
Rio de Janeiro, 28 de Março de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190236010

Vítima: MATHEUS WILLIAM SILVA GALDINO

Data do Acidente: 28/09/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), MATHEUS WILLIAM SILVA GALDINO

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Boletim de ocorrência incompleto(a), necessário apresentar o documento completo sem rasuras ou abreviações.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 28 de Março de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190236010

Vítima: MATHEUS WILLIAM SILVA GALDINO

Data do Acidente: 28/09/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MATHEUS WILLIAM SILVA GALDINO

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



LIDER Seguradora
Assessoria de Seguros

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Nome completo da vítima: **Matthew William Silva Goldino**
CPF da vítima: **701.114.894-90**
Data de nascimento ou ASL: **01/06/1979**

Profissão: **Auxiliar de produção**
Endereço: **Rua Antônio Amador de Souza, 50436**
Cidade: **Campina Grande**
Estado: **PB**
Tel.(DDD): **8333341189**

Nome completo: **Matthew William Silva Goldino**
CPF: **701.114.894-90**
Número: **159**
Complemento:

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

☐ SEM RENDA
☒ RENDA MENSAL
☒ RECUSO INFORMAR

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

☐ ATÉ R\$1.000,00
☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00
☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00
☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ ACIMA DE R\$10.000,00

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO:
AGÊNCIA: ☐ [informar o dígito se existir]
CONTA: ☐ [informar o dígito se existir]

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinalar uma opção)
☐ Itaú (341)
☐ Bradesco (237)
☐ Banco do Brasil (001)
☐ Caixa Econômica Federal (104)

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

a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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 atenda 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.

Peço motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, 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 nº 6.194/74, art. 3º, § 1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestação, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estatuto civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo
Grau de Parentesco com a vítima: ☐ Sim ☐ Não
Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não
Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
Vítima deixou ☐ Sim ☐ Não
nascimento (ou nascido?)
Vítima deixou ☐ Sim ☐ Não
pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou cliente 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 cliente, 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, **Campina Grande - PB 27/03/2019,**
Nome: _____ CPF: _____
Assinatura de quem assina a ROGÓ: _____
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): _____
Assinatura do Procurador (se houver): _____

TESTEMUNHAS
1ª Nome: _____ CPF: _____
2ª Nome: _____ CPF: _____

LIDER ASSOCIADA
Assinatura
27 MAR 2019
CORRETORA DE SEGUROS



GOVERNO DO ESTADO DA
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
2ª DELEGACIA REGIONAL DE POLÍCIA
DELEGACIA DE ACIDENTES E

Rua Raimundo Nonato de Araújo, S/N - Catolé - Campina Grande - 58410163 - (83) 3310-9319



OCORRÊNCIA Nº 000014/19

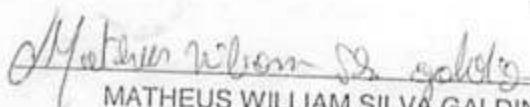
CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA POLICIAL

CERTIFICO, em razão do meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, que revendo os Registros de Ocorrências Policiais deste Órgão, encontrei a Ocorrência de Nº 000014/19 registrada em 22/01/2019, que passo a transcrever na íntegra: Aos vinte e dois dias do mês de janeiro do ano de 2019, nesta cidade de Campina Grande, estado da Paraíba no Cartório de Registro de Ocorrência da DELEGACIA DE ACIDENTES E VEÍCULOS, quando encontrava-se presente a Bela. JOSEFA ALVES DE ASSIS, Delegada de Polícia, comigo Escrivão do seu cargo, ao final assinado e declarado, ai, por volta das 16:01 horas, compareceu o Sr. MATHEUS WILLIAM SILVA GALDINO, com 20 anos de idade, filho de JANILDO GALDINO DA SILVA e MARIA ROSÂNGELA DA SILVA, de nacionalidade BRASILEIRA, natural de CAMPINA GRANDE - PB, União Estável, escolaridade Médio Completo, profissão AUXILIAR DE PRODUÇÃO, portador da Cédula de Identidade Nº 4212784, expedido pela SSP-PB, com C.P.F. de Nº 70111489490, residindo à rua ANTONIETA AMORIM DE SOUZA, 159, bairro VELAME, na cidade de 'CAMPINA GRANDE - PB, celular 9-9173.8480.

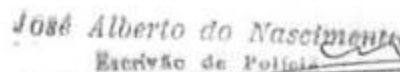
Declarou que:

Informa o comunicante, que por volta das 16h00min do dia 28.09.2018, estava trafegando pela Rua Luís Teixeira de Barros, Bairro do Velame, nesta cidade de Campina Grande/PB, conduzindo a motocicletta HONDA/CG 150 TITAN KS, ano/modelo 2005/2006, cor prata, chassi nº 9C2KC08106R026730, licenciada em nome de José Marcio Silva Oloiveira, quando perdeu o controle de direção e caiu em um buraco, após desviar de um veículo que trafegava na sua frente e efetuou uma frenagem brusca, causando-lhe fratura exposta na tibia, fíbula e perna direita, como também escoriações diversas pelo corpo, sendo corrido pelo SAMU e encaminhado para o hospital Regional de Emergência e Trauma de Campina Grande/PB, onde foi submetido a cirurgias, sendo colocadas placas e parafusos, conforme documentos apresentados nesta Delegacia; Que, ao local não compareceram os Policiais Militares do BPTran, motivo pelo qual não foi confeccionado o Boletim de Acidente de Trânsito; Que, no momento do acidente o tempo apresentava-se bom, com via seca e boa visibilidade, não encontrando-se o comunicante sob a influência de bebida alcoólica. Nada mais havendo a tratar, ciente o declarante das implicações legais contidas no artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lido e achado conforme, expeço a presente certidão. O referido é verdade e dou FÉ.

Campina Grande, Terça-feira, 22 de Janeiro de 2019


MATHEUS WILLIAM SILVA GALDINO

Declarante


Escrivão de Polícia

JOSÉ ALBERTO DO NASCIMENTO

Escrivão





GOVERNO DO ESTADO DA
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
2ª DELEGACIA REGIONAL DE POLÍCIA
DELEGACIA DE ACIDENTES E
Rua Raimundo Nonato de Araújo, S/N - Catolé - Campina Grande - 58410163 - (83) 3310-9319



OCORRÊNCIA Nº 000014/19

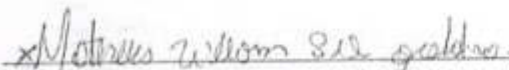
CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA POLICIAL

CERTIFICO, em razão do meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, que revendo os Registros de Ocorrências Policiais deste Órgão, encontrei a Ocorrência de Nº 000014/19 registrada em 22/01/2019, que passo a transcrever na íntegra: Aos vinte e dois dias do mês de janeiro do ano de 2019, nesta cidade de Campina Grande, estado da Paraíba no Cartório de Registro de Ocorrência da DELEGACIA DE ACIDENTES E VEICULOS, quando encontrava-se presente a Bela. JOSEFA ALVES DE ASSIS, Delegada de Polícia, comigo Escrivão do seu cargo, ao final assinado e declarado, ai, por volta das 16:01 horas, compareceu o Sr. MATHEUS WILLIAM SILVA GALDINO, com 20 anos de idade, filho de JANILDO GALDINO DA SILVA e MARIA ROSÂNGELA DA SILVA, de nacionalidade BRASILEIRA, natural de CAMPINA GRANDE - PB, União Estável, escolaridade Medio Completo, profissão AUXILIAR DE PRODUÇÃO, portador da Cédula de Identidade Nº 4.212.784, expedido pela SSP-PB, com C.P.F. de Nº 70111489490, residindo à rua ANTONIETA AMORIM DE SOUZA, 159, bairro VELAME, na cidade de 'CAMPINA GRANDE - PB, celular 9-9173.8480.

Declarou que:

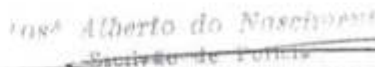
Informa o comunicante, que por volta das 16h00min do dia 28.09.2018, estava trafegando pela Rua Luis Teixeira de Barros, Bairro do Velame, nesta cidade de Campina Grande/PB, conduzindo a motocicletta HONDA/CG 150 TITAN KS, ano/modelo 2005/2006, cor prata, de placa MNL-7698/PB, chassi nº 9C2KC08106R026730, licenciada em nome de José Marcio Silva Oloiveira, quando perdeu o controle de direção e caiu em um buraco, após desviar de um veículo que trafegava na sua frente e efetuou uma frenagem brusca, causando-lhe fratura exposta na tíbia, fíbula e perna direita, como também escoriações diversas pelo corpo, sendo corrido pelo SAMU e encaminhado para o hospital Regional de Emergência e Trauma de Campina Grande/PB, onde foi submetido a cirurgias, sendo colocadas placas e parafusos, conforme documentos apresentados nesta Delegacia; Que, ao local não compareceram os Policiais Militares do BPTran, motivo pelo qual não foi confeccionado o Boletim de Acidente de Trânsito; Que, no momento do acidente o tempo apresentava-se bom, com via seca e boa visibilidade, não encontrando-se o comunicante sob a influência de bebida alcoólica. Nada mais havendo a tratar, ciente o declarante das implicações legais contidas no artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lido e achado conforme, expeço a presente certidão. O referido é verdade e dou FE.

Campina Grande, Terça-feira, 22 de Janeiro de 2019



MATHEUS WILLIAM SILVA GALDINO

Declarante


Escrivão de Polícia

JOSÉ ALBERTO DO NASCIMENTO

Escrivão



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAA (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL: 0104874/19
CPF da vítima: 701.114.89490
Nome completo da vítima: **Matheus William Silva Goldino**

Profissão: **auxiliar de produção**
Endereço: **Rua Antônio de Souza**
Cidade: **Campos Gerais**
Estado: **GO**
CEP: **58418-000**
Tel.(DDD): **833334189**

Nome completo: **Matheus William Silva Goldino**
CPF: **701.114.89490**
Número: **159**
Complemento: **833334189**

RENDAMENTO CADASTRAIS
☒ RENDA MENSAL: Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).
☒ RECURSO INFORMAR

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA
☒ CONTA POUPOANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☒ Itaú (341) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 0374 CONTA: 24902 (informar o dígito se existir)
AGÊNCIA: CONTA: (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 atenda 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.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE
Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter a 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 concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestação, caso discorde do seu conteúdo.

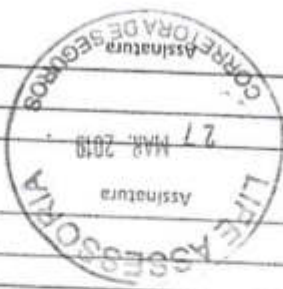
Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo
Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não
Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não
Se tinha filhos, informar quantos:
Falecidos: ☐ Sim ☐ Não
Vítima deixou ☐ Sim ☐ Não
nascimento (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não
Vítima deixou ☐ Sim ☐ Não
pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Local e Data: **Campos Gerais - GO 27/03/2019**
Nome: **Matheus William Silva Goldino**
CPF: **701.114.89490**

(*) Assinatura de quem assina a ROGO: **Matheus William Silva Goldino**
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): **Matheus William Silva Goldino**
Assinatura do Procurador (se houver):

Assinatura do Representante Legal (se houver):
Assinatura de quem assina a ROGO: **Matheus William Silva Goldino**
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): **Matheus William Silva Goldino**
Assinatura do Procurador (se houver):



(*) A vítima/beneficiário não atestado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU RISCO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.




DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO

Declaramos para os devidos fins de direito que o **SAMU REGIONAL CG - 192** foi solicitado para prestar atendimento médico pré-hospitalar de urgência ao paciente conforme dados a seguir:

DATA: 28/9/2018	HORA: 16:10 HRS	ID Nº: 1727386
NOME: MATHEUS WILLIAM SILVA GALDINO		
QUEIXA: ACIDENTE DE TRÂNSITO		
LOCAL: RUA: LUIS TEIXEIRA DE BARROS - VELAME		
COMPLEMENTO:		
CIDADE: CAMPINA GRANDE / PB		
DADOS DA REMOÇÃO		
Paciente removido para o Hospital de Emergencia e Trauma		

Campina Grande, 7 de janeiro de 2019.




Paulo Alexandre B. Nascimento
SUPERVISOR
SAMU 192-CG

Deoclecio F Nascimento
Coordenação Administrativa
SAMU REGIONAL CG - 192

ITAÚ – UNIBANCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

BANCO: 341 AGÊNCIA: 0477 CONTA: 000000078857-4

DATA DA TRANSFERENCIA: 02/05/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MATHEUS WILLIAM SILVA GALDINO

BANCO: 341

AGÊNCIA: 00374

CONTA: 000000024902-7

Autenticação:

93EC3F7DEAA2063038A31BCDC2980676FD62F5F3B8A4018C430377D033F7F17F

DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda-via de conta.

Bolero para simplificar pagamento da nota fiscal/conta de energia elétrica - Nº 003.133.405



ENERGISA BORBOREMA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A

BR 230 - KM 158 - Aç. Sudeste - Três Irmãs - Campina Grande / PB - CEP 58423-700

CNPJ 08.826.596/0001-05 Insc. Est. 16.093.838-1

DADOS DO CLIENTE

GRACILETE GALDINO SILVA
RUA ANTONIETA AMORIM DE SOUZA 159
CAMPINA GRANDE

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

4/143209-5

REFERÊNCIA

FEV/2019

APRESENTAÇÃO

27/02/2019

CONSUMO

127

VENCIMENTO

08/03/2019

TOTAL A PAGAR

R\$ 110,68

Acesse: www.energisa.com.br



RESERVE AQUI

GRACILETE GALDINO SILVA

Roteiro: 18-401-972-2180

CONTA PAGA - Data de Pagamento: 11/03/2019

VENCIMENTO

08/03/2019

TOTAL A PAGAR

R\$ 110,68

MATRÍCULA

143209-2019-02-9



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Jose Marcio Silva Oliveira,
RG nº 2744131, data de expedição 20/03/2018
Órgão SSC/PB, portador do CPF nº 055.362.289-63, com
domicílio na cidade de Campina Grande, no Estado de
Pernambuco, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Rua Vila Nova, nº 72,
complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima Matheus Wilhem Silva Goldino cujo o condutor era
Matheus Wilhem Silva Goldino.

Veículo: Motocicleta
Modelo: Fundo 160 150 TITAN KS
Ano: 2005/2006
Placa: MNL 7698
Chassi: 9C2KC08106 R026730
Data do Acidente: 28/09/2018
Local e Data: Campina Grande - PB / 08/11/2018

CARTÓRIO
GRANDE-PB

Jose Marcio Silva Oliveira
Assinatura do Declarante

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

2º Cartório de Notas de Campina Grande - PB
Técnicos: Maria de Fátima Lúcia Cavalcanti
Praça da Saudade, 100, Centro - Campina Grande - PB

Reconheço, por autenticidade, a(s) firma(s) de:
JOSE MARCIO SILVA OLIVEIRA.

Campina Grande/PB 08/11/2018
Em testemunho da verdade. Dou fé
Escrevente: **LUCIANA CAROLINO DOS SANTOS**
Selo Digital: AHS62498-EGX7
Confira os dados em <https://nelodigital.tjpb.jus.br>
Empl. R\$9,40 ISS R\$0,47 Farpen R\$0,28 Fepi R\$1,74 MP R\$0,15

Luciana Carolino dos Santos
Escrevente Autorizada





ATENDIMENTO URGÊNCIA
PRONT (B.E) Nº: 1743352 CLASS. DE RISCO: VERMELHO

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.778.268/0038-52
Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809 Data: 28/09/2018
Boletim de Emergência (B.E) - Modelo 07 Atendente: Adriana Pereira Rodrigues

PACIENTE: MATHEUS WILLIAM SILVA GALDINO
Endereço: ANTUNIETA AMORIM DE SOUZA
Cidade: Campina Grande
Nome da Mãe: MARIA ROSAGELA DA SILVA
Responsável:
Estado Civil: União Estável
Motivo: ACIDENTE DE MOTO
Médico: %
CEP: 58400002 Nascimento: 21/01/1999
Sexo: M Telefone:
Idade: 019 Bairro: VELAME
RG: Nº: 159
CPF: 70111489490 Profissão:
Data de Atend: 28/09/2018 CNJ: 898000410477852
Atend: 28/09/2018 CONVÊNIO: SUS
Hora: 17:43:55 Especialidade:
CRM:

OBS FICHA:

MECANISMOS DO TRAUMA

LOCAL DA LESÃO (Identifique o local com o número correspondente ao lado)



1. Abrasão
2. Amputação
3. Avulsão
4. Contusão
5. Crepitação
6. Dor
7. Edema
8. Empalramento
9. Enfisema subcutâneo
10. Enmagamento
11. Equimose
12. F. Arma branca
13. F. Arma de fogo
14. F. Cortado
15. F. Cortante
16. F. Certo-contuso
17. F. Perfuro-contuso
18. F. Perfuro-cortante
19. Fratura óssea fechada
20. Fratura óssea aberta
21. Hematoma
22. Injurgitamento Vascular
23. Laceração
24. Lesão tendão
25. Luxação
26. Mordedura
27. Movimento torácico paradoxal
28. Objeto Encaixado
29. Otorragia
30. Paralisia
31. Parestia
32. Parestesia
33. Queimadura
34. Rinorragia
35. Sinais de Isquemia
- 36.

OBS:

QUEIMADURA:

Superfície corporal lesada = % Grau () 1º Grau () 2º Grau () 3º Grau

DIGNOSTICO / CID: Trauma (moto)

EXAME PRIMÁRIO - DADOS CLÍNICOS

paciente trazido pelo AMU, trauma de moto há ± 1h
relata dor em MID e mega náuseas e vômitos; não
apresenta sinais de peritonite

ALERGIA: %

MEDICAMENTOS: %

PATOLOGIAS: %

EXAME FÍSICO

PUPILAS () Fotorreagentes (X) Socóricas () Anisocóricas ()

Glasgow 15 PA HGT: SatO2

- A) pl. sinais de trauma em cervical
B) MIB em AHT, SIRA; garante via aérea
C) ECG em 27, 5 (VF, 57 m)
D) Glasgow 15.

EXAMES SOLICITADOS:

- () Laboratoriais
() Gasometria arterial
() Tomografia Computadorizada

- () Ultrassom
(X) Radiografia

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO:

Especialista: Ortopedia / às : Dia / /

Especialista: / às : Dia / /

MÉDICO SOLICITANTE

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

Nº	PRESCRIÇÕES E CONDUTAS	HORÁRIO REALIZADO
1	Dipirona 1g + AD. EV, apoa - 18	
2	Alta da urgência para	
3		
4		
5		
6		

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO:

Assinatura do médico



Ficha de Acolhimento

Nome:	Matheus William Silva Galvão		
End:	R. Antunilha Amorim de Sousa 159	Bairro:	Zelame
Data de Nascimento:	21.01.1999	Documento de Identificação:	E Grande P-3
Queixa:	Ac. de moto	Data do Atend.:	28.09.2018
		Hora:	17:40
		Documento:	
Acidente de trabalho?	() Sim	(X) Não	

Classificação de Risco

Nível de consciência: () Bom () Regular () Baixo	Aspecto: () Calmo () Fáceis de dor () Gemente
Frequência respiratória:	Frequência cardíaca:
Pressão arterial:	Temperatura axilar:
Dosagem de HGT:	Mucosas: () Normocorada () Pálida
Deambulação: () Livre () Cadeira de rodas (X) Maca	

Estratificação

MOD. 110

- (X) Vermelho - atendimento imediato
() Verde - atendimento até 4 horas

- () Amarelo - atendimento até 1 hora
() Azul - atendimento ambulatorial

Bruna Moura da Silva

Assinatura e carimbo do profissional
CRM-PB. 223.352



PEDIDO DE FATURAMENTO

HOW DO WE HOSPITAL

HOSPITAL DE Traves

TEL / FAX 06 4846

NOMME DU PATIENT: _____

MATHEUS WILLIAM SILVA GALVÃO

W. J. STEWART

1997, 1998, 1999, 2000, 2001, 2002, 2003, 2004, 2005, 2006, 2007, 2008, 2009, 2010, 2011, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016, 2017, 2018, 2019, 2020, 2021, 2022, 2023, 2024, 2025, 2026, 2027, 2028, 2029, 2030, 2031, 2032, 2033, 2034, 2035, 2036, 2037, 2038, 2039, 2040, 2041, 2042, 2043, 2044, 2045, 2046, 2047, 2048, 2049, 2050, 2051, 2052, 2053, 2054, 2055, 2056, 2057, 2058, 2059, 2060, 2061, 2062, 2063, 2064, 2065, 2066, 2067, 2068, 2069, 2070, 2071, 2072, 2073, 2074, 2075, 2076, 2077, 2078, 2079, 2080, 2081, 2082, 2083, 2084, 2085, 2086, 2087, 2088, 2089, 2090, 2091, 2092, 2093, 2094, 2095, 2096, 2097, 2098, 2099, 2100, 2101, 2102, 2103, 2104, 2105, 2106, 2107, 2108, 2109, 2110, 2111, 2112, 2113, 2114, 2115, 2116, 2117, 2118, 2119, 2120, 2121, 2122, 2123, 2124, 2125, 2126, 2127, 2128, 2129, 2130, 2131, 2132, 2133, 2134, 2135, 2136, 2137, 2138, 2139, 2140, 2141, 2142, 2143, 2144, 2145, 2146, 2147, 2148, 2149, 2150, 2151, 2152, 2153, 2154, 2155, 2156, 2157, 2158, 2159, 2160, 2161, 2162, 2163, 2164, 2165, 2166, 2167, 2168, 2169, 2170, 2171, 2172, 2173, 2174, 2175, 2176, 2177, 2178, 2179, 2180, 2181, 2182, 2183, 2184, 2185, 2186, 2187, 2188, 2189, 2190, 2191, 2192, 2193, 2194, 2195, 2196, 2197, 2198, 2199, 2200, 2201, 2202, 2203, 2204, 2205, 2206, 2207, 2208, 2209, 2210, 2211, 2212, 2213, 2214, 2215, 2216, 2217, 2218, 2219, 2220, 2221, 2222, 2223, 2224, 2225, 2226, 2227, 2228, 2229, 2230, 2231, 2232, 2233, 2234, 2235, 2236, 2237, 2238, 2239, 2240, 2241, 2242, 2243, 2244, 2245, 2246, 2247, 2248, 2249, 2250, 2251, 2252, 2253, 2254, 2255, 2256, 2257, 2258, 2259, 2260, 2261, 2262, 2263, 2264, 2265, 2266, 2267, 2268, 2269, 2270, 2271, 2272, 2273, 2274, 2275, 2276, 2277, 2278, 2279, 2280, 2281, 2282, 2283, 2284, 2285, 2286, 2287, 2288, 2289, 2290, 2291, 2292, 2293, 2294, 2295, 2296, 2297, 2298, 2299, 2300, 2301, 2302, 2303, 2304, 2305, 2306, 2307, 2308, 2309, 2310, 2311, 2312, 2313, 2314, 2315, 2316, 2317, 2318, 2319, 2320, 2321, 2322, 2323, 2324, 2325, 2326, 2327, 2328, 2329, 2330, 2331, 2332, 2333, 2334, 2335, 2336, 2337, 2338, 2339, 2340, 2341, 2342, 2343, 2344, 2345, 2346, 2347, 2348, 2349, 2350, 2351, 2352, 2353, 2354, 2355, 2356, 2357, 2358, 2359, 2360, 2361, 2362, 2363, 2364, 2365, 2366, 2367, 2368, 2369, 2370, 2371, 2372, 2373, 2374, 2375, 2376, 2377, 2378, 2379, 2380, 2381, 2382, 2383, 2384, 2385, 2386, 2387, 2388, 2389, 2390, 2391, 2392, 2393, 2394, 2395, 2396, 2397, 2398, 2399, 2400, 2401, 2402, 2403, 2404, 2405, 2406, 2407, 2408, 2409, 2410, 2411, 2412, 2413, 2414, 2415, 2416, 2417, 2418, 2419, 2420, 2421, 2422, 2423, 2424, 2425, 2426, 2427, 2428, 2429, 2430, 2431, 2432, 2433, 2434, 2435, 2436, 2437, 2438, 2439, 2440, 2441, 2442, 2443, 2444, 2445, 2446, 2447, 2448, 2449, 2450, 2451, 2452, 2453, 2454, 2455, 2456, 2457, 2458, 2459, 2460, 2461, 2462, 2463, 2464, 2465, 2466, 2467, 2468, 2469, 2470, 2471, 2472, 2473, 2474, 2475, 2476, 2477, 2478, 2479, 2480, 2481, 2482, 2483, 2484, 2485, 2486, 2487, 2488, 2489, 2490, 2491, 2492, 2493, 2494, 2495, 2496, 2497, 2498, 2499, 2500, 2501, 2502, 2503, 2504, 2505, 2506, 2507, 2508, 2509, 2510, 2511, 2512, 2513, 2514, 2515, 2516, 2517, 2518, 2519, 2520, 2521, 2522, 2523, 2524, 2525, 2526, 2527, 2528, 2529, 2530, 2531, 2532, 2533, 2534, 2535, 2536, 2537, 2538, 2539, 2540, 2541, 2542, 2543, 2544, 2545, 2546, 2547, 2548, 2549, 2550, 2551, 2552, 2553, 2554, 2555, 2556, 2557, 2558, 2559, 2560, 2561, 2562, 2563, 2564, 2565, 2566, 2567, 2568, 2569, 2570, 2571, 2572, 2573, 2574, 2575, 2576, 2577, 2578, 2579, 2580, 2581, 2582, 2583, 2584, 2585, 2586, 2587, 2588, 2589, 2590, 2591, 2592, 2593, 2594, 2595, 2596, 2597, 2598, 2599, 2600, 2601, 2602, 2603, 2604, 2605, 2606, 2607, 2608, 2609, 2610, 2611, 2612, 2613, 2614, 2615, 2616, 2617, 2618, 2619, 2620, 2621, 2622, 2623, 2624, 2625, 2626, 2627, 2628, 2629, 2630, 2631, 2632, 2633, 2634, 2635, 2636, 2637, 2638, 2639, 2640, 2641, 2642, 2643, 2644, 2645, 2646, 2647, 2648, 2649, 2650, 2651, 2652, 2653, 2654, 2655, 2656, 2657, 2658, 2659, 2660, 2661, 2662, 2663, 2664, 2665, 2666, 2667, 2668, 2669, 2670, 2671, 2672, 2673, 2674, 2675, 2676, 2677, 2678, 26

1000

Continued

MAKING IT EASY TO BE ALREADY

Tipul. DE FRACTIONS DE OSSES M. KERN 2" (1)

PRODUTO	REF.	QUANT.	COD. BARRA
---------	------	--------	------------

Place 4.5 large egg "L"			
-------------------------	--	--	--

10 F Diversa -A	01	
-----------------	----	--

Value 4.5 Estimated σ_{ϵ}	0.1
---	-----

$$\frac{4.5 \text{ cm} \cdot T \cdot 1.3 \text{ cm}}{2} = 0.1$$

1980	ESK	USD	K 16	N: 80	01
"	"	"	"	N: 85	01

856 P. 25	04
45 x 24	01

11	"	4.5 x 7.6	102
----	---	-----------	-----

11	11	4.5 x 28	0.9
----	----	----------	-----

1	1	$4,5 \times 30$	03
---	---	-----------------	----

11	4.5	34	0.1
	1.5	36	0.2

DATA DE INÍCIO	DATA DE CONCLUSÃO	AMIGO RESPONSÁVEL
01/05/2010	03/06/2010	AMIGO RESPONSÁVEL

24/30/18 Mr. Anne Higgin

MF. Butcher 4.5 x 40 NZ

11 11 1.5 52 02

0.45 Tol 0.1

Q. 9.5 102 p. 136

Q III 102 W 81

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL

10/11/19

Received 15 March 2005; accepted 14 July 2005



NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

21.01.99

PACIENTE: **William Silva Galvão**

II LEITE: **US** IDADE: **19a** REGISTRO: **174.3352**

CIRURGIA: **Fístula de Pâncreo** CIRURGIÃO: **Dr. Andre. Yum. Goulart**

ANESTESIA: **Dr. Thales** ANESTESIA: **Raqui**

INSTRUMENTADORA: **DATA: 24.1.2019** INICIO: **12:00** FIM: **14:00**

RA	MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS	RA	MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS	RA	MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS	RA	MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS
Adrenalina amp.	01	Betatec Cateter	01	Adrenalina amp.	01	Betatec Cateter	01
Atropina amp.	01	Cateter de Urinar Sist. Fech.	01	Atropina amp.	01	Cateter de Urinar Sist. Fech.	01
Diazepam amp.	01	Compressa Grande	01	Diazepam amp.	01	Compressa Grande	01
Dimora amp.	01	Compressa Pequena	01	Dimora amp.	01	Compressa Pequena	01
Dolantina amp.	01	Colonosco	01	Dolantina amp.	01	Colonosco	01
Etilene ml	01	Dreno	01	Etilene ml	01	Dreno	01
Fenepene amp.	01	Dreno Kier n°	01	Fenepene amp.	01	Dreno Kier n°	01
Fentanyl ml	01	Dreno Pansor n°	01	Fentanyl ml	01	Dreno Pansor n°	01
Hexa ml	01	Dreno Pezzer n°	01	Hexa ml	01	Dreno Pezzer n°	01
Kalajar ml	01	Equipo de Macrogras	01	Kalajar ml	01	Equipo de Macrogras	01
Mercaina 1/2 ml	01	Equipo de Macrogras	01	Mercaina 1/2 ml	01	Equipo de Macrogras	01
Mubahn amp.	01	Equipo de Sangue	01	Mubahn amp.	01	Equipo de Sangue	01
Paralun amp.	01	Equipo de PVC	01	Paralun amp.	01	Equipo de PVC	01
Prodemine amp.	01	Espiradinho Largo cm	01	Prodemine amp.	01	Espiradinho Largo cm	01
Prodemine 1/2	01	Funacem ml	01	Prodemine 1/2	01	Funacem ml	01
Quelone ml	01	Gasa Pande 10 unidades	01	Quelone ml	01	Gasa Pande 10 unidades	01
Racden amp.	01	H ₂ O ₂ ml	01	Racden amp.	01	H ₂ O ₂ ml	01
Thiopenital ml	01	Intracath Adulta	01	Thiopenital ml	01	Intracath Adulta	01
Tracium amp.	01	Intracath Infantil	01	Tracium amp.	01	Intracath Infantil	01
Agua Destilada amp.	01	Lamina de Disturi n° 23	01	Agua Destilada amp.	01	Lamina de Disturi n° 23	01
Decadron amp.	01	Lamina de Disturi n° 11	01	Decadron amp.	01	Lamina de Disturi n° 11	01
Dipone amp.	01	Lamina de Disturi n° 15	01	Dipone amp.	01	Lamina de Disturi n° 15	01
Flexion amp.	01	Lunex 7.0	01	Flexion amp.	01	Lunex 7.0	01
Flebotomia amp.	01	Lunex 7.5	01	Flebotomia amp.	01	Lunex 7.5	01
Gerammina amp.	01	Lunex 8.0	01	Gerammina amp.	01	Lunex 8.0	01
Oxipent amp.	01	Lunex 8.5	01	Oxipent amp.	01	Lunex 8.5	01
Quilon de Calcio amp.	01	Oxigênio lit	01	Quilon de Calcio amp.	01	Oxigênio lit	01
Heparina ml	01	Penele clausura	01	Heparina ml	01	Penele clausura	01
Kanakion amp.	01	PVP Dependente ml	01	Kanakion amp.	01	PVP Dependente ml	01
Lacta amp.	01	PVP Tópico ml	01	Lacta amp.	01	PVP Tópico ml	01
Medroinazol	01	Saco Antistático	01	Medroinazol	01	Saco Antistático	01
Prodemine	01	Saco estéril	01	Prodemine	01	Saco estéril	01
Revlon amp.	01	Seringa desc. 10 ml	01	Revlon amp.	01	Seringa desc. 10 ml	01
Siocanion amp.	01	Seringa desc. 20 ml	01	Siocanion amp.	01	Seringa desc. 20 ml	01
Cefalotina 1g	01	Seringa desc. 05 ml	01	Cefalotina 1g	01	Seringa desc. 05 ml	01
Juvenal	01	Sonda	01	Juvenal	01	Sonda	01
	01	Sonda Foley	01		01	Sonda Foley	01
	01	Sonda nasogástrica	01		01	Sonda nasogástrica	01
	01	Sonda Urinal n°	01		01	Sonda Urinal n°	01
	01	Steridren ml	01		01	Steridren ml	01
	01	Torniquete	01		01	Torniquete	01
	01	Vaselina ml	01		01	Vaselina ml	01
	01	Gelcon 10	01		01	Gelcon 10	01
	01	Látex	01		01	Látex	01

ORTOSE E PRÓTESE

EQUIPAMENTOS

CIRCULANTE RESPONSÁVEL

Conceição



Nome do Paciente <u>Machado Welton 2do G. Filho</u>		Nº Prontuário	
Data da Operação <u>24/10/13</u>	Enf. <u>1</u>	Leito <u>4 (Cota 1)</u>	
Operador <u>Dr. André - Pedraza</u>		1º Auxiliar <u>Dr. Zé Carlos (M&D)</u>	
2º Auxiliar <u>Pedro (M&D)</u>		3º Auxiliar	
Anestesia		Instrumentador	
Diagnóstico Pré-Operatório <u>Ap. Glând. Saliv. (C)</u>		Tipo de Anestesia	
Tipo de Operação <u>Cirurgia</u>			
Diagnóstico Pós-Operatório <u>Cirurgia</u>			
Relatório Imediato da Patologia <u>X</u>			
Exame Radiológico no Ato <u>Sim</u>			
Acidente Durante a Operação <u>Não</u>			



DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

Via de Acesso - Técnica - Ligadura - Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspecto Visual

1) Exatidão com DOR, mas sem

2) Anestesia + analgesia + sonda de drenagem interna

3) Sutura em 2 pontos com fio de seda 3/0

4) Exatidão com DOR + drenagem por sonda + drenagem

5) Exatidão com DOR + drenagem por sonda + drenagem

6) Exatidão com DOR + drenagem por sonda + drenagem

7) Exatidão com DOR + drenagem por sonda + drenagem

8) Exatidão com DOR + drenagem por sonda + drenagem

9) Exatidão com DOR + drenagem por sonda + drenagem

10) Exatidão com DOR + drenagem por sonda + drenagem

11) Exatidão com DOR + drenagem por sonda + drenagem

12) Exatidão com DOR + drenagem por sonda + drenagem

13) Exatidão com DOR + drenagem por sonda + drenagem

14) Exatidão com DOR + drenagem por sonda + drenagem

15) Exatidão com DOR + drenagem por sonda + drenagem

16) Exatidão com DOR + drenagem por sonda + drenagem

17) Exatidão com DOR + drenagem por sonda + drenagem

18) Exatidão com DOR + drenagem por sonda + drenagem

19) Exatidão com DOR + drenagem por sonda + drenagem

20) Exatidão com DOR + drenagem por sonda + drenagem

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO



Folha de Sala - Recuperação Pós Anestésica

Paciente: <u>Matheus William Silva gaburo</u>		Idade: <u>19 A</u>
Convênio: <u>Sus</u>		Data: <u>28.09.18</u>
Procedimento: <u>Tact. Leveg - Pto. Tibal D</u>		
Cirurgião: <u>Dr. Julio</u>	Auxiliar:	Anestesista: <u>Dr. Jia</u>
Início: <u>21:00</u>	Término: <u>22:00</u>	Anestesia <u>Raque</u>

[illegible][illegible]

Observações:

Cirúrgica

14/11/15

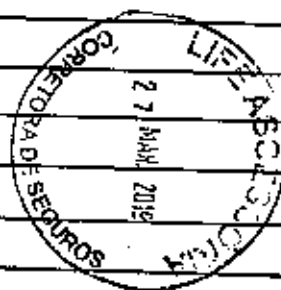
Assinatura Anestesiologista

Circulante

NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

[illegible]

Nome do Paciente <i>Mathews William Silva Galdino</i>		Nº Prontuário	
Data da Operação <i>28/09/18</i>	Enf.	Leito	
Operador <i>Dr Carlos Camargo</i>		1º Auxiliar <i>Dr Julio MR</i>	
2º Auxiliar	3º Auxiliar	Instrumentador	
Anestesia		Tipo de Anestesia	
Diagnóstico Pré-Operatório <i>Fratura do braço direito</i>			
Tipo de Operação <i>Fixação externa</i>			
Diagnóstico Pós-Operatório <i>Osteossíntese</i>			
Relatório Imediato da Patologia			
Exame Radiológico no Ato <i>Sim</i>			
Acidente Durante a Operação <i>Não</i>			



DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

Via de Acesso - Tática e Técnica - Ligaduras - Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspecto Visceras

- 1) Paciente em DDH sob anestesia
- 2) Assepsia e antisepsia
- 3) Campos estéril
- 4) Redução cirúrgica e fixação com fixador externo transarticular em MIO subaxial de espelho
- 5) Curativo

Dr. Julio Cesar Castro
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PB-9965 / CRM-AM-6320

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

Convênio

Dr. Julio Cesar Castro
Ortopedia e Traumatologia
CRM: 107.101 (Goiânia/GO)

743397

DIAGNÓSTICO

~~CONFIDENTIAL~~

17 MAR 1964
CORRETORES
SECRETARIA

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE HABITAÇÃO
CARTÃO NACIONAL DE HABITAÇÃO

NOME: **MATHEUS WILLIAM SILVA GALDINO**

DOC. IDENTIDADE / ORIG. EMISSÃO UF:
4212784 SSDB PB

CPF: 701.114.894-90 DATA NASCIMENTO: 21/01/1999

FILIAÇÃO:
JANILO GALDINO DA SILVA
MARIA ROSANGELA DA SILVA

PERMISSÃO: **PERMISSÃO** ACE: **ACE** CATIVA: **ACE**

Nº REGISTRO: 06936241744 VALIDADE: 18/10/2018 1ª MARCAGEM: 18/10/2017

OBSERVAÇÕES:
A:

Matheus William Silva Galvão

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL: **JOAO PESSOA, PB** DATA EMISSÃO: 19/10/2017

ASSINATURA DO EMISOR: *João Pessoa* 65811905038
PBO34046267

PARAIBA

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1545266571

PROIBIDO PLASTIFICAR
1545266571



IDENTIFICAÇÃO

VITIMA Moisés William Silva Goldino
 DATA DO ACIDENTE 28/09/2018 CPF DA VITIMA 30111489492
 PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO Moisés William Silva
 QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR (VITIMA) ☐ REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM A VITIMA É Moisés William Silva Goldino
 ENDEREÇO DO PORTADOR Rua Anomita Amorim de Souza
 Nº 159 COMPLEMENTO BAIRRO Veloso
 CIDADE Campina Grande UF PB CEP 58418-000
 E-MAIL lweio@bravodigital.com TELEFONE (83) 33341289

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

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

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

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

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

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

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA
- COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
- PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSO WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS 546 DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 27/03/2019IDENTIDADE 4212784

ASSINATURA

Moisés William S. Goldino

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA 27 MAR, 2019

NOME

ASSINATURA

CORRETORA DE SEGUROS

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190236010 **Cidade:** Campina Grande **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MATHEUS WILLIAM SILVA GALDINO **Data do acidente:** 28/09/2018 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 24/04/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO PLATÔ TIBIAL DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO. ALTA. P6/9

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO JOELHO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO JOELHO DIREITO.

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190236010 **Cidade:** Campina Grande **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MATHEUS WILLIAM SILVA GALDINO **Data do acidente:** 28/09/2018 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 24/04/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO PLATÔ TIBIAL DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO. ALTA. P6/9

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO JOELHO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO JOELHO DIREITO.

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0104874/19

Vítima: MATHEUS WILLIAM SILVA GALDINO

CPF: 701.114.894-90

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 28/09/2018

Titular do CPF: MATHEUS WILLIAM SILVA GALDINO

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Laudo do IML - Lesões corporais
Outros

MATHEUS WILLIAM SILVA GALDINO : 701.114.894-90

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

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: 27/03/2019
Nome: MATHEUS WILLIAM SILVA GALDINO
CPF: 701.114.894-90

MATHEUS WILLIAM SILVA GALDINO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 27/03/2019
Nome: SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA
CPF: 614.058.096-04

SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0104874/19

Número do Sinistro: 3190236010

Vítima: MATHEUS WILLIAM SILVA GALDINO

CPF: 701.114.894-90

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 28/09/2018

Titular do CPF: MATHEUS WILLIAM SILVA GALDINO

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência

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: 15/04/2019
Nome: MATHEUS WILLIAM SILVA GALDINO
CPF: 701.114.894-90

MATHEUS WILLIAM SILVA GALDINO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 15/04/2019
Nome: SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA
CPF: 614.058.096-04

SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA