

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DOS USUÁRIOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE

ABRAUSS

C.N.P.J. 10.531.654/0001-03

Jundiaí, 17 de fevereiro de 2010.

À

Vertcon Clube de Seguros

Att.: Sra. Marisa A. Oliveira

Segue em anexo os seguintes documentos, para abertura do processo de sinistro de D.M.H. do associado **Valdeli Romão Nunes**.

- Aviso de Sinistro (cópia);
- CPF, RG (cópia);
- Comprovante de Residência (cópia);
- Receituário Médico (original)
- Nota Fiscal (original)
- Prontuário Médico

PS: **Médico recusou-se a preencher o aviso de sinistro.**

No aguardo de providências, agradecemos antecipadamente e nos colocamos a disposição para eventuais esclarecimentos.

Atenciosamente



Shirlene Quichaba

VERTCON ADM. CONSULTORIA E SERVIÇOS LTDA  
Shirlene Quichaba 22/02/10

**Devolver Protocolado.**

Rua Anchieta, 694 - Centro - Jundiaí/ SP - CEP: 13201-804

Pabx: (11) 4587-7598

E-mail: arussesp@uol.com.br

Jundiaí, 17 de fevereiro de 2010.

À

Vertcon Clube de Seguros

Att.: Sra. Marisa A. Oliveira

Segue em anexo os seguintes documentos, para abertura do processo de sinistro de D.I.T. do associado **Valdeli Romão Nunes**.

- Aviso de Sinistro - original
- CPF, RG – cópia autenticada
- Comprovante de Endereço – cópia autenticada
- Relatório Médico
- Prontuário Médico
- Exames Laboratoriais
- 5 Exames de Raio - X
- Tomografia Computadorizada com Laudo
- Atestado Médico – 14 dias de afastamento
- Relatório de Internação e Alta Médica
- Atestado Médico – 15 dias de afastamento
- Atestado Médico – 30 dias de afastamento

Obs.: **Médico recusou-se a preencher o Aviso de Sinistro.**

No aguardo de providências, agradecemos antecipadamente e nos colocamos a disposição para eventuais esclarecimentos.

Atenciosamente



Shirlene Quichaba

VERTCON ADM. CORPORAÇÃO SEGUROS S.A.  
Julia Andrade 22/02/10

**Devolver Protocolado.**

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE PESSOAL****FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE AUXÍLIO EMERGENCIAL**

Sub-Estipulante:		SUB-GRUPO	CNPJ
Proponente/Titular	Jaldeli Romão Nunes		Data Nascimento 14/11/1948
RG 4.971.558-6	Estado Civil divor.	Sexo M	MATRICULA / RE CPF 589.936.818-72
Cônjuge		Natural de José Bonifácio - SP	Data Nascimento

LOCAL E DATA DA OCORRÊNCIA. 20 de novembro 2009

Descreva com letra legível como ocorreu o acidente, suas causas e conseqüências.

Estava chovendo. Eu Jaldeli Romão Nunes tinha pela Rua Tirapina Hortelândia quando um menino em uma ~~bicicleta~~ bicicleta botou na guia e no momento elhi ao lado pra ver se o menino tinha caído a minha moto desceu e eu não consegui segurar e cai botando o feilho no asfalto

**RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE**

Data e hora da primeira consulta e/ou Atendimento	Descrição das lesões e primeiros procedimentos médicos.
Foram as lesões causadas exclusivamente pelo acidente? Em caso negativo especifique.	
Em caso negativo quais foram as causas	
Encontrou V.sa. no acidentado alguma doença, mutilação ou redução funcional pré-existente ao Acidente? Qual?	
Houve a necessidade de Afastamento de suas atividades profissionais? Quantos dias?	
O Acidentado teve alta? Em que data?	
Houve Invalidez? Total ou Parcial? De qual Órgão ou Membros?	
Qual o percentual de redução Funcional?	
Nome do Médico Assistente.	CRM
Endereço do Médico.	
LOCAL / DATA	Assinatura do Médico sob carimbo

LOCAL <u>Jundiaí</u>	Data <u>17, 02, 10.</u>	<u>Jaldeli Romão Nunes</u> Assinatura do Acidentado
-------------------------	----------------------------	--

**OBS: - Em caso de Solicitação de reembolso. anexar recibos e notas fiscais originais**

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE SÃO PAULO

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO BIOMÉTRICA DE BILHETES DA VIT



MILITAR DINÉTICO



*Joelino Romão Nunes*

Colégio Novo do Brasil

Autenticador de Cartão de Identificação

05044818/224

Autenticar a cópia do bilhete de identificação conforme ao original em qualquer ponto de atendimento.

4 JAIN ZUIU

Viviane Souza Correia  
Thais Antonia  
Kleberson de Souza

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

Nome: VALDELI ROMÃO NUNES

Nome: JOVELINO ROMÃO NUNES

E: JULIA MORAES NUNES

Nome: JOSE BONIFACIO - SP

Nome: JOSE BONIFACIO

CCFLV.B022/FLS.0103/N.005382

DATA DE SAQUE: 14/NOV/1948

09/JUN/98

10900

**CIC**

MASCIMENTO

13.11.68

CONFIRMAÇÃO

VALDIR DOMINGOS

SECRETARIO DA RECEITA FEDERAL



Autentico e verdadeiro conforme ao original apresentado do que dou fé

14 JAN 2010

- Viviane Souza Carneiro
- Thais Antonio
- Kleberson de Souza

SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL

COORDENADOR DO SISTEMA DE INFORMAÇÕES ECONÔMICAS FISCAIS

CARTÃO DE IDENTIFICAÇÃO DO CONTRIBUÍENTE

DOCUMENTO COM OBTENÇÃO DE IDENTIFICAÇÃO NO CABEOTELO DE FISCALIZAÇÃO FISCAL

VALIDO EM TODO TERRITÓRIO NACIONAL

Nº do Cliente: 563993002  
 Nº da Conta: 769761417  
 CPF/CNPJ: 589.936.818-72  
 Código para Débito Automático: 769761417 Claro SP DDD 11  
 Razão Social: Claro S/A  
 CNPJ Matriz: 40.432.544/0001-47  
 CNPJ Filial: 40.432.544/0001-47



\*00114250\*



.....  
 CDD VARZEA PAULISTA/CAS  
 SR(A) VALDELI ROMAO NUNES  
 R JUNDIAI 1558  
 CASA JARDIM PAULISTA  
 13222 - 030 VARZEA PAULISTA SP

Valor pago no período	
Pagamento(s) Recebido(s) -	R\$ 35,00

Data de Vencimento: 18/01/10 Data de Postagem: 08/01/2010



7201064878910010000005424520080110

Número do seu Claro	Período de Uso	Vencimento	Total a Pagar
11 8973 1963	de 02/12/2009 a 01/01/2010	18/01/2010	R\$ 35,00

Veja aqui o que está sendo cobrado	
Assinatura Controle	R\$ 35,00
Total do Mês	R\$ 35,00
<b>Total a Pagar</b>	<b>R\$ 35,00</b>



6868420011425011700

Atendimento Claro - Ligue 1052 do seu Claro ou de qualquer telefone. Central de Atendimento da Anatel: 133 - Ao ligar, informe o nº da reclamação registrada na prestadora. Pague sua conta nos Bancos e Locais credenciados. Consulte a lista completa. Ligue 1052. Encargos por atraso serão cobrados na próxima conta. Contribuições para o FUST e FUNTEL (1% e 0,5% do valor dos serviços) não repassadas às tarifas. DÉBITO AUTOMÁTICO: Para saber se sua conta está em débito automático, verifique se a mensagem "ATENÇÃO: Conta em Débito Automático." aparece em sua conta. Caso não apareça, pague esta conta e ative o débito automático em seu banco. Códigos das prestadoras de serviços longa distância: 12 - CTBC, 14 - Brasil Telecom, 15 - Telefonica, 21 - Embratel, 23 - Intelig, 25 - GVT, 31 - Telemar, 41 - Tim Celular, 91 - IPCorp. Para sua comodidade, os valores relacionados a serviços de longa distância poderão ser pagos em conjunto com sua fatura Claro. Caso opte por forma diferenciada de pagamento, ligue para 1052.

Autenticação Mecânica:

Para uso do banco



**Sr. Caixa, receber pagamento em dinheiro.  
 Este boleto não quita débitos de meses anteriores.**

Pague sua conta nos bancos credenciados preferencialmente: Itaú, HSBC, Banco do Brasil e outros.

Cliente SR(A) VALDELI ROMAO NUNE	Código Débito Automático 769761417 Claro SP DDD 11	Período de Uso 02/12/09 a 01/01/10	<b>Total</b> R\$ 35,00	<b>Vencimento</b> 18/01/10
-------------------------------------	--	---------------------------------------	---------------------------	-------------------------------

8487000000-9    35000162201-9    00118769761-0    41701811122-0

Autenticação Mecânica solicitamos não rasurar, dobrar ou perfurar esta parte da fatura, para não danificar o código de barras.



\*00114250\*

\*010153261000\*

Pág. 1 / 2



Prefeitura Municipal de Várzea Paulista  
Secretaria de saúde



**RECEITUÁRIO**

*DECLARAÇÃO*

Nome do Paciente: \_\_\_\_\_

Matrícula nº: \_\_\_\_\_

Declaro que o ptu Sr Valdeci R. Nunes está em Ho para celulite MID há  $\pm$  15 dias, ainda sem evolução satisfatória. Persiste flogose local, dor e dificuldade para deambular.

Requisita de repouso até remissão completa do quadro

Várzea Paulista, \_\_\_\_\_

28 de 12

de 09

*Adriana D. Manni*

**DRA ADRIANA D. MANNI**  
CRM - 114 268



Prefeitura Municipal de Várzea Paulista  
Secretaria de saúde



DECLARAÇÃO  
RECEITUÁRIO

Nome do Paciente: \_\_\_\_\_

Matrícula nº: \_\_\_\_\_

Declaro que o pcte sr.  
Valdeci R. Nunes continua  
em tto após clulite MID,  
iniciado em 14/12/09,  
agora com sessões de  
fisioterapia para reupl-  
raçar funcional do membro.  
Necessita permanecer em  
repouso por mais 30 dias

Várzea Paulista, \_\_\_\_\_ de 14 de 01 de 2010.

DRA. ADRIANA D. MANNI  
CRM - 114 268





HOSPITAL DE CARIDADE SÃO VICENTE DE PAULO

DIC/JUD/035/10

Jundiaí, 26 de janeiro de 2010.

**DECLARAÇÃO**

Declaramos para os devidos fins que estamos entregando cópia da ficha de atendimento médico do paciente **Valdeli Romão Nunes**, atendido no pronto socorro deste hospital no dia 21/11/09, às 07h14.

Informamos ainda que o atendimento foi integralmente coberto pelo Sistema Único de Saúde, sem ônus para o paciente.

Dr. Danilo Fernando Costa Duarte  
Diretor Clínico  
CRM 112.868

DR. DANILLO COSTA DUARTE  
Diretor Clínico  
CRM 112.868



# FICHA DE ATENDIMENTO ESPECIALIDADE

## PRONTO SOCORRO ORTOPEDIA - ORTOPEDIA GERAL

NOME: Valdeli Romao Nunes  
 DATA DE NASCIMENTO: 14/11/1945  
 IDADE: 61 anos  
 SEXO: M  
 RG: 49715586  
 NATURALIDADE:

CÓDIGO FAA.....: 638610  
 PRONTUÁRIO.....: 235078  
 COD. UNIDADE.....: 2786435  
 DATA DO ATEND.....: 21/11/2009 07:14  
 CONVÊNIO/PLANO....: SUS/SUS  
 Nº CNES.....:

CONTA Nº:  
 979628

Endereço: 13222030 - R. JUNDIAI, 1558 , JARDIM PAULISTA - VARZEA PAULISTA /SP

Telefone: 011 4595-0362(RESID) -

TIPO DE ATENDIMENTO	MOTIVO DO ATENDIMENTO	CID Inicial
CONSULTA		S 800
1º PROCEDIMENTO	2931060061	ESPEC
2º PROCEDIMENTO		ESPEC
3º PROCEDIMENTO	2301102012	ESPEC
4º PROCEDIMENTO		ESPEC
5º PROCEDIMENTO	2220080117	ESPEC
6º PROCEDIMENTO		ESPEC
7º PROCEDIMENTO		ESPEC
8º PROCEDIMENTO		ESPEC

### MOTIVO DO ATENDIMENTO E DESCRIÇÃO DO EXAME CLÍNICO

INICIO ATENDIMENTO

HR: \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_

Trauma em Joelho de  
 por queda de  
 moto em

### EXAMES COMPLEMENTARES REALIZADOS/SOLICITADOS

Rx => st alt.

### DIAGNÓSTICO PRINCIPAL DO ATENDIMENTO ( Informação Obrigatória)

Trauma em Joelho

CID 10:

Descrição:

Gilvaneide do Amaral  
 Téc. Enfermagem  
 COREN - SP 0130430

### CONDUTA

1) Voltar para o trabalho  
 2) Queimaduras, revisão

### OBSERVAÇÃO

CRM:  
 Assinatura e Carimbo do Médico  
 Responsável  
 DR. DANIEL MACHADO  
 Médico  
 CRM 119.880

RESPONSÁVEL - RG: Valdeli Romao Nunes - 49715586 /ASSINATURA

( ) ALTA HR: \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_ VISTO: \_\_\_\_\_ ( ) INTERNAR ( ) OBSERVAÇÃO LEITO: \_\_\_\_\_

( ) ENCAMINHADO PARA: \_\_\_\_\_



DIC/JUD/152/10

Jundiaí, 15 de fevereiro de 2010.

## DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins que o paciente **Valdeli Romão Nunes**, foi atendido no pronto socorro deste hospital no dia 08/12/09, às 14h01, apresentando trauma no joelho direito. Após orientações médicas foi liberado com alta médica.

No dia 14/12/09, às 11h28, foi internado apresentando dor, febre, mal estar e edema no joelho direito. Foi submetido a punção articular do joelho direito, com líquido límpido. A ultrassonografia de coxa/joelho evidenciou na região da face anterior da coxa e do joelho direito, observa-se importante celulite caracterizada por hiperecogenicidade do tecido subcutâneo, coleção laminar com líquido espesso e septado, localizada entre o subcutâneo e a camada anterior do músculo tendíneo na face anterior da coxa na sua porção distal, não há evidências de derrames articulares, demais estruturas musculares tendínea do joelho de aspecto normal. A tomografia computadorizada de coxa distal/joelho à direita evidenciou estruturas ósseas íntegras, osteófitos marginais incipientes na patela, subluxação lateral da patela, espaços articulares conservados, sinais de derrame articular de pequeno volume no joelho, ausência de sinais de fraturas, espessamento densificação e borramento do subcutâneo da face lateral da coxa direita, distalmente, podendo estar relacionado a processo inflamatório, borramento e indefinição dos grupamentos musculares no aspecto ântero-medial da coxa distal, com presença de coleção hipodensa apresentando sinal de gás no seu interior, podendo corresponder a abscesso. No dia 17/12/09, foi submetido a



## HOSPITAL DE CARIDADE SÃO VICENTE DE PAULO

drenagem + lavagem do joelho direito com colocação de dreno. No dia 20/12/09, foi submetido a retirada do dreno, permanecendo internado para tratamento clínico. Recebeu alta hospitalar no dia 22/12/09, com orientações médicas para dar ao tratamento no ambulatório da ortopedia e clínica médica.

No dia 23/12/09, às 12h35, foi atendido no pronto socorro deste hospital apresentando trauma no joelho direito há cerca de 1 mês, evoluindo com celulite e abscesso drenado. Apresentava edema, dor e sinais flogísticos no joelho direito. Após medicações, avaliação e orientações foi liberado com alta médica para dar continuidade ao tratamento no ambulatório da ortopedia.

Dr. Danilo Fernando Costa D.   
Diretor Clínico  
CRM 112.868

  
Dra. MARIA DO SOCORRO G. AMORIM  
CLÍNICA MÉDICA - NEFROLOGIA  
CRM 5063



UNIDADE DE ATENDIMENTO EM LOCALIDADE  
**PRONTO SOCORRO ORTOPEDIA - ORTOPEDIA GERAL**

NOME: Valdeli Romao Nunes  
 DATA DE NASCIMENTO: 14/11/1948  
 IDADE: 61 anos  
 SEXO: M  
 RG: 49715586  
 NATURALIDADE:

CÓDIGO FAA.....: 649150  
 PRONTUÁRIO.....: 235078  
 COD. UNIDADE.....: 2786435  
 DATA DO ATEND.....: 08/12/2009 14:01  
 CONVÊNIO/PLANO....: SUS/SUS  
 Nº CNES.....:

CONTA Nº:  
 995075

Endereço: 13222030 - R. JUNDIAI, 1558 , JARDIM PAULISTA - VARZEA PAULISTA /SP

Telefone: 011 4595-0362(RESID) -

TIPO DE ATENDIMENTO	MOTIVO DO ATENDIMENTO	CID Inicial
CONSULTA		S800
1º PROCEDIMENTO	ESPEC	2º PROCEDIMENTO
3º PROCEDIMENTO	ESPEC	4º PROCEDIMENTO
5º PROCEDIMENTO	ESPEC	6º PROCEDIMENTO
7º PROCEDIMENTO	ESPEC	8º PROCEDIMENTO

**MOTIVO DO ATENDIMENTO E DESCRIÇÃO DO EXAME CLÍNICO**

INICIO ATENDIMENTO

HR: \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_

*ferida na região da perna  
 com hemorragia*

**EXAMES COMPLEMENTARES REALIZADOS/SOLICITADOS**

*R<sub>1</sub>*

**DIAGNÓSTICO PRINCIPAL DO ATENDIMENTO ( Informação Obrigatória)**

CID 10:

Descrição:

*Contusão fêmur*

**CONDUTA**

*Observação e med.*

*[Handwritten signature]*

CRM:  
 Assinatura e Carimbo do Médico  
 Responsável

**OBSERVAÇÃO**

RESPONSÁVEL - RG: Valdeli Romao Nunes - 49715586 /ASSINATURA

*[Handwritten signature: ROMÃO]*

) ALTA HR: \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_ VISTO: \_\_\_\_\_ ( ) INTERNAR ( ) OBSERVAÇÃO LEITO: \_\_\_\_\_

) ENCAMINHADO PARA: \_\_\_\_\_

1) Cefalexina 500mg  
Tomar 2 cp 6/6h por  
7 dias.

2) Ranitidina 150mg  
Tomar 1 cp 12/12h por 7  
dias.

3) Captopril 25mg cont.  
Tomar 1 cp 8/8h.

Dr. Cristina L. Soto  
Médica  
CRMSP - 136.107

CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO

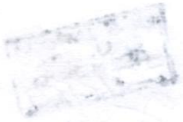
22/12/09

Rua São Vicente de Paulo n.º 223 - Fone: 4583 - 8155 - Jundiá - SP - CEP: 13201 - 325

MOD. 009

4) Dipirona 500mg

Tomar 1 cp 6/6h se dau  
cu febre.



Mrs. Cristina L. Soto  
Médica  
CRMSP - 136.107

22/12/09



LIMA PRODUTOS FARMACÊUTICOS LTDA.  
PERFUMARIA E MEDICAMENTOS

Av. Fernão Dias Paes Leme, 2366  
Vila Santa Terezinha - Várzea Paulista - SP  
FONE: (011) 480-1486  
CGC(MF) nº 44 772 051/0001-07  
Inscr. Est. nº 712 006 050 115

"EPP"

NOTA FISCAL DE VENDA A CONSUMIDOR

SÉRIE D-1 1.a VIA

VENDA	DATA	Nº DO CLIENTE	Nº 177180
	23/12/04		

CLIENTE	ENDEREÇO/EMPRESA	REGISTRO NA EMPRESA
	Valderlei Romão Nunes Rua Tandara 1550 - Jd. Paulista - Lins - SP	

QUANT.	DESCRIÇÃO	PREÇO UNIT.	PREÇO TOTAL
1	Ranitid 150mg	17.30	17.30
3	difenil c/4	1.31	3.93
5	Cefacimed 500mg	24.33	121.65

\* Referente ao cupom  
fiscal:  
000000 COO:  
008682

NÃO VALE  
COMO RECIBO

ICMS PAGO DE  
ACORDO COM A LEI

TOTAL \$ 142,88