

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: 000000008214-5

Nr. da Autenticação 02104DB61C3A2D20

290MAC PINHEIRO-RECIFE
PCA MACIEL PINHEIRO, 360
50060-160 RECIFE PE

1094

00320

EMISSION - 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:

[Assinatura]
Dr. Antônio Maurício
Especialista em Traumatologia
Especialista em Ortopedia
CRM/PE 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 transferencia 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 transferencia.

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 MÃE DO PACIENTE

NORMA SOARES SURUAGY

12- TELEFONE DE CONTATO

81, 85511271 | Celular: 81.

13- NOME DO RESPONSÁVEL

14- TELEFONE DE CONTATO

15- ENDEREÇO 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- DIAGNÓSTICO INICIAL / 24 - CID PRINCIPAL
FRATURA 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 INTERNAÇÃO

URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

29 - CPF ou CNS/ 30- NOME DO PROFISSIONAL (SOLICITANTE/ASSISTENTE/PRESTADOR)

RENATO OLIVEIRA ALBUQUERQUE DE LIMA - CRM: Nº.21774

07102536488

31- DATA DA SOLICITAÇÃO

06/11/2018

PREENCHER EM CASO DE CAUSA EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

☐ 33- ACIDENTE DE TRÂNSITO

36- CNPJ DA SEGURADORA

37- Nº DO BILHETE

38- SÉRIE

☐ 34- ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

49- CNPJ EMPRESA

40- CNAE DA EMPRESA

41- CBOE

☐ 35- ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

42- VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

☐ EMPREGADO

☐ EMPREGADOR

☐ AUTÔNOMO

☐ DESEMPREGADO

☐ APOSENTADO

☐ NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43- NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44- COD ORGAO EMISSOR

46 Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) PROFISSIONAL AUTORIZADOR

49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

33 - CARIMBO E ASS. DO MÉDICO SOLICITANTE

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

48 - CARIMBO E ASS. DO MÉDICO A AUTORIZAR

Secretaria de Saúde
GOS - Gerência de Controle e Avaliação
Maria Cecília Mac Dowall Doutora
Médica Auditora SUS - CRM: 8922
CPF: 290.725.224-49

HOSPITAL MEMORIAL JABONAT
SENHA: 506206

Jaboatão dos Guararapes, 11 de novembro de 2018.

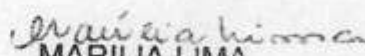
DO: SERVIÇO SOCIAL

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,


MARILIA LIMA

Assistente Social

CRESS 6182

Marília Lima de Araújo
Assistente Social
CRESS/PE: 6182



HOSPITAL
MEMORIAL JABOATÃO

FICHA DE ESCLARECIMENTO

Processo:

GESTÃO DE PESSOAS

CÓDIGO:

F.AT.SAM.01

REVISÃO:

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

ENDEREÇO: RUA ARTUR BERNARDES

Nº: 410

BAIRRO: BRASÍLIA 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 CIRURGICO

LESÃO DO PLEXO BRAQUIAL ESQ - TRATAMENTO CONSERVADOR

MÉDICO: JORGE AUGUSTO CORDEIRO DOS SANTOS

CREMEPE: 20770

JABOATÃO DOS GUARARAPES, 17 DE Dezembro DE 2018

MÉDICO

Av. Gen. Manoel Rabelo • 126 • Centro
Jaboatão dos Guararapes - PE • CEP: 54160-000
Tel.: (31) 3482 9888 • www.hmjpe.com.br

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:

RESUMO DE INTERNAMENTO

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:

ROR EM 2T, BNF, S/S

- RESPIRATORIO:

MV + EM AHT, S/RA

ABDOMEN:

DN

AP - GENITO - URINARIO:

NDN

OUTROS:

COM EDEMAS

HIPÓTESE DIAGNOSTICA:

FRATURA DO COLO DO FEMUR ESQ
LESÃO DO PLEXO BRAQUIAL ESQ

DIAGNOSTICO DEFINIVO:

CONDIÇÕES DE ALTA:

DATA:

16.11.18

HORA DE SAÍDA:

AIRLEY WENDEL MATIAS ALVES SILVA - CRM: 22473


Airley Wendel Matias Alves Silva
CRM-22.473

RECEBEMOS DE ONIX ORTHOPAEDIC IND E COM DE IMPLANTES ORTOPEDICOS LTDA - R/S PRODUTOS/SERVIÇOS CONSTANTES DA NOTA FISCAL INDICADA AO LADO		NF-e
		Nº 000.006.475
DATA DE RECEBIMENTO	IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR	SÉRIE: 1

ONIX ORTHOPAEDIC IND E COM DE IMPLANTES ORTOPEDICOS LTDA MARIA ROSA CORDEIRO DOS SANTOS, 231 - - QUATRO CANTOS, Ilha de Itamaraca, PE - CEP: 53900000	DANFE Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica 0 - Entrada - 1 1 - Saída - 1 Nº 000.006.475 SÉRIE: 1 Página 1 de 1	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px;"> CONTROLE DO FISCO </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-top: 5px;"> CHAVE DE ACESSO * 2618 1100 2939 3500 0103 5500 1000 0064 7516 9708 8804 </div> <p style="font-size: x-small;">Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou no site da Sefaz Autorizadora</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-top: 5px; font-size: x-small;"> PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO 126180072805248 - 27/11/2018 09:41 </div>
--	--	--

NATUREZA DA OPERAÇÃO 5101-VENDA MERCANTIL FABRIC PRÓPRIA		PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO 126180072805248 - 27/11/2018 09:41
INSCRIÇÃO ESTADUAL 020881266	INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST. TRIB.	CPF 00.293.935/0001-03

DESTINATÁRIO/REMETENTE			
NOME RAZÃO SOCIAL INSTITUTO ALCIDES D'ANDRADE LIMA HOSPITAL MEMORIAL DE		CNPJ/CPF 10.072.296/0003-71	DATA DA EMISSÃO 27/11/2018
ENDEREÇO AV. GENERAL MANUEL RABELO, 126, 0 -	BAIRRO/DISTRITO ENGENHO VELHO	CEP 54160-000	DATA DE ENTRADA/SAÍDA 27/11/2018
MUNICÍPIO Jaboatão 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	0,00	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	0,00	VALOR DO SEGURO	0,00	DESCONTO	0,00
		OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	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/CPF
	9 - Sem Frete				
ENDEREÇO	MUNICÍPIO	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL		
QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NUMERAÇÃO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO

DADOS DO PRODUTO/SERVIÇO													
CÓDIGO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO/SERVIÇO	NCM/SH	CST	CFOP	UNID.	QTD.	VL.R. UNIT.	VL.R. TOTAL	BC ICMS	VL.R. ICMS	VL.R. IPI	ALIQ. ICMS	ALIQ. IPI
404-0000000000	PARAFUSO CANULADO R16 SW D7.0X15MM 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					
3609-0000000000	PARAFUSO CANULADO R16 SW D7.0X30MM ONIX ORTHOPAEDIC IND.COM.IMPL.ORTOP LTDA Cod.: 3609 Anvisa: 80546720092 Lote(s): 2611 Y-1,000-V.INDETERMIN	90211020	040	5101	UND	1,0000	90,2900	90,29					
3654-0000000000	PARAFUSO CANULADO R16 SW D7.0X35MM ONIX ORTHOPAEDIC IND.COM.IMPL.ORTOP LTDA Cod.: 3654 Anvisa: 80546720092 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 14.02.2019 270,87 - Data da Cirurgia: 14/11/2018 - Paciente: Waldir Soares - Medico- Dr. Jorge Augusto- cód do procedimento: 0408050489 - n do prontuário: 759869- cód. 07.02.03.064-3 / 03 und R\$= 90,29.	RESERVADO AO FISCO

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
Risco Operatório: S14.3 - TRAUMATISMO DO PLEXO BRAQUIAL ESQ

Cirurgia(s) Realizada(s): 0408050489 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA / LESÃO FISARIA PROXIMAL (COLO) DO FEMUR ESQ (SINTESE)
- 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 TRACÃO
3. FIXAÇÃO COM 3 PARAFUSOS CANULADOS 7,0mm PERCUTÂNEOS DE COLO DE FEMUR ESQ
4. LAVAGEM COM SORO
5. SINTESE DE PELE

OBS: UTILIZADO RADIOSCOPIA NA CIRURGIA
FRATURA COM GRANDE POSSIBILIDADE DE NECROSE AVASCULAR DA CABECAPFEMORAL PÓS FIXAÇÃO DEVIDO A DANO VASCULAR INERENTE A FRATURA. INDICADA ARTROPLASTIA DO QUADRIL NO PÓS OPERATÓRIO TARDIO. COMUNICADO AO PACIENTE

Dr. Jorge Augusto C. dos Santos
Ortopedia / Traumatologia
CRM - PE 25779

Dr. Wagner Wanderley 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 Laudo Médico): 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
02. 1. Auxílio Cirúrgico: LEONNARDO COSTA GONCALVES DE OLIVEIRA
2. Auxílio Cirúrgico: ELDER DE VASCONCELOS CARVALHO

03. 3. Auxílio Cirúrgico:

05. Demais Auxílios Cirúrgicos:

06. Anestesiista:

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 cirurgico 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 Wanderley, Jr.
Médico
CRM - PE 20588

LEONNARDO COSTA GONCALVES DE OLIVEIRA

CRM: 23550

VALIDA EM TODO TERRITÓRIO NACIONAL

2.293 205

DATA DE EMISSÃO 13.06.1994

WALDIR SOARES SURUAGY

Waldir Torreira Suruagy
Norma Soares Suruagy

Recife-PE

Cas. nº 29148 LV 57-8 FLS 175
38 Cart. Casam. Recife-PE
335 419 064/92

08.01.2963

DATA DE NASCIMENTO

CPF 335 419 064/92

CPF 335 419 064/92

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO VAZARIAS EMBL

E-02

Waldir Torreira Suruagy

CARTÃO DE IDENTIDADE

08.01.2963

08.01.2963



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**

Digito 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.)



Seguradora Líder - DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS

ID

IDENTIFICAÇÃO

VITIMA Valdir Soares Suvary

DATA DO ACIDENTE _____ CPF DA VITIMA _____

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR () VITIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUIO PARANTESCO COM

A VITIMA É _____

ENDEREÇO DO PORTADOR _____

Nº _____ COMPLEMENTO _____ BAIRRO _____

CIDADE _____ UF _____ CEP _____

E-MAIL _____ TELEFONE (____) _____

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- ☒ REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- ☒ CARTeira DE IDENTIDADE DA VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☒ CPF DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☒ LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- ☒ NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VITIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA
- ☒ BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☒ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- ☒ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- ☐ CARTeira DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 - ☐ CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 - ☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL), OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VITIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- ☐ REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- ☐ CARTeira DE IDENTIDADE DA VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ CPF DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ COMPROVANTES (ORIGINALS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
- ☐ NOTAS FISCAIS (ORIGINALS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- ☐ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- ☐ CARTeira DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 - ☐ CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 - ☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VITIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

VALORES DE INDENIZAÇÃO

- MONTE - R\$ 13.500,00
- INVALIDEZ PERMANENTE - ATÉ R\$ 13.500,00, ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
- DESPESAS MÉDICAS (DAMS) - REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.

- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA
- COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
- PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA _____

IDENTIDADE _____

ASSINATURA Valdir Soares Suvary

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA 13/11/19

NOME Raphaelle Lovelant

ASSINATURA R

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 AO EXAME DO QUADRIL ESQUERDO: DIMINUIÇÃO DA FLEXÃO E DA ABDUÇÃO DO QUADRIL.,

físico: 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

Valoração 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

Valoração 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

Seguradora: MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

Data do acidente: 04/11/2018

Titular do CPF: WALDIR SOARES SURUAGY

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-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 FÊMUR 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?

[☒] 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 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.

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

[☒] 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
(X) 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
(X) 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.

Dr. Tiago Martins Formiga
Ortopedia e Cirurgia do Joelho
CRM-PB 8085 - CMA-PB 24411
TDDT 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 AO EXAME DO QUADRIL ESQUERDO: DIMINUIÇÃO DA FLEXÃO E DA ABDUÇÃO DO QUADRIL.,

físico: 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

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



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

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%

Graduação: Em grau médio 50%

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

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

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um quadril 25%

Graduação: Em grau médio 50%

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

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 POUPANÇA**

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,



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: ☐ RECUSO INFORMAR ☒ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: _____
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 2193 CONTA: 8214 5 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 teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

Impressão digital da vítima 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 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | 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)

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/2ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E0096006981**

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

ATROPELAMENTO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (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 Nº59 - 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 SEGUIDA 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: ☐ RECUSO INFORMAR ☒ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: _____
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 2193 CONTA: 8214 5 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 teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34 - Impressão digital da vítima 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 - 1ª | Nome: CPF: Assinatura da testemunha 39 - 2ª | 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)

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:

ANDERSON ARY DIAS DE OLIVEIRA SILVA
CRM 21731