

---

Rio de Janeiro, 12 de Setembro de 2019

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190518059**

**Vítima: VALDERO ALVES DANTAS**

**Data do Acidente: 10/02/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO**

**Senhor(a), VALDERO ALVES DANTAS**

Após a análise dos documentos apresentados do pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Os documentos médicos apresentados não evidenciam a presença de sequelas permanentes, que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica, não sendo caracterizada invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

A documentação médica anexada, datada de 10/02/2019, emitida pelo Dr. ANTONIO VITURIANO DE ABREU, CRM nº 2279 - PB, da Instituição COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA, evidencia recuperação completa após o dano pessoal sofrido no acidente de trânsito e não foi comprovada a existência de invalidez permanente.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

---

**Rio de Janeiro, 06 de Setembro de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190518059**

**Vítima: VALDERO ALVES DANTAS**

**Data do Acidente: 10/02/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

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

**Senhor(a), VALDERO ALVES DANTAS**

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

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

107.896.134-41

4 - Nome completo da vítima:

VALDERO ALVES DANTAS

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

5 - Nome completo:

VALDERO ALVES DANTAS

6 - CPF:

107.896.134-41

7 - Profissão:

AGRICULTOR

8 - Endereço:

AV. DOIS DE JULHO

9 - Número:

220

10 - Complemento:

11 - Bairro:

CENTRO

12 - Cidade:

PEDRAS DE FOGO

13 - Estado:

PA

14 - CEP:

58328-000

15 - E-mail:

clanissa\_carvalho@hotmail.com

16 - Tel(DDD):

(93) 988447962

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECLUSO INFORMAR

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.00 A R\$1.000,00

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (104)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Banco do BRASIL

AGÊNCIA:

(Informar o dígito se existir)

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

(Informar o dígito se existir)

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.

22 - 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 (assinale uma das opções):

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

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

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento 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 6.194/74, art. 39, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (no Civil)

☐ Divorçado

☐ Separado Judicialmente

☐ Viúvo

05 SET 2019 Data do pedido

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim ☐ Não

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

28 - Vítima teve filhos?

☐ Sim ☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos:

Falecidos:

30 - Vítima deixou residência (ou inquilino)?

☐ Sim ☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim ☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:

Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim ☐ Não

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (\*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, João Pessoa, 05 de setembro 2019  
Valdeiro Alves Dantas

DADOS CADASTRAIS

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

NÃO ALFABETIZADO

TESTEMUNHAS





## Nova transferência



Valdero Alves Dantas  
2425-2 • 25700-1  
Conta Corrente

De onde transferir o dinheiro

Conta Corrente

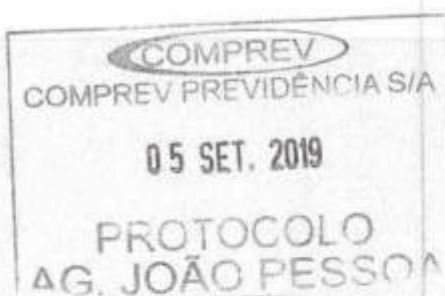


Data

05/09/2019



Valor



AVANCAR



**BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL**

**Ocorrência nº. 0663/2019**

Aos VINTE E SETE dias de AGOSTO de DOIS MIL E DEZENOVE, nesta cidade de PEDRAS DE FOGO/PB, na Delegacia de Polícia Civil, sob a responsabilidade do(a) Exmo(a). **PAULO DE OLIVIRA MARTINS**, Delegado(a) de Polícia Civil, comigo, escrevã(o), aí, por volta 10h:25min, compareceu a PESSOA a seguir qualificada:

VALDERO ALVES DANTAS, Identidade nº 4.856.336-SDS/PE, CPF nº 107.896.134-41, nacionalidade brasileiro, estado civil: casado, profissão: trabalhador rural, filho(a) de Manoel Henrique Dantas e de Arlinda Alves Dantas, natural de Goiana/PE, nascido(a) em 03/02/1973 (46 anos de idade), do sexo masculino, residente e domiciliado(a) no(a) Av. Dois de Julho, 220, Centro, tendo como ponto de referência: xxxxxxxx, na cidade de Pedras de Fogo/PB, fone(s) para contato: NÃO POSSUI.

a quem lhe foi esclarecido a respeito das penas cominadas ao crime de FALSIDADE IDEOLÓGICA (CP, art. 299), tendo declarado que compareceu à esta Delegacia de Polícia Civil para narrar/registrar/informar/noticiar conforme segue:

- 1) NATUREZA DO FATO: ACIDENTE DE TRANSITO;
- 2) DATA DO FATO: 10 de FEVEREIRO de 2019;
- 3) HORÁRIO: 14h:0min;
- 4) LOCAL: Av. Dois de Julho, Em frente ao "LAZER", Centro, Pedras de Fogo/PB.

5) BREVE RESUMO DO FATO:

AFirma o noticiante que no momento em que atravessava a rua, foi atropelado por uma motocicleta que se evadiu do local sem prestar socorro, não tendo a identificação do veículo até a presente data; Que foi socorrido para o Hospital de Pedras de Fogo, de onde foi transferido por uma equipe do SAMU para o Complexo Hospitalar de Mangabeira, em João Pessoa/PB.

6) OBSERVAÇÕES:

NADA CONSTA

Nada mais a consignar, lido e achado conforme, vai devidamente assinado pelo(a) noticiante, e por mim, escrevã(o) que digitei.

*Valdero Alves Dantas*

VALDERO ALVES DANTAS

Comunicante

*[Assinatura]*

Escrivã(o)/Agente

Matrícula nº 154.876-0





# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

107.896.134-41

4 - Nome completo da vítima:

VALDERO ALVES DANTAS

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

5 - Nome completo:

VALDERO ALVES DANTAS

6 - CPF:

107.896.134-41

7 - Profissão:

AGRICULTOR

8 - Endereço:

AV. DOIS DE JULHO

9 - Número:

220

10 - Complemento:

11 - Bairro:

CENTRO

12 - Cidade:

PEDRAS DE FOGO

13 - Estado:

PA

14 - CEP:

58328-000

15 - E-mail:

clanissa\_carvalho@hotmail.com

16 - Tel(DDD):

(93) 988447962

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECLUSO INFORMAR

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.00 A R\$1.000,00

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (104)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Banco do BRASIL

AGÊNCIA:

(Informar o dígito se existir)

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

(Informar o dígito se existir)

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.

22 - 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 (assinale uma das opções):

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

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

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento 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 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (no civil)

☐ Divorçado

☐ Separado judicialmente

☐ Viúvo

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim ☐ Não

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

28 - Vítima teve filhos?

☐ Sim ☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou residência (ou não)?

☐ Sim ☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim ☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim ☐ Não

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (\*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, João Pessoa, 05 de setembro 2019  
Valdeiro Alves Dantas

DADOS CADASTRAIS

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

NÃO ALFABETIZADO

TESTEMUNHAS



## Nova transferência



Valdero Alves Dantas  
2425-2 • 25700-1  
Conta Corrente

De onde transferir o dinheiro

Conta Corrente

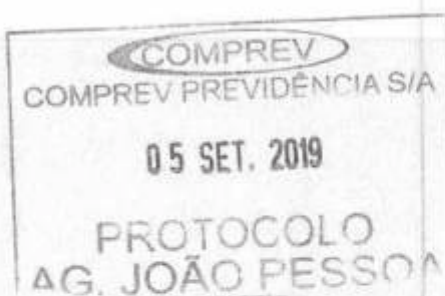


Data

05/09/2019



Valor



AVANCAR





SERVICO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA – SAMU



Pedras de Fogo - Estado da Paraíba

# DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins de direito, que o SAMU – 192 (USB 61), de Pedras de Fogo - PB, prestou atendimento pré-hospitalar a **VALDERO ALVES DANTAS**, vítima de atropelamento por moto na rua da baixinha, centro, na cidade de Pedras de Fogo, no dia **10/02/2019**, onde foram realizados todos os procedimentos de urgência pela equipe de plantão, conduzindo o mesmo para o Complexo Hospitalar de Mangabeira em João Pessoa-PB, sob o protocolo de regulação nº **2347797**.

Pedras de Fogo, 20 de fevereiro de 2019.

  
**Adjanio Morais de Oliveira**  
Coordenador SAMU PF  
ADJANIO MORAIS DE OLIVEIRA  
ENFERMEIRO  
COREN PB 302.141  
COORDENADOR







PREFEITURA MUNICIPAL DE  
PEDRAS DE FOGO  
Secretaria Municipal  
de Saúde

## FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL



INSTITUIÇÃO PRESTADORA DE SERVIÇO (UPS):

Nome: HOSPITAL DISTRITAL DR. JOSÉ DE SOUZA MACIEL

Cód. do CNES: 2363682

CNPJ: 10.490.987/0001-23

Rosângela V. da Silva  
Rastreamento  
Mat. 539-8  
23/08/19

Endereço: RUA PROFESSOR GETÚLIO CÉSAR R. GUEDES, 12 - CENTRO

Município: PEDRAS DE FOGO

Estado: PARAÍBA

UF: PB

PACIENTE:

Nome: Valdeir Alves Santos

Sexo: M

Idade: 46

Profissão:

Endereço: Av. 02 de julho - 210

Documento:

Município:

Estado:

UF:

Cód. IBGE Município:

CNS:

Data de Nascimento: 03.02.73

Data de Atendimento: 10.02.19

Cartão SUS:

PSF: comarcão

CS:

Hora: 11:10

RAÇA/COR:

☐ 1. BRANCA

☐ 2. NEGRA

☒ 3. PARDA

☐ 4. AMARELA

☐ 5. INDIGENA

☐ 6. SEM INFORMAÇÃO

### AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM

Peso:

Situação / Queixa:

Int. de alcapelamento (sic) trazido pelo SAMU para a UPA SAMU - conclusão ao Oritobranco. Suspeita fratura no escq.

Breve História: Comorbidades / Hábitos / Costumes:

- |                                    |  |                                     |                                      |                                      |
|------------------------------------|--|-------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Has       | <input type="checkbox"/> Insuf. Renal      | <input type="checkbox"/> AVC        | <input type="checkbox"/> Hepatopatia | <input type="checkbox"/> Cardiopatia |
| <input type="checkbox"/> Dpoc      | <input type="checkbox"/> Transtorno Mental | <input type="checkbox"/> Alcoolismo | <input type="checkbox"/> Tabagismo   | <input type="checkbox"/> Drogas      |
| <input type="checkbox"/> Neoplasia | <input type="checkbox"/> Epilepsia         | <input type="checkbox"/> Outros:    |                                      |                                      |

Alergia:

Medicamento em Uso:

SVV:

A: 130 x 80 P: 89 FR:

IGT: Sat. O<sub>2</sub> (%):

Grau de Dor:

☒ Dor Leve

☐ Dor Moderada

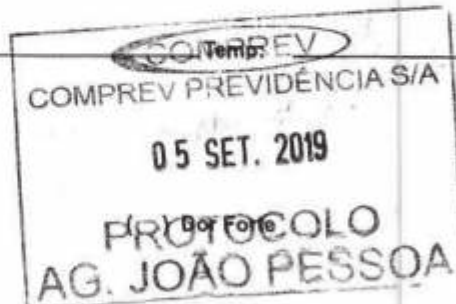
Classificação de Risco

☐ Vermelho

☒ Amarela

☐ Verde

☐ Azul



Assinatura e Carimbo do Enfermeiro

332141

Pedido de serviço para Via para Pagamento Grupo B nº 1400680511

## NOTA FISCAL | FATURA | CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

## COMPANHIA ENERGÉTICA DE PERNAMBUCO

AV. JOÃO DE BARROS, 111, BOA VISTA,  
RECIFE, PERNAMBUCO  
CEP 50050-902  
CNPJ 10.835.932/0001-08  
INSCRIÇÃO ESTADUAL 0005943-93



Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02  
COMERCIAL 0800 0810120 PRONTIDÃO 0800 0810196  
Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142  
Ouvidoria 0800 282 5599  
Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados  
do Estado de Pernambuco-ARPE: 0800 727 0167-  
Ligação Gratuita de Telefones Fixos  
Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL 167-  
Ligação Gratuita de telefones fixos e tarifada  
na origem para telefones celulares

<b>DADOS DO CLIENTE!</b> <b>JEANE MARIA DE BRITO-EM FRENT A MARCOS CABELEREIRO</b>	<b>DATA DE VENCIMENTO</b> <b>27/08/2019</b>  <b>TOTAL A PAGAR</b> <b>R\$ 74,78</b>	<b>DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL</b> 20/08/2019 <b>DATA DA APRESENTAÇÃO</b> 20/08/2019 <b>NÚMERO DA NOTA FISCAL</b> 074059309	<b>CONTA CONTRATO</b> <b>2035155018</b>  <b>CLASSIFICAÇÃO</b> RESIDENCIAL Monofásico B1
---	--	--	---

<b>PERÍODO CONSUMO</b> 19/07/2019 a 20/08/2019	<b>CONSUMO</b> 35
---	----------------------

ICMS - BASE DE CÁLCULO R\$ 0,00 Alíquota 27,00 valor do imposto R\$ 18,24

<b>AUTENTICAÇÃO MECÂNICA</b>	<b>VIA PARA PAGAMENTO</b>
------------------------------	---------------------------

Destaque aqui

<b>CONTA CONTRATO</b> 2035155018	<b>MÊS/ANO</b> 08/2019	<b>TOTAL A PAGAR</b> R\$ 74,78	<b>VENCIMENTO</b> 27/08/2019	<b>TALÃO DE PAGAMENTO</b> Evite dobrar e perfurar ou rasurar. Este canhoto será usado em leitora ótica.  <b>AUTENTICAÇÃO MECÂNICA</b>
-------------------------------------	---------------------------	-----------------------------------	---------------------------------	---

838200000002 747800110022 035155018100 141385466831





PREFEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA  
COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITI  
RUA: AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N  
58056-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980  
FAX: ( ) - CNPJ:

Ficha Nr: 204624 Atd: Nao Regul  
Data: 10/02/2019  
Hora: 11:58:37  
Recepcionista: CLEBIA FERREIRA RODR  
Clinica: CIRURGICA

DADOS DO PACIENTE

Nome: VALDERO ALVES DANTAS

Núm. de vezes atendido: 1

Núm. Prontuario: 2019.02.001170

CNS: SEM CNS Sexo: M IDENTIDADE: 4856336 Fone: 3198960556

Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 03/02/1973 Id: 46 ano(s)

End.: AVENIDA 02 DE JULHO, 210

Bairro: CENTRO Cidade: PEDRAS DE FOGO UF: PB

Mae: ARLINDA ALVES DANTAS

Pai: MANOEL HENRIQUE DANTAS

Raca: SEM INFORMACAO Etnia: SEM INFORMACAO

Ocupação: AGRICULTOR

Estado Civil: SOLTEIRO(A)

INFORMACOES DE ENTRADA

Escolaridade:

Resp.: SOGRO - JOSE

Tel/Doc. Responsavel: / SEM DOCUMENTO: SD

Procedencia: RUA

Transporte utilizado: SAMU

Prima de acidente por: MOTO

Vitima de violência por: NAO

Caso Policial

3-CONSULTA

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

Grupo de Classificação de Risco: AMARELO

PA: FR:  
FC: TP:  
Peso: Altura:  
Glicemia: IMC:  
Circ. Abd: O2%:

☐ Aparentemente Bem ☐ Grave  
☐ Politraumatizado ☐ Convulsao  
☐ Hemorragia ☐ Dispneia  
☐ Diarreia ☐ Agitado  
☐ Regular ☐ Chocado

Queixa Principal  
QUEDA DE MOTO

COMPREV  
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A  
Observacao  
05 SET. 2019  
PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Presença de hemorragia

2º Fim de 2º de 1º

Diagnostico

Conduta

Lesão localizada e forte com M.I.E

Prescrição

Horario da medicacao



## FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome: _____		Data da Admissão: ____/____/____	
Prontuário: _____	Idade: _____	Enfermaria: _____	Leito: _____
Nome da Mãe: _____			
Endereço: _____		Bairro: _____	
Cidade: _____	Estado: _____	Fone: _____	Profissão: _____
Sexo: F ( ) M ( )	Cor: _____	Estado Civil: _____	Religião: _____
Escolaridade: _____		Data de Nascimento ____/____/____	
QPD: _____			
HDA: <u>Doença e cirurgia (Alzheimer)</u>			
<u>Seu filho M. E. W.</u>			
<u>C/ seu pai</u>			
Medicações em uso: _____			
<b>Interrogatório Sintomatológico:</b>			
<b>Geral:</b> [ ] Febre [ ] Astenia [ ] Anorexia [ ] Perda de Peso ____ Kg em ____ [ ] Prurido [ ] Sudorese [ ] Calafrios [ ] Alopecia [ ] Adenomegalias [ ] Icterícia [ ] Tonturas [ ] Outros: _____			
<b>Pele:</b> _____			
<b>Cabeça e Pescoco:</b> [ ] Cefaléia [ ] Espirros [ ] Rinorréia [ ] Obstrução Nasal [ ] Epistaxe [ ] Dor de Garganta [ ] Bócio [ ] Rouquidão [ ] Disfagia Audição: _____ Visão: _____			
<b>AR e ACV:</b> [ ] Dor _____ [ ] Tosse [ ] Expectoração [ ] Hemoptise [ ] Dispneia [ ] Palpitações [ ] Desmaio [ ] Cianose [ ] Edema _____ Outros: _____			
<b>ABD:</b> [ ] Dor _____ [ ] Pirose [ ] Solução [ ] Regurgitação [ ] Hematêmese [ ] Náuseas [ ] Vômitos [ ] Dispepsia [ ] Diarréia [ ] Melena [ ] Enterorragia [ ] Constipação [ ] Aumento de volume			
<b>AGU:</b> [ ] Disúria [ ] Incontinência [ ] Retenção [ ] Poliúria [ ] Oligúria [ ] Noctúria [ ] Hematúria [ ] Mal Cheiro [ ] Corrimento [ ] Outras: _____			
<b>SME:</b> [ ] Dor _____ [ ] Rigidez pós-reposou [ ] Deformidades [ ] Artralgia [ ] Calor [ ] Rubor [ ] Edema [ ] Crepitação [ ] Fraqueza [ ] Atrofia [ ] Espasmos			
<b>SN e PSO:</b> [ ] Insônia [ ] Sonolência [ ] Convulsões [ ] Motricidade e Sensibilidade [ ] Amnésia [ ] Libido [ ] Humor			



**Antecedentes Pessoais e Hábitos:**

Doenças Anteriores: \_\_\_\_\_

Alergias: \_\_\_\_\_

Cirurgias: \_\_\_\_\_ [ ]HTF

[ ]HAS [ ]DM [ ]TB [ ]HEP [ ]Dislipidemia [ ]Banho de Rio [ ]Casa de Taipa

[ ]Trauma \_\_\_\_\_ [ ]Neo \_\_\_\_\_ [ ]Tabagismo \_\_\_\_\_

[ ]Alcoolismo \_\_\_\_\_

Exercício Físico: \_\_\_\_\_ Alimentação \_\_\_\_\_

**Antecedentes Familiares:**

HAS \_\_\_\_\_ DM \_\_\_\_\_ TB \_\_\_\_\_ NEO \_\_\_\_\_

Dislipidemias \_\_\_\_\_ ♥ \_\_\_\_\_

**Exame Físico:**

Peso: \_\_\_\_\_ Kg Altura: \_\_\_\_\_ m IMC = \_\_\_\_\_ PA= \_\_\_\_\_ mmHg

FC= \_\_\_\_\_ FR= \_\_\_\_\_ TEMP(°C)= \_\_\_\_\_

Geral: \_\_\_\_\_

Cabeça e Pescoço (ORF e Otoscopia): \_\_\_\_\_

Gânglios: \_\_\_\_\_

Pele: \_\_\_\_\_

ACV: \_\_\_\_\_

AR: \_\_\_\_\_

ABD: \_\_\_\_\_

AGU: \_\_\_\_\_

SME: \_\_\_\_\_

SN: \_\_\_\_\_

Resultados de Exames Complementares: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Hipóteses Diagnósticas: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Condução: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## RELATÓRIO DE CIRURGIA

<b>Nome:</b>				<b>Registro:</b>	
Idade:	Sexo:	Cor:	Clínica:	EMP:	LR:
Data:	Cirurgião:			1º Assistente:	
2º Assistente:		3º Assistente:		Instrumentador:	
Anestesista:		Tipo Anestesia:		Horário: I:	T:
<b>DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO</b>				<b>CID</b>	
descolamento de MIE				T13.1	
<b>DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO</b>				<b>CID</b>	
0 necros					
<b>PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)</b>				<b>CÓDIGO</b>	
Sutura de 4 freios, fundo decolamento de fígado e tonsila				T13/	
Acidente durante Ato Cirúrgico		1 ( ) Sim 2 (x) Não		Descreva:	
Biópsia de Congelação:		1 ( ) Sim 2 (x) Não			
Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico:					
1 (x) Enfermaria 2 ( ) Terapia Intensiva 3 ( ) Residência 4 ( ) Óbito durante o Ato Cirúrgico					



## DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

**Posição e Preparo:**

**Incisão:**

**Achados:**

**Conduta:**

**Fechamento:**

**OBS:**

**Data:** \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**MÉDICO/CRM**



Complexo Hospitalar  
**MANGABEIRA**

MINISTÉRIO DA  
**SAÚDE**  
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

RETORNO AMBULATORIO  
MARCAÇÃO

Data: 22/02/19 Hora: 11:00

Local: 

Médico: Dr. Odilon



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 4856336

DATA DE EXPEDIÇÃO 25/08/1992

NOME VALDERO ALVES DANTAS

ELIÇÃO Mancel Henrique Dantas e Arlinda Alves Dantas

NATURALIDADE Goiana-PE

DATA DE NASCIMENTO 03/02/1971

DOC. ORIGEM Cert. Nasc. Nº 12.507 P.183-V

L.18 Cart. de Pedras de Fogo-PE.

CPF

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

COMPREV  
COMPREV PREVIDENCIA S/A  
05 SET. 2019  
PROTOCOLO  
AG. JOAO PESSOA

MINISTÉRIO DA FAZENDA  
Receita Federal  
**CPF**  
CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

Número de Inscrição  
**107.896.134-41**

Nome  
**VALDERO ALVES DANTAS**



Nascimento

BRASIL



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA 141  
INSTITUTO TAVARES BURIL

Valdero Alves Dantas

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

COMPREV  
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A  
05 SET. 2019  
PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA

MINISTÉRIO DA FAZENDA  
Receita Federal

**CPF**

CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

Número de Inscrição  
**107.896.134-41**

Nome  
**VALDERO ALVES DANTAS**

Nascimento  
**03/02/1973**





# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190518059 **Cidade:** Pedras de Fogo **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** VALDERO ALVES DANTAS **Data do acidente:** 10/02/2019 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 12/09/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** TRAUMA CORTO CONTUSO EM MEMBRO INFERIOR ESQUERDO

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CONSERVADOR (SUTURA) E ALTA.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:** Sem sequela

**Documento/Motivo:** Recusa – Sem Sequelas (Recuperação Completa)

**Nome do documento faltante:**

**Apontamento do Laudo do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**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
		Total	0 %	R\$ 0,00

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190518059 **Cidade:** Pedras de Fogo **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** VALDERO ALVES DANTAS **Data do acidente:** 10/02/2019 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 11/09/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** TRAUMA CORTO CONTUSO EM MEMBRO INFERIOR ESQUERDO

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CONSERVADOR (SUTURA) E ALTA.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:** Sem sequela

**Documento/Motivo:** Recusa – Sem Sequelas (Recuperação Completa)

**Nome do documento faltante:**

**Apontamento do Laudo do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**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
		Total	0 %	R\$ 0,00



# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0307833/19

**Vítima:** VALDERO ALVES DANTAS

**CPF:** 107.896.134-41

**Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

**Data do acidente:** 10/02/2019

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** VALDERO ALVES DANTAS

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Comprovação de registro de acidente declarado  
Declaração de Inexistência de IML  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação

**VALDERO ALVES DANTAS : 107.896.134-41**

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: 05/09/2019  
Nome: VALDERO ALVES DANTAS  
CPF: 107.896.134-41

VALDERO ALVES DANTAS

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 05/09/2019  
Nome: LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO  
CPF: 114.261.744-03

LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO