

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

---

Rio de Janeiro, 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



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

---

Rio de Janeiro, 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



(1) A unidade de ensino deve elaborar e aprovar o Regimento Interno, que estabelecerá os critérios para a concessão das bolsas de estudo, bem como as regras de funcionamento da instituição.

PEDIDO DO SEGURO DPVAT		Escolla(s) tipo(s) de cobertura:	
<input type="checkbox"/> DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)		<input checked="" type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE	
Nº do Simples ou ASL:		CPF da vítima:	
0104874/19		301.114.894-90	
Nome completo:		REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS EFETUADA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VITIMA/BENEFICIÁRIO) - CRUCULAR SUSP N° 445/2012	
Profissão:		Mártires Willian Silveira Galdino	
Endereço:		Av. Antônio Flávio, 01 Souto	
Número:		301.114.894-90	
Bairro:		Vila Maria	
Cidade:		Comptche Maracá	
CEP:		58418-000	
E-mail:		marte@humana.com.br	
Tel.(DDO):		833341189	
Declarar, para todos os fins de direito, ressaltar no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR COPIA).			
RENDA MENSAL			
<input checked="" type="checkbox"/> SEM RENDA			
<input type="checkbox"/> RECEU INFORMAR			
<input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00			
<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00			
<input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00			
<input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00			
<input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00			
<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00			
DADOS BANCARIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA			
<input type="checkbox"/> CONTA POPULAR (Somente para os bancos filiais. Assinale uma opção)			
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)			
<input checked="" type="checkbox"/> Itaú (341)			
<input type="checkbox"/> Bradesco (237)			
<input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (101)			
AGÊNCIA: 0394 <input type="checkbox"/> CONTA: 24902			
(Inserir o dígito se estiver) <input type="checkbox"/>			
(Inserir o dígito se estiver) <input type="checkbox"/>			
AGÊNCIA: <input type="checkbox"/> CONTA: <input type="checkbox"/>			
(Inserir o dígito se estiver) <input type="checkbox"/>			
a que eu tiver direito, recorrerá a credito na conta bancária informada, desde ja é somente após a efetivação do credito, quitação de todo o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT			
DECLARAÇÃO DE AUSENCIA DE LADDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA CORRETURA DE INVALIDEZ PERMANENTE			
Declaro, sob as penas da lei, que nenhuma das seguintes situações se aplica:			



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 N° 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 N° 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 Estavel, escolaridade Medio Completo, profissão AUXILIAR DE PRODUÇÃO, portador da Cédula de Identidade N° 4212784, expedido pela SSP-PB, com C.P.F. de N° 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 motocicleta HONDA/CG 150 TITAN KS, ano/modelo 2005/2006, cor prata, chassi nº 9C2KC08106R026730, licenciada em nome de José Marcio Silva Oliveira, 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

José Alberto do Nascimento  
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 N° 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 N° 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 Estavel, escolaridade Medio Completo, profissão AUXILIAR DE PRODUÇÃO, portador da Cédula de Identidade N° 4.212.784, expedido pela SSP-PB, com C.P.F. de N° 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 motocicleta HONDA CG 150 TITAN KS, ano/modelo 2005/2006, cor prata, de placa MNL-7698/PB, chassi n° 9C2KC08106R026730, licenciada em nome de José Marcio Silva Oliveira, 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 Silveira Galdino  
MATHEUS WILLIAM SILVA GALDINO

Declarante

José Alberto do Nascimento  
José Alberto do Nascimento  
Delegado de Polícia

JOSÉ ALBERTO DO NASCIMENTO

Escrivão



15 ABR 2019

1.7. A volume de referência não elaborado deve ser escrito outra passo elaborada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU RISCO.

1.8. Na presença de duas (duas) testemunhas nacionais e capazes, comprovadas-se a dor-fixa clínica do paciente por dois profissionais de enfermagem e necessário anexar cópia da identidade, CPF e comprovante de residência de estrutura.

001 V001/2018

<b>DECLEARAGAO DE AUSENCIA DE IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE</b>	<b>do Seguro DPVAT por inválida permanente, uma vez que (assimilar uma das opções):</b>
<b>Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar a laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização</b>	<b>Na(s) IML que tenho a regido do acidente ou da minha residência não realizei perícias para fins do Seguro DPVAT;</b>
<b>□ O IML que tenei a regido do acidente ou da minha residência não realizei perícias para fins do Seguro DPVAT; ou</b>	<b>□ O IML que tenei a regido do acidente ou da minha residência não realizei perícias para fins do Seguro DPVAT; ou</b>
<b>□ O IML que tenei a regido do acidente ou da minha residência realizei perícias para fins do Seguro DPVAT; ou</b>	<b>□ O IML que tenei a regido do acidente ou da minha residência realizei perícias para fins do Seguro DPVAT; ou</b>
<b>Pelo motivo assinalado, solicito a prorrogação da resiliência realizada para superar a 90 (noventa) dias do pedido.</b>	<b>Apresentadas, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica as cutas da Seguro DPVAT, por inválida permanente, com base na documentação</b>
<b>avaliada pelo médico ou resiliência ao direito de contestá-la, caso dispare de seu conteúdo.</b>	<b>permitemos, de forma concordante, corrompe laf 6.192/74, art 3º, §1º, declarando que esta autorização da extinção da qualificação das lesões</b>



## 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		
<b>DADOS DA REMOÇÃO</b>		
Paciente removido para o Hospital de Emergência e Trauma		

Campina Grande, 7 de janeiro de 2019.



Pedro 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.

Faça o seu pagamento da conta de energia elétrica - N° 003.133.405



LUE, INNOVAÇÃO, EXECUÇÃO  
ENERGISA BORBOREMA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A

BR 230 - KM 158 - Alça Sulweste - Três Irmãos - Campina Grande / PB - CEP 58423-700

CNPJ 08.828.596/0001-05 Insc. Est. 18.003.839-1

## 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

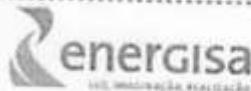
VENIMENTO

08/03/2019

TOTAL A PAGAR

R\$ 110,68

Acesse: [www.energisa.com.br](http://www.energisa.com.br)



RESSEGUE AQUI

GRACILETE GALDINO SILVA

Roteiro: 18-401-972-2180

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

VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR	MATRÍCULA
08/03/2019	R\$ 110,68	143209-2019-02-9



## Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, José Márcio Silva Oliveira,  
RG nº 2744131, data de expedição 01/03/2010  
Órgão SSC/PB, portador do CPF nº 055.362.284-63, com  
domicílio na cidade de Campina Grande, no Estado de  
Paraíba, 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 Mathias William Silva Goldim cujo o condutor era  
Mathias William Silva Goldim.

Veículo: Motociclo

Modelo: Fundo ICG 150 TITANIC

Ano: 2005 / 2006

Placa: MNL 7698

Chassi: 9C2K C08106 R026730

Data do Acidente: 28/10/2018

Local e Data: Campina Grande - PB / 08/11/2018

X José Márcio Silva Oliveira

Assinatura do Declarante

2º Cartório de Notas da Comarca de Campina Grande - PB  
Tabela: Maria de Fátima Letts Correia  
Praga da Encosta, 102, Centro - Campina - PB

lucianacarolinodossantos@gmail.com  
(031) 3325-4315 - 3324-8373

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

Campina Grande/PB X 08/11/2018  
Em testemunho da verdade. Dou fé.  
Escrevente: LUCIANA CAROLINO DOS SANTOS  
Selos Digitais: RMSI2498-EGX7  
Confira os dados em <https://melodigital.tjpb.jus.br>  
Emol R\$9,48 ISS R\$0,47 Farpen R\$0,28 Fepi R\$1,74 MP R\$0,15



*Luciana Carolina dos Santos  
Escrevente Autorizada*



GOVERNO  
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE SAÚDE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES



ATENDIMENTO URGÊNCIA

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

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.778.268/0036-52  
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 CEP:58400002 Nascimento:21/01/1999

SILVA GALDINO

Endereço: ANTUNIETA AMORIM DE SOUZA

Cidade: Campina Grande

Nome da Mãe: MARIA ROSAGELA DA SILVA

Responsável:

Estado Civil:União Estável

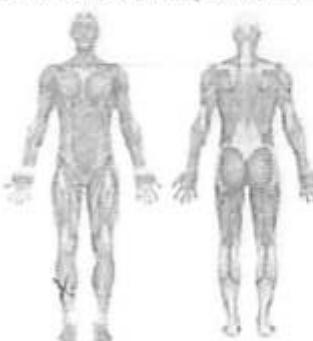
Motivo: ACIDENTE DE MOTO

Médico: %

OBS FICHA:

MECANISMOS DO TRAUMA

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



1. Abração
2. Amputação
3. Avulsão
4. Cernizão
5. Cracolite
6. Dor
7. Edema
8. Empinamento
9. Entorânea subcutânea
10. Enxagamento
11. Equimose
12. F. Arma branca
13. F. Arma de fogo
14. F. Ciclismo
15. F. Cortante
16. F. Corte-ébólusia
17. F. Perfuro-contuso
18. F. Perfuro-contante
19. Fratura óssea fechada
20. Fratura óssea aberta
21. Hematoma
22. Ingestamento Venoso
23. Lesão tóxica
24. Lesão tendinosa
25. Luxação
26. Mordedura
27. Movimento torácico paradoxal
28. Objeto Encravado
29. Osteopatia
30. Paralisia
31. Perereca
32. Peritesticula
33. Queimadura
34. Riorreia
35. Síndrome 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 SAMU, desmaia de moto há 2h.  
relata dor em MID a meia recuperação de vômitos; não  
apresenta sinais de peritonite

ALERGIA:

X

MEDICAMENTOS:

X

PATOLOGIAS:

X

EXAME FÍSICO

PUPILAS ( ) Motorreagentes ( ) Isocônicas ( ) Anisocônicas ( )

Glasgow

15

PA

NGT:

SatO2

- (A) sinais de fractura em cervical
- (B) dor em ANL, B1 RA, garante via aerea
- (C) ecg em 27, 5CNF, 5P/2
- (D) cefalogia 15

EXAMES SOLICITADOS:

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

( ) Ultrassonografia

( ) Radiografia

( )

**TOMOGRAFIA**  
**REALIZADA 27/10/18**

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, aqpc	18
2	Alta da unidade	22/10/18
3		
4		
5		
6		

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO:

**RADIO**  
**REALIZADO 29/09/18**  
**TOMOGRAFIA**  
**REALIZADA 23/10/18**



### Ficha de Acolhimento

Nome:	Mathews William Silva Galdino		
End:	R. Antônio Amorim de Souza 159	Bairro:	Delame
Data de Nascimento:	21.01.1999	Documento de Identificação:	E Grande p-B
Queixa:	Ac de moto	Data do Atend.:	28.09.2018 Hora: 17:40 Documento:
Acidente de trabalho?	( <input type="checkbox"/> ) Sim	( <input checked="" type="checkbox"/> ) Não	

### Classificação de Risco

Nível de consciência:	( <input type="checkbox"/> ) Bom	( <input type="checkbox"/> ) Regular	( <input type="checkbox"/> ) Baixo	Aspecto:	( <input type="checkbox"/> ) Calmo	( <input type="checkbox"/> ) Fáceis de dor	( <input type="checkbox"/> ) Gemente
Frequência respiratória:							
Pressão arterial:							
Dosagem de HGT:							
Deambulação:	( <input type="checkbox"/> ) Livre	( <input type="checkbox"/> ) Cadeira de rodas	( <input checked="" type="checkbox"/> ) Maca	Frequência cardíaca:			
Mucosas:	( <input type="checkbox"/> ) Normocorada	( <input type="checkbox"/> ) Pálida	Temperatura axilar:				

MOD. 110



### Estratificação

- Vermelho - atendimento imediato  
 Verde - atendimento até 4 horas

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

*Bruna Monteiro da Silva*  
Assinatura e carimbo do profissional  
CRM-PB 223.352



## PEDIDO DE FATURAMENTO

CIDADE

HOSPITAL DE TRABALHO

NOME DO HOSPITAL

C. Grange

CIDADE

MATHEUS WILLIAM SILVA Galvão

NOME DO PACIENTE

1743352

Nº DO PACIENTE

Nº P.A.M.

Nº DO PROCEDIMENTO

CORRERIA

PRODUTO

# NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

DW  
21.01.99.

VACINANTE: *Matthew William Silva Galvão*

LEITE CONVÉNIO SUS IDADE 19a REGISTRO 174 3352

CIRURGIA Frotinha da Pista Nacional Dº CIRURGÃO Dr André Yamamoto

ANESTESIA Dr Thaylon ANESTESIA Raquel

ESTRUMENTADORA DATA 24.01.2018 INÍCIO 12:00 FIM 14:00

GOVERNO  
ESTADO DA PARAÍBA

SECRETARIA DE SAÚDE

Hospital de  
Emergência e Trauma São  
Jude Mariana Pinheiro



itm.	MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS	Descrição	Qnt.	FIOS	CÓDIGO
1.	Adrenalin amp.	01	Catet. pr. Oreg.		
	Aropnia amp.		Catet. De Unnar Sist. Fech.		
	Diazepam amp.	1/4	Compressa Grande		
2.	Dimora amp. 0,12mg		Compressa Pequena		
	Dolantina amp.		Coloide		
	Etilane ml		Dresg		
	Fenegran amp.		Dreno Karr n°		
	Fenotáni ml		Dreno Parafuso n°		
	Inoxia ml		Dreno Pizzetti n°		
	Katalar ml	01	Equipo de Macrogomas		
	Mercana % ml		Equipo de Macrogomas		
	Nubahn amp.		Equipo de Sangue		
	Pavilon amp.		Equipo de PVC		
	Prograine amp.		Espiradriptro Largo cm		
	Protexido ml		Fuscom ml		
	Quiklor ml	1/2	Gaze Pacote c/ 10 unidades		
	Raciben amp.		H2O ml	05	
	Thiomersal 1% ml		Intraocult Adulto		
	Tracum amp.		Intraocult Infantil		
3.	MEDICAÇÕES	02	Lâmina de Biutti n° 23		
	Aqua Destilada amp.		Lâmina de Biutti n° 11		
	Decadron amp.		Lâmina de Biutti n° 15		
4.	Dipirona amp.	02	Luxo 7,0	01	
	Flaxito amp.	05	Luxo 7,5		
	Flescoctato amp.	05	Luxo 8,0		
	Geramicina amp.		Luxo 8,5		
	Glicose amp.		Onofreto 3ml		
	Gluton de Cálculo amp.	03	Ponta elevatória		
	Hemostatina Exogenina 1%		PPV5 Desgermante ml		
	Heparina ml		PPV5 Tópico ml		
	Kanakon amp.		Sabão Antisséptico		
	Laxa amp.		Saco estéril		
	Medrofazol	03	Seringa desc. 10 ml		
	Próstamina	03	Seringa desc. 20 ml		
	Revirosa amp.		Seringa desc. 50 ml		
	Sitoclacion amp.		Sonda		
	Cefalospor 1g		Sonda folexy		
	Vaccinares passada		Sonda Nasogástrica		
5.	MATERIAIS / SOLUÇÕES		Sonda Urinária n°		
	Aguita des. 25 x 7		Styrydien ml		
	Aguita des. 28 x 28		Torneirinha		
	Aguita des. 3 x 4,5		Vaseline ml		
6.	Aguita pr. raque nº 35		Gelcon 10		
	Álcool de Enfermagem		Látex		
	Azoxi Iodado ml				
	Alcatrás de Crepon				
	Alcatrás de Gorgonzola				
	Acet melezeno amp.				
	Benzina ml				

GOVERNO  
ESTADO DA PARAÍBA

SECRETARIA DE SAÚDE

Hospital de  
Emergência e Trauma São  
Jude Mariana Pinheiro

itm.	MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS	Descrição	Qnt.	FIOS	CÓDIGO
1.	Adrenalin amp.	01	Catet. pr. Oreg.		
	Aropnia amp.		Catet. De Unnar Sist. Fech.		
	Diazepam amp.	1/4	Compressa Grande		
2.	Dimora amp. 0,12mg		Compressa Pequena		
	Dolantina amp.		Coloide		
	Etilane ml		Dresg		
	Fenegran amp.		Dreno Karr n°		
	Fenotáni ml		Dreno Parafuso n°		
	Inoxia ml		Dreno Pizzetti n°		
	Katalar ml	01	Equipo de Macrogomas		
	Mercana % ml		Equipo de Macrogomas		
	Nubahn amp.		Equipo de Sangue		
	Pavilon amp.		Equipo de PVC		
	Prograine amp.		Espiradriptro Largo cm		
	Protexido ml		Fuscom ml		
	Quiklor ml	1/2	Gaze Pacote c/ 10 unidades		
	Raciben amp.		H2O ml	05	
	Thiomersal 1% ml		Intraocult Adulto		
	Tracum amp.		Intraocult Infantil		
3.	MEDICAÇÕES	02	Lâmina de Biutti n° 23		
	Aqua Destilada amp.		Lâmina de Biutti n° 11		
	Decadron amp.		Lâmina de Biutti n° 15		
4.	Dipirona amp.	02	Luxo 7,0	01	
	Flaxito amp.	05	Luxo 7,5		
	Flescoctato amp.	05	Luxo 8,0		
	Geramicina amp.		Luxo 8,5		
	Glicose amp.		Onofreto 3ml		
	Gluton de Cálculo amp.	03	Ponta elevatória		
	Hemostatina Exogenina 1%		PPV5 Desgermante ml		
	Heparina ml		PPV5 Tópico ml		
	Kanakon amp.		Sabão Antisséptico		
	Laxa amp.		Saco estéril		
	Medrofazol	03	Seringa desc. 10 ml		
	Próstamina	03	Seringa desc. 20 ml		
	Revirosa amp.		Seringa desc. 50 ml		
	Sitoclacion amp.		Sonda		
	Cefalospor 1g		Sonda folexy		
	Vaccinares passada		Sonda Nasogástrica		
5.	MATERIAIS / SOLUÇÕES		Sonda Urinária n°		
	Aguita des. 25 x 7		Styrydien ml		
	Aguita des. 28 x 28		Torneirinha		
	Aguita des. 3 x 4,5		Vaseline ml		

6.

material da TM.  
03 pinellos Urna 1m L de  
32 iluma rotula 200 ml  
e luma 1m T de 3 furos  
21 Parafuso

EQUIPAMENTOS

<input checked="" type="checkbox"/> Otimetro de Pulso	<input type="checkbox"/> Foco Azul
<input type="checkbox"/> Serra	<input type="checkbox"/> Electrocauter
<input type="checkbox"/> Desinfector	<input type="checkbox"/> Osciloscópio
<input checked="" type="checkbox"/> Foco Fenda	<input checked="" type="checkbox"/> Cardiómetro
<input type="checkbox"/> Fonte de Luz	<input checked="" type="checkbox"/> Portafoto Elétrico

CIRCULANTE RESPONSÁVEL

*Conceição*

MEDEME

Nome do Paciente <i>Walter 31 Cidr</i>		Nº Prontuário
Data da Operação <i>14/11/13</i>	Enf.	Leto 4 (casa)
Operador Dr. André Pachys	1º Auxiliar In. Júnior (casa)	
2º Auxiliar Dr. Pachys (casa)	3º Auxiliar	Instrumentador
Anestesia	Tipo de Anestesia	
Diagnóstico Pré-Operatório <i>Abdome</i>		
Tipo de Operação		
Diagnóstico Pós-Operatório		
Relatório Imediato da Patologia		
Exame Radiológico no Ato		
Acidente Durante a Operação		



### DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

Via de Acesso - Técnica - Lipofora - Draining - Sutura - Material Empregado - Aspecto Viscose

- 1) Fase de lipofora - DPOF, mal orientada
- 2) Anágua + aspiração + lipofora da ferroga cava
- 3) Sutura em pre-estirada - mal feita → fístula intestinal
- 4) Fístula → drenagem gas + fúcsia + histerina
- 5) Colégio cava da CV + extensão para trás, para o reto, recto + flexão + extensão para trás
- 6) Sutura de CV com SF + fúcsia + histerina
- 7) Sutura gas fúcsia
- 8) Curva
- 9) JPSA

**RELATÓRIO DE OPERAÇÃO**



Folha de Sala - Recuperação Pós Anestésica

Paciente: Matheus William Sáva Gablino Idade: 19 A  
Convênio: Sua Data: 28.09.18  
Procedimento: Trat. Quirúrg - Phto Tíbal. D

Cirurgião: Drº Júlio Auxiliar: Anestesista: Drº Júlio  
Início: 21:00 Término: 22:00 Anestesia Rágue

**Observações:**

Cinegica  
Cynips

## NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE:

Digitized by srujanika@gmail.com

Digitized by srujanika@gmail.com

Dolaniella amo comparsa Preguera Celgülü Simpler

Equipo de Sangre

Agua Destilada para  
Lavadora de Bicarbonato 23  
Proteína Selirol

Pasta amarela com recheio de queijo e presunto, servida com salada e batatas fritas.

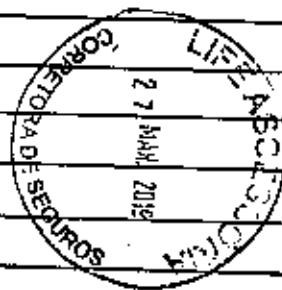
EQUIPAMIENTOS Aquellos que se utilizan para la realización de las tareas y actividades de la actividad.

CIRCOGLIATRICE FRESCHEZZA SVELTA

ב-1990 נסגרה תרבותית ופנאי. ב-1991 נסגרה מטבח ופנאי.

CDRHEN-PG-391723

Nome do Paciente <i>Matheus William Silveira Galdino</i>		Nº Prontuário
Data da Operação <i>28/09/18</i>	Enf.	Leito
Operador Dr. Carlos Cardoso	1º Auxiliar Dr. Júlio Mello	
2º Auxiliar	3º Auxiliar	Instrumentador
Anestesia	Tipo de Anestesia	
Diagnóstico Pré-Operatório F - Pla. B. tib. l. D		
Tipo de Operação Fixador ext.		
Diagnóstico Pós-Operatório O - e -		
Relatório Imediato da Patologia		
Exame Radiológico no Ato S. -		
Acidente Durante a Operação Nen		



CORPO DE SEGUROS  
LIFE AG.  
27/09/2018

## DESCRÍÇÃO DA OPERAÇÃO

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

- 1) Preenchimento do H. → evitá-lo
- 2) Assepsia e higiene
- 3) Colapso arterial
- 4) Reduzir sangramento → fixação com -  
fixador ext. → transfixar em mío  
sobre x. l. → e espoliar
- 5) contínuo

Dr. Júlio Cesar Castro  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-PB-9965 / CRM-RN-0320



SECRETARIA DE SAÚDE

DA PARAÍBA

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

Diagnóstico

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

teach

$\lambda \times \text{Photos}$   $\text{TicketID}$   
+  $(\text{second})$

Evolução Médica

~~Dr. Wagner Falcao~~

卷之三

— 1 —

N

1

卷之三

Section

卷之二

11

卷之三

111

51

110

100

○

卷之三

DIAGNÓSTICO

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

DIAGNÓSTICO

**DIAGNÓSTICO**  
F + V1277 Tibial (D)  
F + Vena (D)

## FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente Matheus William

Alojamento:  Leito  Convênio

## **FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO**

## DIAGNÓSTICO

**DIAGNOSTICO**



**IDENTIFICAÇÃO**

VITIMA Matheus William Sique Goldino

DATA DO ACIDENTE 28/10/91 2018 CPF DA VITIMA 301.114.894-90

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO Matheus William Sique

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR (S) VITIMA  REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM

A VITIMA É Matheus William Sique Goldino  DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

ENDERECO DO PORTADOR Rua Antônio Miller  CPF DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

Nº 159  COMPLEMENTO  RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O

CIDADE Campinas UF SP BAIRRO Ledânia TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

E-MAIL matheus.sique@gmail.com CEP 58418-000 NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS

TELEFONE (13) 32341289  CONFIRME OS DADOS BANCÁRIOS, TAIIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

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)

CÓPIA DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VITIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE CONFIRME 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)

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

(ORIGINAL)

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

**DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS**

CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VITIMA MÉIOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

**INFORMAÇÕES IMPORTANTES**

\* NORTE = R\$ 13.500,00  
VALORES DE INDENIZAÇÃO

\* INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURADO PREVISTA NA LEI 6.194/74.

\* DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REembolso ATÉ R\$ 2.700,00 (REembolso). ESTE VALOR

VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.

\* O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA

\* COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO

\* PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSE WWW.DPVATSEGURADODTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE Matheus William Sique RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA Assessoria

DATA 27/03/2019 DATA 27 MAR 2019

IDENTIDADE 4212 234 NOME Matheus William Sique

ASSINATURA Matheus William Sique CÓDIGO DE SEGUROS 00000000000000000000000000000000

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VITIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

# 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
		<b>Total</b>	<b>12,5 %</b>	<b>R\$ 1.687,50</b>

# 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
		<b>Total</b>	<b>12,5 %</b>	<b>R\$ 1.687,50</b>

# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0104874/19

**Vítima:** MATHEUS WILLIAM SILVA GALDINO

**CPF:** 701.114.894-90

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 28/09/2018

**Titular do CPF:** MATHEUS WILLIAM SILVA GALDINO

**Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Comprovação de ato declaratório  
Declaração de Inexistência de IML  
Declaração do Proprietário do Veículo  
Documentação médica-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](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue 0800-0221204.**

**- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.**

**Documentação recebida sem conferência.**

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

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

### Portador da documentação entregue

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

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

MATHEUS WILLIAM SILVA GALDINO

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

CPF de: Próprio

Data do acidente: 28/09/2018

Titular do CPF: MATHEUS WILLIAM SILVA GALDINO

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

## 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](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

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

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

### Portador da documentação entregue

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

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

MATHEUS WILLIAM SILVA GALDINO

SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA