

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 14 de Junho de 2019

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190380541**

**Vítima: MAVYO CARDOSO MACHADO DE MELO**

**Data do Acidente: 01/01/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: GIVALDO MARIANO DA SILVA**

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), MAVYO CARDOSO MACHADO DE MELO**

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](http://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, 25 de Junho de 2019

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190380541**

**Vítima: MAVYO CARDOSO MACHADO DE MELO**

**Data do Acidente: 01/01/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: GIVALDO MARIANO DA SILVA**

**Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE**

Comunicamos que o pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado e está em análise e o prazo regulamentar de 30 dias foi interrompido para apuração de dados e informações adicionais. Assim que todas as informações forem finalizadas, o prazo voltará a seguir normalmente.

Por favor, aguarde contato e continue acompanhando o seu pedido de indenização através dos canais oficiais da Seguradora Líder DPVAT.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 11 de Julho de 2019

Nº do Pedido do  
Seguro DPVAT: 3190380541

Vítima: MAVYO CARDOSO MACHADO DE MELO

Data do Acidente: 01/01/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: GIVALDO MARIANO DA SILVA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), MAVYO CARDOSO MACHADO DE MELO

Informamos que o pagamento da indenização o Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade do segmento lombar  
da coluna vertebral 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: MAVYO CARDOSO MACHADO DE MELO

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 237

Agência: 000003214-0

Conta: 00000049307-4

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, 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](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



---

Rio de Janeiro, 26 de Julho de 2019

Aos Cuidados de: **MAVYO CARDOSO MACHADO DE MELO**

Nº Sinistro: **3190380541**  
**MAVYO CARDOSO MACHADO DE MELO**  
Data do Acidente: **01/01/2019**  
Cobertura: **INVALIDEZ**  
Procurador: **GIVALDO MARIANO DA SILVA**

**Assunto: REANÁLISE DE PROCESSO - CONDUTA MANTIDA**

**Senhor(a),**

Em atendimento à sua solicitação, foi feita a reanálise médica do seu pedido de indenização por invalidez permanente, cadastrado sob o **número de sinistro 3190380541**.

Como a documentação apresentada não indica a existência de novas lesões permanentes ou de agravamento daquelas já indenizadas em decorrência do acidente sofrido, o seu pedido de reanálise foi encerrado e o valor indenizado mantido, conforme legislação vigente.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site [www.seguradoraslider.com.br](http://www.seguradoraslider.com.br) ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 13 de Agosto de 2019

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190380541**

**Vítima: MAVYO CARDOSO MACHADO DE MELO**

**Data do Acidente: 01/01/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: GIVALDO MARIANO DA SILVA**

**Assunto: REANÁLISE DO PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), MAVYO CARDOSO MACHADO DE MELO**

Após revisão da Análise Médica Documental ou perícia em 13/08/2019, verificou-se que a lesão permanente apresentada já foi adequadamente indenizada, nos termos da Lei nº 6.194, de 1974, não tendo sido identificado agravamento da invalidez permanente da vítima, ou nova lesão permanente decorrente do mesmo acidente de trânsito.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para você

Carta nº 14698696





DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTROLE NÃO VERIFICADO

13 JUN 2019

©sato Seguros S.A.  
Av. Rui Barbosa, 715 - 1º. S.  
Recife - PE



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 075ª CIRCUNSCRIÇÃO - ÁGUA PRETA -  
DP75ªCIRC DINTER1/13ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N°. 19E0165000223

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 09/04/2019 às  
09:57

ATROPELAMENTO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que  
aconteceu no dia 1/1/2019 às 09:30

Fato ocorrido no endereço: **RODOVIA PE NOVENTA E SEIS, 81, PRÓXIMO  
AO ENGENHO CANOA RACHADA** - Bairro: **CENTRO - ÁGUA  
PRETA/PERNAMBUCO/BRASIL**  
Local do Fato: **RODOVIA ESTADUAL**

Bossa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO ( AUTOR \ AGENTE )  
MAYDO CARDOSO MACHADO DE MELO ( VITIMA )

**Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:**

~~VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): DESCONHECIDO~~

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

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

**MAVYO CARDOSO MACHADO DE MELO** (presente no plantão) - Sexo:  
Masculino Mãe: **JELMA LUCIO CARDOSO DE MELO** Pai: **MAVIAEL MACHADO DE MELO**  
Data de Nascimento: 28/8/1988 Naturalidade: **PALMARES / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos:  
**6782843/SSP/PE (RG), 86199138438 (CPF), 83985484388 (CNH)** Estado Civil: **CASADO(A)**  
Escolaridade: **DESCONHECIDO** Profissão: **MOTORISTA** Telefones Celulares:  
- 81998797944

Endereço Residencial: RUA DAVID MADEIRA, 3816 - CEP: 0 - Bairro: CENTRO - AGUAS DE SANTANA - MUNICIPIO/BRASIL

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

**MOTOCICLETA (VEÍCULO)** de propriedade do(s) Sr(s): **DESCONHECIDO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**  
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**  
Quantidade: **1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

**Complemento / Observação**

**INFORMA A VITIMA QUE NO DIA 01/01/2019 ESTAVA AS MARGENS DA PE 96 PROXIMO AO ENGENHO CANOA RACAHADA CONSERTANDO O VEICULO QUE O MESMO ESTAVA CONDUZINHO, QUANDO UMA MOTOCICLETA LHE ATROPELOU TOMANDO DESTINO IGNORADO. A VITIMA FOI SOCORRIDO PELO SAMU OCORRENCIA NUMERO 5572097, TENDO SIDO CONDUZIDA AO HOSPITAL REGIONAL DOS PALMARES PRONTUARIO DE ATENDIMENTO NUMERO 142882, ONDE TEVE LESAO LOMBAR IMPORTANTE, TENDO PASSADO POR 84 PROCEDIMENTOS CIRURGICOS, ONDE TEVE ALTA MEDICA DIA 29/01/2019 E ESTAVA IMPOSSIBILITADO DE EXEGER SUAS OCUPAÇÕES HABITUAIS POR UM PRAZO DE 180 DIAS CONFORME LAUDO MEDICO.**

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

*mávio cardoso machado de melo*  
**MÁVIO CARDOSO MACHADO DE MELO**  
**(VITIMA)**

B.O. registrado por: **RAFAEL GOMES DE FARIAS** - Matrícula: **3874672**, 13 JUN 2019

DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPMAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
Gente Seguradora S/A. Av. Rui Barbosa, 715 - IJ. 5 Recife - PE







SAMU  
192



SANU ÁGUA PRETA-PE

Hora do Chamado  
Chegada ao Local  
Saída ao Local  
Hora da Conclusão  
Saída do Hospital

10:27 h  
19:52 h  
19:52 h  
11:33 h  
12:35 h

### FICHA DE ATENDIMENTO

Data da Solicitação	01/01/19	Distrito:	Número da Ocorrência:	557097
Motivo / Solicitação:	APF + Resgate	<input type="checkbox"/> UTI	<input checked="" type="checkbox"/> Básica	<input type="checkbox"/> Helicóptero
<input checked="" type="checkbox"/> VIA PÚBLICA	<input type="checkbox"/> DOMICÍLIO	<input type="checkbox"/> EVENTROS	<input type="checkbox"/> OBSTÉTRICO	
<input type="checkbox"/> Clínico	<input type="checkbox"/> Clínico	<input type="checkbox"/> HANGAR	<input type="checkbox"/> PSIQUIÁTRICO	
<input type="checkbox"/> Causas Externas	<input type="checkbox"/> Causas Externas	<input type="checkbox"/> METROPOLITANO	<input type="checkbox"/> TROTE / CANCELADAS	
		<input type="checkbox"/> ÓBITO	<input type="checkbox"/> REMOÇÃO - senha:	

### IDENTIFICAÇÃO

PACIENTE: Mauro Cardoso Machado de Melo IDADE: 30 ANOS: \_\_\_\_\_  
 SEXO:  Masc.  Fem. PRÓFISSÃO: \_\_\_\_\_  
 END.: Rua David Madeira N° 3816 BAIRRO: Pantanal  
 FONE: ( ) \_\_\_\_\_  
 SOLICITANTE: \_\_\_\_\_ BAIRRO: \_\_\_\_\_  
 END. Ocorr.: PE 96 REFERÊNCIA: Proximo ao Engenho Canoa Rachada  
 FONE: ( ) \_\_\_\_\_

### CAUSA EXTERNA (ACIDENTE / VIOLENCIA)

Acid. Automóvel	Acid. Motocicleta	Atropelamento	Mecan. De Trauma
<input type="checkbox"/> Motorista <input type="checkbox"/> Passageiro/Frente <input type="checkbox"/> Passageiro/Trás - Uso do Cinto <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> Motociclista <input type="checkbox"/> Passageiro - Uso de Capacete <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> Via Pública <input type="checkbox"/> Calçada <input type="checkbox"/> Outros	<input type="checkbox"/> Capotamento <input type="checkbox"/> Ejeção <input type="checkbox"/> Impacto Frontal <input type="checkbox"/> Impacto Lateral <input type="checkbox"/> Impacto traseiro
Acid. Trânsito	Acid. Ciclista	Intoxicação	Exposições
<input type="checkbox"/> Carro ou Moto <input type="checkbox"/> Ônibus <input type="checkbox"/> Caminhão Placa: _____	<input type="checkbox"/> Colisão <input type="checkbox"/> Queda <input type="checkbox"/> Outros	<input type="checkbox"/> An. Peçonhento <input type="checkbox"/> Exógena <input type="checkbox"/> Outros Agente Causador	<input type="checkbox"/> Choque Elétrico <input type="checkbox"/> Fogo ( ) 1º ( ) 2º ( ) 3º <input type="checkbox"/> Fumaça <input type="checkbox"/> Subst. Química
Asfixia	Queda	Agressões	
<input type="checkbox"/> Semi-Afogamento <input type="checkbox"/> Soterramento <input type="checkbox"/> Engasgo <input type="checkbox"/> Outros	<input type="checkbox"/> Própria Altura <input type="checkbox"/> Outra Altura Aproximadamente Metros	<input type="checkbox"/> Arma de Fogo Tipo: _____ <input type="checkbox"/> Arma Branca Tipo: _____	<input type="checkbox"/> Agressão Física <input type="checkbox"/> Maus Tratos <input type="checkbox"/> Abuso Sexual _____

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO  
13 JUN 2019  
Geste Seguradora S/A.  
Av. Rui Barbosa, 715 - Lt. 5  
Recife - PE

### CAUSAS CLÍNICAS

HISTÓRIA CLÍNICA ATUAL:

Paciente em EGC, consciente, orientado, na iminência de atropelamento, com corte em regiões lombares e gláncio direito. Coração acelerado.

HIPÓTESE DIAGNOSTICA CONHECIDA:

Corte em regiões lombares e gláncio direito. Coração acelerado.

### AVALIAÇÃO CLÍNICAS

TEMPERATURA	GLICEMIA (HGT)				
<u>35°C</u>	<u>112</u>				
Vias Aéreas	Pulso				
FR:	<u>71</u>				
RN: <1 Ano	33-50 30-50	RN: <1 Ano	120-160 90-140		
Criança	20-30	Criança	80-110		
Adulto	12-20	Adulto	90-100		
Perfusão Periférica				<input type="checkbox"/> Boa	<input type="checkbox"/> Ruim
CIRCULAÇÃO PA: <u>110/70</u>					

SAMU  
192

## EXAME NEUROLÓGICO

AVALIAÇÃO PRIMÁRIA		SINAIS DE DISF. CEREBRAL	AVALIAÇÃO DAS PUPILAS	NATUREZA DA
<input type="checkbox"/> Alerta	<input type="checkbox"/> Resposta Verbal	<input type="checkbox"/> Déficit Motor	<input checked="" type="checkbox"/> Isocôricas	<input type="checkbox"/> Lesão Intra-abdominal
<input checked="" type="checkbox"/> Resposta Verbal	<input type="checkbox"/> Resp. Estímulo Dolar	<input type="checkbox"/> Desvio de comissura Labial	<input type="checkbox"/> Anisocôricas	<input type="checkbox"/> Lesões Intra-Tóricas
<input type="checkbox"/> Resp. Estímulo Dolar	<input type="checkbox"/> Irresponsivo	<input type="checkbox"/> Dificuldade na Fala	<input type="checkbox"/> Midriase	<input type="checkbox"/> Presença / Sangue
			<input type="checkbox"/> Miose	<input type="checkbox"/> Fratura - Ossos Longos
				<input type="checkbox"/> Aberta <input type="checkbox"/> Fechada

## ESCALA DE GLASGOW

ABERTURA: OCULAR		RESPOSTA VERBAL		RESPOSTA MOTORA		TOTAL DE PONTOS
Abertura Ocular Espontânea	4.	Orientado	5.	Obedece Comando	6.	
Abertura Ocular a Voz	3.	Confuso	4.	Localiza Estímulo Doloroso	5.	
Abertura Ocular a Dor	2.	Resposta Inapropriada	3.	Retirada ao Estímulo Doloroso	4.	
Sem abertura Ocular	1.	Sons Ininteligíveis	2.	Flexão Anormal (Decorticacão)	3.	
		Sem Resposta Verbal	1.	Extensão Anormal (Descerebração)	2.	
				Sem Resposta Motora	1.	

## CONDUTA CLÍNICA / EVOLUÇÃO

<input type="checkbox"/> Aspiração de Sangue e Secreções	<input type="checkbox"/> Ventilação Mecânica	Outras Condutas:
<input type="checkbox"/> Entubação Orotraqueal	Modalidade: <u>SOT = 97%</u>	<u>Aspirações de</u>
<input type="checkbox"/> Imobilização da Coluna Cervical	PIO 1: _____	<u>SSN e plecos impar</u>
<input type="checkbox"/> Infusão de Fluidos		<u>SS e fibrilamento</u>
<input type="checkbox"/> Reanimação Cardiopulmonar	<input type="checkbox"/> Adaptação Ventilação	<u>Compresor + 1000 ml</u>
<input type="checkbox"/> Imobilização de Membros	<input type="checkbox"/> Bem <input type="checkbox"/> Mal	<u>Intercorrendas: SE 9% aberto</u>
<input type="checkbox"/> O2. <input type="checkbox"/> Cateter <input type="checkbox"/> CPAP <input type="checkbox"/> Venturi _____ % <input type="checkbox"/> Masc. c/ Reservatório		<u>desgaste pelo mola</u>
		<u>Caolo.</u>

## USO DE ÁLCOOL E / OUTRAS DROGAS

<input type="checkbox"/> Álcool <input type="checkbox"/> Anfetamina <input type="checkbox"/> Cocaína <input type="checkbox"/> Cola <input type="checkbox"/> Crack <input type="checkbox"/> Maconha <input type="checkbox"/> _____	
Informante: <input type="checkbox"/> A Própria Vítima <input type="checkbox"/> Familiares <input type="checkbox"/> Outros-Especificar <input type="checkbox"/> _____	
<input type="checkbox"/> Alteração de Humor <input type="checkbox"/> Agitado / Irritado <input type="checkbox"/> Desorientado <input type="checkbox"/> Inconsciente	Refere Ingestão de Bebida Alcoólica
<input type="checkbox"/> Alteração de Marcha <input type="checkbox"/> Agressivo <input type="checkbox"/> Hálito Alcoólico <input type="checkbox"/> Sonolento	Há _____ hs;

## CONCLUSÃO DO ATENDIMENTO

HOSPITAL PARA ONDE FOI ENCAMINHADO O PACIENTE	<u>Hospital Regional de Belmores</u>	<input type="checkbox"/> Maca Retida na Unidade Hospitalar
Registro do Hospital:		<input type="checkbox"/> Orientação para o Ambulatório
Médico que Recebeu:	<i>DR. JOSÉ LUIZ SANTOS</i>	<input type="checkbox"/> Óbito Antes do Atendimento
Assinatura do Médico Responsável:		<input type="checkbox"/> Óbito durante o Atendimento
EQUIPE		<input type="checkbox"/> Prancha Retida
Médico Regulador:	<u>Cláudia A. Lima</u>	<input type="checkbox"/> Removido antes do Atendimento
Enfermeira:	<i>Cláudia A. Lima</i>	
Condutor /Piloto:	<u>Deyvson</u>	
Função do Responsável pelo Preenchimento:	ASS: <u>Daniel</u>	
SOLICITOU APOIO DA UTI <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		
Obs.		

DEPARTAMENTO DE SISTROS  
CORTEJO DA VERIFICAÇÃO  
13 JUN 2003  
Este Seguradora S/A  
Av. Rui Barbosa, 215 - L.

## EXONERAÇÃO DE RESPONSABILIDADE

O Subscrito certifica que o paciente recusa atendimento mesmo contra orientação Médica

Ass.: _____	TESTEMUNHA:
ID.: _____	Ass.: _____
DATA _____ / _____ / _____	ID.: _____

BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 05/07/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MAVYO CARDOSO MACHADO DE MELO

BANCO: 237

AGÊNCIA: 03214-0

CONTA: 000000049307-4

---

Nr. Autenticação

BRADESCO05072019050000000002370321400000049307168750 PAGO

## DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)  
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 05 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

### INFORMAÇÕES IMPORTANTES

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP<sup>1</sup> nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESEGURO. <sup>2</sup> CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.513/98.

Pelo exposto, eu Givaldo Mariano da Silva

Inscrito (a) no CPF/CNPJ 816.861.614-168, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Mavyo Cardoso Machado de Melo Inscrito (a) no CPF sob o Nº 061.991.384-30,  
do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima Mavyo Cardoso Machado de Melo

Inscrito (a) no CPF sob o Nº 061.991.384-30, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: \_\_\_\_\_ Renda: \_\_\_\_\_ e apresento os documentos comprobatórios:  
 Recuso Informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço:	<u>Ruaça Iglino Ferreira Lins</u>		Número:	<u>03</u>	Complemento:	<u>BLOCO "E"</u>
Bairro:	<u>SÃO SEBASTIÃO</u>	Cidade: <u>PALMARES</u>	Estado:	<u>PE</u>	CEP:	<u>55540-000</u>
E-mail:	<u>Givaldo.BombeiroXAHOO.COM.BR</u>		Tel.(DDD):	<u>81-99272-9353</u>		

Local e Data: Palmares - PE 15 de maio de 2019

Givaldo Mariano da Silva  
Assinatura do Declarante

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

13 JUN 2019

Gente Seguradora S/A.  
Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5  
Recife - PE

Pernambuco



Data do Atendimento: 01/01/2019

Hora: 12:12:36

No. Atendimento: 814820

Urgência / Emergência  
CIRURGIA GERAL

Prioridade: VERMELHA - EMERGENCIA

PRONTUARIO: 142552

Colaborador: RENATOAO

CNS:

Nome: MAVYO CARDozo MACHADO DE MELO

Sexo: Masculino

Data de Nascimento: 26/06/1988

Idade: 30 Anos, 6 Meses e 6 Dias

C.I.:

País ou responsáveis: JOELMA LUCIO CARDozo DE MELO

/ MAVIAEL MACHADO DE MELO

Endereço: RUA DAVID MADEIRA, 3816 CASA - CENTRO/ 55550000

Hora do Atendimento: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Hs

Cidade: AGUA PRETA

Tel.: 8187585924

## Queixa Principal:

VITIMA DE ATROPELAMENTO POR MOTO COM LESÃO SABERATIVA  
 DE PONTO MOLE NA REGIÃO LUMBAR  
 ECG=15, MOVIMENTO DE MAMIS PRESERVADO

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
 DPVAT  
 CONTEÚDO NÃO VERIFICADO  
 13 JUN 2019

Gesta Seguradora S/A.  
 Av. Rui Barbosa, 715 - Lt. 5  
 Recife - PE

## Exame Físico:

A: Geral via aerea esta pérvia? SIM  NÃO O paciente fala? SIM  NÃO 

Temperatura: \_\_\_\_\_

## B: Respiratório:

## C: Circulatório:

## D: Exame Neurológico : Deficiência motora:

MSD  MSE  MID  MIE  Pupilas: Isocônicas  Anisocônicas 

Glasgow: Abertura Ocular

Glasgow: Resposta Verbal

Glasgow: Resposta Motora

## Escore:

Hora: \_\_\_\_\_

Escore: \_\_\_\_\_

Hora: \_\_\_\_\_

## E: Abdômen:

ENSOA + Palpável

~~CONFIRMA DE PERTINÊNCIA~~  
~~CONFIRMA DE SEJA ALICE~~  
~~Oliveira~~  
~~CONFERE COM~~  
~~ORIGINAL~~  
~~DATA 12/06/2019~~  
~~Hora: 12:12:36~~

## Diagnóstico Inicial:

VITIMA DE PONTO MOLE

TC ABDOMEN + PÉTALAS

Exames Solicitados : 1 - Patologia Clínica

Exames Solicitados : 2 - Especializados

## Tratamento / Procedimentos :

Anestesia 2mg + 10% Xy.

## Queixa Principal Relatada à Classificação de Risco:

PCTE VITIMA DE ATROPELAMENTO COM FERIMENTO NA REGIÃO SACRAL

Alergia:

Observação:

## Evolução de Enfermagem

- \* Destino do paciente ( ) Alta para casa ( ) Encaminhamento ao Ambulatório ( ) Internação ( ) Alta Melhorada ( ) Alta a Pedido  
 ( ) Transferência para outra unidade ( ) Óbito ( ) Outro  
 \* Condição do Paciente ( ) Maltratado ( ) Inalterado ( ) Piorado

Diogo Viana  
 Cirurgia Geral  
 CRM-PE 22869

Médico - Câmbio e Assinatura

**AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR - AIH**

**IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO**

1 - ESTABELECIMENTO SOLICITANTE	HOSPITAL REGIONAL DE PALMARES	2 - CNES	2428393
3 - ESTABELECIMENTO EXECUTANTE	HOSP REGIONAL DE PALMARES DR SILVIO MAGALHÃES	4 - CNES	2428393

**IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE**

5 - Nome do Paciente	MANO ONGADO D. V. V.			6 - N° Prontuário	K0602
7 - Cartão Nacional do SUS	8 - Data de Nascimento	9 - Sexo	10 - Raca/Cor	10.1 - Etnia	10.2 - Telefone de Contato
	06-0-88	M	Pardo	PR	
11 - Nome da M.E.	JULIANA HELENA CARDOSO ALVES			14 - Telefone de Contato	
13 - Nome Responsável				14 - Telefone de Contato	

15 - Endereço (Rua, N°, Bairro)	rua Irajá Madureira / neutro	17 - IBGE	18 - UF	19 - CEP
16 - Município	Lagoa Preta		SE	55550-000

**LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO**

20 - Principais Sintomas e Sintomas Clínicos	TMAUS DE PECAS			21 - Condições que justificam a internação	BALANÇA	22 - Principais Resultados de Provas Diagnósticas	CONFERE COM O ORIGINAL

23 - Diagnósticos Inicial / Código	LESSES EXTERNAS M/GA	24 - CID 10 Principal / Código - SE	25 - CID 10 Secundário / Código - VE	26 - CID 10 Causas Associadas

**PROCEDIMENTO SOLICITADO**

27 - Descrição do Procedimento Solicitado	28 - Código do Procedimento		
	0415040002		
29 - Especificidade	30 - Caráter de Atendimento	31 - Documento	32 - N° do Documento CNS/CPF do Profissional Autorizado / Solicitante/Assistente
		( ) CNS ( ) CPF	
33 - Nome do Profissional Solicitante/Assistente		34 - Data da Solicitação	35 - Assinatura e Carimbo (Nº de Registro no Conselho)

**PREENCHER EM CASO DE CAUDAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)**

36 - ( ) Acidente de Trânsito	37 - ( ) Acidente de Trabalho Trajetória	38 - ( ) Acidente de Trabalho Trajetória	39 - Nome Seguradora	40 - N° Seguro	41 - Serie

42 - Vínculo com a Previdência	( ) Empregado	( ) Empregador	( ) Autônomo	( ) Desempregado	( ) Aposentado	( ) Não Segurado

**AUTORIZAÇÃO**

46 - Nome do Profissional Autorizado	47 - Cód. Órgão Emissor	48 - N° da Autorização da Internação Hospitalar - AIH
	E260000003	2618103894599
48 - Documento	49 - N° do Documento (CNS/CPF) do Profissional Autorizado	
( ) CNS ( ) CPF		
50 - Data da Autorização	51 - Assinatura e Carimbo (Nº Registro no Conselho)	
	Dr. Celso Benedito dos Santos Médico CRM-PE 4415 CET 105 912.314-73	

## DADOS PESSOAIS

Data da Internação: 01/01/2019

307



814858

Hora: 15:06

Prontuário: 142552

Atendimento: 814858

Nome: MAVYO CARDozo MACHADO DE MELO

Nº: 3816

Data Nasc.: 26/06/1988

Idade: 30

Sexo: MASCULINO

Endereço: RUA DAVID MADEIRA

Bairro: CENTRO

Cidade: AGUA PRETA

Estado: PE

CEP: 55550000

Fone: 36618450

RG:

CPF: 06199138430

CNS 700904955839998

Nome da Mãe: JOELMA LUCIO CARDozo DE MELO

DADOS DA INTERNAÇÃO

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

13 JUN 2019

Gente Seguradora S/A.  
Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5  
Recife - PE

Origem de Atendimento: SETOR DE INTERNAMENTO

Unidade de Internação: ENFER SANTANA

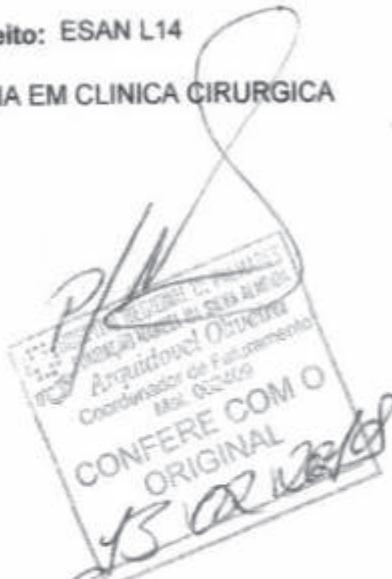
Leito: ESAN L14

Tratamento: 0301060070 DIAGNOSTICO E/OU ATENDIMENTO DE URGENCIA EM CLINICA CIRURGICA

Médico do Atendimento: PLANTONISTA TRAUMATO-ORTOPEDISTA

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

HOSPITAL REGIONAL DE PALMARES  
Ricardo Henrique da Silva Almeida  
Armando Oliveira  
Coordenador de Faturamento  
Mat. 02-079

Funcionário Responsável pela Internação  
ANACBDS



DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que, o Srº MAVYO CARDOSO MACHADO DE MELO, inscrito no RG. sob o nº 6702943 SSP PE, CPF nº 061.991.384-30, residente sítio à Rua David Madeira, nº 3816, bairro centro, na cidade de Água Preta-PE, deu entrada nesta unidade hospitalar no dia 01/01/2019, no setor de traumato ortopedia e encontra-se internado na enfermaria 07, leito 14, da Enfermaria Santana (Clínica Cirúrgica), sob o número de prontuário 142552/814858. De acordo com informações da equipe de enfermagem o paciente não tem previsão de alta.



Palmares, 07 de janeiro de 2019.

Karla Figueiredo

Karla Andréa P. C. Figueiredo  
Assistente Social  
OPRESS 2047 4º Piso



DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que, o Srº MAVYO CARDOSO MACHADO DE MELO, inscrito no RG. sob o nº 6702943 SSP PE, CPF nº 061.991.384-30, residente sítio à Rua David Madeira, nº 3816, bairro centro, na cidade de Água Preta-PE, deu entrada nesta unidade hospitalar no dia 01/01/2019, no setor de traumato ortopedia e encontra-se internado na enfermaria 07, leito 14, da Enfermaria Santana (Clínica Cirúrgica), sob o número de prontuário 142552/814858. De acordo com informações da equipe de enfermagem o paciente não tem previsão de alta.



Palmares, 07 de janeiro de 2019.

Karla Andrade

Karla Andrade P. C. Figueiredo  
Assistente Social  
CRESS 6247 4º Região



## DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que o Srº MAVYO CARDOSO MACHADO DE MELO, data de nascimento 26/06/1988, portador do CNH: 03965406309 , Cat. AD data de validade: 18/03/2022, que em decorrência da sua necessidade, conforme nº de atendimento: 814820 e prontuário 142552 foi atendido nesta Unidade Hospitalar na data de 01/01/2019; com ausência dos documentos de identificação, havendo um erro material no preenchimento de seu nome onde foi colocado: MAVYO CARDOZO MACHADO DE MELO, corrigido agora por: MAVYO CARDOSO MACHADO DE MELO e de sua genitora, onde foi colocado: JOELMA LUCIO CARDOZO DE MELO, corrigido agora por: JOELMA LUCIO CARDOSO DE MELO .

DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
13 JUN 2019
Gente Seguradora S/A. Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5 Recife - PE

Palmares, 13 de Fevereiro de 2019.

Atenciosamente,

Manoel Gonçalves de Souza

Mat.2296



Nome do Paciente: maria luisa

### Registro:

#### **Enfermaria:**

Leito-

10/01/19 Sat

- failures exceed PWR  
per cluster of scenario and  
standardized values  
CH: standard + source  
NOx Gravels

11/1/19

Dicember 2020

comfort cards

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

13 JAN 2019

Geste Seguradora S/A  
Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5  
Recife - PE

12 cos(1.9)

But you can not eat meat!

Page 10

207 1 epwepo Robt 380

ALBOMMAS  $\downarrow$  Z.L

R.C.R. 09/1 1AA  
98 29

CD: ① hb pes ch  
① pma. do not  
mix.

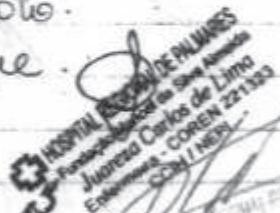
Nome do Paciente: Maryse Landau

Enfermaria:

Registro:

Leito: 14

18.01.19 Pauver do seio H. Ferida com síticos melhora. Tendo  
de spongescão, pontos de lâmina, sem exudato.  
El. continua curativo com PHMB + hidroge.



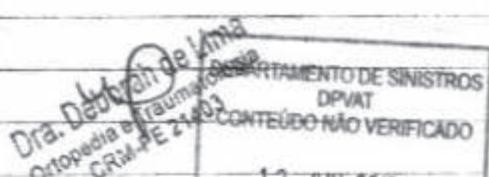
19.01.19

# ortopedia \*

HQ 1) fumante extenso em pere.

Paciente cíncio e hemodinamicamente  
estável. nepa lebe.

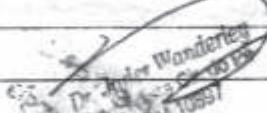
curativo recuivo, ainda aguardando  
material pr. troca hoje.



20-01-19

afeite

Pacalt, o local na  
queimada, curado na  
luz de pelo reforçado  
com fitas



dia amanha, 1 ofic no

man

R. dos ocos  
cr: manha —

Gente Seguradora S/A.  
Av. Rui Barbosa, 715 - L. 5  
Recife - PE

13 JUN 2019



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO.  
HOSPITAL REGIONAL DE PALMARES DR. SILVIO FERREIRAS MAGALHÃES

卷之三

PUBLICATIONS RECEIVED

Nome: Manya condige meddelede om hukommelse

Cirurgião: Bruno Góes Cirurgia Proposta: Limppe

AVALIAÇÃO PRÉ-OPERATÓRIA

AVIAÇÃO PRÉ-OPERATÓRIA

Problemas Detectados

ADMISSÃO NO BLOCO CIRÚRGICO

Data D3 / U4

1623

Admitido por: ~~Maia~~

Não  
 Sim

Admitido por:	<u>Nelson</u>
Procedência:	<input checked="" type="checkbox"/> Externo <input checked="" type="checkbox"/> Interno <input type="checkbox"/> Urgência <input type="checkbox"/> Outra
Pertences:	<input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim
Estado Emocional:	<input checked="" type="checkbox"/> Calmo <input type="checkbox"/> Ansioso <input type="checkbox"/> Agitado <input type="checkbox"/> Depressivo <input type="checkbox"/> Choroso

Condições da pele:  Não  Sim  Lesões Exames  Não  Sim

## **PROCEDIMENTOS REALIZADOS**

Venocline  Jecko N° \_\_\_\_\_  Scalp N° \_\_\_\_\_  Local \_\_\_\_\_

Jelco N° \_\_\_\_\_ + Injetor

Fixação  Espaladapo  Transporte  Micropore

Estrôdos  Dilatação Pupilar  Hemoglucoteste  Tricotomia Local

TA \_\_\_\_\_ mmhg FC \_\_\_\_\_ bpm Glucemia \_\_\_\_\_ mg/dl

MEDICAÇÕES USADAS \_\_\_\_\_ Envia \_\_\_\_\_ PRO-ANESTÉSICO \_\_\_\_\_

THE JOURNAL OF CLIMATE

PLANO DE CUIDADOS

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Admisiile la C.R.A., cunoscute, din care i-așteptăm M.  
NUR sau M.S.P.

Orientando po

Em /

TRANS-OPERATÓRIO

TRANS-OPERATÓRIO	
Admitido na SO	01
as	14:55
h	Circulante
	<i>Claudia + Tatáuá</i>
ANESTESIA	Instrument. Si. necl.
Inicio	15:20
Término	Anestesiologista
<input type="checkbox"/> Geral	<input checked="" type="checkbox"/> Sedação
	<input type="checkbox"/> Bloqueio
	<input type="checkbox"/> Local
<b>CIRURGIA REALIZADA</b>	
Início	15:35
Término	16:00
Cirurg.	
POTENCIAL DE CONTAMINAÇÃO	<input checked="" type="checkbox"/> Limpa
EXAMES	<input type="checkbox"/> Biomassa
	<input type="checkbox"/> Tonometria
	<input type="checkbox"/> Retinoscopia
	<input type="checkbox"/> Aspeção
	<input type="checkbox"/> Outros
<input checked="" type="checkbox"/> BISTURI ELÉTRICO	Tipo <u>Bipolar</u>
<input type="checkbox"/> PLACA NEUTRA	Potência Máxima
<input type="checkbox"/> FAGO	Localização
<input type="checkbox"/> LASER	Potência Máxima
<input checked="" type="checkbox"/> OXÍMETRO	Tempo
<input type="checkbox"/> CARDIOSCÓPIO	Temperatura
<input type="checkbox"/> CULTURA	Inicio
<input type="checkbox"/> CRYO	Término
<input type="checkbox"/> VIDEO	Terminou
<input type="checkbox"/> IMPLANTES	Final
<input type="checkbox"/> EXPLANTES	Tempo
<input type="checkbox"/> PEÇA CIRÚRGICA	Sub-Máscara
<input type="checkbox"/> CULTURA	Total
Qual?	Término
TA <u>110/50</u>	mmHg
	FC <u>94</u>
	bpm
	Sat.O2 <u>100</u>
	%
Medicações Usadas	<i>Realizado Abdômen em vermelho de diamônio sódico 16+ colita gencocol.</i>
ANTI-SÉPTICOS(S)	<input type="checkbox"/> PVPI
	<input type="checkbox"/> Clorexidina
CURATIVO	<input type="checkbox"/> Álcool 70%
	<i>Tipo Occlusivo + bolo Local R. Sacha</i>
INTERCORRÊNCIAS	<i>Perdeu a visão</i>
	<i>Não houve</i>
Salvo da sala às	16:30
<input type="checkbox"/> deambulando	<input type="checkbox"/> cadeira de rodas
<input checked="" type="checkbox"/> Músc. encaminhado a	<i>SR</i>
DEPARTAMENTO DE SINISTROS	
DPMAT	
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO	
13 JUN 2019	
Gente Seguradora S/A	

RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA

Recife - PE		Nível de Consciência			
		<input checked="" type="checkbox"/> Acordado	<input type="checkbox"/> Sonolento	<input type="checkbox"/> Sedado	<input type="checkbox"/> Em Náusea
		<input type="checkbox"/> Calmo	<input type="checkbox"/> Agressivo	<input type="checkbox"/> Agitado	<input type="checkbox"/> Chorosa
		<input type="checkbox"/> Condícões Respiratórias	<input type="checkbox"/> Entubado	<input type="checkbox"/> Eupnéxico	<input type="checkbox"/> Dispnéia
		<input type="checkbox"/> Pate/Mucosas	<input type="checkbox"/> Agonial	<input type="checkbox"/> Cianose	<input type="checkbox"/> Rubor
Reflexos:		Tosse <input type="checkbox"/>	Sin <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Deglutição <input checked="" type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
Questões:		<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Movimento Palpebral <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Tontura <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Náusea <input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> Dor Local	<input type="checkbox"/> Outras _____		
<b>Controle dos Sinais Vitais</b>					
Tempo 	Ao chegar	15'	30'	45'	
TA	110/70				
FC	96				
FR					
Sat. O2	100				
<b>Procedimentos Realizados</b>					
Carotídeo:	<input checked="" type="checkbox"/> Monitorização	<input type="checkbox"/> Oxigenoterapia	<input type="checkbox"/> Nebulização	<input type="checkbox"/> Crioterapia	<input type="checkbox"/> Enemas
	<input type="checkbox"/> Blood Stop	<input type="checkbox"/> Tipo Oclusivo	<input type="checkbox"/> Oclusor Transparente	<input type="checkbox"/> Outros	<input type="checkbox"/> Enemas
INTERCORRÊNCIAS	<input type="checkbox"/> Hipotensão	<input type="checkbox"/> Bradicardia	<input type="checkbox"/> Dispnéia	<input type="checkbox"/> Vômito	<input type="checkbox"/> Náusea
	<input type="checkbox"/> Tachicardia	<input type="checkbox"/> Taquicardia	<input type="checkbox"/> Edema Pulmonar	<input type="checkbox"/> Diarréia	<input type="checkbox"/> Cefaleia
	<input type="checkbox"/> Hipertermia	<input type="checkbox"/> Taquicardia	<input type="checkbox"/> Edema Pulmonar	<input type="checkbox"/> Diarréia	<input type="checkbox"/> Cefaleia
	<input type="checkbox"/> Hipertermia	<input type="checkbox"/> Taquicardia	<input type="checkbox"/> Edema Pulmonar	<input type="checkbox"/> Diarréia	<input type="checkbox"/> Cefaleia

Procedimentos Realizados	
<input type="checkbox"/>	Oxigenoterapia
<input type="checkbox"/>	Mobilização
<input type="checkbox"/>	Tipo Oclusivo
<input type="checkbox"/>	Oclusor Transparente
<input type="checkbox"/>	Bradicardia
<input type="checkbox"/>	Dis
<input type="checkbox"/>	Sangramento
<input type="checkbox"/>	Lips
atenção	
vertigem	
afrios	

Pt admitido na SR, avenida seu nascore, causado  
nemocôndolo, bichatado, nemocândico, nem  
superfícies em um acúmulo de fluido pleural, difusão  
livre, pleura palpável. MSS n alterações. Diversas  
excentradas, per sua extensão. C-1 no monólito. Ex-  
ames nos MMET. Segue aos custodios da  
Saqueira

Normal       Hipocaloríca

ALTA DA SR as \_\_\_\_\_ h  Apit\*  Caso  Transferido para C/ C supraditame Lm  
"normalmente"  
426.8271 P/E

Sali da nós as 16:30

Demiblade

Cachorro de Rodas

X Mice in mind?

三



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
HOSPITAL REGIONAL DE PALMARES DR. SILVIO FERNANDES MAGALHÃES

BOLETIM CIRÚRGICO



Fundação Hospital São José - HRP  
CNPJ 2428393

Nome do Paciente:

Número do Registro:

Cirurgião:

1º Auxiliar:

2º Auxiliar:

Instrumentador:

Anestesista:

Anestesia:

Duração:

Data da Cirurgia:

Inicio:

Fim:

Diagnóstico Pré-Operatório:

→ Fratura fr.

→ Exame cura

Cirurgia Realizada:

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPMAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

13 JUN 2019

Gesta Seguradora S/A.  
Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5  
Recife - PE

Descrição Cirúrgica

- ① Assem
- ② Remoçao
- ③ Curas

CONFIRMO  
CONFERE COM O  
ORIGINAL  
BOL 2019

RECORDEMA (SBCN) - CIRURGIA DE ALGUSMANHO E TUBEROSA (CSC 19870)  
RECORDEMA (SBCN) - CIRURGIA DE ALGUSMANHO E TUBEROSA (CSC 19870)  
CIRURGIA DE ALGUSMANHO E TUBEROSA (CSC 19870)  
CIRURGIA DE ALGUSMANHO E TUBEROSA (CSC 19870)  
CIRURGIA DE ALGUSMANHO E TUBEROSA (CSC 19870)



Nome do Paciente:	MARYO (Nº 2020)	Número do Registro:	
Cirurgião:	DJ. ALCÉDIO		
1º Auxiliar:		2º Auxiliar:	
Instrumentador:		Anestesista:	
Anestesia:		Duração:	
Data da Cirurgia:	30/05/20	Inicio:	Fim: DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPMAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
Diagnóstico Pré-Operatório:	osteoneclise SNC20		13 JUN 2019
			Gente Seguradora S/A. Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5 Recife - PE

Cirurgia Realizada: Dobr. artigo + lâminas + n-fissuras  
S/ cultur.

#### Descrição Cirúrgica

(08) dura de SOB suostadis + n-fissuras  
+ fissuras + c-mos

(0) Inv. exstc (5%) + deslocamento  
de tec. possivelmente

(0) friso de D2820

(0) curvus

(0) notado molar / clácula

CONFERE COM O  
ORIGINAL  
BOL 2020



BOLETIM CIRÚRGICO

Nome do Paciente:

Número do Registro:

Cirurgião:

Daniel Sanches

1º Auxiliar:

Colomano Moaell

2º Auxiliar:

Instrumentador:

Anestesista:

Anestesia:

Duração:

Data da Cirurgia:

02/10/19

Inicio:

Fim:

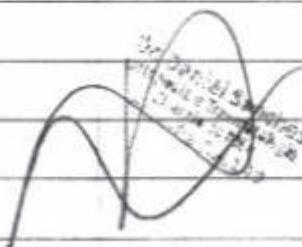
Diagnóstico Pro-Operatório:

Eritema sugestivo de pihe + intema  
mão de ponte molar

Cirurgia Realizada:

Descrição Cirúrgica

- ① Paciente em decúbito dorsal sob anestesia
- ② Anse, estetoscópio e grometas de campo
- ③ Ranhado de ponto
- ④ Abertura sangramento ósseo de natureza de Socio e cisto líquido
- ⑤ Limpeza com SF 0,9%
- ⑥ Sutura com nylon 2.0
- ⑦ Anotar





SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
HOSPITAL REGIONAL DE PALMARES DR. SILVIO FERNANDES MAGALHÃES

EVOLUÇÃO

HRP   
Av. Aguiar Sales s/n - Pernambuco  
CNPJ: 24.029.193

Nome do Paciente: Maria da Penha da Costa Registro: \_\_\_\_\_

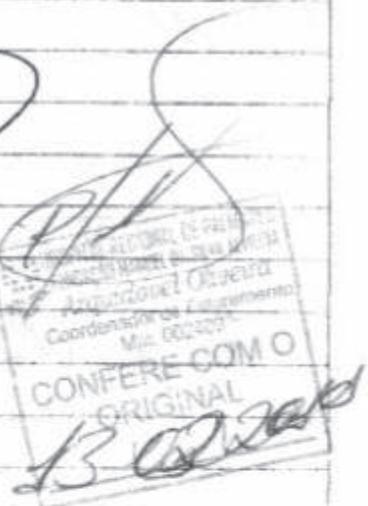
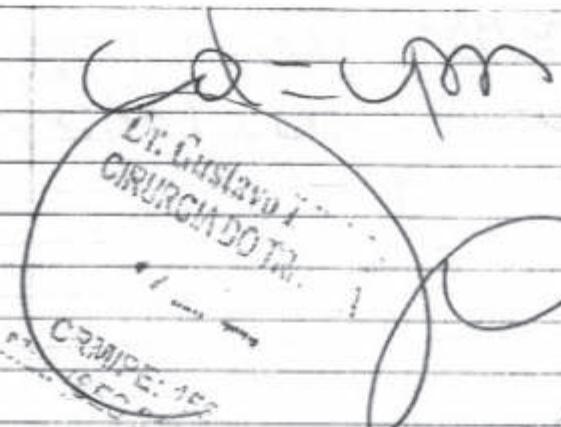
Enfermaria: \_\_\_\_\_ Leito: \_\_\_\_\_

01/07/18 + night

No dia 27/06/18  
Juliana

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO  
13 JUN 2019  
Gerente Seguradora S/A.  
Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5  
Recife - PE

13 JUN 2019  
Gerente Seguradora S/A.  
Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5  
Recife - PE  
DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO



01/07/19

H = não estava de  
peito mole + frótico  
de sono?

- Sonopomente live

- C = anotino com pressão





07/01/19

# ortopedia

15:00h

Paciente evoluindo clinicamente estabilizado  
no momento em questão

est. orientações

VPM

Dra. Anna Helena Cavadinha  
CRM-PE 17.340  
TEOT 13439

08/01/19

Paciente C1 B6, afetado  
nos freios no momento  
Manteve evolução

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
13 JUN 2019
Gente Seguradora S/A.
Av. Rio Barbosa, 715 - Lj. 5
Recife - PE

09/01/19

- HD = Esfuxo ferimento em pulso )
- Fratura de 20% de extensão de 20%
- FO com reacção hemorragiúnea
- CD = manta cheia ) medi volume  
absolutivo ~~1000~~  
Hemog | PCR ~~Hb 5.5~~ | dírito

16/01/19

- HD = ferimento aberto
- FO com náuseas e vômitos
- CD = contuso com edema
- Hemograma | PCR | USG

17/01/19

Dr. Daniel S. Schuches  
CRM-PE/19149  
Cirurgião-Dentista  
Ortopedista e Traumatologista

soft.  
ferimento aberto vago  
PCP grande c/ inchaço  
FO. dente seco  
CD: contuso  
PCR - 12  
USG - 44  
Hemograma - leveis + parâmetros

Assinatura: [Signature]

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO  
13 JUN 2019  
Gente Seguradora S/A  
Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5  
Recife - PE

18/01/19

ferimento aberto em palmar  
pele desidratada estéril fr. ruboroso  
fo: secreção branca exuberante  
BO: anti DTR

Dr. Philippe Xavier  
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA  
CRM-PE 20724 / RQE + 355

Assinatura, Cartão e CRM do Médico

27.01.19 Howland A

Pedi-rla rel. febre após administração de Maracujá - anterior à dor dolo-  
r no pé direito

No var. F.O. e bon aspecto

- c) ① Suspendo de proc  
② Vigor febre

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

29a / 19 Draw Affine, or several others  
as samples.

c. 4: When

2019/10 + ~~Oct~~

It can be done

To Be Read (2)

Cotswold



Assinatura, Carimbo e CRM do Médico



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
HOSPITAL REGIONAL DE PALMARES DR. SILVIO FERNANDES MAGALHÃES

**BOLETIM CIRÚRGICO**



Fundação Hospital de São Paulo  
CNEB:2428393

Nome do Paciente:

PERNAMBUCO  
ESTADO DE S. P. B.

Número do Registro:

Cirurgião:  
*WILSON VIEIRA*

1º Auxiliar:

Instrumentador:

Anestesia:

Data da Cirurgia:

01/06/19

Início: \_\_\_\_\_ Fim: \_\_\_\_\_

Diagnóstico Pré-Operatório:

*= fiss ex. mitral +*  
*estenose bico*

Cirurgia Realizada:

*Sut + cateter*

**Descrição Cirúrgica**

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPIAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

13 JUN 2019

Gente Seguradora S/A,  
Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5  
Recife - PE

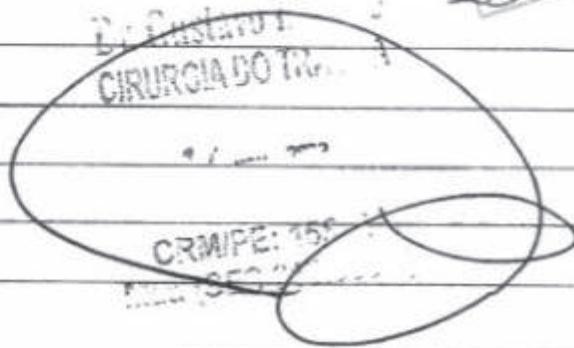
(1) *anexos*

(2) *anatomia*

(3) *Ressecção extiss mitral valva* →

*Apostil de todo todo normal*

(4) *anatomia pms.*





FICHA DE ANESTESIA

Paciente

Mayo Carolozo Machado de Melo.

Registro

CRM: 7101 Nome do Anestesista:

João Souza

Nome do Cirurgião:

Gustavo Libanio

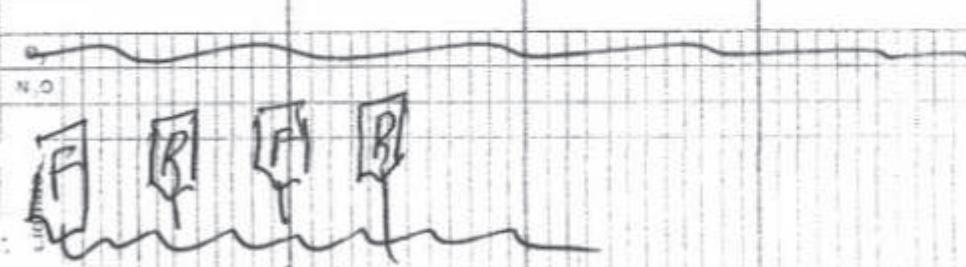
Medicação Pré-anestésica:

Cirurgia: IIº Crurígeo de ferões múltiplos

Sexo: M Idade: 30 Risco: IV

urgência:  Não:  Sim:

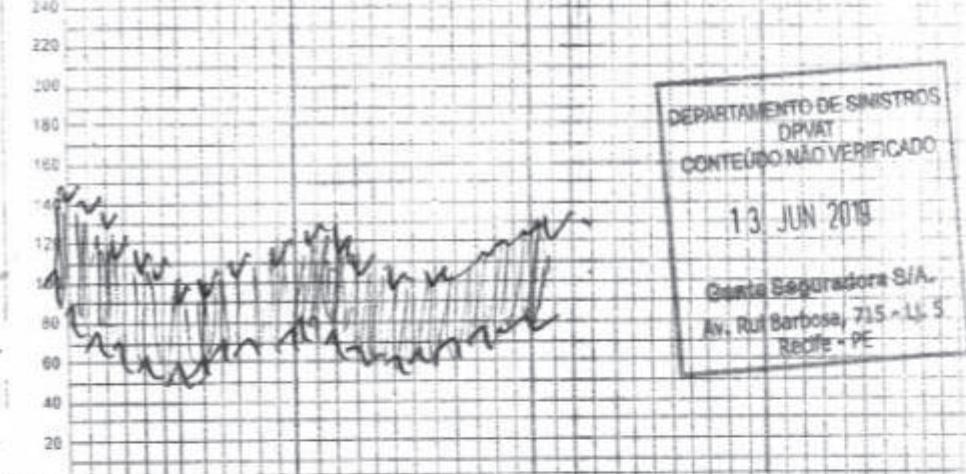
Horação:



SaO<sub>2</sub>:

ETCO<sub>2</sub>:

ECG:



Drogas utilizadas:

Propofol	100mg
Ketamina	75mg
Sevoflural	100mcg
Atropina	0,5mcg
Etoxil	7,5mg
Octroxano 2g	
Sevorane	200ml

Anotações:

General anestesiada com máscara de Sevorane a 1%



CONFERE COM O ORIGINAL  
B. C. D. M. B. G.

Josemar Gomes dos Anjos  
CPF: 145.807.764-91  
MEPE/Assinatura Campanha CRMEF

- |  |   |
|--|---|
| Monitorização                                    | <input type="checkbox"/> BIS                  |
| <input checked="" type="checkbox"/> Cardioscópio | <input type="checkbox"/> Temperatura          |
| <input checked="" type="checkbox"/> Oxímetro     | <input type="checkbox"/> Swan-Gans            |
| <input checked="" type="checkbox"/> PNI          | <input type="checkbox"/> Analisador Gases     |
| <input type="checkbox"/> Sonda Vesical           | <input type="checkbox"/> PVC                  |
| <input type="checkbox"/> Capnógrafo              | <input type="checkbox"/> Estimulador de Rádio |
| <input type="checkbox"/> Estet. Pré-Cordial      | <input type="checkbox"/> Linha Arterial       |
| <input type="checkbox"/> Outros                  | <input type="checkbox"/> Volemia IGP Plus     |

- |             |   |
|-------------|---|
| Encaminhado | <input type="checkbox"/> Acordado             |
|             | <input checked="" type="checkbox"/> Sonolento |
|             | <input type="checkbox"/> Intubado             |
| Destino     | <input type="checkbox"/> SRFA                 |
|             | <input type="checkbox"/> Apar.I/Enf.          |
|             | <input type="checkbox"/> UTI                  |
|             | <input type="checkbox"/> Externo              |

Intercomunicação:  NÃO  SIM

Descrever:

Observações:



FICHA DE ANESTESIA

Paciente

Mayo Cardozo Machado

Data:

Registro

814858

COV Nome do Anestesista

Josémar Fum

Nome do Cirurgião

Eustálio Líbano

Motivação Pre-anestésico

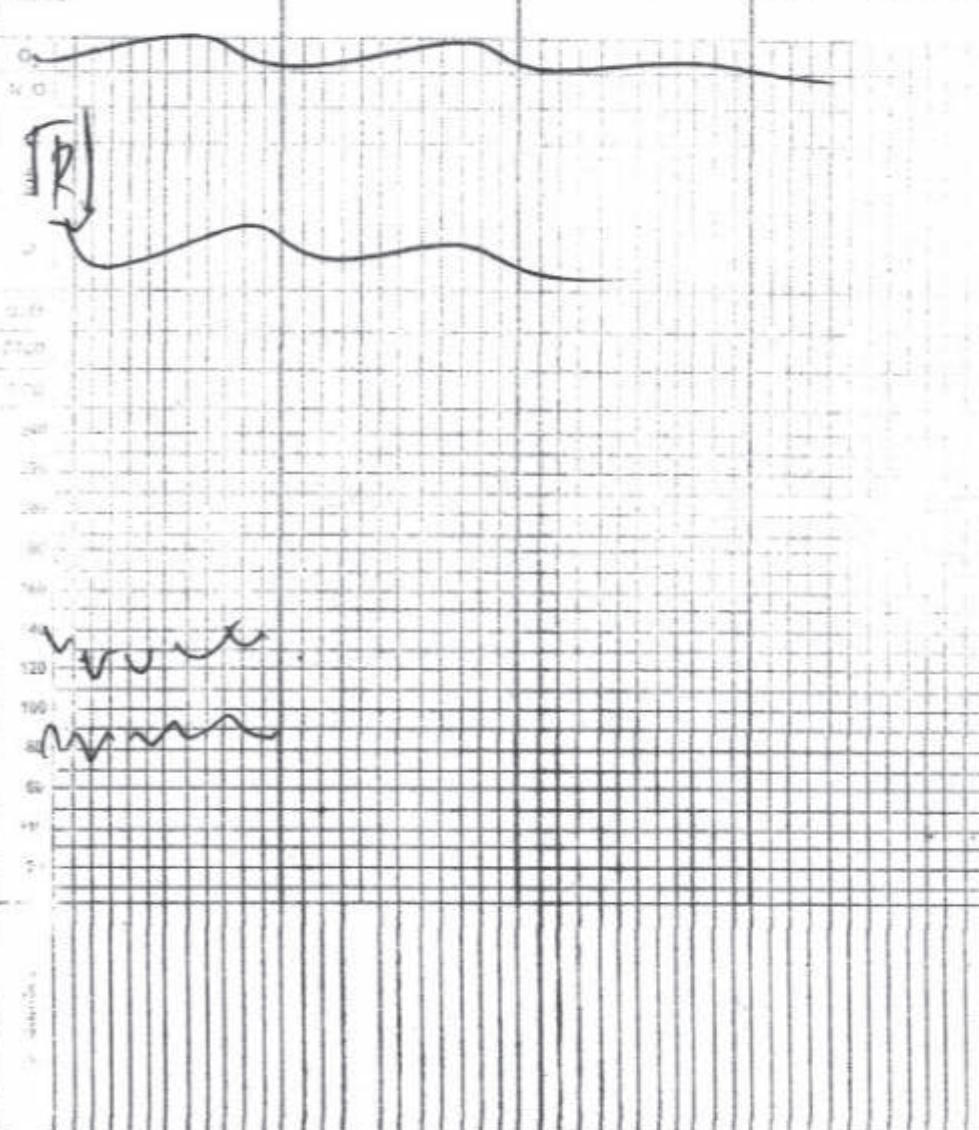
Operação

Limpeza Cirúrgica de ferimento extenso

Sexo	M	Cor	M	Idade	50	Risco	II
------	---	-----	---	-------	----	-------	----

urgência	<input type="checkbox"/>	Não	<input type="checkbox"/>	Sim	<input type="checkbox"/>
----------	--------------------------	-----	--------------------------	-----	--------------------------

HABITUAL



Ketorolac 100mg  
Piggo sol 70ml  
atropina 0,5mg

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

13 JUN 2019

Gente Seguradora S/A.  
Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5  
Recife - PE

Técnico Anestesista

Qual anestese

BACLOFEN  
CONFERE COM O  
ORIGINAL  
BACLOFEN

- Monitorização
  - Endoscópio
  - Tonometro
  - TPI
  - Drenagem Vesical
  - Cinanografio
  - Eletro. Pré-Cordial
  - Outros
- BIS
  - Temperatura
  - Swan-Gans
  - Analisador Gases
  - PVC
  - Estimulador de Músculo
  - Linha Arterial
  - Voluntária IBP Pos

- Encaminhado
- Acordado
- Sonolento
- Intubado
- Destino
- SBPS
- Apneu/EP
- UTI
- Rádio

Intercorrência:  NÃO  SIM

Descrever:

Observações:

Assinatura: Gomes dos Anjos  
C. 145.807-764-11  
Assinatura: Camacho CRM de Medicos

## FICHA DE ANESTESIA

Paciente	Maryo Cardoso Machado de Melo	Registro	142552
CRM		Rua	5
		Cor	PD
		Idade	30
		Risco	1
Nome do Anestesista	KLWANDI	Nome do Cirurgião	JOAQUIM
Medicamento Pré-anestésica	Nalox	urgência	<input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim
Cirurgia	Limppe + DESBIDAMENTO DE LESÃO SACRAL		

Horário	11:15			Drogas usadas	Quantidade
O <sub>2</sub>	100%			Midazolam	5mg
N <sub>2</sub> O				Fentanil	100mcg
Líquidos	SEI			Etomidina	50mg
	500			Propofol	100mg
	300/100				
ETCO <sub>2</sub>					
ECG	RR RL				
*P <sub>a</sub> O <sub>2</sub>	240				
	220				
	200				
	180				
	160				
	140				
	120				
	100				
	80				
	60				
	40				
	20				
Amblações					

Monitorização	<input type="checkbox"/> ECG
Cardioscópio	<input type="checkbox"/> Temperatura
Óximetro	<input type="checkbox"/> Swan-Ganz
SpO <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> Analisador Gases
Sonda Vesical	<input type="checkbox"/> PVC
Capnógrafo	<input type="checkbox"/> Estimulador de Rítmo
Estat. Pré-Cordial	<input type="checkbox"/> Linha Arterial
Outros	<input type="checkbox"/> Voltagem EGP Pre
galergia)	
glomérulonefrite	

Encaminhado	<input type="checkbox"/> Acordado
	<input checked="" type="checkbox"/> Sonolento
	<input type="checkbox"/> Intubado
Destino	<input checked="" type="checkbox"/> UPA
	<input type="checkbox"/> Apur. Int.
	<input type="checkbox"/> UTI
	<input type="checkbox"/> Extinto

Intercorrência:	<input checked="" type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM
Descrever:		
Observações:		
CONFERE COM O ORIGINAL		
<i>Eliverton André</i>		
Anestesiologia		
CRM-PE 23.856		

Assinatura, Carimbo e CRM do médico



FICHA DE ANESTESIA

Paciente:

MARYD... PARATO M. R. V. NELO

Registro

Sexo	M	Idade	44
------	---	-------	----

CRM / Nome do Anestesista

Medicação Pré-anestésica

Nome do Cirurgião

Cirurgia

LIMPEZA DE FERIMENTO

urgência  Não  Sim

Horação:

07:00

N.O

Liq

SaO<sub>2</sub>

ETCO<sub>2</sub>

ECG

240

220

200

180

160

140

120

100

80

60

40

20

Anotações

Drogas usadas

FLUOPOL	15,000
CETANILIA	20,000
FENTANIL	7,500
ETILEFRINA	3,000

Quantidade

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DRAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

- 13 JUN 2019

Gente Seguradora S/A

Técnica Anestésica: Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5  
Recife - PE

- Monitorização
- BIS
  - Cardioscópio
  - Oxímetro
  - PH
  - Sonda Vesical
  - Capnôgrafo
  - Estet. Pré-Cordial
  - Outros

- Temperatura
- Swan-Gans
- Analisador Gases
- PVC
- Estimulador de Nervo
- Linha Arterial
- Volâmetro ICP Puls

- Encaminhado
- Acordado
  - Sonolento
  - Intubado
  - Destino
  - SFPA
  - Apar. End.
  - UTI
  - Externo

Intercomunicação:  NÃO  SIM

Descrever:

Observações:

**FICHA DE ANAMNESE**

Nome: Maria Josefa machado da motta Registro: 814852  
 Sexo: M ( ) F ( )  
 Idade: anos  
 Endereço: Rua Icardo Machado Peso: kg  
 País ou Responsável:  
 Data do Atendimento: / / 201 Horário: \_\_\_\_\_

**1) QPD / HDA:**

Dor + Fieber exa b baix  
Dor

**2) Exame Físico:**

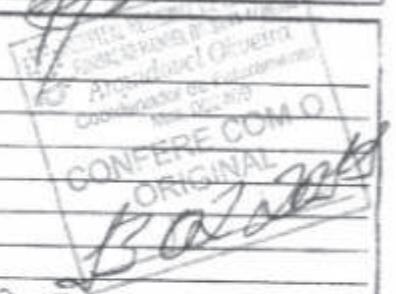
com, pernb

**3) HD:**

Fevereiro exa mota  
posto descansos baix baix

**4) Conduta na Emergência / Prescrição:**

XO Reco  
Cffo arreco

**5) Evolução na Emergência:**

**6) Destino do Paciente:**

- Alta para casa       Encaminhamento ao Laboratório  
 Internamento       Óbito       Outro \_\_\_\_\_  
 Transferência para Outra Unidade

**7) Condições de Saúde do Paciente:**

- Melhorado       Inalterado       Piorado

Assinatura, Carimbo e CRM do Médico



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
HOSPITAL REGIONAL DE PALMARES DR. SILVIO FERNANDES MAGALHÃES



## SUMÁRIO DE ADMISSÃO E ALTA

Nome do Paciente

Marijane Lúcio Machado de Melo

Registro

R/4858

Clínica

Leito

Diagnóstico Inicial (Constante do Laudo Médico)

Procedimento Solicitado

Tempo de Permanência Previsto

Procedimento Realizado

Código

Código	EQUIPE	NOME	Matrícula Nº
01	Cirurgião	Gustavo Hora	
02	1. Aux. Cirúrgico		
03	2. Aux. Cirúrgico		
04	Demais Aux. Cirúrgicos		
05	Anestesista		
06	Clínicos		

## Procedimentos Especiais:

- Mudança de Procedimento
- Diária de UTI
- Diária de Acompanhante
- Vacina Anti-RH
- Longa Permanência

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

## Resumo do Caso

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

13 JUN 2019

Gente Seguradora S/A  
Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5  
Recife - PE

Diagnóstico Definitivo

Diagnóstico Secundário

Motivo da Alta

Data de Internação

Data de Alta

Dias de Hospitalização



Pernambuco



Data do Atendimento: 07/05/2019 Hora: 14:39:48

No. Atendimento: 861490

Prioridade: SEM CLASSIFICAÇÃO

Ambulatório

PRONTUÁRIO: 142552

Colaborador: RAQUELPS

CNS: 700904955839998

Nome: MAVYO CARDOSO MACHADO DE MELO

Sexo: Masculino

Data de Nascimento: 26/06/1988

Idade: 30 Anos, 10 Meses e 11 Dias

C.I.: 6702943

País ou responsáveis: JOELMA LUCIO CARDOSO DE MELO

/ MAVIAEL MACHADO DE MELO

Endereço.....: RUA DAVID MADEIRA, 3816 CASA - CENTRO/ - 55550000

Cidade.....: AGUA PRETA

Tel.: 36618450 / 87585924

Hora do Atendimento:

/ Hs

Peso: Kg

Temperatura: °

## ANAMNESE

QDA / HDA / Evolução Nível Superior :

Exames Complementares/Exame Físico:

AO AMBULATÓRIO  
DE ORTOPEDIA

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

HD:

13 JUN 2019

Gente Seguradora S/A.  
Av. Rui Barbosa, 715 - Lt. 5  
Recife - PE

Conduta:

AO AMBULATÓRIO  
DE ORTOPEDIA

Classificação de Risco:

Queixa Principal Relatada a Classificação de Risco:

Alergia:

Observação:

Hora Classificação:

Classificador:

CLÍNICO - ORTOPEDICO  
TRAUMATO - ORTOPEDICO  
CRM 15582

## LAUDO MÉDICO

DECLARO PARA OS DEVIDOS FINS, QUE O(A) SR(A) **MAVYO CARDOSO MACHADO DE MELO** ENCONTRA -SE INCAPAZ DE REALIZAR SUAS OCUPAÇÕES. O(A) MESMO(A) NECESSITA DE 180 DIAS DE AFASTAMENTO DE TRABALHO A PARTIR DA PRESENTE DATA

CID = S31.0

29 DE JANEIRO DE 2019

ASSINATURA E CRM DO MÉDICO

Gustavo Libório  
MEDICO-PERITO  
Ortopedia-Traumatologista  
CRM: 15582  
TEOT/PE/05

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO  
13 JUN 2019

Geste Seguradoras S/A.  
Av. Rui Barbosa, 715 - Lt. 5  
Recife - PE

~~RECENDARIO~~ SHP  
+ ~~bis~~ ~~NIAH~~

Mauyo Cross Et  
Mauyo Cross Et

+ Declino de O pet  
Aman fui utim. All.  
casa noboculos em  
01/04/14. Sma

~~Submissão~~

ESTADUAL COMBINE CRM DO MÉDICO

CRM 15582  
ORTOPEDISTA

Estr. Colombo e Palmares KM 905

Palmares  
www.palmares.com

(84) 3661-8430

transito com  
os urânicos.

- Exone: Endui com  
muitos charms com  
deitar e falar.

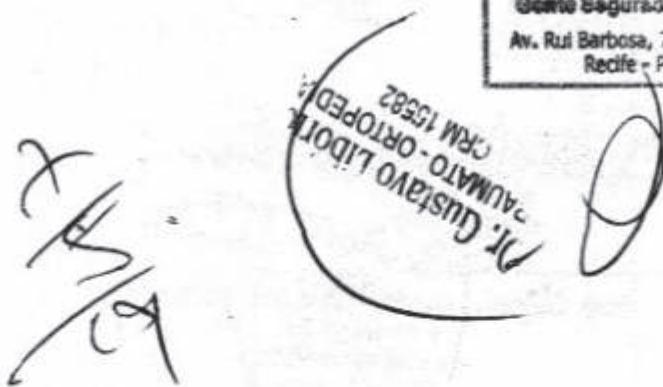
HP: fumaça & fuma

NDA = 04/05/19

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPMAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

13 JUN 2019

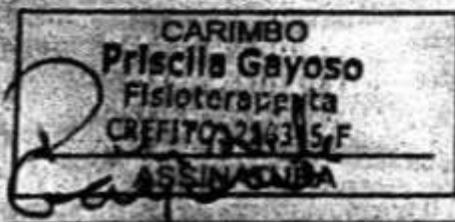
Brasile Seguradora S/A  
Av. Rui Barbosa, 715 - L.J. 5  
Recife - PE





## RECEITUÁRIO

Declaro devidos fins  
que o Paciente, Mário e  
Cordoso Machado de Melo,  
realizou tratamento  
fisioterapêutico, após  
acidente automobilístico,  
que resultou em  
fratura da pulpa cida  
S. 321.



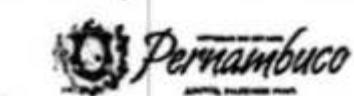
Aqua Preta 15/07/2019



DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DIPMAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

07 AGO 2019

Centro Segurador e Cia.  
Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5  
Recife - PE



## LAUDO MÉDICO

Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5  
Recife - PE  
07 AGO 2019  
Assento Segurador e Cia.  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO  
DEPARTAMENTO DE SINISTROS

Data de Atendimento: 05/08/19

Nº PRONTUÁRIO: 115107

NOME DO PACIENTE: Maria Roberta dos Santos.

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA: Fratura do fêmur Eny

CID: S72.0

Fratura do fêmur esquerdo hi  
OBS.: 16 semanas, Rx com sinete de  
cervolito à ossos. alta médica

Nº DIAS \_\_\_\_\_ (

AFASTAMENTO DO TRABALHO

Dr. Edil Martins

Assinatura do Médico  
Carimbo

CÓD. 38391



DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO  
13 JUN 2019  
Gente Seguradora S/A.  
Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5  
Recife - PE

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190380541      **Cidade:** Água Preta      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** MAVYO CARDOSO MACHADO DE MELO      **Data do acidente:** 01/01/2019      **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** Lesão extensa da região sacral com fratura exposta do sacro e crista e ilíaca direita

**Descrição do exame físico:** Ao exame: extensa cicatriz fibrótica limitando o arco de movimento da região lombar

**Resultados terapêuticos:** Quadro submetido a tratamento cirúrgico, evoluindo com osteomielite necrose de tecidos sendo submetido à quatro tempos cirúrgicos.

Alta médica

**Sequelas permanentes:** Deficit funcional moderado(50%) em segmento lombar da coluna

**Sequelas:** Com sequela

**Data do exame físico:** 28/06/2019

**Conduta mantida:**

**Observações:** O exame físico descrito demonstrou que após a consolidação das lesões ocorridas no trauma e o término do tratamento, há um quadro sequelar caracterizado por restrição dos movimentos habituais em segmento lombar da coluna, portanto mantemos a conduta do médico examinador.

## 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 do segmento lombar da coluna vertebral	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
<b>Total</b>			<b>12,5 %</b>	<b>R\$ 1.687,50</b>

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

---

**Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo**

**Número do Sinistro:** 3190380541

**Nome do(a) Examinado(a):** MAVYO CARDOSO MACHADO DE MELO

**Endereço do(a) Examinado(a):** RUA DAVI MADEIRA , 3816 - Água Preta/PE  
- CEP 55550-000

**Identificação - Orgão Emissor/UF/Número :** 6702943 - SDS PE

**Data e Local do Acidente :** 01/01/2019

**Data e Local do Exame :** 28/06/2019 CLINICA AVANCE - RUA NOSSA  
SENHORA DE FATIMA, 350 - CARUARU/PE - CEP 55012-600

**Resultado da Avaliação Médica**

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

Lesão extensa da região sacral com fratura exposta do sacro e crista e ilíaca  
direita .

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

Quadro submetido a tratamento cirúrgico, evoluindo com osteomielite necrose  
de tecidos sendo submetido à quatro tempos cirúrgicos.

**III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao  
diagnóstico relatado.**

Ao exame: extensa cicatriz fibrótica limitando o arco de movimento da região  
lombar.

**IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente  
trânsito e comprovadas na documentação apresentada? [X] Sim [ ] Não**

**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:**

Dano funcional do segmento lombar da coluna vertebral. 50%

**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 (\*).**

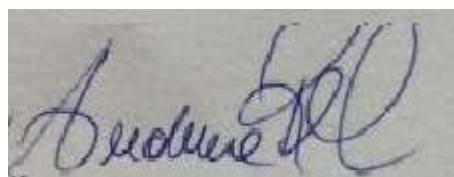
- Vide motivo do impedimento no campo das observações
- “Vítima em tratamento” Esta avaliação médica deve ser repetida em \_\_\_\_\_ dias
- “Sem sequela permanente” (Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

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

Região Corporal	Região Corporal
segmento lombar da coluna vertebral	
% do Dano <input type="checkbox"/> 10% residual <input type="checkbox"/> 25% leve	% do Dano <input type="checkbox"/> 10% residual <input type="checkbox"/> 25% leve
(X) 50% médio <input type="checkbox"/> 75% intensa <input type="checkbox"/> 100% completo	(X) 50% médio <input type="checkbox"/> 75% intensa <input type="checkbox"/> 100% completo
Região Corporal	Região Corporal
% do Dano <input type="checkbox"/> 10% residual <input type="checkbox"/> 25% leve	% do Dano <input type="checkbox"/> 10% residual <input type="checkbox"/> 25% leve
( ) 50% médio <input type="checkbox"/> 75% intensa <input type="checkbox"/> 100% completo	( ) 50% médio <input type="checkbox"/> 75% intensa <input type="checkbox"/> 100% completo

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

Dano funcional do segmento lombar da coluna vertebral. 50%



ANDREA RODRIGUES MADEIRA CRM : 19953 / UF :PE

## PROCURAÇÃO PARTICULAR

### BENEFICIARIO/VITIMA:

Nome: Mario Cardoso Machado de Melo  
Nacionalidade: Brasileira Est. Civil: Casado  
Profissão: Motorista  
Identidade: 6702943 CPF: 061.991.384-30  
Endereço: Rua Onívia Madeira nº 3910 Centro - Águia Preta - PE

### PROCURADOR:

Nome: Givaldo Mariano da Silva  
Nacionalidade: Brasileira Est. Civil: Solteiro  
Profissão: Bombeiro militar  
Identidade: 2794021-7 CPF: 816.861.619-68  
Endereço: Praca idalino Femeira Lins nº 03 centro - Piumerê - PE

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador acima qualificado, podendo o mesmo representar-me perante a Seguradora Lider dos Consórcios DPVAT, bem como perante qualquer seguradora que faz parte do Consorcio DPVAT, também perante aos pontos de atendimento da Seguradora Lider (Correios, Sinceres e Corretores), para fim específico de dar entrada no meu seguro DPVAT, podendo para tanto, assinar aviso de sinistro, autorização de pagamento e prestar declarações.

Águia Preta 10/06/2019  
Local e data

Mario Cardoso Machado de Melo  
Assinatura do Beneficiário/Vitima  
(reconhecer firma por autenticidade)

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

13 JUN 2019

Gente Seguradora S/A.  
Av. Rui Barbosa, 715 - 4º 5  
Recife - PE



NOTARIAL E REGISTRAL DA ÁGUA PRETA - PE Dr. Luciano de França Silva  
Av. Rui Barbosa, 3333, Centro, Águia Preta - PE - CEP 52.390-000 Tel.: (81) 3983-2200

RECONHECIMENTO DE FIRMA - Reconheço por AUTENTICIDADE  
(Art. 369 do CPC) a assinatura da pessoa de: MARIO  
CARDOSO MACHADO DE MELO. Águia Preta/PE. Mario  
Márcia Gomes de Lima - 2º Substituta Legal. Emol. R\$  
3,49 TSNR R\$ 0,78 FERC R\$ 0,39 Total R\$ 4,66

Selo: 0074013.JZF04201901.00563 10/05/2019 09:58:57  
Consulta autenticidade em [www.tjpe.jus.br/sef/digital](http://www.tjpe.jus.br/sef/digital)

# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0202527/19

Número do Sinistro: 3190380541

Vítima: MAVYO CARDOSO MACHADO DE MELO

CPF: 061.991.384-30

CPF de: Próprio

Data do acidente: 01/01/2019

Titular do CPF: MAVYO CARDOSO  
MACHADO DE MELO

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

Documentação médica-hospitalar

## ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue 0800-0221204.

- 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.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

### Portador da documentação entregue

Data da entrega: 19/07/2019  
Nome: GIVALDO MARIANO DA SILVA  
CPF: 816.861.614-68

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 19/07/2019  
Nome: Marta Marinho dos Santos  
CPF: 492.294.514-87

GIVALDO MARIANO DA SILVA

Marta Marinho dos Santos