
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. 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

Pag. 01643/01644 - carta_02 - INVALIDEZ



Carta nº 14493813

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, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

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

www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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.seguradoralider.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

Carta nº 14624405



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



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

NP do sinistro ou ASL:

CPF do vítima:

061.991.384-30

Nome completo da vítima:

MAVYO CARDOSO MACHADO DE MELO

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

Nome completo:

MAVYO CARDOSO MACHADO DE MELO

CPF:

Profissão:

MOTONISTA

Endereço:

RUA DAVI MADEIRA

Número:

3816

Complemento:

CASA

Bairro:

CENPRO

Cidade:

AGUA PRETA

Estado:

PE

CEP:

55550-000

E-mail:

GivaldoBonferrini@yahoo.com.br

Tel.(DDD):

81-99272-9352

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR

☐ ATÉ R\$1.000,00

☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☒ Bradesco (237)

☐ Itau (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

3214

0

CONTA:

049307

4

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento de análise do meu pedido de Indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia condonância com a autoridade médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

REQUERIMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

13 JUN 2019

Seguradora S/A.
Av. Rua dos Andradas, 115 - L. 5
Recife - PE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (no Civil)

☐ Divorciado

☐ Separado Judicialmente

☐ Viúvo

Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima:

Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim

☐ Não

Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos?

☐ Sim

☐ Não

Se tinha filhos, informar quantos:

Vivos:

Falecidos:

Vítima deixou nascituro (vai nascer)?

☐ Sim

☐ Não

Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim

☐ Não

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

Local e Data:

Palmares-PE 15 de maio de 2019

Nome:

CPF:

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1º Nome:

CPF:

Assinatura

2º Nome:

CPF:

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

13 JUN 2019

Centro Seguradora S/A.
Av. Rui Barbosa, 715 - 11, 5
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 Nº. 19E0165000223

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

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

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

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR / AGENTE)
MAVYO 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)

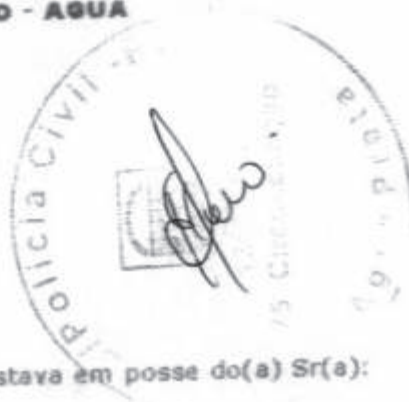
**DESCONHECIDO (não presente ao plantão) - Sexo: Desconhecido Naturalidade: NÃO
INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

MAVYO CARDOSO MACHADO DE MELO (presente ao 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:
6782943/SSP/PE (RG), 06199138436 (CPF), 93865484388 (CNH) Estado Civil: CASADO(A)
Escolaridade: DESCONHECIDO Profissão: MOTORISTA Telefones Celulares:
- 81996767944

Endereço Residencial: **RUA DAVID MADEIRA, 3816 - CEP: 0 - Bairro: CENTRO - AGUA
PRETA/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) 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)**



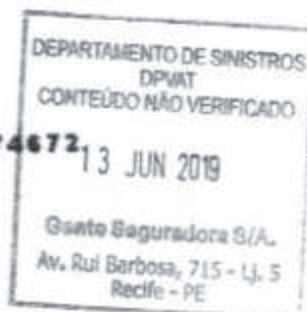
Complemento / Observação

INFORMA A VITIMA QUE NO DIA 01/01/2019 ESTAVA AS MARGENS DA PE 96 PROXIMO AO ENGENHO CANOA RACAHADE CONsertando o VEICULO QUE O MESMO ESTAVA CONDUZINDO, QUANDO UMA MOTOCICLETA LHE ATROPELOU TOMANDO DESTINO IGNORADO. A VITIMA FOI SOCORRIDO PELO SAMU OCORRENCIA NUMERO 5572997, TENDO SIDO CONDUZIDA AO HOSPITAL REGIONAL DOS PALMARES PRONTUARIO DE ATENDIMENTO NUMERO 142552, ONDE TEVE LESAO LOMBAR IMPORTANTE, TENDO PASSADO POR 04 PROCEDIMENTOS CIRURGICOS, ONDE TEVE ALTA MEDICA DIA 29/01/2019 E ESTAVA IMPOSSIBILITADO DE EXECER SUAS OCUPAÇÕES HABITUAIS POR UM PRAZO DE 120 DIAS CONFORME LAUDO MEDICO.

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

Márcio Cardoso Machado de Melo
MARCO CARDOSO MACHADO DE MELO
(VITIMA)

B.O. registrado por: **RAFAEL GOMES DE FARIAS** - Matrícula: **3874672**



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

NP do sinistro ou ASL:

CPF do vítima:

061.991.384-30

Nome completo da vítima:

MAVYO CARDOSO MACHADO DE MELO

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

Nome completo:

MAVYO CARDOSO MACHADO DE MELO

CPF:

Profissão:

MOTONISTA

Endereço:

RUA DAVI MADEIRA

Número:

3816

Complemento:

CASA

Bairro:

CENPRO

Cidade:

AGUA PRETA

Estado:

PE

CEP:

55550-000

E-mail:

GivaldoBonferrini@yahoo.com.br

Tel.(DDD):

81-99272-9352

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR

☐ ATÉ R\$1.000,00

☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☒ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

3214

0

CONTA:

049307

4

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento de análise do meu pedido de Indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia condonância com a autoridade médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

REQUERIMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

13 JUN 2019

Seguradora Líder S/A
Av. Rua Barbosa, 115 - Lj. 5
Recife - PE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (no Civil)

☐ Divorciado

☐ Separado Judicialmente

☐ Viúvo

Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima:

Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim

☐ Não

Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos?

☐ Sim

☐ Não

Se tinha filhos, informar quantos:

Vivos:

Falecidos:

Vítima deixou nascituro (vai nascer)?

☐ Sim

☐ Não

Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim

☐ Não

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

Local e Data:

Palmares-PE 15 de maio de 2019

Nome:

CPF:

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1º Nome:

CPF:

Assinatura

2º Nome:

CPF:

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

FICHA DE ATENDIMENTO

Data da Solicitação: 01/01/19 Distrito: _____ Número da Ocorrência: 5572097
 Motivo / Solicitação: APT e Resgate ☐ UTI ☒ Básica ☐ Helicóptero

☒ VIA PÚBLICA ☐ DOMICÍLIO ☐ EVENTOS ☐ OBSTÉTRICO
☐ Clínico ☐ Clínico ☐ HANGAR ☐ PSIQUIÁTRICO
☐ Causas Externas ☐ Causas Externas ☐ METROPOLITANO ☐ TROTE / CANCELADAS
☐ ÓBITO ☐ REMOÇÃO-senha: _____

IDENTIFICAÇÃO

PACIENTE: Manoel Cardoso Machado de Melo IDADE: 30 ANOS
 SEXO: ☒ Masc. ☐ Fem. PROFISSÃO: _____ FONE: () _____
 END: Rua David Madeira N: 3816 BAIRRO: Santa Barbra
 SOLICITANTE: _____ FONE: () _____
 END. Ocorr.: PE 96 BAIRRO: _____
 REFERÊNCIA: Próximo ao Engenho Canoa Rachada

CAUSA EXTERNA (ACIDENTE / VIOLÊNCIA)

Acid. Automóvel <input type="checkbox"/> Motorista <input type="checkbox"/> Passageiro/Frente <input type="checkbox"/> Passageiro/Trás <input type="checkbox"/> Uso do Cinto <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	Acid. Motocicleta <input type="checkbox"/> Motociclista <input type="checkbox"/> Passageiro <input type="checkbox"/> Uso de Capacete <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	Atropelamento <input type="checkbox"/> Via Pública <input type="checkbox"/> Calçada <input type="checkbox"/> Outros _____	Mecan. De Trauma <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 <input type="checkbox"/> Carro ou Moto <input type="checkbox"/> Ônibus <input type="checkbox"/> Caminhão Placa: _____	Acid. Ciclista <input type="checkbox"/> Colisão <input type="checkbox"/> Queda <input type="checkbox"/> Outros _____	Intoxicação <input type="checkbox"/> An. Peçonhento <input type="checkbox"/> Exógena <input type="checkbox"/> Outros Agente Causador: _____	Exposições <input type="checkbox"/> Choque Elétrico <input type="checkbox"/> Fogo () 1º () 2º () 3º <input type="checkbox"/> Fumaça <input type="checkbox"/> Subst. Química
Asfixia <input type="checkbox"/> Semi-Afogamento <input type="checkbox"/> Soterramento <input type="checkbox"/> Engasgo <input type="checkbox"/> Outros	Queda <input type="checkbox"/> Própria Altura <input type="checkbox"/> Outra Altura Aproximadamente _____ Metros	Agressões <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
 Genta Seguradora S/A.
 Av. Rui Barbosa, 715 - 11. 5
 Recife - PE

CAUSAS CLÍNICAS

HISTÓRIA CLÍNICA ATUAL: Paciente em EGC, consciente, orientado, vítima de atropelamento, com corte em regiões lombares e glúteas.
 HIPÓTESE DIAGNÓSTICA CONHECIDA: Corte em regiões lombares e glúteas com perda de líquido.

AVALIAÇÃO CLÍNICAS

TEMPERATURA 35°C Vias Aéreas FR: _____	GLICEMIA (HGT) 112 Pulso 71	<input type="checkbox"/> Agitação Psicomotora <input type="checkbox"/> Desidratado <input type="checkbox"/> Lesões de Face <input type="checkbox"/> Ictérico <input type="checkbox"/> Palidez <input type="checkbox"/> Cor da Pele Anormal	<input type="checkbox"/> Sudorese <input type="checkbox"/> Batimento Asa Nariz <input type="checkbox"/> Cianose <input type="checkbox"/> Deformidade Tórax <input type="checkbox"/> Dispneia <input type="checkbox"/> Distonia Fala/Choro	<input type="checkbox"/> Gemido/Estridor <input type="checkbox"/> Obst. Das Vias Aéreas <input type="checkbox"/> Retração Xifóide <input type="checkbox"/> Sibilos Expiratórios <input type="checkbox"/> Tiragem Intercoastal
RN: 33-50 <1 Ano 30-50 Criança 20-30 Adulto 12-20	RN: 120-160 <1 Ano 90-140 Criança 80-110 Adulto 90-100	Perfusão Periférica	<input type="checkbox"/> Boa <input type="checkbox"/> Ruim	CIRCULAÇÃO PA: 110, 70

EXAME NEUROLÓGICO

NATUREZA DA

AVALIAÇÃO PRIMÁRIA	SINAIS DE DISF. CEREBRAL	AVALIAÇÃO DAS PUPILAS	
<input type="checkbox"/> Alerta <input checked="" type="checkbox"/> Resposta Verbal <input type="checkbox"/> Resp. Estímulo Dolar <input type="checkbox"/> Irresponsivo	<input type="checkbox"/> Déficit Motor <input type="checkbox"/> Desvio de comissura Labial <input type="checkbox"/> Dificuldade na Fala	<input checked="" type="checkbox"/> Isocóricas <input type="checkbox"/> Anisocóricas <input type="checkbox"/> Midríase <input type="checkbox"/> Miose	<input type="checkbox"/> Lesão Intra-abdominal <input type="checkbox"/> Lesões Intra-Tóraxica <input type="checkbox"/> Presença / Sangue <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.	15
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 (Decorticação)	3.	
		Sem Resposta Verbal	1.	Extensão Anormal (Decerebração)	2.	
				Sem Resposta Motora	1.	

CONDUTA CLÍNICA / EVOLUÇÃO

<input type="checkbox"/> Aspiração de Sangue e Secreções <input type="checkbox"/> Entubação Orotraqueal <input type="checkbox"/> Imobilização da Coluna Cervical <input type="checkbox"/> Infusão de Fluidos <input type="checkbox"/> Reanimação Cardiopulmonar <input type="checkbox"/> Imobilização de Membros	Ventilação Mecânica Modalidade: <u>SE 94%</u> FIO ₂ : _____ Adaptação Ventilação: <input type="checkbox"/> Bem <input type="checkbox"/> Mal	Outras Condições: <u>Aspiração de</u> <u>SSN e pulmões limpos</u> <u>SS e pulmões limpos</u> <u>Comprometido + 100 ml</u> Intercorridas: <u>SE 94% Aberto</u> <u>Presença pelo médico</u> <u>Carlo.</u>
<input type="checkbox"/> Cateter <input type="checkbox"/> CPAP <input type="checkbox"/> Venturi <input type="checkbox"/> Masc. c/ Reservatório		

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

CONCLUSÃO DO ATENDIMENTO

HOSPITAL PARA ONDE POTENCIALMENTE O PACIENTE <u>Hospital Regio</u> <u>nal de Belmares</u> Registro do Hospital: _____ Médico que Recebeu: <u>X</u> Assinatura do Médico Responsável: _____	<input type="checkbox"/> Maca Retida na Unidade Hospitalar <input type="checkbox"/> Orientação para o Ambulatório <input type="checkbox"/> Óbito Antes do Atendimento <input type="checkbox"/> Óbito durante o Atendimento <input type="checkbox"/> Prancha Retida <input type="checkbox"/> Removido antes do Atendimento
---	--

EQUIPE

Médico Regulador: _____	Médico Assistente: <u>Clayton A. Lima</u>
Enfermeira: _____	Socorrista: <u>Clayton A. Lima</u>
Condutor / Piloto: <u>Deivid</u>	Op. De Frota / OEE: <u>David</u>
Função do Responsável pelo Preenchimento: _____	ASS: _____
SOLICITOU APOIO DA UTI <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO	
Obs. _____	

EXONERAÇÃO DE RESPONSABILIDADE

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

TESTEMUNHA:	
Ass: _____	Ass: _____
ID: _____	ID: _____
DATA: ____ / ____ / ____	

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

BRADESCO0507201905000000000023703214000000049307168750 PAGO

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

Para mais esclarecimentos, acesse o site 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 06 | 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 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 COAF².

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² 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

MAUVO CARDOZO MACHADO DE MELO Inscrito (a) no CPF sob o Nº 061.991.384-130, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima MAUVO CARDOZO MACHADO DE MELO

Inscrito (a) no CPF sob o Nº 061.991.384-130, 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>ANÁLIA IDALINO 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>
E-mail: <u>GIVALDOBONFERRA@XAMAD.COM.BR</u>	CEP: <u>55540-000</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

HKP

Data do Atendimento: 01/01/2019 Hora: 12:12:36
No. Atendimento: 814820 Urgência / Emergência
Prioridade: VERMELHA - EMERGENCIA CIRURGIA GERAL

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.:
Pais ou responsáveis: JOELMA LUCIO CARDOZO DE MELO / MAVIAEL MACHADO DE MELO
Endereço: RUA DAVID MADEIRA, 3616 CASA - CENTRO - 55550000
Cidade: AGUA PRETA Tel.: 8187585924

Hora do Atendimento: / Hs

Queixa Principal:

VITIMA DE ATROPELAMENTO POR AUTO COM LESÃO
DE PARRA MOLO EM REGIÃO LUMBAR
ECG=15; Movimento de MMIS preservados

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

13 JUN 2019

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

Exame Físico:

A: Geral via aerea esta pervia? 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

Score:

Hora:

Score:

Hora:

E: Abdomen:

Diagnóstico Inicial:

Exames Solicitados: 1 - Patologia Clínica

Exames Solicitados: 2 - Especializados

Tratamento / Procedimentos:

Morfina 2mg + 100% O₂

Queixa Principal Relatada a Classificação de Risco:

PCTE VITIMA DE ATROPELAMENTO COM FERIMENTO NA REGIAO SACRAL

Alergia:

Observação:

Evolução de Enfermagem

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

Diogo Viana
Cirurgia Geral
CRM-PE-23868

Médico - Carimbo e Assinatura



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



AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR - AIH

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

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

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - Nome do Paciente	6 - N° Prontuário			
MAURO CARLOS D. SILVA	123456			
7 - Cartão Nacional do SUS	8 - Data de Nascimento	9 - Sexo	10 - Raça/Cor	10.1 - Etnia
	26-6-88	M	Pardo	BR
11 - Nome da Mãe	12 - Telefone de Contato			
fernanda heinrich lardero uyulo				
13 - Nome Responsável	14 - Telefone de Contato			
15 - Endereço (Rua, N° Bairro)	17 - IBGE	18 - UF	19 - CEP	
Rua Maria Madalena Centro		PE	55550000	
16 - Município				
Linha Preta				

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais Sinais e Sintomas Clínicos	21 - Condições que justificam a internação	22 - Principais Resultados de Provas Diagnósticas	23 - Diagnóstico Inicial / Código	24 - CID 10 Principal	25 - CID 10 Secundário	26 - CID 10 Causas Associadas
TMA em 1º e 2º	BI / PTA		LES Extensa M12	N20	1089	

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - Descrição do Procedimento Solicitado	28 - Código do Procedimento		
	041504002		
29 - Características	30 - Caracter de Atendimento	31 - Documento	32 - N° do Documento (CNS/CPF) do Solicitante/Assistente
		() CNES () CPF	
33 - Nome do Profissional Solicitante/Assistente	34 - Data da Solicitação	35 - Assinatura e Carimbo (N° de Registro no Conselho)	
PREENCHER EM CASO DE CAUDAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)			
36 - () Acidente de Trânsito	37 - () Acid. Trabalho Trajeto	38 - () Acid. Trabalho Trajeto	39 - () Acid. Trabalho Trajeto
40 - N° Sítio	41 - Série	42 - CNIE / Empresa	43 - CSOR
45 - Vínculo com a Previdência			
() Empregado	() Empregador	() Autônomo	() Desempregado
() Aposentado	() Não Segurado		

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador	47 - Cód. Órgão Emissor	48 - N° da Autorização de Internação Hospitalar - AIH
	E260000003	2618103834599
49 - Documento	49 - N° do Documento (CNS/CPF) do Profissional Autorizador	
() CNS () CPF		
50 - Data da Autorização	51 - Assinatura e Carimbo (N° Registro no Conselho)	
	Dr. Cecílio Benedito dos Santos Médico CREMEPE 4415 CPF 103.912.314-72	

DADOS PESSOAIS

Data da Internação: 01/01/2019

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

Ing. Antônio D. F.
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
FUNDADO POR DE JESUS ALMEIDA
Arquidônio Oliveira
Coordenador de Faturamento
Mat. 003404

P/L
Arquidônio Oliveira
Coordenador de Faturamento
Mat. 003404
CONFERE COM O
ORIGINAL
15/06/2019

Funcionário Responsável pela Internação
ANACBDS



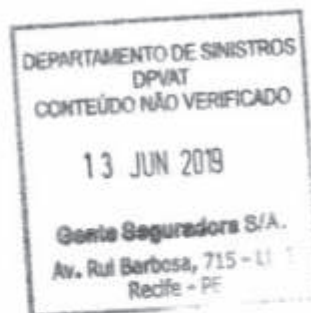
SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
HOSPITAL REGIONAL DE PALMARES DR. SÍLVIO FERNANDES MAGALHÃES



Fundação Manoel de Sá Almeida
CNPJ: 2428393

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 sito 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 traumatologia 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 Carvalho

Karla Andréa P. C. Figueiredo
Assistente Social
CNPJ: 2247 4º R-054



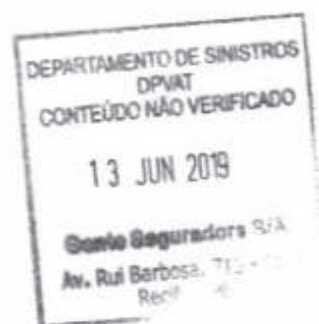
SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
HOSPITAL REGIONAL DE PALMARES DR. SILVIO FERNANDES MAGALHÃES



CNES: 2428393

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 sito 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 traumatologia 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
CRESS 6247 1ª Região



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



Paradigma Hospital de São Ambrósio
CNES: 2428393

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.

Palmares, 13 de Fevereiro de 2019.



Atenciosamente,
Manoel Gonçalves de Souza

Mat. 2296



EVOLUÇÃO



Leito:

10/01/19 Sat.

- Fairly good grooves PGW
out Grooves of secondary sand
shallow sand
Cl: medium + coarse
Novos Grooves

12/12/19

Dick zero

Comp. 7 (1950)

12/05/19

Put gravel on top!

21 DE UN-LO

Роз. 1 episodio Fobn/ 344.

12/30/2020 ↓ 2.2

P.O. 09/2 12A
48 79

CD: (A) HB pus ch

(D) प्रयोग. दो चरणों में करना.

Dr. Alfredo Lourenço
ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA
FONE 21 220

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

13 JUN 2019

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

CONFERE COM O ORIGINAL

CONFERE COM O
ORIGINAL



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

EVOLUÇÃO



Endereço: Rua 12, 2001 - 10000
CNPJ: 24.428.263

Nome do Paciente: Marys Lordez
Enfermaria: _____

Registro: _____
Leito: 14

18.01.19 Paciente do sexo H. Ferida apresentando melhora. Teido de granulação, pontos de fibrina, sem exsudato.
Continua curativo com PHMB e hidrogele.

HOSPITAL REGIONAL DE PALMARES
Fonopneumologia e Sinais Vitais
Juarez Carlos de Lima
Enfermeiro - COREN 221393
CRM 11819

19.01.19

ortopedia

HQ: 1) ferimento extenso em perne.

paciente cirúrgico e hemodinamicamente estável. neoplasia.
curativo oculto, ainda aguardando material pr troca hq.

CONFERE COM O ORIGINAL
B. B. B.

20-01-19

ortopedia

Paciente, a nível da quinta, ferimento na altura do pélo refator de curativo

Dra. Debora de Lima
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PE 21493
DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
13 JUN 2019
Gente Seguradora S/A.
Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5
Recife - PE

Dr. Wanderley
CRM 10591

data: 20/01/19
L. dos ocultos
cr: 10591

Name: Marye Conchey Muehlke in Nels

Idade: 30 Registro: 814838

Cirurgião: David A. Henderson Cirurgia Proposta: Limpeza e Curativos

Data Prevista: 03 01 / 19

AValiação Pré-Operatória

Problemas Detectados

Cardiovascular	
Endócrino	
Ocular	
Neurológico	
Músculo-Esquelético	
Respiratório	
Geniturinário	
Comportamental	
Deficiências	
Alergias	
Sono/Repouso	
DIP	
Outros	
Expectativas	

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

Passado Cirurgico	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	Grupo Sanguíneo
Complicações	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	
Transfusões Anteriores	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	

PLANO DE CUIDADOS

Orientado por

Em

ADMISSÃO NO BLOCO CIRÚRGICO

Admitido por: Albino às 17.30 h.

Date 03/01/2019

no 73.30

Procedência: ☐ Externo ☒ Interno ☐ Urgência ☐ Outros

Perceptions		Nao		Slim
1. I like the look of the Nao	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. I like the look of the Slim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. I like the look of the Nao	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. I like the look of the Slim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. I like the look of the Nao	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. I like the look of the Slim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. I like the look of the Nao	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. I like the look of the Slim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. I like the look of the Nao	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. I like the look of the Slim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. I like the look of the Nao	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. I like the look of the Slim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. I like the look of the Nao	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. I like the look of the Slim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. I like the look of the Nao	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. I like the look of the Slim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. I like the look of the Nao	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. I like the look of the Slim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. I like the look of the Nao	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. I like the look of the Slim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. I like the look of the Nao	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. I like the look of the Slim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. I like the look of the Nao	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. I like the look of the Slim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. I like the look of the Nao	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. I like the look of the Slim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. I like the look of the Nao	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. I like the look of the Slim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. I like the look of the Nao	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. I like the look of the Slim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. I like the look of the Nao	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32. I like the look of the Slim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33. I like the look of the Nao	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34. I like the look of the Slim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35. I like the look of the Nao	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36. I like the look of the Slim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37. I like the look of the Nao	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38. I like the look of the Slim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39. I like the look of the Nao	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40. I like the look of the Slim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
41. I like the look of the Nao	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
42. I like the look of the Slim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
43. I like the look of the Nao	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
44. I like the look of the Slim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
45. I like the look of the Nao	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
46. I like the look of the Slim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
47. I like the look of the Nao	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
48. I like the look of the Slim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
49. I like the look of the Nao	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
50. I like the look of the Slim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
51. I like the look of the Nao	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
52. I like the look of the Slim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
53. I like the look of the Nao	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
54. I like the look of the Slim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
55. I like the look of the Nao	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
56. I like the look of the Slim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
57. I like the look of the Nao	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
58. I like the look of the Slim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
59. I like the look of the Nao	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
60. I like the look of the Slim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
61. I like the look of the Nao	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Estado Emocional: ☒ Calmo ☐ Ansioso ☐ Agitado ☐ Depressivo ☐ Choroso

Condições da pele: ☐ Não ☒ Sim ☐ Lesões

Jejum: ☐ Não ☒ Sim ☐ Exames ☐ Não ☐ Sim

PROCEDIMIENTOS REALIZADOS

Verocelise ☐ Jeto N° ☐ Scalp N° ☐ Local ☐

Modelo N° _____ + Injetor _____

Fixação ☐ Esporófito ☐ Transporte ☐ Microsporo ☐

☐ Eletrodos ☐ Dilatação Pupilar ☐ Hemoglicoteste ☐ Tricotomia Local

TA _____ mmHg FC _____ bpm Glucose _____ mg/dl

Medicações Usadas	Emila	Pro-Anestésico

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

$\text{Adj}(A) \in \mathbb{C}^n$, e con i suoi valori propri M e M^{-1} una $M^2 D$.

Encaminhado a SO às 23:30

TRANS-OPERATÓRIO

Admitido na SO 01 às 14:55 h Circulante Claudia + Tatiana

ANESTESIA Início 15:20 Término 16:30 Anestesiologista German
☐ Geral ☒ Sedação ☐ Bloqueio ☐ Local

CIRURGIA REALIZADA

Início 15:35 Término 16:00 cirurg. Sinick Instrument. Sinick

POTENCIAL DE CONTAMINAÇÃO ☒ Limpa ☐ Potencialmente Contaminada ☐ Contaminada ☐ Infectada
 EXAMES ☐ Bacteriologia ☐ Tonsilografia ☐ Radiografia ☐ Mapeamento ☐ Outros

☒ BISTURI ELÉTRICO Tipo Bipolar Potência Máxima 40

☐ PLACA NEUTRA Localização

☒ FACO Potência Máxima Tempo

☐ LASER Potência Máxima Tempo

☒ OXÍMETRO Início Término

☐ CARDIOSCÓPIO Início Término

☒ OXIGÊNIO: Volume cc/min ☐ Sítio Máscara ☐ Tórax Início Término

☐ CRIO

☐ VIDEO

☒ IMPLANTES Tipo bueno pexor - a exq

☐ EXPLANTES Tipo

☐ PEÇA CIRÚRGICA Qual?

☐ CULTURA Qual?

TA 140/50 mmHg FC 94 bpm Sat O2 100 %

Medicações Usadas Realizado sondagem vesical at
demora 3x12 e 16 + sonda pedicada

ANTI-SÉPTICO(S) ☐ PVPi ☐ Clorexidina ☐ Alcool 70%

CURATIVO Tipo Exclusivo + buen Local R. sacra

INTERCORRÊNCIAS pexor - a exq

Não houve

Sair da sala às 16:30 ☐ Desembulando ☐ Cadeira de Rodas ☒ Meca encaminhado a SK

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
 DPVAT
 CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
 13 JUN 2019
 Genta Seguradora S/A.
 Av. Rui Barbosa, 715 - 11.5
 Recife - PE

RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA

Admitido na SR às 16:30 h por Sulaine

Nível de Consciência ☒ Acordado ☐ Sono lento ☐ Sedado ☐ Em Narrose
 Condições Emocionais ☒ Calmo ☐ Agitado ☐ Choro
 Condições Respiratórias ☐ Entubado ☐ Entubado ☐ Eupnéico ☐ Dispneia
 Pele/Mucosas ☐ Normal ☐ Cianose ☐ Acrocianose ☐ Rubor

Reflexos: Tosse ☐ Sim ☒ Não Deglutição ☒ Sim ☐ Não Movimento Palpebral ☒ Sim ☐ Não
 Queixas: ☐ Ardor ☐ Cetileia ☐ Tontura ☐ Náusea ☐ Outras
☐ Dor Local

Controle dos Sinais Vitais

Tempo	Ao chegar	15'	30'	45'
TA	<u>110/70</u>			
FC	<u>96</u>			
FR				
Sat. O2	<u>100</u>			

Procedimentos Realizados

☒ Monitorização ☐ Oxigenoterapia ☐ Nebulização ☐ Crioterapia
☐ Gerativo: ☐ Blood Stop ☐ Tipo Oclusivo ☐ Oclusor Transparente ☐ Outros
 INTERCORRÊNCIAS ☐ Hipotensão ☐ Bradicardia ☐ Dispneia ☐ Vômito
☐ Hipertensão ☐ Sangramento ☐ Lipotímia ☐ Sudorese
☐ Calafrios

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Pt admitido na SR, acorda em narcole, contou
 memórias, lucubradas, memórias, narra
 19 perguntas em anamnese, ARS plano, dep
 nível, dolor a palpares, MMS n1 alterações, buen
 @ acusticada, per SV, eutaxação, C-1 no monuit. Es
 aviação nos MMTF, segue as custodias da
 Dieta Aceita ☒ Normal ☐ Hipocalórica
 ALTA DA SR às h ☐ Apr ☐ Casa ☒ Transferido para E/C
 equipe Sulaine Lima
 enfermeira 426.827/PE



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



Fundação Roraima de Estudos Sociais
CNPES 2428393

BOLETIM CIRÚRGICO

Nome do Paciente

Número do Registro:

Cirurgião:

1° Auxiliar:

2^o Auxiliar:

Instrumentador

Anestesista:

Anesthesia:

Duração:

Data da Cirurgia:

Início

Firm:

Diagnóstico Pré-Operatório:

Cirurgia Realizada:

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

13 JUN 2019

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

Descrição Cirúrgica

① ~~Keen~~

② Sink up

② Link

URTOPEDIA (SBOT) - CIRURGIA DO TRABALHO (CSEC / SETO)
RECONSTRUÇÃO E ALOJAMENTO OSSER (ASAM)
DR. GUSTAVO L. LOPES
CLIQUE 1502 - 1801 3885
ORTOP - ORTOPEDIA ESPORT - 1801 3885
Alameda Maranhão, 1116 - Macaé de Mena,
Cariacatu - PE / 55.2583 / 607.35.3132 - 08h
Cotas 87 - 31.36.2583 / 607.35.3132 - 08h

CONFERENCE ORIGINAL



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



BOLETIM CIRÚRGICO

Nome do Paciente:

Мавзо Стороно

Número do Registro:

Cirurgião:

Dr. 162030

1º Auxiliar:

2^o Auxiliar:

Instrumentador:

Anestesista:

Anesthesia:

Duração:

Data da Cirurgia:

92602/29

Inicio:

Diagnóstico Pré-Operatório:

osteonoliti Saccro

Fim:
DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

13 JUN 2019

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

Cirurgia Realizada:

DOBRO. auburo + Capoto + 10.11.10. enton
S/cultum.

Descrição Cirúrgica

Q8) am of SOB nodules + n-fusiform
+ psopis + compo

9) Inv. exatiz C/C 520,9% + Desincorporado
De ter. positivizados

(5) मोन डे २२०२०

(a) Cudmas

(7) not a natural / cultural

~~DE ALFREDO L. ALLENCO
CORTESIA - INSTITUTO
2008 27 SEP~~

Assinatura, Carimbo e CRM do Médico



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



BOLETIM CIRÚRGICO

Nome do Paciente:	Marylê Conceição Machado de Melo		
Cirurgião:	Daniel Sanches		
1º Auxiliar:	2º Auxiliar:		
Instrumentador:	Anestesista:		
Anestesia:	Duração:		
Data da Cirurgia:	Início:	Fim:	
02/01/19			
Diagnóstico Pré-Operatório:			

Exatidão exata de pte + interna
não de pte, moles

rgia Realizada:

limpa cirúrgica

Descrição Cirúrgica

- 1) Paciente em decúbito dorsal sob anestesia
- 2) Anestesia, antissepsia e grampo de campo
- 3) Incisão de ponto
- 4) Abertura sangramento não de natureza de Soro e visto seco
- 5) Limpeza com SF 0,9%
- 6) Sutura com Nylon 2.0
- 7) Anestesia



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

EVOLUÇÃO



Received March 24, 2007
 CBE-5-2474707

Nome do Paciente: marcelo lino de melo Registro: _____

Enfermaria: _____ Leito: _____

$$01/01/18 \neq 01/01$$

the city of
Jerusalem

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

13 JUN 2019

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

DEPARTAMENTO DE SINISTROS	DPVAT	CORTADO NAO VERIFICADO	13 JUN 2019	Genito Seguradora S/A.	Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5	Bairro - PE
---------------------------	-------	------------------------	-------------	------------------------	------------------------------	-------------

Dr. Gustavo I.
CIRURCIANO
CRANIO: 15

CONFERE COM O ORIGINAL
13 02 2000

210119

- HD = áreas extensas de
ossos moles + fratura
de asso?

- Sonopamento live

- C.D = Critical Compression

07/01/19

ortopedic

15:00h

Pacienti evoluindo clinicamente estavel
do momento em que se

est. orientações
VPM

Dra. Jéssica Helena Cavadinha
CRM-PE 17.340
TEOT 13439


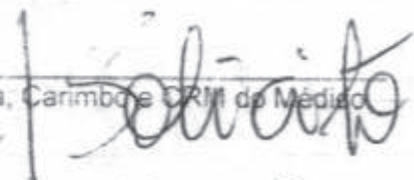
08/01/19

Paciente CI BCB, afeto
sem freixos no momento
Manter tranqüilo



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

09/01/19

- HD = Extensor ferimento em pulve
 - Fratura de osso
 - FO com reação neuroangiúnea
 - CD = manter droga / media volume
monitorar Hb
- Hemog / PCR /  / 

Assinatura, Carimbo CRM do Médico
Anônimo

16/01/19

- HD = ferimento externo
pele
- fratura de vara
- FO com reação xerangina
- CD = anelito com
elipinto
- Hemograma / PCR / VSH

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

13 JUN 2019

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

17/01/19

Dr. Daniel Sanches
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PE 19.149

Furto externo de
PCV GASTRO 1. INOCUOSIDADE
F.O. para sangue
CD: manuseio
PCR - 12
VHS - 44
Hemograma - leucos + plaquetas

18/01/19

Furto externo em pele
pele clausula estufa de incubacao
FO: Soro de Bactera Cerebral
CD: Urina

Dr. Felipe Xavier
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM nº 20721 / RQE nº 4359

Assinatura, Carimbo e CRM do Médico

27.01.19 #OutPqd. #

Paciente relata febre após administração
de Maroon. Análises de urina e sangue
em processo

No exame: F.G. de bom aspecto

CD: 1 Suspensão de piroc
2 Vigor febre

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

13 JUN 2019

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

29/01/19

Pronto

Assim

de

recife

na manhã.

To. nos alunos

CD: Urina

RECEBIDO
CRM 16.470

29/01/19 + Depo

Det. Exame c

TO Bu (2)

CD: Urina

ORTOPEDIA (R) - CIRURGIA DO TRAXIA (R) - CARIMBO E CRM DO MÉDICO
RECONHECIDO
DEPARTAMENTO DE SINISTROS
GENTE SEGURADORA S/A
Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5
Recife - PE



Fundação Manhiçós de São Carlos
CNES-2428193

Nome do Paciente:

Número do Registro:

Cirurgião:

1^o Auxiliar:

2° Auxiliar:

Instrumentador:

Anestesista:

Anesthesia

Duration:

Data da Cirurgia:

Índice

Film

Diagnóstico Pré-Operatório

Quirúrgia Realizada:

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

13 JUN 2019

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

Descrição Cirúrgica

① ~~XXXXX~~

② ~~Inter-School~~

Q. Reason this rise was -
Answer this too please

④ $\frac{1}{2} \times 10 \times 10 = 50$

CONFERE COM O ORIGINAL

~~Dr. Gustavo I.~~
CIRURCIA DO TR.

CRIME: 15

FICHA DE ANESTESIA

Data: / /

Paciente: Mayro Cardozo Machado de Melo

Registro

Nome do Anestesiista: Ismael Lima

Nome do Cirurgião: Gustavo Libanio

Medicação Pré-anestésica:

Sexo: M Cor: Pra Idade: 30 Risco: II

urgência: ☐ Não ☐ Sim

Cirurgia: II Cirurgico de heros multiplas

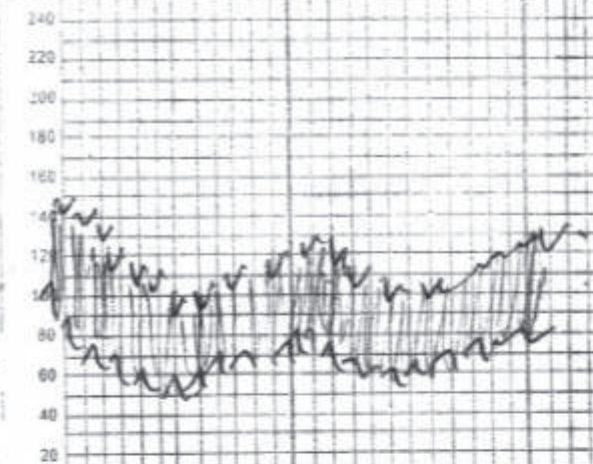
Horário



SaO 100% mantida

ETCO2

ECG



DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

13 JUN 2019

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

Propofol 100mg
Ketamine 75mg
Fentanyl 100mcg
Atropina 0,75mg
Etoril 7,5mg
Oxtraxona 2g
Sevorane 20ml

Geal unosa
com mascara
de Sevorane
a 1%

Anotações

Monitorização
☒ Cardíaco
☒ Oxímetro
☒ PNI
☐ Sonda Vesical
☐ Capnógrafo
☐ Elet. Pré-Cordial
☐ Outros

☐ BIS
☐ Temperatura
☐ Swan-Gans
☐ Analisador Gases
☐ PVC
☐ Estimulador de Nervos
☐ Linha Arterial
☐ Volemia IBP Plus

Encaminhado

☐ Acordado
☒ Sonolento
☐ Intubado
Destino
☒ SRFA
☐ Apart./Enf.
☐ UTI
☐ Externo

Intercorrência: ☐ NÃO ☐ SIM

Descrever:

Observações:

CONFERE COM O ORIGINAL
BRUNO

Josemar Gomes dos Anjos
CPF: 148.809.764-91
FONEPE/7291

Josemar Lima

FICHA DE ANESTESIA

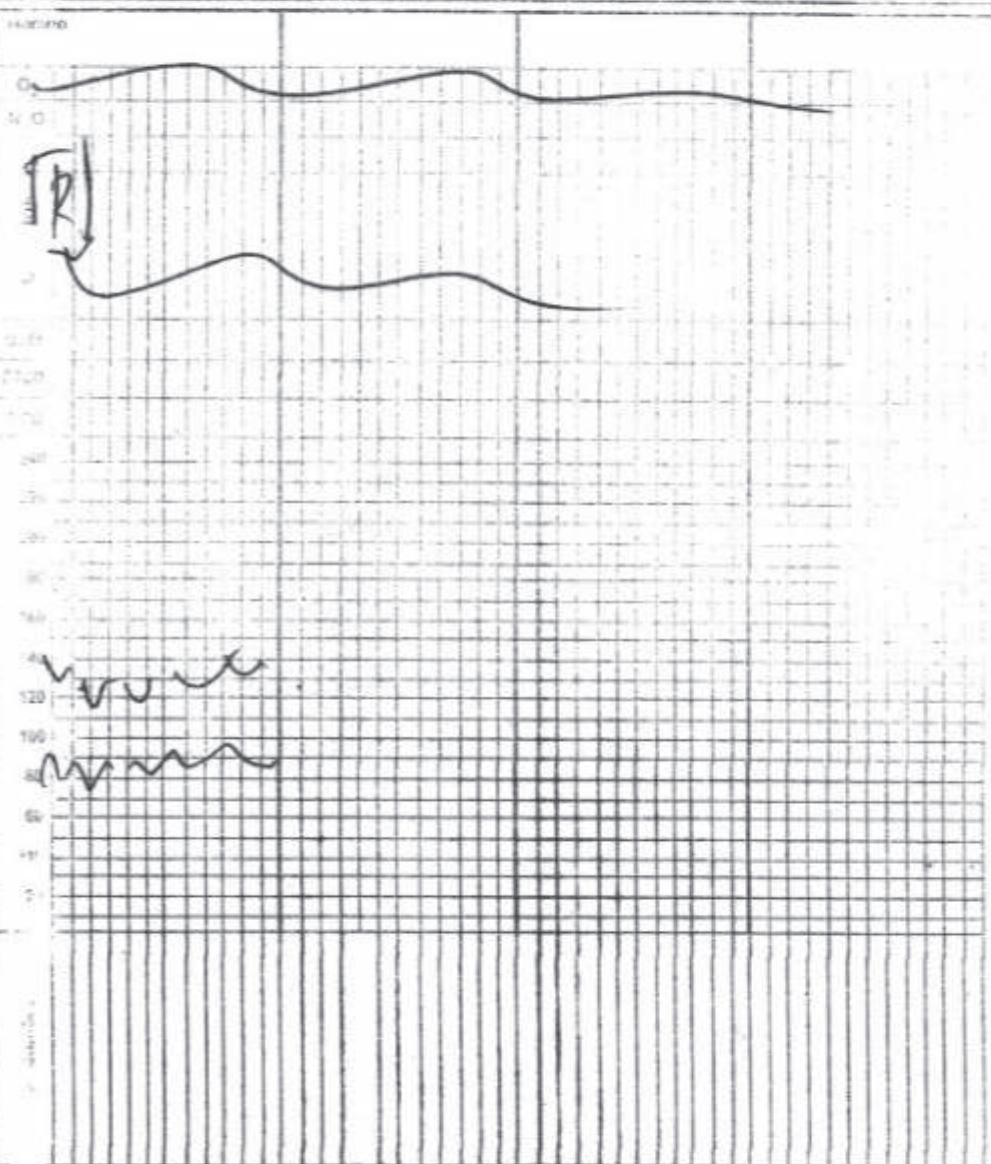
Paciente: **Mayo. Cardoso Machado** Registro: **814858**

Sexo: **M** Cor: **M** Idade: **50** Risco: **II**

CRM: **11011** Nome do Anestesiologista: **João Paulo** Nome do Cirurgião: **Eustáquio Libório**

Medicação Pré-anestésica: Urgência: ☐ Não ☐ Sim

Cirurgia: **Limpeza Cirúrgica de Ferimento extenso**



Ketamine 100mg
Propofol 70mg
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

Técnica Anestésica: **Qual neuro**

CONFERE COM O ORIGINAL

<input checked="" type="checkbox"/> Oximetria <input checked="" type="checkbox"/> Espirômetro <input checked="" type="checkbox"/> ECG <input checked="" type="checkbox"/> Tórax Vesical <input checked="" type="checkbox"/> Capnógrafo <input checked="" type="checkbox"/> Elet. Pré-Cordial <input checked="" type="checkbox"/> O-rios	<input type="checkbox"/> BIS <input type="checkbox"/> Temperatura <input type="checkbox"/> Swan-Gans <input type="checkbox"/> Analisador Gasei <input type="checkbox"/> PVC <input type="checkbox"/> Estimulador de Nervos <input type="checkbox"/> Linha Arterial <input type="checkbox"/> Volêmica IAP Pos	Encaminhado <input type="checkbox"/> Acordado <input checked="" type="checkbox"/> Sonolento <input type="checkbox"/> Intubado Destino <input checked="" type="checkbox"/> SIPS <input type="checkbox"/> Apneúrico <input type="checkbox"/> UTI <input type="checkbox"/> Estenó	Interconexão: <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM Descrever: Observações:
---	---	--	---

Incemal Gomes dos Anjos
CNPJ: 145.307.764-01

FICHA DE ANESTESIA

Data: 11/1/19

Formulário Padrão de São Paulo
CHES-2428353

Paciente: Márcio Cardoso Machado de Melo Registro: 142552

Sexo: M Cor: PD Idade: 30 Risco: 1

CRM: 1401001 Nome do Anestesiologista: Eliveton André Nome do Cirurgião: Adriano

Medicação Pré-anestésica: Não urgência: ☒ Não ☐ Sim

Cirurgia: Limpeza + Desbridamento de Lesão Sacral

Horário: 14:15 14:15

O₂: 100

N₂O:

Líquidos: SEL 500

ETCO₂: 300/100

ECG: RR 121

* 240

220

200

180

160

140

120

100

80

60

40

20

Anotações: 14:15

Drogas usadas

Quantidade

Midazolam 5mg

Fentanil 100mcg

Petamina 50mg

Propofol 100mg

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
OPMAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

13 JUN 2019

Gente Seguradora S/A.
Av. Rui Barbosa, 715 - LL 3
Recife - PE

Técnica Anestésica

Revisado ANP MS

SEDACAS:

Paciente em decúbito lateral esquerdo.

Monitorização

☒ Cardioscópio

☒ Oxímetro

☒ PNI

☐ Sonda Vesical

☐ Capnógrafo

☐ Esat. Pré-Cordial

☐ Outros

☐ BIS

☐ Temperatura

☐ Swan-Ganz

☐ Analisador Gases

☐ PVC

☐ Estimulador de Nervo

☐ Linha Arterial

☐ Volume (BIP Pass)

alergia

plomocidado

Encaminhado

☐ Acordado

☒ Sonolento

☐ Intubado

Destino

☒ BUA

☐ Apert. Ext.

☐ UTI

☐ Estante

Intercorrência: ☒ NÃO ☐ SIM

Descrever:

Observações:

CONFERE COM O ORIGINAL

Eliveton André
Anestesiologia
CRM-PE 23.858

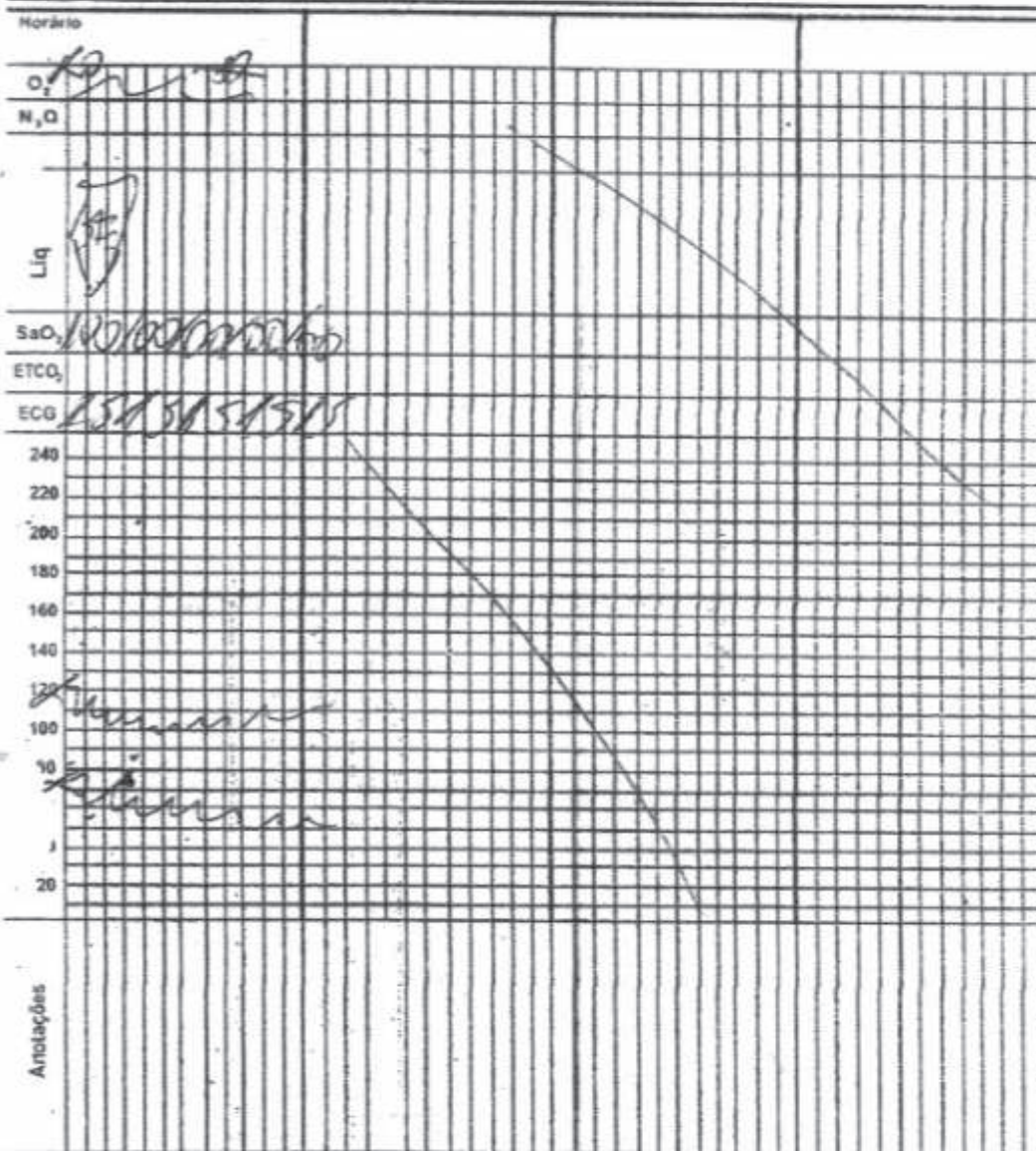
Paciente: MAVYD CARVALHO M. DE MELO Registro: _____

Sexo: M Cor: P Idade: 44 Risco: 44

Nome do Anestesiologista: DR. VANDERLEI X. LIMA Nome do Cirurgião: DR. ALEXANDRE CARVALHO

Medicação Pré-anestésica: _____ urgência: ☐ Não ☒ Sim

Cirurgia: LIMPEZA DE FERIMENTO



Drogas usadas	Quantidade
FLORANOL	150ml
CETANAL	2046
FENTANIL	754
ETILEFRINA	3.46

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

Monitorização

☒ Cardioscópico ☐ BIS

☐ Oxímetro ☐ Temperatura

☐ PNI ☐ Swan-Gans

☐ Sonda Vesical ☐ Analisador Gases

☐ Capnógrafo ☐ PVC

☐ Estet. Pré-Cordial ☐ Estimulador de Nervos

☐ Outros ☐ Linha Arterial

☐ Volémia IAP Plus

Encaminhado

☒ Acordado ☐ Sonolento

☐ Intubado

Destino

☒ SRPA

☐ Apert. Enf.

☐ UTI

☐ Externo

Intercomência: ☒ NÃO ☐ SIM

Descrever: _____

Observações: _____

Assinatura, Carimbo e CRM do médico

16810

Assinatura: [Handwritten Signature]

CONFERE COM O ORIGINAL
13.01.2019



SUS
SISTEMA
ÚNICO DE
SAÚDE



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



CNES 2428387

FICHA DE ANAMNESE

Nome: MARILIA CARDEIRO MACHADO DE MOTA Registro: 814857
Sexo: M (x) F () Idade: 40 anos Peso: 60 kg
Endereço: Rua Leandrade Madureira Município: G. Pires UF: PE
Pais ou Responsável: _____
Data do Atendimento: ____/____/201____ Horário: ____:____

1) QPD / HDA:

Dor + Fome + Vômito + Diarreia
Dor

2) Exame Físico:

ESM, FEMH

3) HD:

FEBRIL 38,5°C
POBRE (DESCENTRADO EM DA)

4) Conduta na Emergência / Prescrição:

AO BOM
CTO CRUROS

5) Evolução na Emergência:

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

CONFERE COM O ORIGINAL
B. J. J. J.

6) Destino do Paciente:

() Alta para casa () Encaminhamento ao Laboratório () Transferência para Outra Unidade
() Internamento () Óbito () Outro

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	Registro
Marys Landeiro Machado de Melo	874858
Clínica	Leito
Diagnóstico inicial (Constante do Laudo Médico)	
Procedimento Solicitado	
Tempo de Permanência Previsto	

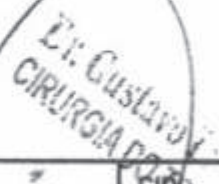
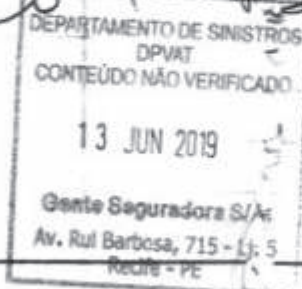
Procedimento Realizado		Código
Código	EQUIPE	NOME
01	Cirurgião	Dr. Gustavo I...
02	1. Aux. Cirúrgico	
03	2. Aux. Cirúrgico	
04	Demais Aux. Cirúrgicos	
05	Anestesista	
06	Clínicos	

Procedimentos Especiais:

- | | |
|---|--|
| <input type="radio"/> Mudança de Procedimento | <input type="radio"/> Uso de Prótese Ortese |
| <input type="radio"/> Diária de UTI | <input type="radio"/> Uso de Fatores de Coagulação |
| <input type="radio"/> Diária de Acompanhante | <input type="radio"/> Uso de Oxigenações |
| <input type="radio"/> Vacina Anti-RH | <input type="radio"/> Nutrição Parenteral |
| <input type="radio"/> Longa Permanência | |

Resumo do Caso

Dr. Gustavo I...
Dr. Gustavo I...
Dr. Gustavo I...



Diagnóstico Definitivo	CID	
Diagnóstico Secundário	CID	
Motivo da Alta	alta	
Data de Internação	Data de Alta	Dias de Hospitalização

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

PRONTUÁRIO: 142552

No. Atendimento: 861490

Colaborador: RAQUELPS

Prioridade: SEM CLASSIFICAÇÃO

Ambulatório

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

Pais 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 ORTOPIEDIA

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

13 JUN 2019

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

HD:

Conduta:

AO AMBULATÓRIO
DE ORTOPIEDIA

Classificação de Risco:

Queixa Principal Relacionada a Classificação de Risco:

Alergia:

Observação:

Hora Classificação:

Classificador:

PLANTONISTA TRAUMATO-ORTOPEDISTA

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
MÉDICO PERITO
Ortopedia-Traumatologia
CRM 15582
TEOT 12085

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO


13 JUN 2019

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

bandeira

Mano Carlos ~~de~~
Mato. 8, 20a

Decido que o pet
seja em última deli-
gação noticiário em
01/04/14. SMO

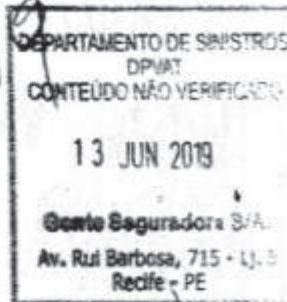

Associação Contábil e CRM do Médico
CRM 15582
DOUTOR
FOMATO-ORTOPEDIA
01/04/14
Belo Horizonte - Minas Gerais 3101-101 Km 05
Palmares
www.palmares.com
051 3461-8430

Tratamento Clínico
de Urgência.

> Exame: Evolu com
maxima charge com
deficit de fadiga.

HP: fratura de L4/L5

Alta = 07/05/19

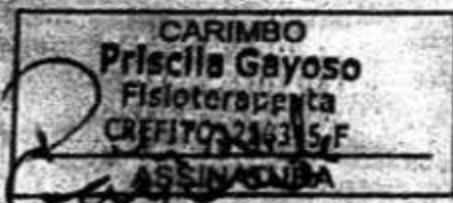


Dr. Gustavo Libório
CRM 15582
ORTOPEDISTA

Handwritten signature and initials.

RECEITUÁRIO

Declaro devidos fins
que o paciente, **Mayo
Cardoso Machado de Melo**,
realizou tratamento
fisioterapêutico, após
acidente automobilístico,
que resultou em
fratura de pulso e de
S.321.



Água Preta **15/07/2019**

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
07 AGO 2019
Conta Seguradora S/A.
Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5
Recife - PE

LAUDO MÉDICO

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
07 AGO 2019
Conta Seguradora S/A.
Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5
Recife - PE

Data de Atendimento: 05/08/19

Nº PRONTUÁRIO: 115107

NOME DO PACIENTE: Maria Roberta dos Santos.

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA: Fratura do fêmur Esq

CID: S72.0

Fratura do fêmur esquerdo hi
OBS.: 16 semanas, Rx com sinal de
consolidação óssea. alta médica

Nº DIAS _____

AFASTAMENTO DO TRABALHO

Dr. Saul Martins

Assinatura do Médico

Carimbo

CÓD. 38391

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 íliaca 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 termino 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
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

**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 íliaca 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? ☒ Sim ☐ Não

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:

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 às regiões corporais acometidas.

Região Corporal

segmento lombar da coluna vertebral

% do Dano () 10% residual () 25% leve
(X) 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal

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

Região Corporal

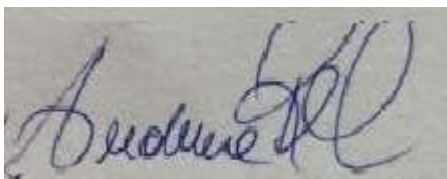
% do Dano () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal

% 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.

Dano funcional do segmento lombar da coluna vertebral. 50%



ANDREA RODRIGUES MADEIRA CRM : 19953 / UF :PE

PROCURAÇÃO PARTICULAR

BENEFICIÁRIO/VÍTIMA:

Nome: MAVIO CARDOSO MACHADO DE MELO
Nacionalidade: BRSILEIRA Est. Civil: CASADO
Profissão: MOTORISTA
Identidade: 6702943 CPF: 061.991.384-30
Endereço: RUA DAVI MADEIRA Nº 3916 CENTRO - AGUA PRETA - PE

PROCURADOR:

Nome: GIVALDO MARIANO DA SILVA
Nacionalidade: BRSILEIRA Est. Civil: SOLTEIRO
Profissão: BOMBEIRO MILITAR
Identidade: 2794021-7 CPF: 816.861.614-68
Endereço: PÇA IDALINO FERREIRA LINS Nº 03 CENTRO - PIMBES - 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, Sincors 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.

Agua Preta 10/05/2019
Local e data

Mavio Cardoso Machado de Melo

Assinatura do Beneficiário/Vítima
(reconhecer firma por autenticidade)

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

13 JUN 2019

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

SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAL DA ÁGUA PRETA - PE Dr. Luciano de França Silva
Rua São Pedro, 1132, Centro, Água Preta - PE - CEP 55.200-000 Fone: (31) 3643.1138

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

Selo: 0074013.JZF04201901.00563 10/05/2019 09:58:57
Consulta autenticidade em www.tjpe.jus.br/servdigital

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

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 01/01/2019

Titular do CPF: MAVYO CARDOSO
MACHADO DE MELO

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médico-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 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

GIVALDO MARIANO DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

Marta Marinho dos Santos