENTE A FRATURA. INDICADA ARTROPLASTIA DO QUADRIL NO PÓS OPERATORIO TARDIO. COMUNICADO AO PACIENTE

Dr. Jorge Augusto C. dos Santos
Doutor em Ortopedia e Traumatologia
CRMPE - 20770

Dr. Wagner Wanerley Costa
Médico
CRM-PE 26588

LEONNARDO COSTA GONCALVES DE OLIVEIRA

CRM: 23550

Sumário de Admissão e Alta

Nome: WALDIR SOARES SURUAGY

Prontuário: 759869

Atendimento: 185496

Unidade de Internação: CLINICA CIRURGICA ORTOPEDICA

Sexo: Masculino

Leito: ENF 11 - LEITO 04

Diagnóstico Inicial (Constante no LaudoMédico): fx de colo de femur esq

CID: S720

CID: S14.3

Procedimento Solicitado: 0408050489 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA / LESÃO FISARIA PROXIMAL (COLO) DO FEMUR ESQ (SINTESE)
- TRATAMENTO CONSERVADOR COM REDUÇÃO + IMOBILIZAÇÃO EM OITO DO OMBRO ESQ

Tempo de permanência Previsto:

Procedimento SUS Realizado: 0408050489 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA / LESÃO FISARIA PROXIMAL (COLO) DO FEMUR ESQ (SINTESE)
- TRATAMENTO CONSERVADOR COM REDUÇÃO + IMOBILIZAÇÃO EM OITO DO OMBRO ESQ

01. Cirurgião: JORGE AUGUSTO CORDEIRO DOS SANTOS

1. Auxílio Cirúrgico: LEONNARDO COSTA GONCALVES DE OLIVEIRA

2. Auxílio Cirúrgico: ELDER DE VASCONCELOS CARVALHO

3. Auxílio Cirúrgico:

05. Demais Auxílios Cirúrgicos:

06. Anestesista:

07. Clínico:

08. Clínico:

Procedimentos Especiais:

- Mudança de Procedimento
- Diária de UTI
- Diária de Acompanhante
- Vacina Anti -- Rh

- Uso de Prótese Órtese
- Uso de Fatores de Coagulação
- Uso de Oxigenadores
- Nutrição Parenteral

Resumo do Caso: procedimento cirúrgico sem intercorrências

Diagnóstico Principal: S720 - FRATURA DO COLO DO FEMUR ESQ / S14.3 TRAUMATISMO DO PLEXO BRAQUIAL ESQ

Diagnóstico Secundário:

Motivo da Alta:

Data de Internação: 10/11/2018

Data da Alta: 16-11-18

Dias de Hospitalização:

dia (s).

Dr. Wagner Wandersley L. C.
Médico
CRM - PE 20587

LEONNARDO COSTA GONCALVES DE OLIVEIRA

CRM: 23550

REPÚBLICA FEDATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO TAVARES BRASIL

E - 02



WALDIR SOARES SURUAGY

WALDIR SOARES SURUAGY
Norma Soares Suruagy

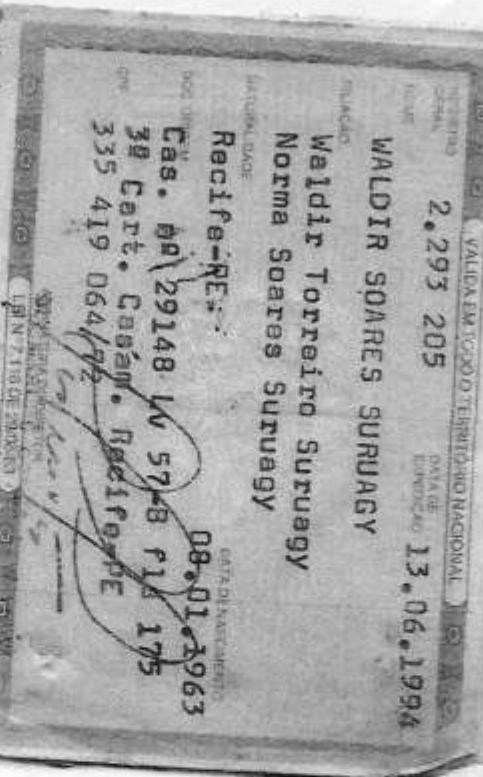
Recife-PE

08.01.1963

DATA DE EMISSÃO

DOC. N° 29148 L 57-B R 16 175
39 Cart. Casam. Recife-PE
335 419 064/72

RECIFESURUAGY





Ministério da Fazenda
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **335.419.064-72**

Nome: **WALDIR SOARES SURUAGY**

Data de Nascimento: **08/01/1963**

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data da Inscrição: **anterior a 10/11/1990**

Dígito Verificador: **00**

Comprovante emitido às: **08:42:43** do dia **13/11/2019** (hora e data de Brasília).
Código de controle do comprovante: **4819.FB13.6305.5199**



Este documento não substitui o "Comprovante de Inscrição no CPF".

(Modelo aprovado pela IN/RFB nº 1.548, de 13/02/2015.)

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190644114 **Cidade:** Recife **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: WALDIR SOARES SURUAGY **Data do acidente:** 04/11/2018 **Seguradora:** MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DO COLO DO FÊMUR ESQUERDO MAIS TRAUMA EM OMBRO ESQUERDO COM LESÃO DE PLEXO BRAQUIAL

Descrição do exame físico: AO EXAME DO QUADRIL ESQUERDO: DIMINUIÇÃO DA FLEXÃO E DA ABDUÇÃO DO QUADRIL,.
AO EXAME DO OMBRO ESQUERDO: APRESENTA HIPOTROFIA MODERADA DA MUSCULATURA DO OMBRO, DÉFICIT DE FORÇA FLEXORA E ABDUTORA , DIMINUIÇÃO MODERADA DA ABDUÇÃO DO OMBRO

Resultados terapêuticos: PACIENTE FOI ATENDIDO NO DIA 04/11/2018 COM DIAGNÓSTICO DE FRATURA DO COLO DO FÊMUR ESQUERDO MAIS TRAUMA EM OMBRO ESQUERDO. O MESMO FOI SUBMETIDO A EXAME DE IMAGEM EVIDENCIOU FRATURA DO COLO DO FÊMUR ESQUERDO ONDE FOI REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO COM USO DE 3 PARAFUSOS CANULADOS 7.0 MM NO DIA 14/11/2018, SUBMETIDO A TRATAMENTO CONSERVADOR PARA TRAUMA EM OMBRO ESQUERDO COM LESÃO DE PLEXO COM BOA EVOLUÇÃO. FOI ACOMPANHADO EM CARÁTER AMBULATORIAL E NÃO REALIZOU SESSÕES DE FISIOTERAPIA. NO MOMENTO ENCONTRA-SE EM ALTA ORTOPÉDICA.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do ombro esquerdo, Limitação funcional do quadril esquerdo

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 02/12/2019

Conduta mantida:

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 médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Perda completa da mobilidade de um quadril	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			25 %	R\$ 3.375,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190644114 **Cidade:** Recife **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: WALDIR SOARES SURUAGY **Data do acidente:** 04/11/2018 **Seguradora:** MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 25/11/2019

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: LESÃO DO PLEXO BRAQUIAL ESQUERDO. P.3
FRATURA DE COLO DO FÊMUR ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PARAFUSOS EM COLO DO FÊMUR ESQUERDO), DEMAIS CONSERVADOR E ALTA MÉDICA. P.8,9

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

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 quadril	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
		Total	12,5 %	R\$ 1.687,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190644114 **Cidade:** Recife **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: WALDIR SOARES SURUAGY **Data do acidente:** 04/11/2018 **Seguradora:** MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 27/11/2019

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: LESÃO DO PLEXO BRAQUIAL ESQUERDO. P.3
FRATURA DE COLO DO FÊMUR ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PARAFUSOS EM COLO DO FÊMUR ESQUERDO), DEMAIS CONSERVADOR E ALTA MÉDICA. P.8,9

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

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 quadril	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
		Total	12,5 %	R\$ 1.687,50

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0404581/19

Vítima: WALDIR SOARES SURUAGY

CPF: 335.419.064-72

CPF de: Próprio

Data do acidente: 04/11/2018

Titular do CPF: WALDIR SOARES SURUAGY

Seguradora: MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

WALDIR SOARES SURUAGY : 335.419.064-72

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: 18/11/2019
Nome: WALDIR SOARES SURUAGY
CPF: 335.419.064-72

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 18/11/2019
Nome: RAIANNE SILVA BARBOSA
CPF: 102.869.074-61

WALDIR SOARES SURUAGY

RAIANNE SILVA BARBOSA

**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.

Número do Sinistro: **3190644114**

Nome do(a) Examinado(a): **WALDIR SOARES SURUAGY**

Endereço do(a) Examinado(a):

3 Travessa Francisco Valpassos, 59 - Recife - PE - CEP 51110-130

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSP /PE**] **22993205**

Data e local do acidente: [**04/11/2018**] **RECIFE PE**

Data e local do exame: [**02/12/2019**] **Goiana** [**PE**]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

FRATURA DO COLO DO FÉMUR ESQUERDO MAIS TRAUMA EM OMBRO ESQUERDO COM LESÃO DE PLEXO BRAQUIAL

II. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

AO EXAME DO QUADRIL ESQUERDO: DIMINUIÇÃO DA FLEXÃO E DA ABDUÇÃO DO QUADRIL., AO EXAME DO OMBRO ESQUERDO: APRESENTA HIPOTROFIA MODERADA DA MUSCULATURA DO OMBRO, DÉFICIT DE FORÇA FLEXORA E ABDUTORA , DIMINUIÇÃO MODERADA DA ABDUÇÃO DO OMBRO

III. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

[**X**] Sim [] Não

IV. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

PACIENTE FOI ATENDIDO NO DIA 04/11/2018 COM DIAGNÓSTICO DE FRATURA DO COLO DO FÉMUR ESQUERDO MAIS TRAUMA EM OMBRO ESQUERDO. O MESMO FOI SUBMETIDO A EXAME DE IMAGEM EVIDENCIOU FRATURA DO COLO DO FÉMUR ESQUERDO ONDE FOI REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO COM USO DE 3 PARAFUSOS CANULADOS 7.0 MM NO DIA 14/11/2018, SUBMETIDO A TRATAMENTO CONSERVADOR PARA TRAUMA EM OMBRO ESQUERDO COM LESÃO DE PLEXO COM BOA EVOLUÇÃO. FOI ACOMPANHADO EM CARÁTER AMBULATORIAL E NÃO REALIZOU SESSÕES DE FISIOTERAPIA. NO MOMENTO ENCONTRA-SE EM ALTA ORTOPÉDICA.

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)?

[**X**] Sim [] Não

VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

Limitação funcional do ombro esquerdo, Limitação funcional do quadril esquerdo

Caso a resposta do item V seja “Não”, concluir utilizando apenas as opções no item VII “a”. Caso a resposta seja “Sim”, valorar o dano permanente no item VII “b”.

VII. Segundo previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

() "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser
repetida em ___ dias

() "Sem sequela permanente" (Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

b) Havendo dano corporal segmentar, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

Quadril esquerdo

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

Ombro esquerdo

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

VIII. * Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal.

Dra. Tiago Martins Formiga
Ortopedia e Cirurgia do Joelho
CRM-PB 8085 - CRM-PE 24411
TELEFONE 14830



Tiago Martins Formiga - CRM: 8085 - PB

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190644114 **Cidade:** Recife **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: WALDIR SOARES SURUAGY **Data do acidente:** 04/11/2018 **Seguradora:** MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DO COLO DO FÊMUR ESQUERDO MAIS TRAUMA EM OMBRO ESQUERDO COM LESÃO DE PLEXO BRAQUIAL

Descrição do exame físico: AO EXAME DO QUADRIL ESQUERDO: DIMINUIÇÃO DA FLEXÃO E DA ABDUÇÃO DO QUADRIL,.
AO EXAME DO OMBRO ESQUERDO: APRESENTA HIPOTROFIA MODERADA DA MUSCULATURA DO OMBRO, DÉFICIT DE FORÇA FLEXORA E ABDUTORA , DIMINUIÇÃO MODERADA DA ABDUÇÃO DO OMBRO

Resultados terapêuticos: PACIENTE FOI ATENDIDO NO DIA 04/11/2018 COM DIAGNÓSTICO DE FRATURA DO COLO DO FÊMUR ESQUERDO MAIS TRAUMA EM OMBRO ESQUERDO. O MESMO FOI SUBMETIDO A EXAME DE IMAGEM EVIDENCIOU FRATURA DO COLO DO FÊMUR ESQUERDO ONDE FOI REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO COM USO DE 3 PARAFUSOS CANULADOS 7.0 MM NO DIA 14/11/2018, SUBMETIDO A TRATAMENTO CONSERVADOR PARA TRAUMA EM OMBRO ESQUERDO COM LESÃO DE PLEXO COM BOA EVOLUÇÃO. FOI ACOMPANHADO EM CARÁTER AMBULATORIAL E NÃO REALIZOU SESSÕES DE FISIOTERAPIA. NO MOMENTO ENCONTRA-SE EM ALTA ORTOPÉDICA.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do ombro esquerdo, Limitação funcional do quadril esquerdo

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 02/12/2019

Conduta mantida:

Observações:

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 médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Perda completa da mobilidade de um quadril	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			25 %	R\$ 3.375,00

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, 22 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190644114

Vítima: WALDIR SOARES SURUAGY

Data do Acidente: 04/11/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), WALDIR SOARES SURUAGY

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, contatos 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

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, 27 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190644114 **Vítima: WALDIR SOARES SURUAGY**

Data do Acidente: 04/11/2018 **Cobertura: INVALIDEZ**

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), WALDIR SOARES SURUAGY

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

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



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoraalider.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, 18 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190644114 Vítima: WALDIR SOARES SURUAGY

Data do Acidente: 04/11/2018 Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), WALDIR SOARES SURUAGY

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\$ 3.375,00

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros

25%

Grady

% Invalidez Permanente

R\$ 0,00

R\$ 0,00

R\$ 3.375,00

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 =

Dance

Dano Pessoal. Perda completa de
Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DIFAT: (50% da 25%) 12,50%

% Invalidade Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50% Valor da indenização 12.500% - 12.500,00 = R\$ 1.625,00

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

Recebedor: **WALDIR SOARES SURUAGY**

Valor: R\$ 3.375,00

Banco: 104

Agência: 000002193

Conta: 000008214-5

Tipo: CONTA POUPANCA

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

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: 335.419.064-72	4 - Nome completo da vítima: WALDIR SOARES SURUAGY
----------------------------	--------------------------------------	---

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

5 - Nome completo: WALDIR SOARES SURUAGY	6 - CPF: 335.419.064-72		
7 - Profissão: PINTOR	8 - Endereço: 3º TRAVESSA FRANCISCO VALPASSOS	9 - Número: 59	10 - Complemento: CASA
11 - Bairro: BRASILA TEIMOSA	12 - Cidade: RECIFE	13 - Estado: PE	14 - CEP: 51110-130
15 - E-mail:		16 - Tel.(DDD): 81-98733-5368	

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:

<input type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input checked="" type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> 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)

<input type="checkbox"/> Bradesco (237)	<input type="checkbox"/> Itaú (341)
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)	<input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 2193

CONTA: 8214

5

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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.

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 <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: <input type="checkbox"/> Falecidos:	30 - Vítima deixou nascituro (vainascer)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: <input type="checkbox"/> Falecidos:	33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> 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 ou 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 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, RECIFE, 13/11/2019,

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

000 000 0000

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



**GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 006ª CIRCUNSCRIÇÃO - CORDEIRO - DP6ªCIRC DIM/2ºDESEC**

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E0096006981

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **08/11/2019 às 09:27**

ATROPELAMENTO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado), que aconteceu no dia **4/11/2018** no período da **Manhã**

Fato ocorrido no endereço: **RUA BADEJO, 01** - Bairro: **BRASILIA TEIMOSA** -
RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

CONDUTOR MOTOCICLETA PCG5477 (AUTOR / AGENTE)
WALDIR SOARES SURUAGY (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **CONDUTOR MOTOCICLETA PCG5477**

Qualificação da(s) pessoa(s) envolvida(s)

WALDIR SOARES SURUAGY (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **NORMA SOARES SURUAGY** Pai: **WALDIR TORREIRO SURUAGY** Data de Nascimento: **8/1/1963** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**
Residencial: **3 TRAVESSA FRANCISCO VALPASSOS N°59 - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**

CONDUTOR MOTOCICLETA PCG5477 (não presente ao plantão) - Sexo: **Desconhecido** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

Qualificação do(s) objeto(s) envolvido(s)

MOTOCICLETA DE PLACA PCG5477 (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **CONDUTOR MOTOCICLETA PCG5477**, que estava em posse do(a) Sr(a): **CONDUTOR MOTOCICLETA PCG5477**
Categoria/Marca/Modelo: **NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Complemento / Observação

A VÍTIMA RELATA QUE AO PASSAR NO DIA/LOCAL/HORA INDICADOS FOI ATROPELADO POR UMA MOTO DE PLACA PCG5477 QUE PASSOU EM ALTA VELOCIDADE O ATINGINDO E O JOGANDO FORTEMENTE AO SOLO, SE EVADINDO EM SEGUITA DO LOCAL SEM PRESTAR SOCORRO. SOCORRIDO PELA UPA DA IMBIRIBEIRA E POSTERIORMENTE TRANSFERIDO AO HOSPITAL JABOATAO PRONTUARIO 759869 ONDE SE SUBMETEU A TRATAMENTO CIRURGICO.

Assinatura da(s) pessoa(s) presente nesta unidade policial

Waldir Soares Suruagy

**WALDIR SOARES SURUAGY
(VITIMA)**

B.O. registrado por: **ALVARO DO REGO VALENÇA JUNIOR** - Matrícula: **272728-5**

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: 335.419.064-72	4 - Nome completo da vítima: WALDIR SOARES SURUAGY
----------------------------	--------------------------------------	---

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

5 - Nome completo: WALDIR SOARES SURUAGY	6 - CPF: 335.419.064-72		
7 - Profissão: PINTOR	8 - Endereço: 3º TRAVESSA FRANCISCO VALPASSOS	9 - Número: 59	10 - Complemento: CASA
11 - Bairro: BRASILA TEIMOSA	12 - Cidade: RECIFE	13 - Estado: PE	14 - CEP: 51110-130
15 - E-mail:		16 - Tel.(DDD): 81-98733-5368	

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:

<input type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input checked="" type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> 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)

AGÊNCIA: 2193

CONTA: 8214

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

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 (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 <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: <input type="checkbox"/> Falecidos:	30 - Vítima deixou nascituro (<i>vai nascer</i>)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: <input type="checkbox"/> Falecidos:	33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> 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 ou 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 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, RECIFE, 13/11/2019,

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

REC 001 10007/2010

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

DIAGNÓSTICO

Atendimento: 1153770 Prontuário: 143203 Data do atendimento: 04/11/2018 14:26:00
Paciente: WALDIR SOARES SURUAGY Idade: 55 anos e 9 meses
Convênio: SUS - AMBULATORIO Plano: PLANO UNICO Data de Nascimento: 08/01/1963
Médico(a) Assistente / CRM: ANTONIO MAURICIO S C FILHO / CRM - null - 9225
Função: MEDICO(A)
Prestador responsável pelo documento: ANDERSON ARY DIAS DE OLIVEIRA SILVA - CRM -
null - 21731
Função: MEDICO(A)

DATA DIAGNÓSTICO: 04/11/2018
VITIMA DE ATROPELAMENTO

DIAGNÓSTICO PRIMÁRIO: S7220 - FRAT DO COLO DO FEMUR(CID - 10)
S42 - FRAT DO OMBRO(CID - 10)
TEMPO DE DOENÇA:

DIAGNÓSTICOS SECUNDÁRIOS:

D. M. Mauricio
Assistente - Enfermeiro
Prestador Autônomo
CRM/PE: 9225

ANDERSON ARY DIAS DE OLIVEIRA SILVA
CRM 21731